



II jornada Ernest Lluch de Sanitat
12 de juny de 2008, El sector de la salut i l'ocupació
Frederic Monell, vicesecretari general de la UGT de Catalunya.

La Unió Europea ha trobat en tots els seus membres un nexa d'unió: el dèficit de professionals sanitaris.

El salari dels metges espanyols no és precisament l'enveja d'Europa. Països com Suïssa, que té els sous més elevats, arriba a duplicar el d'Espanya, que també es veu superada folgadamente per Noruega, Dinamarca, Suècia, Regne Unit, Alemanya i Bèlgica.

La Unió Europea no té una política comuna en qüestions sanitàries. Conformada per 27 Estats i més de 490 milions d'habitants, dedica un 8% del PIB a la salut i, tot i que els serveis mèdics són bons, encara estan lligats a la localització geogràfica, l'activitat que exerceix el pacient i la renda. Això es deu, en part, a la inexistència d'un sistema sanitari europeu, a pesar dels compromisos puntuals adquirits en alguns textos com ara el Tractat de Niça.

Les dades de l'actual realitat són escasses i les comparacions entre països no són pertinents a causa de circumstàncies variables com els règims fiscals, deduccions en origen, nivells de vida diferents, etc. sense oblidar que, a Europa, no estan harmonitzades totes les pràctiques socials salarials, i que, en el sector sanitari, la comparació dels salaris encara és més difícil, ja que les remuneracions depenen dels sistemes sanitaris establerts en cada país i estan organitzades en sector públic i sector privat.

El dèficit de professionals, problema general.

Segons diferents estudis, la carència de professionals sanitaris es genera per factors com ara l'envelliment de la població, la manca de relleu generacional o deixar d'estar motivat. En el cas específic dels metges i d'infermeria, la raó principal és el temps setmanal de treball, que pot afectar a la seva productivitat, a la seguretat dels serveis prestats i a la seva pròpia salut.

En part, la tendència és l'aplicació progressiva de la Directiva Europea sobre l'Ordenació del temps de treball, que estableix un límit de 48 hores setmanals de jornada laboral. Les estadístiques assenyalen que, malgrat que Dinamarca, França, Alemanya, Grècia, Itàlia, Països Baixos, Portugal i Espanya ja han començat a abordar seriosament el tema, fins al punt que la mitjana d'hores treballades a temps complet està per sota d'aquest límit, altres estats, com és el cas del Regne Unit, la sobrepassa.

Les diferències dels salaris deixa constància que no existeix una política comuna en qüestions sanitàries.

Regne Unit i tal vegada Espanya son exemples que el dèficit de professionals sanitaris també depèn d'un desencant cada cop més accentuat en la professió. Sabem, pels estudis realitzats, que entre un cinc i un nou per cent dels llicenciats en la carrera de Medicina no exerceixen la professió fins a cinc anys després d'haver finalitzat els estudis. Davant d'aquesta problemàtica, alguns governs han afirmat que les polítiques per retenir metges i infermers/es s'han de centrar en la millora de la flexibilitat del temps de treball, la creació de l'oportunitat d'exercir carreres més flexibles i obrir el ventall d'oportunitats perquè els facultatius puguin elegir una formació continua de qualitat.

De tota manera, el temps setmanal de treball no és l'única causa. Altres factors de les carències de personal són, segons nosaltres, l'increment dels contractes temporals i la seva baixa remuneració, les jornades a temps parcial i les llargues jornades de guàrdia. En aquesta línia, alguns països experimenten grans dificultats per contractar personal sanitari no només en les regions rurals –que ja és habitual els darrers anys–, sinó també en els centres urbans.

Carència de professionals controlada

L'informe de la Comissió d'Ordenació Professional del Consell de la Professiò Mèdica de Catalunya (26-02-2007), indica que Catalunya és la Comunitat Autònoma que més metges té per cada mil habitants, en comparació amb d'altres països europeus. A pesar d'això, també assenyala que la professió de metge a la comunitat catalana és una professió amb tendència a l'envelliment.

El nombre màxim de professionals el trobem en la franja d'edat que va des dels 45 als 49 anys i es va escurçant progressivament en edats més joves.

Segons dades de 2006, sobre la demografia mèdica a Espanya, la feminització de la professió mèdica se situa ja en el 48%, i s'espera un clar augment perquè el 70% dels estudiants i el 65% dels MIR són dones, el que vol dir que en pocs anys aquestes representaran una clara majoria dins de la professió. Ara mateix, entre els facultatius que exerceixen la medicina, la presència femenina ja ha arribat a un empat tècnic amb la masculina, essent d'un 47,8%, davant el 52,2% d'homes; i per edats, es comprova que la presència femenina és també majoritària entre els facultatius de menys de 40 anys.

Una altra mostra d'aquest acusat canvi de tendència, iniciat en els anys vuitanta i accelerat a partir de l'última dècada, és que en les últimes edicions de l'examen actual per aconseguir plaça com a metge intern, la proporció de dones supera el 65%.

Es desconeix, el nombre de professionals de la medicina que abandonen la professió abans de la jubilació. És un registre que encara manca, i que l'Administració no posseeix. Entre 2025 i 2030 es jubilaran 36.000 metges a Espanya.

Estimacions sindicals, en la primavera de 2006, situen al voltant del miler els facultatius que cada any decideixen anar a treballar a d'altres països de la Unió

Europea, el 25% dels acabats de llicenciar; països com el Regne Unit, Portugal o França són ara per ara algunes de les destinacions favorites. Es quantifica en més de 5.400 el nombre de professionals espanyols que es troben treballant a l'estranger: el 65% a Portugal, Anglaterra i França, i la resta, majoritàriament, als Estats Units, Alemanya, i els països nòrdics. S'estima que un 20% dels metges espanyols no es dediquen a l'assistència.

Les conseqüències són que ja comencen a ser escassos els professionals en actiu i s'ha de recórrer, com de fet ja ho estan fent algunes Comunitats Autònomes, a contractar metges estrangers.

Manquen anestesistes, pediatres, radiòlegs i ginecòlegs, especialment en els hospitals petits, així com també és necessari augmentar el nombre de metges d'Atenció Primària en els territoris rurals.

En haver-hi dèficit en d'altres especialitats, no és estrany doncs la dada que en el **MIR 2007-2008, 253 places de metges de família no es van cobrir**, la convocatòria anterior van ésser 242. Aquestes places no les vol ningú, i sol servir per 'foguejar-se' un any i anar-se'n a una altra especialitat, davant el caòtic present i el futur d'incertesa que es presenta.

Catalunya ha contractat, sobretot, metges estrangers per a les especialitats d'Anestesiologia, Pediatria, Ginecologia i Radiodiagnòstic; a Extremadura s'ha fet el mateix, apart de amb anestesiològics i ginecòlegs, amb especialistes en Cirurgia general, Medicina Interna, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neonatologia, Radiologia, Traumatologia i Urologia. Per la seva banda, a Castella - La Manxa el punt de mira es va posar, els primers mesos d'aquest any, en anestesistes, traumatòlegs, radiòlegs i cirurgians.

El dèficit de metges es cobreix majoritàriament mitjançant contractes realitzats a professionals d'Amèrica Llatina i dels països de l'Est d'Europa. A Catalunya la preponderància és de metges colombians, mexicans, marroquins i polonesos.

En la vessant de la infermeria, el percentatge de dones és superior al noranta per cent i la resta dels treballadors del sector sanitari i de cura és aproximadament de un setanta-tres per cent.

En el cas de Catalunya, les retribucions fixes són inferiors que en d'altres Autonomies, encara que les retribucions variables superin a les que s'apliquen en la resta de Comunitats.

Treballadors del sector sanitari a Catalunya:

ICS:

- Personal estatutari: 42.855 professionals que representen el 97,49% del total de la plantilla
- Personal funcionari: 486 professionals que representen l'1,11%
- Personal laboral: 617 professionals que representen l'1,40%

Adscripció a centres d'atenció primària:

- Personal estatutari: 22.668 professionals

- Personal funcionari: 215 professionals
- Personal laboral: 165 professionals

Adscripció a centres hospitalaris:

- Personal estatutari: 20.106 professionals
- Personal funcionari: 31 professionals
- Personal laboral: 411 professionals

XHUP:

Personal Laboral treballant en el sector de la dependència.

Unes 30.000 persones treballant en el sector de la dependència (residències, centres de dia, serveis de teleassistència, centres d'avaluació de la dependència, pisos tutelats...). Es preveu que en caldran 10.000 més per atendre la demanda de serveis prevista.

Aquest sector presenta un dèficit de professionals que des de la Federació de Serveis Públics de la UGT es situa en 2.000 professionals en l'actualitat i fins a 10.000 en el 2012.

És un sector que abasta 30.000 treballadors/es a Catalunya, dels quals el 90% dels professionals són dones, i un 30% són persones immigrades, amb contractes salarials precaris, que comporten sous per sota dels 779 euros bruts mensuals, una alta rotació, molt baixa estabilitat, llargues jornades, i condicions físiques i emocionals molt dures. S'ha de destacar també la baixa qualificació de les persones professionals que han estat recentment incorporades.

La deficiència dels i de les professionals no pot acusar-se únicament a la manca de qualificació, sinó també a la manca de voluntat de les persones de dedicar-se a aquest sector laboral tant precari. Val a dir que persones professionals amb la mateixa formació i per desenvolupar la mateixa tasca cobren sous molt més elevats i gaudeixen de millors condicions laborals, en general, en el sector de la salut. Per la qual cosa existeix una fuga de professionals del sector privat cap al públic i especialment del sector dels serveis socials cap al de salut.

L'augment d'un 46'2% del finançament públic (ICASS), contrasta amb l'augment salarial dels treballadors i de les treballadores del sector, que amb els mateixos percentatges d'anys, se'ls ha augmentat el sou un 18'3%.

Dones invisibles:

Persones ateses des de l'entorn familiar: el 83%.

Persones ateses en centres de serveis socials especialitzats: el 17%.

Gestió i prestacions

És cert que a Catalunya, com a la resta d'Espanya i d'altres països de la Unió Europea, existeixen unes demores en atenció especialitzada i en proves de diagnòstic que no són raonables, i que es dilaten excessivament en el temps.

Ens preguntem: ¿Com podem evitar que les necessitats en salut de la població en diferents territoris quedin sense resposta o excessivament dilatada en el temps (setmanes pel que fa referència a proves de diagnòstic i mesos quant a les intervencions quirúrgiques)?

La instauració de copagaments per contenir la demanda creixent del serveis sanitaris, atès l'augment de la població amb dret a assistència i l'escassetat de professionals en alguns serveis i territoris, proposats de tant en tant per experts, proveïdors i governants, contribuiria (com ho demostren les experiències dels països on s'ha instaurat), a l'augment de les desigualtats en salut i, conseqüentment, en la dècada següent, de les socioeconòmiques, tot incrementant el nombre de famílies per sota del llindar de la pobresa, que viurien en barris amb característiques de *ghetto*.

Coneixem la tensió que existeix entre gestors i professionals per a l'assignació de recursos destinats a l'atenció de necessitats col·lectives. Els professionals requereixen autonomia para poder atendre de forma adequada els interessos del pacient individual i, per contra, els governs i proveïdors tenen l'obligació de rendir comptes públics a la ciutadania. Aquesta situació defineix un conflicte entre tres prioritats difícils de conciliar des d'una perspectiva de justícia social: la equitat de les polítiques dels governs, l'eficiència dels gestors i la beneficència —efectivitat dels professionals en la seva pràctica clínica diària.

La ciutadania, fins ara, s'ha mantingut al marge del conflicte exposat anteriorment; entenem que per una qüestió d'ignorància, la major part dels ciutadans no està en condicions d'avaluar la naturalesa i l'abast de les accions de planificació i gestió dels governs. Aquesta avaluació resulta més complexa en un context de racionament implícit dels recursos sanitaris justificat per una manca de professionals i una difícil suficiència financera.

La ciutadania tampoc està en condicions de valorar el contingut i la idoneïtat de moltes decisions mèdiques, per les asimetries de coneixement. De tota manera, aquesta incapacitat d'avaluació no es un impediment perquè els ciutadans manifestin una creixent desconfiança cap als governs i els polítics, als qui defineixen de poc transparents en termes de rendició de comptes de les seves activitats, i de molt habituats a prometre a la ciutadania més d'allò que realment poden fer. Dos exemples: la iniciativa parlamentària popular sobre la fibromialgia i síndrome de fatiga crònica i demanda d'avaluació del grau d'incapacitat d'atenció a la dependència.

El nostre SNS hauria de reforçar els procediments de consolidació democràtica, ja que la ciutadania està mancada d'un accés a la informació certa sobre els seus plans, el seu funcionament i els resultats obtinguts; hi ha poca capacitat d'elecció informada per part dels pacients, no existeixen mecanismes de participació activa en les polítiques i decisions públiques, i no es fomenten iniciatives de deliberació pública, incloent-hi el dret d'apel·lació, de les decisions preses.

L'interès dels Estats del benestar en un context d'asimetria de coneixement, escassa rendició de comptes i elevat cost de la sanitat va més cap a la banda de racionar que per la d'acceptar una ràpida adopció de les innovacions tecnològiques. El sistema d'aprovació pressupostaria per anualitats i la

conceptualització de la salut, en tant que cost, pot promoure estratègies implícites de racionament, la qual cosa és preocupant si no es consideressin els estalvis a llarg termini atribuïbles a la productivitat i efectivitat dels tractaments prescrits pels professionals.

Avui sabem que el dinamisme de la societat i de les organitzacions té el seu origen en la capacitat d'innovació dels coneixements.

Les comunitats educatives i laborals amb visió de futur estan aprofitant aquest dinamisme intern per catalitzar la innovació, l'aprenentatge i la investigació, per incrementar, així, les seves bases de coneixement.

En els serveis sanitaris, la confiança és un component crucial en les relacions entre el pacient y els professionals sanitaris; és en la qualitat humana i professional de l'acte clínic on el sistema fonamenta la seva legitimitat i funció social. El capital humà no es pot llegar ni heretar, però si transmetre o socialitzar. A més, en la seva aplicació, no es perd la seva propietat, tot podent créixer il·limitadament i ser usat de forma no exclusiva. Per tant, és la productivitat del factor humà la que pot fer possible un progrés, atès que les persones estan en condicions de desenvolupar un aprenentatge tecnològic continu, una millora del cicle d'experiència i una acumulació de coneixements.

L'atenció sanitària pot ser la indústria més implicada en els cicles d'innovació tecnològica. Invertir en capacitats, recursos i competències específiques que determinin millores en els resultats de salut i creïn ocupació amb valor afegit, és una de les claus per a la solució de la crisi econòmica actual.

La gestió eficient de les trajectòries del saber dependrà especialment de la infraestructura tecnològica, de l'arquitectura organitzativa, de la cultura institucional i dels esquemes de compensació i incentius dels treballadors. Amb aquests pilars estratègics, el govern del coneixement s'ha de convertir en un instrument transformador de l'organització sanitària i un referent insubstituïble de la cultura d'excel·lència en la cartera de prestacions i en els processos assistencials del nostre sistema de salut.

Propostes:

- **Garantir la sostenibilitat i el creixement del Model Sanitari Públic**, mitjançant la formació i contractació dels professionals necessaris, amb salaris competitiu i condicions laborals exquísides.

La creixent feminització de la professió en el sector sanitari, afectarà tant a l'exercici futur de l'activitat professional (en tres aspectes bàsics: la selecció de l'especialitat, la formació continuada especialitzada y els tipus de treball), com a l'organització de l'atenció sanitària. La conciliació de la vida familiar i laboral influirà en l'oferta i en la demanda dels treballs sanitaris.

- **Reforçar la posició estratègica de l'empresa sanitària pública i la seva participació relativa en el sector.**
- Millorar la productivitat funcional de la cadena de valor assistencial i la rendibilitat social.
- Enfortir els patrons de qualitat dels processos i serveis de salut.
- Desenvolupar les competències essencials i actius estratègics de tipus professional, tecnològic i d'organització.
- Impulsar la política d'innovació, tant la basada en l'esforç d'I+D propi, com en la dirigida a la incorporació i difusió de nous coneixements i tecnologies.
- **Corregir els desequilibris y desigualtats. Vigilar l'equitat.** Existeixen desigualtats en salut en l'àmbit nacional, regional i territorial, i també falta d'equitat intergeneracional i amb els immigrants "els nous ciutadans", que ja representen el 10% de la població.
- **Integració com a eix de l'acció.** Manca integració entre serveis de salut pública i assistencials, entre atenció primària i especialitzada, entre serveis de diagnòstic i hospitals, entre serveis socials i sanitaris. Assenyalar, finalment, que la "Llei de Dependència" s'ha elaborat al marge del sector sanitari.