

## **INFORME FINAL**

# **LA NECESSITAT DE METGES EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ. CAUSES I SOLUCIONS**

COMISSIÓ D'ORDENACIÓ DE LA PROFESSION MÈDICA :

Miquel Bruguera (president)

Juli de Nadal (secretari)

Alícia Avila, Sebastià Barranco, Miguel A. Berruezo, Eudald Bonet, Joan Camprubí, M. Teresa Estrach, Albert Jovell, Albert Ledesma, Xavier Mate, Núria Martínez, Ma. Àngels Martos, Vicenç J. Mestre, M. Luisa de la Puente, Antoni Roca, Javier Sobrino, Josep M. Solé, Gustau A. Tolchinsky, i Xavier Rodamilans.

6 de febrer 2007

## ÍNDIX

INTRODUCCIÓ.....	3
1. SITUACIÓ ACTUAL.....	4
1.1 El Model Sanitari Català.....	4
1.2. Els metges. Apunts sobre la demografia mèdica a Catalunya.....	5
2. LA MANCA DE METGES EN EL SISTEMA SANITARI PÚBLIC CATALÀ.....	11
3. FACTORS QUE TENEN INFLUÈNCIA EN LA MANCA DE METGES.....	12
3.1 Factors que depenen de l'augment de població.....	12
3.2. Factors que depenen de la complexitat de l'assistència mèdica.....	13
3.3. Factors que depenen de les característiques del sistema sanitari.....	14
3.4. Factors que depenen dels professionals.....	15
4. POSSIBLES SOLUCIONS.....	19
4.1. Reformes en el sistema sanitari.....	19
4.1.1. Reformes a l'Atenció Primària.....	19
4.1.2 Reordenació de funcions dels professionals sanitaris.....	20
4.1.3. Reformar el sistema d'urgències.....	21
4.1.4. Concentració de serveis especialitzats.....	23
4.1.5. Més autonomia.....	23
4.1.6. Telemedicina.....	24
4.1.7. Historia clínica única.....	24
4.2. Accions sobre els professionals.....	24
4.2.1. Demorar la jubilació.....	24
4.2.2. Incentius per fer més feina.....	24
4.3. Augmentar el nombre de metges.....	26
4.3.1. Ampliar l'accés a les facultats de medicina.....	26
4.3.2. Impulsar l'aplicació de la troncalitat descrita a la LOPS.....	27
4.3.3. Importar metges.....	27
4.4. Accions sobre els ciutadans.....	27
4.4.1. Promoure un ús més adequat del sistema sanitari i mesures dissuasòries del mal ús.....	27
5. PRIORITZACIÓ DE LES PROPOSTES PRESENTADES.....	28
5.1. Accions a curt termini.....	28
5.2. Accions a mitjà termini.....	28
5.3. Accions a llarg termini.....	29
CONSIDERACIONS FINALS.....	29

# INTRODUCCIÓ

En els darrers anys s'ha percebut una mancança de metges en el sistema de salut català, de la mateixa manera que ja s'havia plantejat uns quants anys abans en determinats països de la UE, com Anglaterra, França, Portugal, i països escandinaus, que s'atribueix al desequilibri entre el nombre de metges formats en el propi país i les seves necessitats assistencials.

La falta de metges es basa en la dificultat de trobar metges especialistes en pediatria, radiologia, psiquiatria, anestèsia i ginecologia, especialment per l'atenció continuada, fer guàrdies, suplències o reforços, sobre tot en centres allunyats de Barcelona.

Aquesta circumstància ha determinat que els directius de les institucions sanitàries i els responsables del Departament de Salut s'hagin vist en la necessitat d'incorporar al nostre sistema de salut metges d'altres països.

El que s'ha demanat a la Comissió que ha redactat aquest informe ha estat en primer terme examinar si la falta de metges és un fenomen general o circumscrit a algunes especialitats, i si només és per certes feines o certs llocs de treball, examinar-ne les causes, i finalment formular propostes per a la seva correcció.

No és intenció de la Comissió fer un plantejament dogmàtic del problema, ni en el diagnòstic de situació, ni tampoc en la formulació de solucions, sinó més aviat aportar idees sobre les possibles formes d'aproximar-se a aquest problema.

Una limitació important per respondre de manera adient a la pregunta de si ens falten metges és la carència d'un registre de l'activitat professional i laboral dels metges col·legiats a Catalunya. Aquesta informació seria indispensable per fer amb més rigor un balanç de les necessitats i un disseny de l'estratègia més convenient per evitar que aquest problema es repeteixi o s'accentui en el futur. No obstant, amb les dades de què disposem, podem fer el plantejament que s'exposa a continuació.

Més endavant es presentaran informes complementaris en els quals es farà: a) una anàlisi comparativa del model català amb el d'altres països, com Austràlia, Quebec, Regne Unit, per detectar similituds i diferències per afrontar els diferents problemes; b) propostes sobre com millorar la participació dels metges en la presa de decisions en els hospitals i c) causes i solucions de la insatisfacció dels metges en el sistema sanitari públic català.

# 1. SITUACIÓ ACTUAL

## 1.1 El Model Sanitari Català

- A Catalunya tenim un sistema sanitari públic gratuït i universal amb diversitat de proveïdors. Gairebé el 30 % de les prestacions sanitàries hospitalàries i el 80 % de les d'atenció primària, són ofertes pel proveïdor majoritari, l'ICS, mentre que el 70 % de l'atenció hospitalària la presten hospitals concertats, que constitueixen la Xarxa d'utilització pública (XHUP), i el 20 % de la primària una gran varietat de proveïdors.
- El model sanitari català està molt ben valorat per la població per la seva qualitat i per la seva proximitat a l'usuari. Disposa d'una xarxa d'hospitals que fa que no hi hagi cap població que no tingui un hospital a menys de 30 o 40 km. Per altra banda, el model de funcionament dels hospitals, tant els grans com els petits, no és el de treballar en xarxa, sinó el de disposar de tots els recursos que permetin oferir una assistència sanitària completa als ciutadans que resideixen a la seva àrea d'influència, el que determina que el sistema sanitari català necessiti unes plantilles mèdiques molt nombroses.
- Aproximadament un 25 % dels ciutadans de Catalunya té una pòlissa d'assegurament sanitari privat a través de mútues i altres entitats d'assegurança, però no hi ha coordinació ni relació entre aquest sector sanitari i la sanitat pública, fet que causa en la pràctica una competència entre els dos sectors en el mercat de professionals
- El creixement constant en el nombre de població atesa, el nombre de professionals sanitaris, i els mitjans i recursos tecnològics crea problemes de sostenibilitat del propi sistema.
- Per raons variades, en la sanitat espanyola, i per tant la catalana, els metges assumeixen funcions que en altres països fan altres professionals, com per exemple l'assistència urgent domiciliària o en el lloc d'un accident, sense que això comporti una repercussió positiva en els resultats en salut.
- La més que probable assumpció de determinades funcions per part de personal no mèdic en el nostre sistema sanitari posa de manifest la necessitat de regular la seva situació, i de delimitar les seves funcions i responsabilitats.
- També a Espanya hi ha més especialitats que en altres indrets, la qual cosa raonablement ha d'implacar una major necessitat de metges.
- El sistema sanitari ha anat creant llocs de treball sense una planificació prèvia que tingués en compte a la vegada les necessitats i els recursos. S'ha seguit des de la instauració del sistema nacional de salut una política expansionista, de créixer i d'oferir totes les prestacions possibles, sense tenir en compte si es

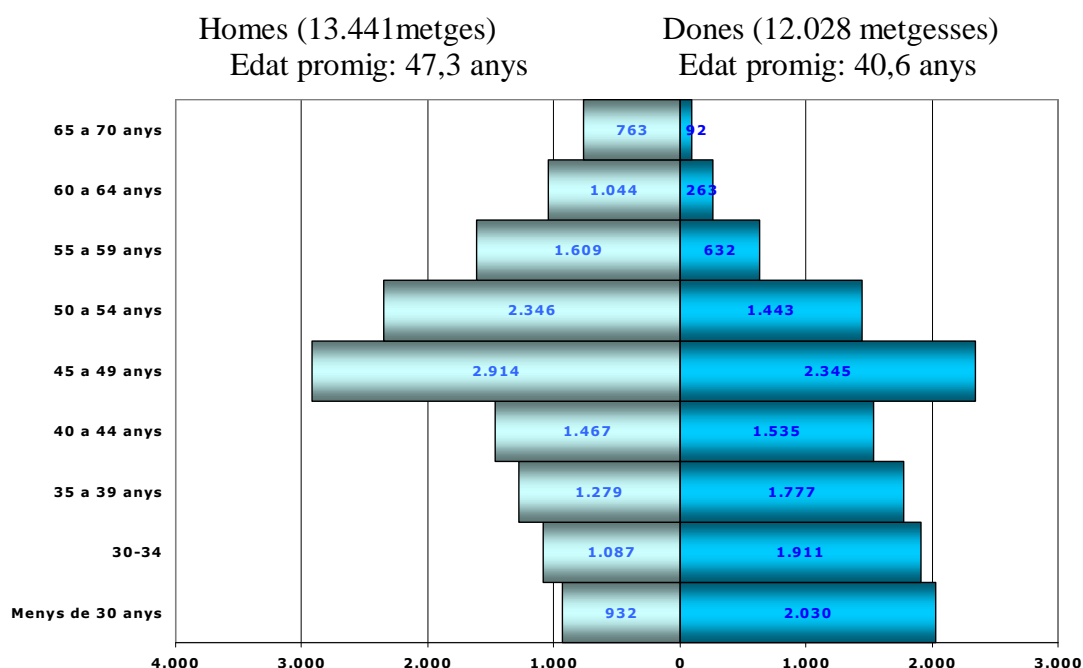
podien donar amb el grau de qualitat exigible. Aquest fenomen ha augmentat encara més amb la transferència definitiva, fa pocs anys, de les competències de salut a les comunitats autònomes que encara no en disposaven, i que, en una lògica expansionista, construeixen infraestructures sanitàries i augmenten la cartera de serveis sense una planificació de les necessitats de professionals per cobrir-les.

- Tampoc s'han adoptat mesures en matèria d'educació sanitària a la població per que facin un ús raonable del sistema, ni tampoc solucions organitzatives específiques pels hiperfreqüentadors, que representen un element de distorsió i d'encariment, la importància del qual s'ha d'estudiar en profunditat .
- Un fet que caracteritza el sistema sanitari català és el gran ús dels serveis d'urgències, sovint per problemes mèdics no urgents, la qual cosa és una font de tensió pels professionals i pel sistema.
- Cal introduir canvis en l'organització del sistema sanitari per millorar la seva eficiència:
  - a. augmentant l'accessibilitat dels malalts a l'Atenció Primària, i secundàriament augmentant els seus mitjans i la seva capacitat de resolució, fet que podria reduir les visites als serveis d'Urgència i a l'Atenció Especialitzada,
  - b. afrontant els problemes de salut de forma conjunta entre atenció primària i especialitzada, especialment en els problemes més delicats, com l'atenció al malalt fràgil, l'atenció espontània, i la urgent,
  - c. definint un model d'urgències per nivells que permetin més resolució, així com més llits disponibles a les plantes d'hospitalització,
  - d. potenciant l'atenció domiciliària dels malalts crònics, el que descongestionaria els llits d'hospital,
  - e. implementant hospitals de dia en els serveis hospitalaris amb més demanda, on s'atenguin sense demora els malalts amb problemes crònics reaguditzats, evitant que vagin a Urgències.
  - f. introduint canvis en els equips de govern dels hospitals, perquè liderin les institucions amb criteris tècnics que facilitin la participació dels metges en la presa de decisions, i que fomenti l'aspiració de millorar l'eficiència .

## **1.2. Els metges. Apunts sobre la demografia mèdica a Catalunya**

Aquestes apunts s'han basat principalment en dades obtingudes del registre del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB), que en termes generals es poden generalitzar a tot el territori català. (Figura 1)

Figura 1. Piràmide d'edat dels metges del COMB



Font: COMB

- El nombre total de metges a 31 de desembre de 2005 era al COMB de 26.138, dels quals el 6,6% estan jubilats. Atenent que es considera que aproximadament el 15 % dels metges en actiu no es dediquen a activitats assistencials, sinó a activitats docents, de gestió o de recerca bàsica, podem estimar que aproximadament 20.750 estan fent una pràctica professional de caràcter assistencial (Taula 1). Aquest nombre representa una densitat de 4 metges en actiu per cada 1000 habitants.

**Taula 1: Metges en actiu registrats al COMB a 31 de desembre de 2005**

Total Metges col·legiats	26.138
Col·legiats retirats (70 anys i més)	-1.726
Nombre de menors de 70 anys dedicats a tasques no assistencials*	-3.662
<b>Metges en actiu totals</b>	<b>20.750</b>

Font: COMB

\*estimació: 15%

- El nombre de metges en actiu en funció de la població és a Barcelona superior a la del conjunt de Catalunya que és de 3,7 metges per 1.000 habitants, del total de l'estat espanyol, (3,4) a la d'Alemanya (3,4), de Suècia (3,3), de França (3,4), i

de Portugal (3,4), inferior a la de Bèlgica (4,5), Grècia (4,4) o Itàlia (4,2) i molt superior a la d'Anglaterra (2,3) (Taula 2).

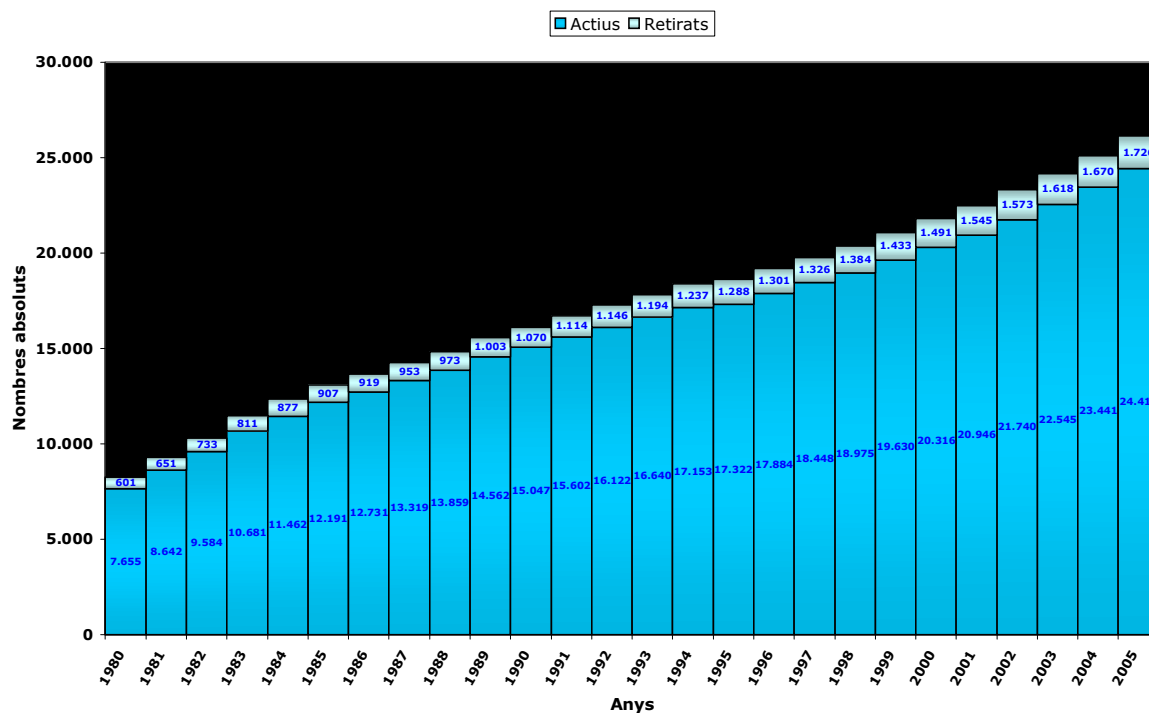
**Taula 2: Metges per 1.000 habitants\***

Barcelona	4,0
Catalunya	3,7
Espanya	3,3 (amb Catalunya)
	3.1 (sense Catalunya)
Bèlgica	4,5
Grècia	4,4
Itàlia	4,2
Alemanya	3,4
Àustria	3,4
França	3,4
Portugal	3,4
Suècia	3,3
Holanda	3,1
Regne Unit	2,3

Font: -Barcelona i Catalunya: 2005: COMB, amb dades COMB i INE  
 -Espanya, Grècia, Bèlgica, Holanda, Àustria, Alemanya, França, Portugal, Itàlia, Regne Unit: 2004, OCDE  
 -Suècia: 2003 OCDE

- Al Col·legi de Metges de Barcelona, i segurament en els altres col·legis catalans, aproximadament el 52 % del total de metges en actiu són homes i el 48% són dones. La proporció d'homes i dones varia molt entre els metges de més de 40 anys on predominen els homes, i els de menys de 40 anys on predominen les dones. A la figura 1 s'aporten les dades del nombre de col·legiats per sexe i edat.
- La professió de metge a Catalunya és una professió amb tendència a l'envel·liment. El màxim nombre de professionals es dona en la franja d'edat que va dels 45 als 49 anys, i es va escurçant progressivament en edats més joves. A la figura 1 es comprova que la distribució de metges segons la edat adopta una forma romboïdal, en lloc de la forma triangular que caracteritzaria una professió jove.
- El nombre de metges ha anat creixent progressivament amb el pas dels anys a Catalunya, simultani però no paral·lelament a l'increment poblacional. A la figura 2 es detalla la corba de col·legiats al COMB durant els últims 25 anys. Fins ara el nombre de jubilats es mantenia força estable, però s'ha d'esperar que la columna corresponent a l'any 2006 mostrarà un increment considerable dels jubilats en haver fixat el 2005 l'edat de jubilació obligatòria als 65 anys en lloc dels 70 anys d'abans

Figura 2. Evolució del nombre total de col·legiats al COMB (1980-2005)

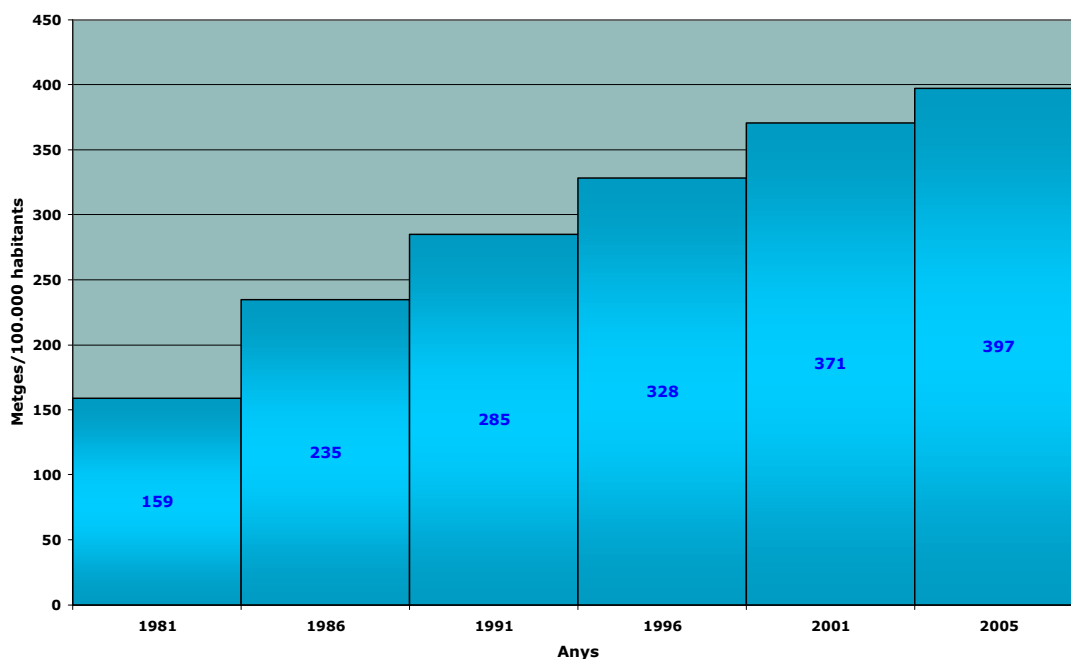


Font: COMB

- En els propers anys és previsible que la taxa de metges per habitant, que ha anat augmentant en els darrers 25 anys, es vagi reduint, ja que el nombre de metges que aniran abandonant la professió per jubilació serà més elevat que el nombre de metges que entren en el sistema sanitari un cop acabats els estudis, en el cas que es mantingui el mateix *numerus clausus* a les Facultats de Medicina catalanes, que ara (2006) s'ha fixat en un 10 % més de les 823 places establertes fins ara, i que no vinguin metges d'altres països. Aquest desfasament serà màxim els anys 2015-2025, que coincidirà amb la jubilació dels metges de les promocions més nombroses.
- Una altra raó que agreujarà aquest desfasament entre nombre de metges i població, malgrat l'augment del nombre absolut de metges, és l'increment notable de la població de Catalunya, bàsicament degut a un augment de la immigració. La figura 3 representa la densitat de metges a Barcelona, es a dir la relació existent entre la població i el nombre de metges que mostra com l'ascens de la densitat de metges ha estat molt important des de 1981, quan hi havia 159 metges per 100.000 habitants, fins al 2005 en què se situa vora els 400 metges per 100.000 habitants.



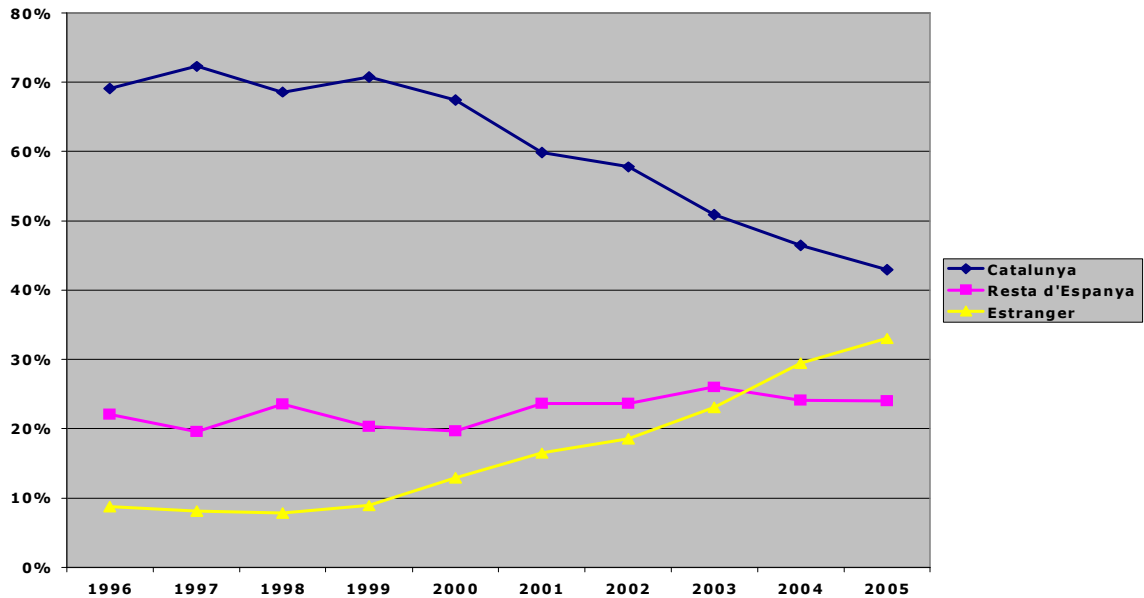
Figura 3. Densitat de metges en actiu a la província de Barcelona (1981-2005)



Font: COMB: amb dades COMB i IDESCAT

- Un fet molt destacat de la demografia mèdica de Catalunya és el fenomen immigratori. La immigració a Catalunya de metges estrangers, s'ha produït a petita escala des de fa molts anys, especialment d'Amèrica Llatina i de Síria i el Líban. Habitualment eren metges, bàsicament homes, que venien a estudiar la carrera a Espanya i després es casaven amb espanyoles per quedar-se a residir aquí. En els últims 5 anys, aquest fenomen immigratori s'està incrementant notablement, a partir de metges sud-americans i de països de l'Est, preferentment. A la figura 4 s'observa el creixement de col·legiacions d'estrangers dels darrers anys al COMB, i la disminució dels nascuts a Catalunya. El 2005, els estrangers representaren una tercera part de les noves col·legiacions.

Figura 4. Evolució de noves col·legiacions al COMB per zona d'origen: 1996-2005 (%)



Font: COMB

- La distribució de metges en el territori ens mostra una tendència a la concentració a l'àrea metropolitana de Barcelona, on treballen el 77 % dels metges catalans, mentre que concentra només el 69.7 % de la població catalana. En les altres regions de Catalunya, el nombre de metges dóna unes taxes per habitant inferiors a la de Barcelona i municipis pròxims (Taula 3).

**Taula 3: Distribució de la població i dels metges en regions sanitàries Catalunya 2005**

Regions Sanitàries	Població (%)	Metges (%)	Metges/1000 habitants (TSI)
Alt Pirineu y Vall d'Aran	1,0	0,6	2,72
Central	6,5	3,9	2,72
Girona	9,0	6,7	3,36
Lleida	4,6	3,8	3,73
Àrea Metropolitana de Barcelona	69,2	77,0	5,05
Tarragona	7,2	6,5	4,10
Terres de l'Ebre	2,5	1,5	2,74
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Font: COMB: amb dades IDESCAT i CatSalut

**En resum**, el nombre de metges en relació a la població censada a Catalunya està lleugerament per sobre de les taxes que hi ha als països del nostre entorn, i ha anat augmentant en els darrers anys (Taula 4). Aquesta constatació ens obliga a plantejar:

- si la proporció de metges que no fa feines assistencials és més alta a Catalunya que no pas el 15 % que hem utilitzat per fer els càlculs, o
- si la productivitat dels metges catalans és més baixa a causa de la manca d'eficiència del nostre sistema sanitari, o
- si la repartició de metges al territori genera un gran desequilibri en favor de Barcelona, o
- si les hores de dedicació efectiva dels nostres professionals a l'activitat sanitària pública és menor que en altres països.

Cal destacar que el col·lectiu mèdic català està molt feminitzat i que els darrers anys està augmentant el nombre de metges d'origen estranger, i es va reduint el nombre de metges nascuts o formats a Catalunya. És previsible que en els propers anys es redueixi la taxa de metges per habitant, ja que el nombre de metges que es jubilarà augmentarà molt i estarà bastant per sobre que el nombre de metges formats anualment a les universitats catalanes.

**Taula 4: Evolució del nombre de metges en actiu/1.000 habitants (2000-2004)**

Any	Catalunya	Alemanya	Holanda	França	Portugal	Regne Unit
2004	3,7	3,4	3,6	3,4	3,4	2,3
2003	3,6	3,4	3,5	3,4	3,3	2,2
2002	3,7	3,3	3,4	3,3	3,3	2,1
2001	3,7	3,3	3,3	3,3	3,2	2,0
2000	3,6	3,3	3,2	3,3	3,2	1,9

Font: Catalunya: COMB, amb dades INE i IDESCAT

Altres: Eco-Santé OCDE 2006-12-15

## 2. LA MANCA DE METGES EN EL SISTEMA SANITARI PÚBLIC CATALÀ

Sense que existeixi un estudi sistemàtic del nombre i característiques del tipus de metges que manquen en el sistema sanitari català, l'opinió més generalitzada és que falten anestesistes, pediatres, psiquiatres, radiòlegs i ginecòlegs, especialment en els hospitals petits allunyats de Barcelona, i també metges d'atenció primària en territori rural.

- De manera força general, hi ha dificultat per cobrir les places de metges d'atenció continuada a gairebé tots els hospitals, fet que obliga a contractar metges per aquesta funció específica (MAU) i a que els metges residents (MIR) hagin de fer la seva feina amb poca supervisió.
- L'atenció continuada als hospitals la fan de manera rotatòria els metges contractats per la institució per fer la feina electiva, i en general aquests la

prefereixen a l'atenció continuada, i els metges consideren que aporten poc al seu desenvolupament professional

- Ens manquen sistemes d'anàlisis per determinar si la pressió assistencial és igual en tot el territori, la qual cosa pot condicionar les solucions que es proposin.
- Caldria que existís un registre de l'activitat dels metges, que donés informació sobre les seves activitats laborals, es a dir el lloc de treball i el tipus de dedicació, especialitat o funció
- La majoria dels hospitals concertats tenen uns serveis de medicina amb plantilles curtes, fet que comporta que el personal sanitari estigui sotmès a una pressió assistencial molt considerable. Contràriament, els serveis quirúrgics són sobredimensionat per poder cobrir les necessitats de les urgències quirúrgiques, amb el conseqüent empobriment del catàleg d'intervencions quirúrgiques per cirurgia/any.
- Hi ha diferències entre els diferents proveïdors en les condicions contractuals i en les característiques de les carres professionals de les diferents institucions que s'haurien de corregir per minimitzar les desigualtats que fan que uns llocs de treball siguin menys atractius que altres.

### **3. FACTORS QUE TENEN INFLUÈNCIA EN LA MANCA DE METGES**

#### **3.1 Factors que depenen de l'augment de població**

- **Creixement demogràfic**

La població de Catalunya està experimentant en aquests darrers anys un creixement constant. Dels sis milions de catalans que érem l'any 1991 hem passat a aproximadament set milions en només 14 anys (2005), en gran mesura com a conseqüència de la immigració.

El fenomen de la immigració suposa un augment de la demanda sanitària degut a l'augment de població, i en termes generals, també comporta pel sistema una càrrega proporcionalment més gran. Les dificultats de comunicació, degut al fet diferencial lingüístic, ocasiona als metges que els atenen un esforç suplementari i més temps d'atenció.

- **Envel·liment.**

En paral·lel a l'augment del nombre de persones que ha d'assistir el sistema sanitari català, s'ha de considerar com una altra causa força important de l'augment de les necessitats sanitàries, el progressiu envelliment de la població en relació a la major expectativa de vida. Aquest fet comporta un major nombre

de malalties cròniques i de patologia tumoral que en la població més jove, la qual cosa exigeix molta més atenció i recursos sanitaris.

La pluripatologia de la gent gran exigeix també una atenció sanitària més constant i més pròxima, on són imprescindibles: a) un treball conjunt entre Atenció Primària-Hospital per facilitar la continuïtat assistencial, b) el treball en equips interdisciplinaris, i c) la participació dels serveis d'atenció a la dependència i als problemes socials associats.

- **Assistència a població no resident a Catalunya**

Catalunya és un territori de prestigi per la qualitat de la seva sanitat, per la qual cosa gran nombre de familiars de persones immigrades es desplacen per rebre assistència sanitària, en general complexa o costosa, que no poden rebre als seus països. També podem incloure ací el denominat turisme sanitari practicat per persones de la UE.

### **3.2. Factors que depenen de la complexitat de l'assistència mèdica**

- **Introducció de noves tecnologies.**

La introducció de nous procediments diagnòstics i terapèutics, cada cop més complexes, a gairebé totes les especialitats, ha determinat la necessitat de superespecialistes que dominin aquestes noves tècniques, i que usualment deixen de fer les pròpies o més habituals de l'especialitat, el que genera una mancança de personal en els serveis on es produeix aquest fet. Aquest fenomen, habitualment, s'ha resolt fins ara augmentant les plantilles dels serveis, almenys en l'àmbit hospitalari.

- **Medicina Preventiva**

En l'àmbit de l'Atenció Primària, l'augment de les activitats preventives, ocasionen una sobrecàrrega en unes consultes ja de per sí prou plenes, i disminueix el temps per visites mèdiques programades o espontànies, reduint per tant l'accessibilitat i el temps assistencial.

- **Informació**

El major grau d'informació dels ciutadans i l'accés fàcil a Internet ha determinat més coneixement dels mitjans diagnòstics i terapèutics disponibles, la qual cosa indueix a un major consum sanitari forçat pels mateixos ciutadans.

- **Medicalització de la societat.**

S'ha produït des de finals del segle XX una medicalització progressiva de la societat, havent adquirit categoria de problemes de salut, i per tant amb exigència d'atenció sanitària, problemes que abans no es consideraven mèdics, com la tristesa, les frustracions, el fracàs escolar, l'estrès, la violència domèstica, i tants altres.

### 3.3. Factors que depenen de les característiques del sistema sanitari

- **Ús inadequat d'algunes prestacions sanitàries**

Els serveis sanitaris més utilitzats pels ciutadans catalans són els serveis d'urgències per la seva capacitat resolutiva, i també per la seva immediatesa. Aquestes característiques expliquen l'habitual col·lapse de les urgències perquè molts les utilitzen per problemes no urgents, considerant que podran estalviar-se les demores que implica l'assistència ordinària. Una altra característica és que no imposen limitacions a la seva accessibilitat pels malalts, fet que determina que els serveis d'urgències hagin d'assumir problemes socials a més dels mèdics.

També l'Atenció Primària pateix una sobrecàrrega de demanda assistencial que es pot atribuir a diferents causes, totes les quals podrien ser corregides : a) nombre excessiu de malalts assignats a cada metge; b) freqüentació autoinduïda, c) estendre receptes induïdes per l'activitat pública i privada; d) assumpció forçada de feines de treballador social, e) activitats de prevenció no planificades.

- **Oferta creixent de prestacions sanitàries**

El catàleg de prestacions del sistema sanitari públic és *de facto* gairebé il·limitat. Aquesta bona disponibilitat del sistema en oferir prestacions sanitàries, sovint sense un estudi rigorós que en confirmi la necessitat i que es disposa dels recursos necessaris, fa que es creï una demanda que després no es pot frenar, i genera una necessitat de metges possiblement dubtosa.

Un catàleg tan ampli suposa, a més, excessives expectatives sobre els nous procediments i terapèutiques, i una confusió entre serveis estrictament socials i serveis sanitaris.

L'increment del transport sanitari urgent ha generat una demanda important de metges per activitats que en altres països exerceix personal paramèdic.

La introducció recent, per imperatiu legal, de noves prestacions, com el Servei de Vigilància de la Salut, que obliga a que les empreses tinguin un metge i una infermera per cada 1.600 treballadors, comporta una major necessitat de professionals sanitaris.

- **Normativa laboral**

L'aplicació de la normativa europea que limita la jornada laboral a 48 hores setmanals, incloent l'atenció continuada, i la introducció del descans posterior de manera generalitzada, ha agreujat la crisi de recursos humans. D'altra banda, la limitació de la obligatorietat, segons els convenis vigents, de fer tasques d'atenció continuada als 50 anys fa que es disposi progressivament d'un menor nombre de metges en edat de dur-la a terme.

### 3.4. Factors que depenen dels professionals

#### Feminització de la professió mèdica

- La feminització de la professió mèdica és un fenomen que va en augment al món occidental. Iniciat a la dècada dels vuitanta al nostre país (Taula 5) i als Estats Units els anys setanta, té un origen multifactorial i no és previsible que experimenti cap variació en els propers anys.

**Taula 5: Pràctica Mèdica per gènere i edat. Catalunya (2005)**

Col·legiats no jubilats	Homes		Dones		nc total		
	n	% sexe	n	% sexe	n	% edat	
<25	1	0,0	5	0,0	0	6	0,0
25-34	1.926	11,8	3.952	29,8	1	5.879	19,9
35-44	3.671	22,5	3.967	29,9	1	7.639	25,9
45-54	6.788	41,7	4.326	32,6	0	11.114	37,6
55-64	3.164	19,4	920	6,9	0	4.084	13,8
<65	733	4,5	84	0,6	0	817	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>16.283</b>	<b>100,0</b>	<b>13.254</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>29.539</b>	<b>100,0</b>

Font: Centre d'Estudis Demogràfics, a partir de dades col·legials facilitades el 2005

- L'impacte i les conseqüències de la feminització del sector assistencial no s'han avaluat encara en profunditat, però previsiblement exerceix una influència en la necessitat de reorganització del sistema sanitari per una sèrie de raons, que s'han de tenir en compte en dissenyar una política de recursos humans que permeti la conciliació de la vida laboral i familiar. En la darrera enquesta del COMB, el promig de dedicació horària diària a la feina dels metges era de 8.1 i el de les metgesses de 7.6, el que representa 2 hores i mitja menys a la setmana (Taula 6). S'han de preveure períodes de baixa maternal de les metgesses de menys de 40 anys, així com la previsible acceptació futura d'una flexibilitat dels horaris laborals que permeti a les metgesses i metges amb fills petits, atendre's convenientment, i reduir per tant la jornada laboral.

**Taula 6: Promig de dedicació horària**

	Home	Dona	Promig
<b>Activitat Professional</b>	8.1	7.6	7.9
<b>Estudi</b>	1.4	1.3	1.4
<b>Cura dels fills</b>	1.4	2.7	1.9
<b>Manteniment de la casa</b>	1.3	1.8	1.6
	12.2	13.4	12.8
<b>Relacions Socials</b>	1.1	1.1	1.1
<b>Oci</b>	1.5	1.3	1.4

### **Canvis socials i culturals dels metges i metgesses catalans**

- Hi ha una tendència social creixent, que també afecta als metges del nostre país, de considerar que la feina de metge és essencialment un treball, que s'ha de fer durant un horari limitat, més que no pas una professió de caràcter vocacional, l'exercici de la qual no es regeix per horaris, com succeïa en el passat. També en aquests darrers anys s'ha anat produint una pèrdua de valors que estaven molt arrelats en els metges, com l'esforç, el sacrifici, l'entrega als malalts, decebut en part perquè el propi sistema no els valora ni els premia.
- Cada cop menys metges tenen disponibilitat per activitats professionals que es facin fora de l'horari laboral, com preparar sessions clíniques, participar en comissions hospitalàries o escriure un article per una revista mèdica, i tampoc la tenen per prorrogar la duració de l'activitat laboral, considerant que necessiten temps per la seva vida familiar i per l'oci, interpretant que la prolongació de l'activitat professional limita la qualitat de vida.

### **Falta de captació de metges d'altres regions i de retenció a Catalunya dels metges formats a les facultats i als hospitals catalans (emigració)**

- Catalunya ha perdut la capacitat d'atracció pels metges joves d'altres regions de l'Estat que havia tingut en el passat, de manera que ja no vénen espontàniament metges joves d'altres regions atrets pel prestigi de les escoles mèdiques catalanes, sinó que fins i tot no es queden els que han vingut a estudiar a alguna de les facultats de medicina de Catalunya o els que han vingut a fer el MIR als hospitals catalans. Abans venien a formar-se, i sovint després es quedaven, perquè hom s'empeitava del prestigi del centre on s'havia format, i això era molt tingut en compte en un model sanitari de caràcter liberal. Es tendeix a creure ara que hi ha més oportunitats en el lloc on s'ha nascut i on s'hi te la família. Per altra banda, s'ha aconseguit a Espanya un equilibri regional acceptable, que fa innecessari sortir de la pròpia comunitat autònoma per formar-se be en qualsevol camp de la medicina.
- Catalunya no únicament no capta professionals originaris d'altres indrets de l'estat espanyol, molts dels quals s'han format com a metges a Catalunya, sinó que perd efectius, per raó de l'emigració a països on els salaris són més alts, especialment a Anglaterra, i en menys nombre a Suècia. Aquestes pèrdues no són gaire importants. L'any 2005, un total de 120 metges van sol·licitar la baixa del COMB per trasllat a l'estranger, lo que representa el 0.4% de la col·legiació, dels quals 73 (0.2 %) volien anar a països de la UE. Entre els 413 metges que van començar el MIR l'any 2000 i van acabar el 2005, un cop obtingut el títol, el 2.9 % van anar a l'estranger i el 8.5 % a altres indrets d'Espanya.

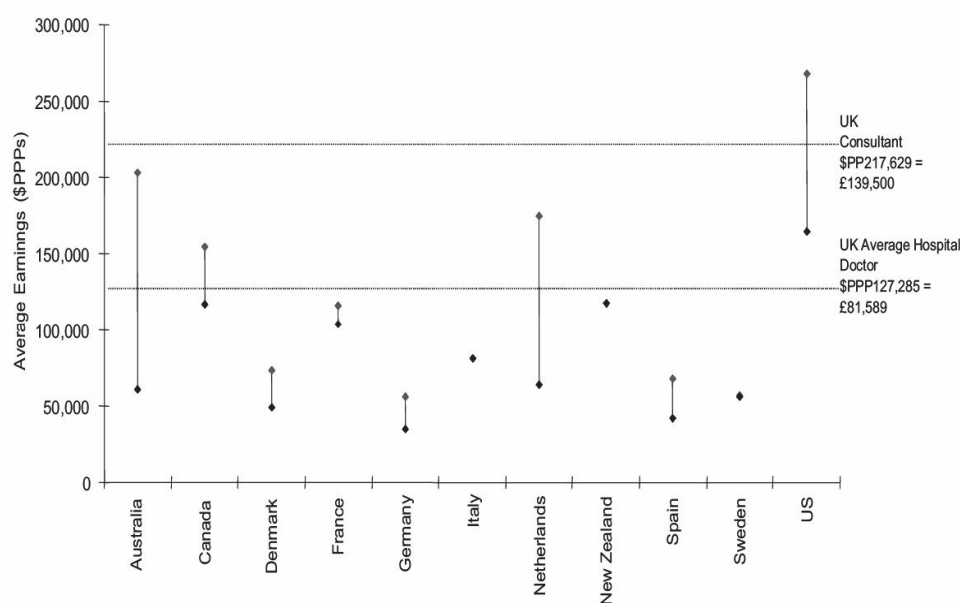


## Canvis en les expectatives professionals dels metges

- Hi ha una tendència natural a que els metges vagin reduint la seva dedicació a l'activitat assistencial, especialment d'aquelles activitats que es consideren més estressants o fatigoses a mesura que es van fent grans. Un exemple és el dret a deixar de fer guàrdies a determinada edat. Altres metges passen a exercir activitats sindicals o de gestió que els permeten reduir el nombre d'hores dedicades a l'assistència o fins i tot abandonar totalment aquesta activitat. Finalment altres dediquen la seva activitat assistencial a feines que tradicionalment han fet els metges, però que podrien exercir amb igual competència altres sanitaris del sistema, p.e. planificació familiar. No hi ha cap càlcul de quants metges contractats com a metges assistencials fan una dedicació parcial o nul·la a aquesta activitat, ni si aquest nombre és igual o superior al que es dona en altres països europeus.
- El salari dels metges en el sistema nacional de salut és considerat baix per gairebé la totalitat de metges que hi treballen. Alguns complementen el sou amb una activitat privada feta després d'acabar la jornada laboral del sistema públic, la qual cosa els impediria allargar la seva jornada a la institució pública que els contracta.
- Les solucions a aquest punt han de derivar de la tasca duta a terme per la Mesa de l'Exercici Professional del Consell de la Profesió Mèdica.

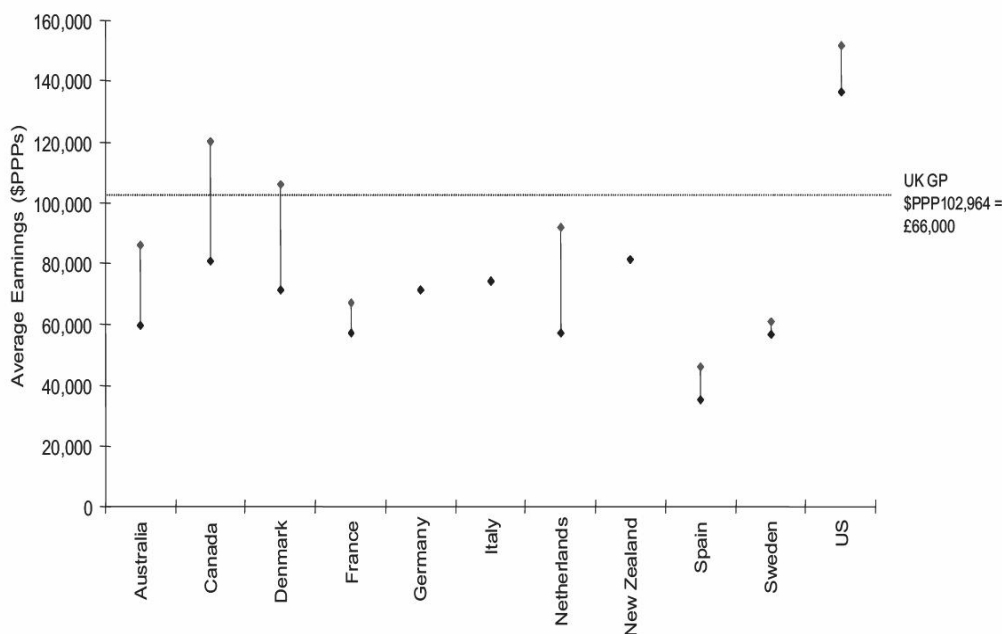
Les figures 5 i 6 mostren que Espanya és el país on els metges estan més mal retribuïts i en què les seves possibilitats de promoció econòmica són menors, ja que les diferències entre els millors i els pitjors pagats són molt petites.

Figura 5: Promig anual de remuneracions dels metges hospitalaris (en dòlars PPP)-(2002)



Font: NERA (National Economic Research Associates). *Comparing Physicians' Earnings: Current Knowledge and Challenges.*(2004) www.nera.com

Figura 6: Promig anual de remuneracions dels metges d'À. Primària (en dòlars PPP)-(2002)



Font: NERA (National Economic Research Associates). *Comparing Physicians' Earnings: Current Knowledge and Challenges.*(2004) www.nera.com

- En aquests darrers anys la pràctica privada s'ha mantingut estabilitzada en quant a volum de negoci, però per algunes especialitats, com oftalmologia, pediatria, psiquiatria, ginecologia i anestèsia, ha augmentat força, i ha atret a metges que han abandonat la seva feina al sector públic per exercir només una activitat privada, més ben remunerada, més autònoma i que permet conciliar millor la vida professional i la familiar.

**En resum,** la necessitat de metges en el sistema sanitari públic català sembla evident en el model sanitari que tenim i amb el mapa sanitari actual. Pot accentuar-se els propers anys atenent a:

1. El previsible increment de la població i al seu major envelliment,
2. unes jubilacions molt més nombroses que en aquests anys en els propers 15 anys,
3. la falta de previsió en l'obertura de places universitàries que contrarestin les jubilacions,
4. el major consumisme sanitari d'una població més informada, amb una gran preocupació per la salut i amb poca tolerància a trobar-se malament,

5. la major necessitat d'especialistes en noves tècniques, i
6. la tendència entre els metges a no acceptar horaris laborals prolongats o a compartir-los entre activitat pública i privada. Caldria disposar de dades acurades sobre aquest punt.

## 4. POSSIBLES SOLUCIONS

Tenint en compte que la manca de metges es la conseqüència del desequilibri entre el nombre de metges que presten serveis assistencials a la població i els requeriments d'aquesta població, les solucions que s'adoptin per corregir aquest desequilibri han de preservar els principis d'equitat i universalitat en què es fonamenta el nostre sistema sanitari, així com el respecte al principi de la qualitat, a garantir el dret d'igualtat d'accés i la seva sostenibilitat. Aquestes possibles solucions teòriques són en esquema les següents:

- a. millorar l'eficiència del treball dels metges, és a dir que augmenti el seu rendiment a partir de reformar la forma de funcionar el sistema sanitari públic.
- b. permetre que els metges que ho desitgin puguin treballar més hores, sense contravenir la normativa vigent.
- c. augmentar el nombre de metges, ja sigui perquè les facultats de medicina produeixin més metges o perquè se'n importin d'altres països; amb la formació i acreditació exigides pel nostre sistema sanitari i la legislació vigent.
- d. reestructurar les prestacions del sistema sanitari públic; i
- e. promoure que no s'incrementi l'ús del sistema sanitari amb prestacions l'eficàcia de les quals no estigui provada i que s'eliminin aquelles que són i
- f. valorar el paper que poden fer altres professionals sanitaris en activitats que tradicionalment fan metges, tal com reconeix la LOPS.

### 4.1. Reformes en el sistema sanitari

La millora de l'eficiència és un objectiu necessari per mantenir i augmentar la qualitat del sistema sanitari, i segurament també contribuiria a pal·liar els problemes derivats de la manca de metges. La millora de l'eficiència passa per la introducció de reformes organitzatives, algunes de les quals només podrien ser aplicades després de canvis legals, i que exigirien una política explicativa en el propi sector i a la població, i també l'aportació de diners per incentivar econòmicament aquestes iniciatives

#### 4.1.1. Reformes a l'Atenció Primària

S'han d'introduir canvis orientats a fer l'AP més resolutive, de manera que es solucionin en aquest àmbit el màxim nombre de problemes de salut sense necessitat de recórrer a serveis d'Urgències ni a especialistes.

Aconseguir-ho exigeix:

- a. més temps de dedicació del metge a l'activitat assistencial, alliberant-lo en la mesura del possible de feina burocràtica, i deixar clarament establerts els temps de dedicació a assistència, formació continuada, docència i recerca,
- b. donar autonomia al metge per organitzar la seva agenda de treball,
- c. aconseguir un nivell de competències més polivalent que el que té actualment el metge de família (en pediatria, geriatria, cures pal·liatives, dermatologia, cirurgia menor) que li permeti efectuar procediments diagnòstics i terapèutics,
- d. introduir el treball en horari de 9 a 21 hores, disposant sempre del personal de suport i els mitjans necessaris,
- e. reforçar el protagonisme dels metges de família en relació als especialistes que els donen suport,
- f. fomentar el principi del liderat en els equips d'atenció primària, de manera que es potenciï la figura d'un director d'equip amb autoritat moral i científica, que impulsi el progrés dels metges de cada d'equip.
- g. modificar el sistema retributiu dels metges d'AP, que no penalitzi amb més sobrecàrrega de treball als més competents i els més apreciats pels malalts, i que tingui en compte els resultats en salut i satisfacció dels usuaris,
- h. implementar la coordinació amb els hospitals de zona, amb el funcionament d'equips multidisciplinaris entre primària i hospital,
- i. potenciar l'atenció domiciliària,
- j. facilitar als metges d'hospital que encara no en tenen receptes del SCS per tal d'evitar que els malalts hagin d'anar als CAPS a buscar les receptes i definir una política clara en relació a la dispensació de medicaments prescrits en l'activitat privada

#### **4.1.2 Reordenació de funcions dels professionals sanitaris.**

Una millor distribució de funcions entre els diferents professionals dels centres sanitaris, especialment en els centres de primària, per aconseguir la màxima eficiència en l'atenció dels malalts dins del marc del treball en equip, podria oferir millor servei assistencial

Les autoritats sanitàries han de vetllar perquè tots els professionals del sistema sanitari executin funcions que siguin les pròpies de la seva professió i que les organitzacions sanitàries disposin de protocols on es defineixen les funcions que corresponen a cada lloc de treball. D'aquesta manera s'evitarà que els metges hagin d'ocupar part de la seva jornada amb ocupacions que haurien de fer altres treballadors, pe. el treball administratiu o el treball social, en lloc d'una activitat mèdica.

Independentment d'aquestes consideracions, en el marc dels equips sanitaris, hospitalaris o d'atenció primària s'han d'elaborar, amb el consens de l'equip, protocols d'activitat on es defineixin les funcions dels seus diferents integrants, metges, infermeres, i altres professionals. Aquest concepte de distribució de feines, protocolitzada per consens també es aplicable en equips de dos persones, metge i infermera, en l'Atenció Primària.

És previsible que una millor distribució de feines permeti una major satisfacció professional i també un major rendiment del temps del metge, i indirectament serà una mesura per reduir la mancança de metges.

#### **4.1.3. Reformar el sistema d'urgències**

Els serveis d'urgències constitueixen l'àmbit on es viuen les dificultats més grans del sistema sanitari català, especialment massificació, falta de professionals sanitaris, i insatisfacció de metges i de malalts. És possible considerar que la reforma de l'atenció urgent pugui facilitar una reducció de la necessitat en metges, a més de racionalitzar l'atenció urgent i millorar-ne la qualitat.

Qualsevol reforma exigeix abandonar el criteri de que tots els hospitals hagin d'oferir tot tipus de serveis urgents. S'ha d'apostar per estructures resolutives i sostenibles des del punt de vista de RRHH i de la qualitat. L'apropament de l'assistència sanitària a la població no justifica que el treball en llocs tan crítics com són els serveis d'urgència hospitalaris es faci sota els mínims imprescindibles per donar una assistència correcta.

#### **Definir un nou model global d'urgències**

S'hauria de refer el mapa sanitari dels serveis d'urgències, amb criteris de base territorial, planificar conjuntament entre tots els proveïdors l'atenció mèdica urgent, tenint en compte els recursos que tenim i que permeten oferir prestacions d'una qualitat garantida, amb un responsable últim de les urgències per territori.

Es poden establir en cada territori diferents nivells de serveis d'urgències segons complexitat de la patologia, amb un protocol de selecció (triatge) únic, i amb un sistema de transport sanitari entre nivells ben estructurat.

#### **Creació d'un cos de metges d'urgències**

També cal una reflexió sobre l'actual model de les urgències dels hospitals ateses pels mateixos metges que fan l'atenció no urgent durant la jornada laboral habitual. S'hauria de debatre si no seria més raonable i eficient que els serveis d'urgències fossin serveis jerarquititzats i autònoms, amb plantilles formades per metges amb dedicació exclusiva a les urgències mèdiques com a activitat principal i que fessin jornades de 8 hores (tres torns diaris) als serveis d'urgències. Aquests metges podrien provenir d'especialitats diverses, com medicina familiar o medicina interna.

Aquesta formulació permetria tenir serveis hospitalaris amb plantilles ajustades al treball que fan, ja que ara la seva magnitud està condicionada per poder cobrir l'atenció continuada i el treball regular. Per altre banda donaria al treball a urgències una satisfacció als metges interessats per aquesta activitat, cosa que no succeeix amb la majoria dels metges que la fan actualment.

Aquests metges haurien de gaudir de les mateixes condicions laborals i professionals que la resta de metges. Cal contemplar també la possibilitat d'integració en un altre dispositiu assistencial (hospitalari o extrahospitalari) i la reducció progressiva de la seva

dedicació a l'atenció a les urgències (com a mesura de reducció de la penositat del treball).

La creació d'equips de professionals que fessin en exclusiva l'activitat urgent comportaria, per a molts metges, la desaparició de la retribució en concepte d'atenció continuada. Aquest canvi, per tant, exigiria també canvis retributius i de caire laboral, de manera que els metges que deixessin de fer aquesta activitat no es veiessin perjudicats econòmicament.

### **Concentrar i potenciar els serveis d'urgències quirúrgiques hospitalàries**

Pel que fa referència a les urgències quirúrgiques, una possible solució seria concentrar l'activitat en centres ben dotats, amb capacitat d'atendre amb garanties les necessitats en cirurgia, obstetrícia, traumatologia, i neurocirurgia, en funció de la demanda coneguda a cada territori, concentrant en el mateix servei d'urgències per fer tasques d'atenció continuada especialistes contractats en hospitals pròxims. Caldria doncs fer els passos necessaris per establir la col·laboració necessària entre institucions i professionals. Un resultat possible seria evitar la infrautilització de molts equips mèdics i s'aconseguiria que tots els cirurgians tinguessin un entrenament suficient. Amb menys serveis es pot aconseguir que tots disposin dels mitjans necessaris, es podria millorar la qualitat i es contindria l'augment en el nombre de metges a contractar per aquesta activitat.

Aquesta proposta es detalla en el Document elaborat pels Caps de Servei de Cirurgia dels Hospitals de Catalunya, i que s'adjunta a aquest document com un annex.

- Aquesta iniciativa exigeix examinar amb detall les dificultats i que genera proposar la mobilitat dels professionals sanitaris. Per tant per formular aquesta proposta cal trobar arguments que no vagin dirigits a demostrar l'augment de l'eficiència que es pot aconseguir, sinó també el benefici professional i econòmic pels metges, que els compensi dels inconvenients que representa la mobilitat. A més a més, aquesta hauria de ser voluntària, negociada, incentivada i acotada en el temps.
- També implica definir quines patologies s'han d'atendre a cada nivell i establir els mecanismes de derivació interhospitalària del centre sense la dotació adequada al centre que si la té, d'acord a uns protocols comuns.
- Aquesta modificació en el sistema d'urgències hospitalàries s'ha d'acompanyar necessàriament d'una potenciació dels sistema de transport sanitari urgent, per tal d'evitar la inequitat en l'accés als ciutadans de les poblacions més allunyades.

### **Potenciar en els serveis d'urgència els professionals del treball social**

En els serveis d'urgències es concentren els problemes no resolts en la resta del sistema sanitari, molt especialment els problemes socials, lligats a la vellesa, la dependència o la pobresa. Per tant l'existència de personal amb la funció d'atendre aquests problemes, com treballadors socials, mediadors culturals, traductors i psicòlegs, faria reduir les

necessitats de metges permetria disminuir el temps de dedicació dels metges d'atenció continuada a problemes no estrictament mèdics

### **Reduir la necessitat d'anar a Urgències**

Moltes consultes a Urgències són degudes a la dificultat de contactar amb el metge de família quan el malalt té una sensació real o subjectiva d'urgència o per la demora en fer-se exàmens en el circuit assistencial normal. Una reforma de l'assistència Primària actual que facilités una major accessibilitat pels malalts, incloent en aquest punt l'ús de la tecnologia perquè el malalt pugui contactar amb el seu metge, telèfon, fax, e-mail, i més gran resolució dels problemes consultats reduiria la pressió als serveis d'Urgències.

#### **4.1.4. Concentració de serveis especialitzats.**

La mateixa mesura de concentrar especialistes de diferents hospitals en un sol servei d'urgències també es podria plantejar per l'assistència no urgent, de manera que els serveis especialitzats formats per plantilles reduïdes establissin acords de col·laboració amb serveis veïns, podent-se aconseguir d'aquesta forma serveis més ben dotats i eficients. En funció de l'atenció que calgui prestar s'escollirà entre el desplaçament dels facultatius o dels usuaris, per aconseguir una major eficiència sense disminuir l'accessibilitat ni provocar la desatenció de la població. Cada cas precisarà definir clarament quines especialitats s'hi veuen involucrades, els criteris amb que es du a terme la concentració i les condicions de col·laboració entre centres, institucions o empreses.

Qualsevol pla de concentració d'efectius per aconseguir serveis amb més capacitat assistencial i que impliqui el desplaçament per part dels metges des del seu lloc de treball habitual, de manera permanent o parcial, a algun altre centre ubicat a una localitat diferent, requereix que es compleixin determinats supòsits, especialment que la mobilitat del metge sigui conseqüència d'acord entre les parts, per tant voluntària, que estigui incentivada, que el professional compti amb la cobertura legal i els mitjans necessaris per dur-la a terme, i que comporti una millora per al professional i pels usuaris.

#### **4.1.5. Més autonomia.**

La introducció de reformes encaminades a millorar el grau d'autonomia dels metges en el sistema sanitari i la participació dels metges en la governació de les institucions es necessària per estimular a aquests a treure el màxim rendiment del seu treball. La participació dels metges en la presa de decisions i en definir els objectius assistencials és indispensable per reduir el desencant dels professionals causat per la socialització de la professió i per augmentar la seva implicació i compromís amb la institució on treballa. La gestió de la pròpia agenda ajudaria a reduir l'estrès i a augmentar el compromís del metge amb la institució. La introducció dels principis d'autogestió en l'Atenció Primària seria en aquest sentit molt beneficiosa.

#### **4.1.6. Telemedicina.**

La introducció de certes mesures de caràcter tecnològic com per exemple, les de telemedicina permetria satisfer certes necessitats de metges, com de radiòlegs, amb la tramesa de les imatges obtingudes en serveis de radiologia d'hospitals amb poc staff a centres més dotats en plantilla especialitzada per fer el diagnòstic i per les consultes ràpides entre generalistes i especialistes i també entre diferents especialistes. Fins i tot podria ser un sistema de fer seguiment de malalts crònics, que permetés descongestionar els serveis assistencials.

#### **4.1.7. Historia clínica única.**

L'accés a una història única informatitzada, comuna per l'Atenció Primària i l'hospital, facilitaria molt la feina als metges, especialment els dels serveis d'urgència i els de Primària, amb un estalvi considerable del temps dedicat a fer cada vegada la història. Aquesta mesura milloraria l'atenció als malalts i tindria impacte en el nombre de metges, en estalviar temps assistencial.

### **4.2. Accions sobre els professionals**

#### **4.2.1. Demorar la jubilació.**

- La jubilació forçosa als 65 anys a tots els metges del sistema públic català ha contribuït a reduir el nombre de metges en actiu en un moment poc oportú.. Aquest problema s'agreuja en els propers anys, ja que les promocions de metges que van estudiar els anys 70 van ser molt nombroses i això farà que s'accentui el balanç negatiu de metges entre les promocions que es jubilen i les que comencen la seva vida professional.
- Sembla de sentit comú tirar enrere la decisió de mantenir les jubilacions forçoses als 65 anys. Per tant, caldria donar la possibilitat de jubilació als 65 anys, amb plenitud de drets, i la de perllongar voluntàriament fins als 70 anys la vida laboral activa, sempre que el metge demostrï estar en condicions adequades per fer-ho. Aquesta prolongació de l'activitat laboral hauria d'estar degudament incentivada.

#### **4.2.2. Incentius per fer més feina**

- Els metges espanyols, i per tant els catalans, igual que els metges dels països del sud d'Europa, Itàlia o Grècia treballen un mitjana de 40 hores a la setmana (sense computar les guàrdies), notablement menys que els de països del nord d'Europa, com França, Alemanya i Àustria que fan jornades 45 a 50 hores a la setmana. (Figura 6).
- La fórmula més senzilla per afrontar la mancança de metges seria la superació voluntària de la jornada màxima. Es difícil, però, imaginar que es pugui estimular a que

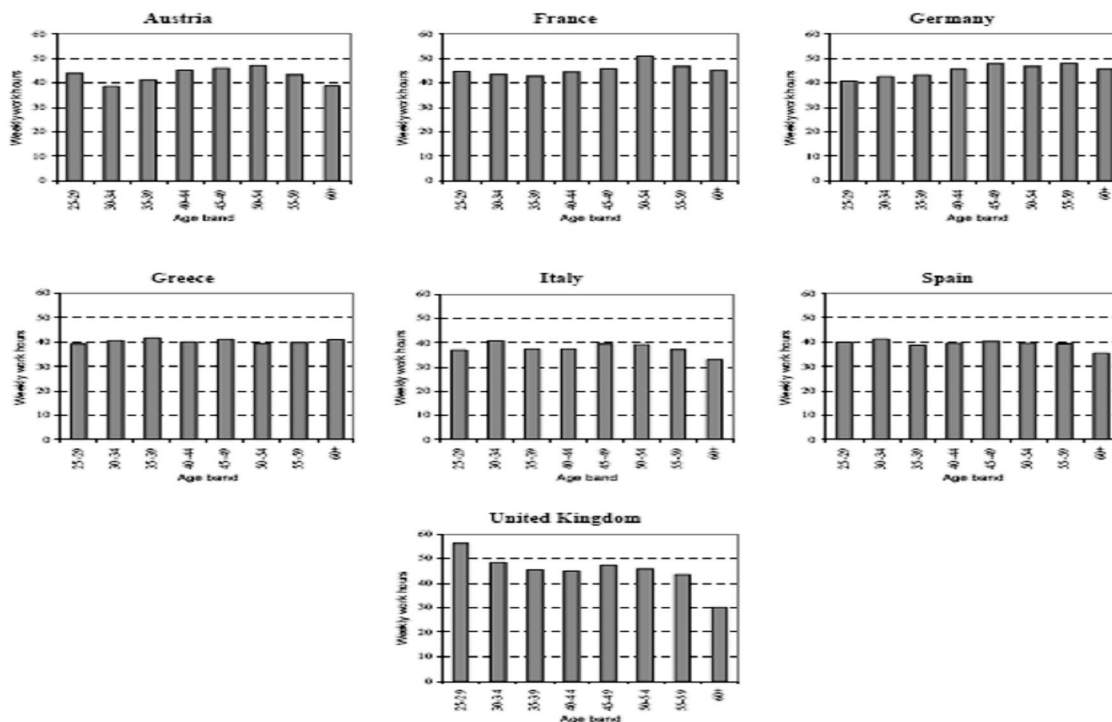


els metges espanyols acceptin allargar la seva jornada laboral, ja que la consecució de la jornada laboral de 40 hores s'ha considerat com un bé irrenunciable. Per altre banda, el fet que fins ara les hores de guàrdia o de prolongació de la jornada laboral s'hagin pagat tan malament representa un element dissuasori per a la majoria de metges d'allargar la seva dedicació horària a la feina. No obstant, s'hauria de fer un esforç per millorar les retribucions per la feina extra, i potser així una proporció indeterminada de metges acceptaria fer jornades setmanals més llargues, especialment si s'introduïssin mesures per facilitar la conciliació de la vida familiar i laboral, com la creació de guarderies infantils al centres de treball, la flexibilització dels horaris

- S'hauria d'establir un sistema d'incentius, econòmics i professionals, que facilités la mobilitat dels metges dins del sistema perquè es puguin atendre determinades necessitats, especialment per la integració dels serveis d'urgència i d'especialitats en els hospitals comarcals. Caldria plantejar la incorporació periòdica dels metges dels hospitals comarcals als equips dels hospitals de referència, especialment els de les àrees quirúrgiques, per mantenir el seu grau d'expertesa, i per evitar els cirurgians ben formats rebutgin treballar en els hospitals petits. S'hauria d'incentivar als centres i professionals que participessin en aliances entre serveis
- S'ha de flexibilitzar l'aplicació de les normes administratives que impedeixen o limiten que el metge del sector públic pugui ampliar la seva activitat en el propi sistema, en alguna altre institució o dependència.
- La reducció de l'absentisme laboral injustificat es una mesura teòricament desitjable. No obstant, abans s'hauria de disposar d'informació sobre la magnitud d'aquest absentisme, que sembla molt escàs entre els metges, que justifiqués l'adopció de mesures específiques.
- S'hauria d'iniciar una estratègia orientada a estimular la incorporació dels metges d'AP que actualment tenen contractes per una dedicació horària breu a una activitat amb dedicació horària més perllongada.

Figura 7: Promig d'hores de treball setmanal per franja d'edat

Figure 11. Number of weekly hours worked by full-time and part-time physicians<sup>1</sup> by age, 2000



Font: Simoens, Hurts. *The Supply of Physician services in OCDE countries*  
OCDE Health working papers, 2006

### 4.3. Augmentar el nombre de metges

#### 4.3.1. Ampliar l'accés a les facultats de medicina.

- El nombre d'admesos a les facultats de medicina de l'estat espanyol s'ha mantingut força estable durant els darrers 15 anys després de que les autoritats acadèmiques prenguessin consciència que l'admissió lliure i incontrolada d'estudiants al anys 70 i 80 va determinar que es formés una bossa de metges que no va poder accedir a la formació reglada com a especialista (MESTO) i tingués dificultats per trobar feina. Es va fixar un numero clausus de manera que coincidís el nombre de places que s'oferien cada any per fer el MIR amb el nombre d'estudiants que acabaven la carrera. Aquesta mesura va reequilibrar el marcat de treball dels metges, però segurament s'ha mantingut aquest numerus clausus sense tenir en compte que les necessitats en metges anava augmentant progressivament i més bruscament quan es decideix jubilar als metges 5 anys abans del que es venia fent.
- L'augment del 10 % del nombre d'estudiants admesos a les facultats de medicina catalanes, en relació als que s'admetien en anys anteriors, que s'ha implantat en aquest curs (2006-2007), no tindrà cap efecte fins d'aquí a 10 anys, quan els estudiants admesos a primer curs enguany hagi acabat el seu període de formació, 6 anys de carrera i 4 de MIR. Per tant no es pot considerar que

aquesta mesura resolgui els problemes que estan plantejats en el moment actual. Segurament ha estat una decisió intel·ligent, ja que es previsible que el dèficit de metges s'accentuari els propers anys amb la jubilació de metges i metgesses de les promocions massificades dels anys 70 i aquest increment, que potser encara és insuficient atenuï els problemes que es produiran d'aquí a 10 anys.

- Un altre element a tenir en compte és que qualsevol augment del nombre d'estudiants admesos a les facultats de medicina de les universitats públiques catalanes tindrà molt poc impacte en el nombre de metges per Catalunya, ja que un nombre molt elevat d'alumnes de les Facultats de Reus-Tarragona i de Lleida provenen d'altres indrets, com Aragó i País Valencià on hi ha poques facultats de medicina i la puntuació de selectivitat és en termes generals més alta que a Catalunya, o de Portugal, la qual cosa col·loca als estudiants d'aquests llocs en avantatge respecte als estudiants catalans per accedir a la places convocades. Per tant un eventual increment del nombre de places a les facultats de medicina de Catalunya hauria de fer-se simultàniament amb mesures correctores del sistema d'accés. Aquestes limitacions no es donarien amb l'autorització d'una universitat privada, que no estaria supeditada a les normes del districte universitari únic.

#### **4.3.2. Impulsar l'aplicació de la troncalitat descrita a la LOPS**

La implementació del principi de troncalitat en la formació MIR, tal com preveu la LOPS, facilitaria el pas de metges d'unes especialitats a altres especialitats pròximes amb dèficit de professionals, després del corresponent període d'adaptació formativa.

#### **4.3.3. Importar metges.**

La importació de metges de països on el nivell de vida es més baix , i per tant amb salaris més baixos que a Espanya, és el procediment més simple per combatre la manca de metges, i pot tenir per alguns directius del sistema l'avantatge suplementari que seran metges amb un nivell d'exigència inicial més baix que el dels metges autòctons i que estaran disposats a acceptar les feines més precàries i menys estables. Aquesta iniciativa té l'inconvenient que no podem acreditar que el seu nivell de preparació sigui el que tenen els metges espanyols, no coneixen el sistema sanitari local, a vegades tenen problemes amb l'idioma, no coneixen la idiosincràsia dels malalts del país amb una cultura a vegades molt diferent a la seva. Es segurament una via a tenir en compte, però cal un marc legal d'homologació de títols i que s'introdueixi l'exigència d'una acreditació per començar la pràctica mèdica.

### **4.4. Accions sobre els ciutadans**

#### **4.4.1. Promoure un ús més adequat del sistema sanitari i mesures dissuasòries del mal ús**

Els resultats s'apreciaran a llarg termini, però s'ha de començar ara. Cal un esforç educatiu per part del metge i de les autoritats sanitàries i també facilitar de manera permanent informació als ciutadans dels circuits del sistema.

## **5. PRIORITZACIÓ DE LES PROPOSTES PRESENTADES**

Les propostes exposades en la secció anterior s'han ordenat en aquesta secció en funció del impacte previsible sobre la reducció de la necessitat de metges en el sistema sanitari públic català i alhora en la facilitat de la seva implementació.

### **5.1. Accions a curt termini:**

1. Demorar la jubilació fins els 70 anys quan els metges acceptin seguir treballant de forma voluntària i mantinguin la capacitat per fer-ho. Quan no sigui així, jubilació als 65 anys amb plenitud de drets.
2. Establir mecanismes que garanteixin la participació dels metges en el govern de les institucions i compromís de les institucions i els metges per incrementar l'eficiència del treball a canvi de millores en el desenvolupament professional.
3. Introduir mecanismes que afavoreixin el compliment de tasques assistencials amb mesures que evitin que el metge estigui ocupat en tasques burocràtiques que pot fer altre personal, evitant que les reunions administratives coincideixin amb els horaris de màxima activitat assistencial.
4. Organitzar mecanismes per facilitar el treball conjunt entre professionals d'Atenció Primària i d'Hospital en un escenari de caràcter territorial, que simplifiqui el procés diagnòstic mitjançant les consultes presencials o per e-mail o per telèfon, evitant visites i exploracions innecessàries als malalts, i consegüentment hores de metge.
5. Modificar les mesures restrictives que impedeixen que es pugui treballar en més d'un centre proveïdor.
6. Ampliació del nombre d'estudiants de medicina per neutralitzar l'agudització de la crisi causada per les jubilacions de generacions molt nombroses.
7. Introduir a l'ensenyament reglat de les facultats de medicina el concepte de professionalisme i inculcar els seus valors.
8. Eliminació de les contractacions precàries, homogeneïtzació i portabilitat de la carrera professional, i establiment d'una política d'incentius adequada per garantir la cobertura de tots els llocs de treball.

### **5.2. Accions a mitjà termini**

1. Introduir canvis en l'Atenció Primària que actuïn com a dinamitzadors d'aquest sector, tals com fixar horaris de matí i tarda per facilitar l'accessibilitat als malalts, potenciar l'atenció domiciliària i augmentar la capacitat resolutiva dels

CAPS introduint consultes especialitzades amb capacitat de dur a terme exploracions.

2. Reformar les urgències mèdiques i quirúrgiques
3. Establir horaris de matí i de tarda a CAPS i hospitals
4. Desenvolupar un pla de concentració de serveis hospitalaris especialitzats amb aliances estratègiques i mecanismes incentivadors
5. Introduir elements de telemedicina i la història clínica

### **5.3. Accions a llarg termini**

1. Reforma de l'ensenyament de postgrau (especialitat) atenent el principi de troncalitat.
2. Educació sanitària de la població per fer un bon ús del sistema sanitari.
3. Introducció de mesures desincentivadores de l'ús abusiu del sistema sanitari,

## **CONSIDERACIONS FINALS**

Són molts els factors que poden explicar el desequilibri entre el nombre de metges disponibles i el que ens cal per satisfer totes les necessitats en atenció sanitària, la majoria dels quals hem descrit en aquest informe. Algunes de les solucions que es proposen poden ser més complexes per aplicar-les, i poden generar hostilitat tant entre els propis metges com en determinats poders polítics. En aquesta relació estan exposats aquests factors sense detallar el pes específic de cada un, ni determinar el seu impacte per corregir la manca de metges. L'ordre cronològic que s'ha proposat es basa sobre tot en la factibilitat de la seva aplicació. Moltes de les propostes que es fan poden contribuir en la correcció d'aquest dèficit, però al marge d'això poden millorar el funcionament del sistema sanitari i poden incrementar el grau de satisfacció dels professionals.