

# Llibre blanc

DOCUMENT DE BASE

de les professions  
sanitàries  
a Catalunya



Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat  
i Seguretat Social

LLIBRE BLANC de les professions sanitàries a Catalunya  
**DOCUMENT DE BASE**



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Sanitat  
i Seguretat Social**

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

---

**Direcció del projecte:**

Albert Oriol i Bosch  
Rafael de Oleza

**Òrgan Tècnic per a l'Elaboració del Llibre Blanc  
de les Professions Sanitàries:**

Olinda Anía (vocal), Alícia Àvila (vocal), Luís Branda  
(vocal), Pilar Brugulat (vocal), Mariona Creus (vocal),  
Arcadi Gual (vocal), Amando Martín Zurro (vocal),  
Rafael de Oleza (vicepresident), Albert Oriol (president),  
Jordi Pagés (vocal), Miquel Poch (secretari)

**Equip de redacció:**

Olinda Anía, Alícia Àvila, Pilar Brugulat, Amando  
Martín Zurro

**Suport administratiu:**

Marga Moragues, Alícia Virlooto

© Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat i Seguretat Social

**Edita:** Secretaria General

**Primera edició:**

**Tiratge:** 500 exemplars

**Dipòsit legal:** B-0.000-2004

**Coordinació editorial:** Secció de Publicacions

**Revisió lingüística:** Secció de Normalització Lingüística

**Disseny Gràfic:** Ortega i Palau, SL

**Impressió:** SYL Creaciones Gráficas y Publicitarias, SA

Notes: en relació amb les professions sanitàries,  
els gèneres masculí o femení emprats en aquest  
document designen tant les dones com els homes.

# PRESENTACIÓ

---

El *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya* (LBPS) que us presentem té com a objectiu primordial formular un conjunt de propostes elaborades a partir d'una anàlisi de la realitat del nostre sistema i orientades a donar resposta als reptes futurs amb una perspectiva de mitjà i llarg termini.

En el procés d'elaboració del *Llibre blanc* han intervingut de forma protagonista i activa tots els agents implicats, tant els ciutadans i els professionals com les organitzacions i associacions. Aquest procés participatiu l'ha gestionat l'Òrgan Tècnic per a l'Elaboració del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries, que l'ha facilitat posant a disposició de tots els interessats instruments i mètodes diversos a través d'activitats presencials i virtuals.

La ciutadania és el punt central de l'estratègia d'actuació, i les seves necessitats i expectatives, el marc de referència en què cal situar les reflexions i propostes d'aquest *Llibre blanc*. El sistema sanitari i els seus professionals es justifiquen pel fet d'estar al servei de les persones i els grups de població que demanen que s'atenguin els seus problemes de salut.

Cal incidir de forma innovadora en la política de recursos humans del sistema sanitari, i cal fer-ho amb una estratègia d'anàlisi que es fonamenti en dos elements primordials: flexibilitat i perspectiva intersectorial. D'una banda, la flexibilitat ha de permetre adaptacions contínues i eficients a les necessitats canviants de l'organització, i adaptacions tecnològiques del sistema en un context de generació de recursos humans majoritàriament de cicle llarg. D'altra banda, la perspectiva intersectorial, tant des del vessant tècnic com des de l'organitzatiu, ens aproparà a plans de recursos humans sanitaris més efectius i integrals en la mesura que prevegin la col·laboració quotidiana de professionals provinents de diferents àmbits formatius i amb dependències institucionals diverses.

Els problemes actuals amb què s'enfronten les professions sanitàries necessiten un abordatge positiu i propostes de solució a mitjà i llarg termini, tot admetent les dificultats de les anàlisis prospectives en aquest àmbit. El *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya* intenta donar una resposta adequada a les necessitats plantejades pels objectius i activitats que contínuament s'incorporen en el sistema de salut, amb nous serveis i nous professionals.

El *Llibre blanc* no és el punt final del trajecte, ans al contrari, és l'inici d'un procés que ens ha de portar a activar la intel·ligència responsable del sistema i a generar un nou consens social i professional en el camp dels recursos humans, que tingui com a nord el servei a la ciutadania.

**Xavier Pomés i Abella**

Conseller de Sanitat i Seguretat Social

Barcelona, gener de 2003

A Catalunya, en el marc de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, les polítiques sanitàries s'han desenvolupat mitjançant l'establiment de prioritats de salut i serveis per donar resposta a les necessitats de salut de la població. Partint de l'anàlisi de la situació actual, calia abordar els problemes relatius a les professions sanitàries per millorar la qualitat i la satisfacció de les necessitats i expectatives de la ciutadania més que per proposar reformes destinades exclusivament als professionals.

Per resolució del Conseller de Sanitat i Seguretat Social, el mes de maig de 2000 es va crear l'Òrgan Tècnic per a l'Elaboració del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries (LBPS), amb les funcions d'impulsar, planificar i coordinar el procés d'elaboració de l'LBPS, i de garantir i facilitar a tots els elements implicats en aquest àmbit l'aportació de les seves reflexions i propostes.

L'LBPS és l'instrument estratègic que ha d'orientar la presa de decisions pel que fa al desenvolupament futur de les professions sanitàries: la planificació, la formació i la gestió dels professionals. L'LBPS ha de facilitar, i ha de promoure, iniciatives i actuacions dirigides a garantir la coherència entre les necessitats socials i la competència professional, que contribueixin a dotar el sistema dels professionals que des dels punts de vista qualitatiu i quantitatiu puguin donar resposta a les necessitats dels ciutadans atenent a criteris d'eficàcia, eficiència i qualitat.

L'Òrgan Tècnic ha dissenyat aquest LBPS i n'ha impulsat el procés d'elaboració en un marc complex i dinàmic com és el conjunt de les professions sanitàries. En aquest context, els canvis demogràfics, epidemiològics i tecnològics, els canvis en el model social i familiar, en el sistema sanitari, en les expectatives de salut i en les organitzacions, estructures i processos, confereixen un ampli marge d'incertesa.

Altrament, cal considerar que fins al moment l'elaboració de l'LBPS ha estat molt condicionada pel pes específic i la complexitat de la vessant assistencial del sistema sanitari, fins al punt que alguns grups professionals poden no veure-s'hi reflectits, com ara és el cas dels veterinaris, que són clau en l'àmbit de la seguretat alimentària o les zoonosis, així com altres professions amb responsabilitat en el manteniment i la millora de la salut de la població.

L'LBPS és un punt d'inflexió en la manera d'abordar el complex món de les professions i dels professionals sanitaris i un punt de partida per a una nova visió, més humana i social, del món sanitari.

## **Albert Oriol i Bosch**

Director del projecte d'elaboració de l'LBPS

Barcelona, gener de 2003

<b>1. Introducció</b>	<b>9</b>
<b>2. El Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya: un procés transparent i participatiu</b>	<b>15</b>
<b>3. L'entorn</b>	<b>19</b>
3.1 La població i l'estat de salut	21
3.2 El sistema sanitari català	32
3.3 Els recursos humans del sistema sanitari català	52
3.4 Els usuaris del sistema sanitari català	67
3.5 Les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)	67
<b>4. Els professionals de la salut a Catalunya</b>	<b>71</b>
4.1 La planificació	73
4.2 La formació	77
4.3 El desenvolupament i la gestió	89
<b>5. La percepció ciutadana</b>	<b>93</b>
<b>6. La percepció dels professionals</b>	<b>107</b>
<b>7. Punts crítics i línies d'avenç</b>	<b>117</b>
<b>8. Les competències i el contracte social. Eixos estratègics</b>	<b>125</b>
8.1 Els ciutadans	127
8.2 Els professionals	129
8.3 Les organitzacions	139
8.4 El model sanitari	141
<b>9. Consideracions finals</b>	<b>143</b>
<b>Ciutadans, professionals i institucions participants</b>	<b>149</b>
<b>Referències bibliogràfiques</b>	<b>153</b>

<b>Annexos</b>	<b>161</b>
I. Els fòrums de discussió de les professions sanitàries (web:<fdps.org>)	163
II. Legislació	171
III. Dades de professionals sanitaris	177
IV. Els recursos humans del sistema sanitari: situació i evolució als països industrialitzats, per Bui Dang Ha Doan	267
V. Els ciutadans i les professions sanitàries: cap a un nou contracte social, per Olinda Anía i Pilar Brugulat	301
VI. Jornada de treball amb professionals sanitaris per a l'elaboració de l'LBPS	345
VII. Sindicatura de Greuges. Síntesi de l'informe anual. Any 2000	353
VIII. Iniciatives parlamentàries. Síntesi de les iniciatives relacionades amb professions sanitàries. Any 2001	357
IX. Sessions de treball amb líders d'opinió i representants d'institucions i organitzacions de l'àmbit sanitari sobre el document preliminar del <i>Llibre blanc de les professions sanitàries</i>	361



INTRODUCCIÓ

---

1





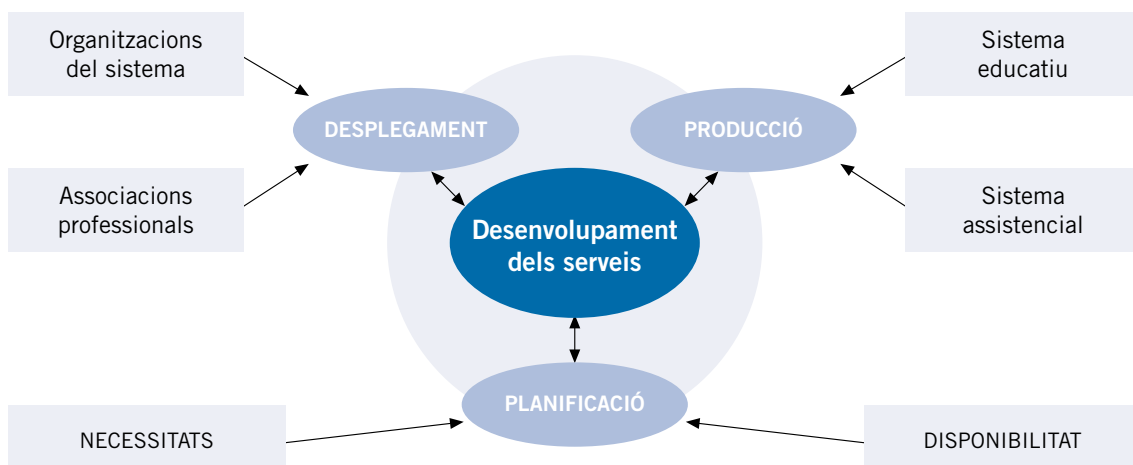
**J**a fa quasi trenta anys que l'Assemblea Mundial de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut instava que s'intensifiquessin els esforços per al desenvolupament integrat dels serveis i els recursos humans de la salut a fi de promoure sistemes que donin resposta a les necessitats de cada país.

A Catalunya, en el marc de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, les polítiques sanitàries s'han desenvolupat a través de la identificació de les necessitats de salut de la població i l'establiment de prioritats per abordar-les (Pla de salut), i de l'ordenació dels serveis (Pla de serveis sanitaris i socio-sanitaris) per arribar al punt en què la prioritat se centra al voltant dels recursos humans del sistema. Un cop consolidat el Pla de salut, i en disposició de les línies estratègiques per al desenvolupament dels serveis sanitaris i socio-sanitaris, cal abordar, partint de l'anàlisi de la situació actual, els problemes referents a les professions sanitàries. No es tracta de proposar reformes destinades als professionals, sinó d'aconseguir que aquests siguin els protagonistes de les reformes destinades a satisfer les necessitats i expectatives dels ciutadans.

El desenvolupament integrat dels recursos humans dels serveis sanitaris ha d'incorporar els principis fonamentals següents:

- Una jerarquia dels objectius (atendre les necessitats de salut de la població, desenvolupar els serveis i desenvolupar els recursos humans).
- La capacitat i competència dels professionals que desenvolupen funcions en els serveis assistencials.
- La integració harmònica de la planificació, la formació i el desenvolupament i la gestió, els tres components de la política de recursos humans sanitaris (gràfic 1).

**Gràfic 1. El desenvolupament integrat dels recursos humans**



En el desenvolupament dels serveis de salut i dels recursos humans, el subsistema de planificació ha de considerar els requeriments quantitius i qualitius tenint en compte tant les necessitats com els recursos disponibles; el subsistema de formació ha de considerar la contribució del sistema docent i la contribució del sistema assistencial; el subsistema de desenvolupament i gestió dels recursos humans, amb la cooperació dels responsables de les organitzacions proveïdores i de les associacions professionals, ha de preveure l'eficiència i la qualitat en la prestació dels serveis, és a dir, en la distribució del treball en les organitzacions. El desenvolupament integrat dels professionals i els serveis sanitaris ha de quedar orientat a les necessitats dels ciutadans.

**Gràfic 2. El desenvolupament dels recursos humans orientat a les necessitats dels ciutadans**



A Catalunya, la situació dels professionals de l'àmbit del sistema sanitari és similar a la d'altres països industrialitzats del nostre entorn. Els serveis assistencials estan ben desenvolupats, i els recursos, en general, són suficients i tenen una gran capacitat; hi ha, però, problemes d'adequació quantitativa i qualitativa a les noves necessitats. Així mateix, tenim un sistema que va reconèixer la realitat estructural de la provisió de serveis amb una forta participació d'organitzacions sense afany de lucre sorgides de la societat civil. El sistema té com a preocupacions primordials el finançament, la garantia de la qualitat i la celeritat en l'accés als serveis.

La funció de desenvolupament i la gestió dels recursos humans és una funció crítica de les organitzacions sanitàries, les regulacions rígides del sistema quasi funcionarial del règim estatutari al qual s'acullen aproximadament la meitat dels professionals de la salut, d'una banda, i les limitacions financeres de l'altra, fan que fins ara no s'hagi trobat la forma adient per desenvolupar polítiques prou ambicioses per afrontar amb èxit els reptes emergents als quals hem de fer front. Predominen encara les conductes històriques, les motivacions i els interessos individuals i de grup per sobre dels institucionals, i un baix compromís i una escassetat d'iniciatives dels professionals que es queixen de la manca d'espai que se'ls concedeix. Els recursos (coneixements) de què disposen els professionals (persones) no s'activen plenament si se'ls sotmet a condicionaments burocràtics, si solament s'espera que siguin un recurs més a l'abast de qui els gestiona. La gestió de professionals ha de millorar en tots els seus vessants: desenvolupament professional, oportunitats formatives i reconeixement intern i social. En l'àmbit professional hi ha elements simbòlics importants pendents de ser explorats. Elements que afavoreixen una visió de futur il·lusionador, que impliquin els professionals en el canvi organitzatiu i que contribueixin a la socialització consensuada de valors i creences compartides. La recuperació de l'orgull de pertànyer a una institució passa també perquè aquesta convidi els seus membres a una responsabilitat compartida.

Les professions sanitàries s'han caracteritzat pel compromís i l'esperit de servei. Sovint l'entorn del treball és viscut en les organitzacions com un espai en què el control limita la discrecionalitat professional i la burocràcia arracona la responsabilitat, la rutina, la inventiva, l'estrès i la satisfacció. Això dona lloc a una creixent aparició de la síndrome d'esgotament professional (*burn-out*) sota la qual sovint s'amaguen conflictes d'interessos. Cal identificar els elements desmotivadors i evitar-los.

Els professionals consideren la seva frustració en no poder assolir els seus objectius i la fatiga per un treball de tipus estressant; perceben que el seu estatus professional no és reconegut o que s'està erosionant molt ràpidament; que no tenen autoritat per prendre decisions; que la seva ètica professional està menystinguda per uns principis economicistes i productivistes; que els obliguen a prendre decisions ètiques més enllà de les seves capacitats professionals, i que els increments dels costos que ells han de controlar es deuen a conductes socials fomentades pels polítics.

El ciutadà es veu a si mateix com a consumidor de recursos i espera del sistema sanitari la capacitat de fer front a qualsevol malaltia, de resoldre la major part dels problemes sense limitacions de coneixements ni de recursos. Això comporta una certa insatisfacció tant de la societat com dels professionals sanitaris. La relació professional-pacient es ressent del fet que el ciutadà perd la confiança en el professional: el ciutadà vol estar més ben informat, vol que el professional li reti compte, i demana més transparència i més garantia de qualitat. Cal superar la manca de coincidència entre el sistema de valors del ciutadà i el sistema de valors del professional. En definitiva, cal harmonitzar els valors del coneixement especialitzat i els valors del coneixement global i humanístic de la persona.

En les organitzacions es produeixen interaccions complexes i recíproques, cosa que comporta que un canvi en un component del sistema produirà conseqüències en els altres. No és possible el desenvolupament dels professionals sense un desenvolupament harmònic del conjunt de l'organització. Per tal que el sistema es desenvolupi plenament, cal adaptar la cultura de gestió de l'organització a fi que sigui compatible amb els valors socials i professionals, cal comptar amb els professionals necessaris, cal disposar de les tecnologies i recursos adequats i superar les resistències internes i externes als canvis. En aquest sentit, el conjunt dels professionals s'ha de comprometre amb els responsables de les organitzacions i del sistema per dur a terme una adaptació de les polítiques, les estructures organitzatives, els programes i les metodologies de planificació.

En aquest document es descriuen l'entorn sanitari català i els trets bàsics dels processos de planificació, formació i desenvolupament i gestió dels professionals de la salut a Catalunya; s'assenyalen els resultats de la recerca qualitativa sobre la percepció ciutadana dels professionals sanitaris i les conclusions de la Jornada de treball sobre l'LBPS (Institut d'Estudis de la Salut, octubre de 2001); s'exposen els punts crítics i les vies que es poden emprendre; es presenten, seguint els quatre eixos que n'han de guiar el desplegament (ciutadans, professionals, organitzacions sanitàries i model sanitari), les propostes que han resultat de l'anàlisi de l'entorn i de les aportacions que han fet els ciutadans, els professionals i persones i institucions de prestigi reconegut. Per acabar, s'obre un apartat de consideracions finals en què es mostren els següents elements clau emergents: la definició d'un nou contracte social entre els ciutadans i els professionals, els valors del professionalisme, el desenvolupament professional continuat i la certificació i recertificació de la competència professional, la reorientació dels processos formatius i el seu caràcter transversal, les innovacions organitzatives i el redisseny d'estructures i processos en les institucions, el treball en equips interdisciplinaris i multiprofessionals, la necessitat d'establir un sistema d'informació dinàmic i permanentment actualitzat dels professionals sanitaris i els llocs de treball del sistema, i la necessitat de disposar d'instruments i mecanismes de recerca i avaluació sociològica permanent.

EL LLIBRE BLANC  
DE LES PROFESSIONS  
SANITÀRIES A CATALUNYA:  
UN PROCÉS TRANSPARENT  
I PARTICIPATIU

---

2





L'Òrgan Tècnic per a l'Elaboració de l'LBPS, d'acord amb els principis inspiradors d'orientació al ciutadà, de compromís intersectorial, de transparència i de participació, va dissenyar un procés per a l'elaboració de l'LBPS obert a les aportacions dels ciutadans, els professionals, les organitzacions i les institucions.

**Quadre 1. Fases del procés d'elaboració de l'LBPS**

<b>Fase I</b>	Disseny del projecte Revisió documental Anàlisi de l'entorn Creació del web < <a href="http://www.fdps.org">http://www.fdps.org</a> > Jornada de treball sobre l'LBPS Recerca qualitativa sobre la percepció ciutadana
<b>Fase II</b>	Identificació de punts crítics i línies d'avenç Consulta a persones i institucions de prestigi reconegut Elaboració de propostes
<b>Fase III</b>	Elaboració, aprovació i difusió del <i>Llibre blanc de les professions sanitàries</i>

El setembre de 2000 es va presentar al Conseller de Sanitat i Seguretat Social el document preliminar que conté els criteris bàsics orientadors, la metodologia i la proposta de calendari d'execució del projecte.

El gener de 2001 es va presentar públicament l'espai web <<http://www.fdps.org>> com a instrument que havia de facilitar i potenciar la participació de les institucions i incrementar la transparència del procés. Inicialment ja es va plantejar com una pàgina de lliure accés per a la consulta i d'accés restringit per a la participació en els fòrums. S'hi van crear cinc fòrums de participació: el primer es va adreçar a les organitzacions professionals; el segon, als ciutadans; el tercer, a les organitzacions sindicals; el quart, a les institucions de l'àmbit de l'educació, i el cinquè, a persones i institucions de prestigi reconegut en l'àmbit sanitari. Es va convidar a participar-hi vint-i-tres col·legis i associacions professionals, les patronals sanitàries més representatives, quinze consells i comissions assessores, set sindicats, cinquanta-una associacions de malalts i usuaris de la sanitat, divuit escoles i centres universitaris i onze institucions de l'àmbit sanitari (annex I).

L'espai web va permetre, i permet, la transmissió d'informació sobre documents i iniciatives internacionals i nacionals que es porten a terme en l'àmbit sanitari, i també la difusió de la feina i les aportacions de l'Òrgan Tècnic al llarg del procés.

El febrer de 2001 l'Òrgan Tècnic va constituir el Grup de treball del ciutadà, que va iniciar una investigació qualitativa de la percepció dels ciutadans sobre els professionals sanitaris. Més de setanta ciutadans van participar en els grups de discussió i en les entrevistes realitzades. Els resultats s'han incorporat a l'LBPS.

El març de 2001 l'Òrgan Tècnic va iniciar el treball de recollida i anàlisi de les dades disponibles de recursos humans del sistema sanitari en diferents institucions i organitzacions, amb la finalitat d'incorporar-lo també a l'LBPS.

El mes de juny de 2001 membres de l'Òrgan Tècnic i experts externs van constituir un comitè organitzador d'una jornada de treball que tenia l'objectiu de recollir i analitzar la percepció dels professionals de recursos humans del sistema sanitari. Aquesta Jornada va tenir lloc a l'Institut d'Estudis de la Salut el 17 d'octubre de 2001. Hi van participar més de seixanta professionals i s'hi van constituir quatre grups de treball que van analitzar i van debatre la formació dels professionals sanitaris, la millora i la garantia de la competència, les interaccions, els límits competencials i les estratègies de motivació dels professionals.

El mes de febrer de 2002 l'equip de redacció, constituït amb membres de l'Òrgan Tècnic, va elaborar el document de treball "Llibre blanc de les professions sanitàries". Aquest document planteja punts crítics i línies de progrés, però no inclou ni conclusions ni recomanacions, atès que s'havia de sotmetre a la consideració dels agents del sector i dels ciutadans per tal que el document final n'incorporés les aportacions.

Durant els mesos de juny i juliol de 2002 el secretari general del Departament de Sanitat va presidir unes sessions en què persones de reconegut prestigi i/o en representació d'institucions i d'organitzacions de l'àmbit sanitari van analitzar el document de treball, van exposar els seus punts de vista i van fer aportacions al contingut.

El mes d'octubre de 2002 el comitè de redacció de l'Òrgan Tècnic per a l'Elaboració de l'LBPS va elaborar les propostes de l'LBPS i les va sotmetre a la consideració i aprovació del conseller de Sanitat i Seguretat Social.







### 3.1 La població i l'estat de salut

#### La població

Segons dades de l'estimació postcensal que realitza anualment l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) a partir de la informació de l'Estadística de Població de 1996, actualitzada amb el moviment natural i migratori registrat fins al 31 de desembre de 1999, la població de Catalunya era de 6.150.494 habitants, dels quals 3.147.648 eren dones (51,2%) i 3.002.846 eren homes (48,8%).

Entre els anys 1960 i 1975, la població de Catalunya va tenir un creixement demogràfic important. La població catalana, que l'any 1950 comptava amb 3,22 milions d'habitants, va créixer al voltant de 2,5 milions en només 25 anys. En el darrer quart del segle xx, el creixement demogràfic va ser molt baix, fet que s'explica per la disminució del saldo migratori de la resta d'Espanya, la davallada de les xifres de naixements i un augment moderat de les defuncions entre mitjan anys setanta i mitjan anys noranta. L'augment de la xifra de defuncions s'explica per l'envelliment de la població, amb un augment notable del nombre d'habitants de més edat, que en un quart de segle pràcticament han duplicat els seus efectius. La creixent immigració de l'estranger, experimentada en els darrers anys, ha evitat que la població catalana tingués un creixement negatiu a finals de segle.

El fenomen migratori que s'està produint actualment a Catalunya introdueix nous elements en l'escenari demogràfic. El volum de migració procedent de l'estranger és una dada incerta. Segons el Ministeri de l'Interior, la xifra de residents estrangers a Catalunya a 31 de desembre de l'any 2000 és de 215.000, que, comparada amb les dades de l'Estadística de Població de 1996, segons la qual hi havia 98.000 estrangers residint a Catalunya, significa un increment amb fluxos anuals d'unes 25.000 migracions netes. Tenint en compte la problemàtica fiabilitat i exhaustivitat de les dades sobre migracions, aquest nombre podria ser superior i s'estima que actualment la població immigrada a Catalunya pot representar el 5% de la població catalana. L'abast i l'evolució del fenomen són incerts, però sens dubte tindrà un fort impacte en els serveis d'atenció a la salut. Caldrà esperar les dades estadístiques del cens de l'any 2001 per poder avaluar més acuradament la importància i les característiques de la migració de l'estranger.

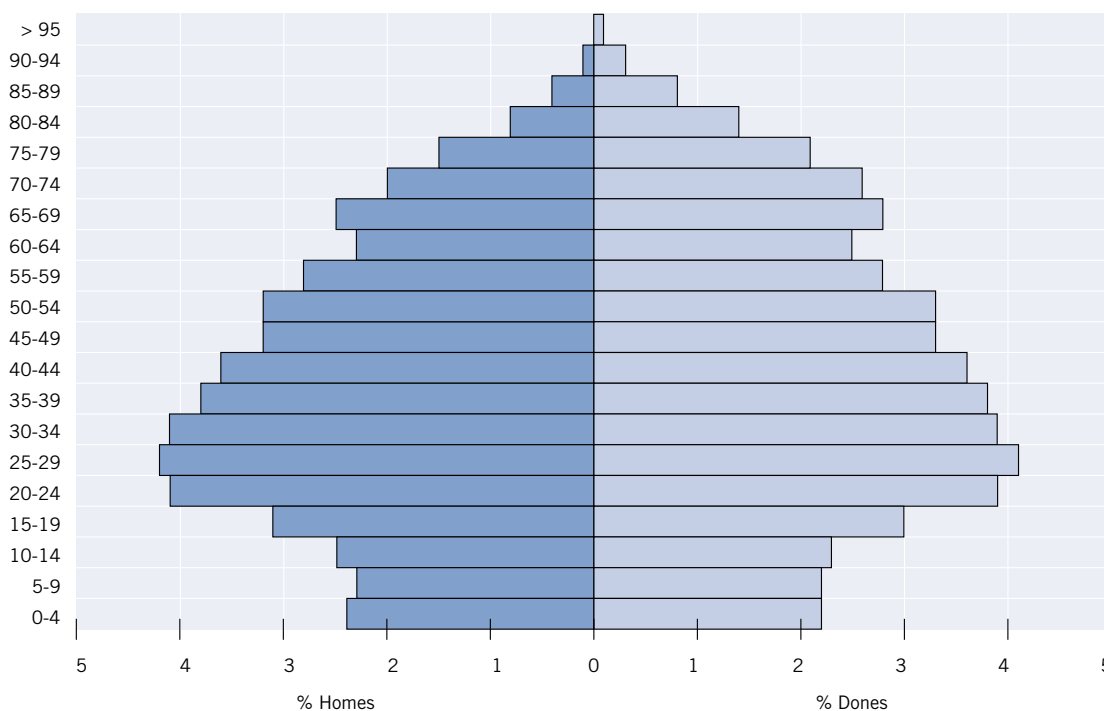
Des dels anys vuitanta, els indicadors conjunturals de fecunditat a Catalunya s'han anat situant per sota del nivell de substitució generacional (2 fills per dona), i s'observa un mínim d'1,1 naixements per dona entorn de l'any 1995. En el segon quinquenni dels noranta apareix un redreçament de la fecunditat, i actualment l'indicador se situa en 1,3 fills per dona. La reducció de la xifra de naixements s'ha vist acompanyada d'un envelliment molt accentuat del calendari de la fecunditat i l'edat mitjana a la maternitat ja és de més de 30 anys.

La taxa bruta de natalitat va passar del 10,1 per mil habitants a mitjan anys vuitanta al 8,8 per mil habitants a mitjan anys noranta. En el darrer quinquenni del segle xx va produir-se una recuperació i la taxa bruta de natalitat se situava, l'any 2000, en 10,3 naixements per mil habitants.

Un dels principals trets de l'estructura demogràfica actual de la població de Catalunya és l'envelliment derivat d'una dinàmica demogràfica amb pocs naixements i amb una elevada esperança de vida que ha tingut com a resultat una dràstica reducció dels efectius de la base de la piràmide i un augment de la població a la cúspide (gràfic 3).

L'any 1975, els habitants menors de 15 anys representaven el 25% de la població, mentre que a 31 de desembre de 1999, els efectius d'aquest grup d'edat són el 13,9% de la població. A l'altre extrem de la piràmide trobem un creixement important dels efectius. Actualment, els habitants de 65 anys i més ja superen el milió de residents a Catalunya i representen el 17,5% de la població i cal destacar, a més, l'augment d'efectius en edats més avançades.

**Gràfic 3. Piràmide de població per grups d'edat i sexe. Catalunya, 1999**



Font: Padró municipal d'habitants 1999. Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya.

**Taula 1. Evolució de la població (xifres relatives %), per grups d'edat. Catalunya, 1975-1999**

Edat	1975	1986	1996	1999
0-14 anys	25,6	21,5	14,7	13,9
15-64 anys	64,2	66,3	69,1	68,6
65 i més anys	10,2	12,2	16,3	17,5

Font: Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya.

## El futur demogràfic

Les previsions demogràfiques de l'Idescat consideren quatre escenaris d'evolució de la població de Catalunya amb combinacions diverses de fecunditat, migració i mortalitat. En tots els escenaris es preveu una intensificació a curt termini del creixement demogràfic, atès l'augment de la migració externa i l'augment de naixements per l'arribada de les generacions plenes nascudes als anys setanta a les edats de tenir fills. Sota aquests supòsits, se suposa que la xifra d'habitants se situarà entorn de 6,5 milions d'habitants en acabar el primer decenni del segle XXI.

En el segon decenni del segle XXI, el moviment natural tendirà a disminuir i reflectirà el trànsit per les edats de màxima fecunditat de les generacions buides nascudes a la dècada dels noranta. Tanmateix, és possible que la migració mantingui una tendència a l'alça, que podria contrarestar, almenys parcialment, la tendència de disminució del creixement natural a finals del segon decenni del segle XXI. Les projeccions de l'Idescat en l'horitzó 2020 situen la xifra d'habitants entorn de 6,7 milions, mentre que en l'horitzó 2030 la població podria situar-se prop dels 7 milions d'habitants.

Amb relació a l'evolució de l'estructura per edats de la població catalana, l'accentuació de l'envelliment demogràfic és un dels resultats més consistents que ofereixen les projeccions de l'Idescat. En qualsevol dels escenaris es preveu un augment del nombre i del pes relatiu de la població de més edat. Així, en l'horitzó 2030 l'escenari baix (o vell) preveu que el percentatge de població de 65 i més anys arribi a més del 25% mentre que, en l'altre extrem, l'escenari alt (o jove) suposa que el percentatge de població de més edat se situarà en valors entorn del 20%.

## L'estat de salut

El nivell de salut de la població catalana correspon al patró propi dels països occidentals desenvolupats. Durant el segle passat s'han produït grans canvis en el patró de la morbimortalitat de la població. La millora de les condicions socioeconòmiques, els avenços científics i tecnològics i el desenvolupament dels serveis preventius i assistencials han contribuït a l'augment de l'esperança de vida de la població alhora que també han aportat més qualitat als anys de vida viscuts. Les malalties infeccioses, que en el passat constituïen la principal causa de malaltia i de mort, i que afectaven principalment la població infantil, han estat desplaçades per altres causes. Actualment, les patologies cròniques i degeneratives pròpies de l'edat adulta i de la vellesa, i també problemes de salut com són els accidents i l'addicció a determinades substàncies, relacionats amb els hàbits i estils de vida, que estan tenint un especial impacte en els joves, caracteritzen el patró de morbimortalitat de la població catalana. Tanmateix, en la distribució del fenomen salut-malaltia s'observen desigualtats principalment per raó del sexe, de l'edat i de la situació socioeconòmica dels individus.

El patró de mortalitat a Catalunya es caracteritza per una esperança de vida en néixer que se situa entre les més altes del món i una mortalitat infantil i general baixes.

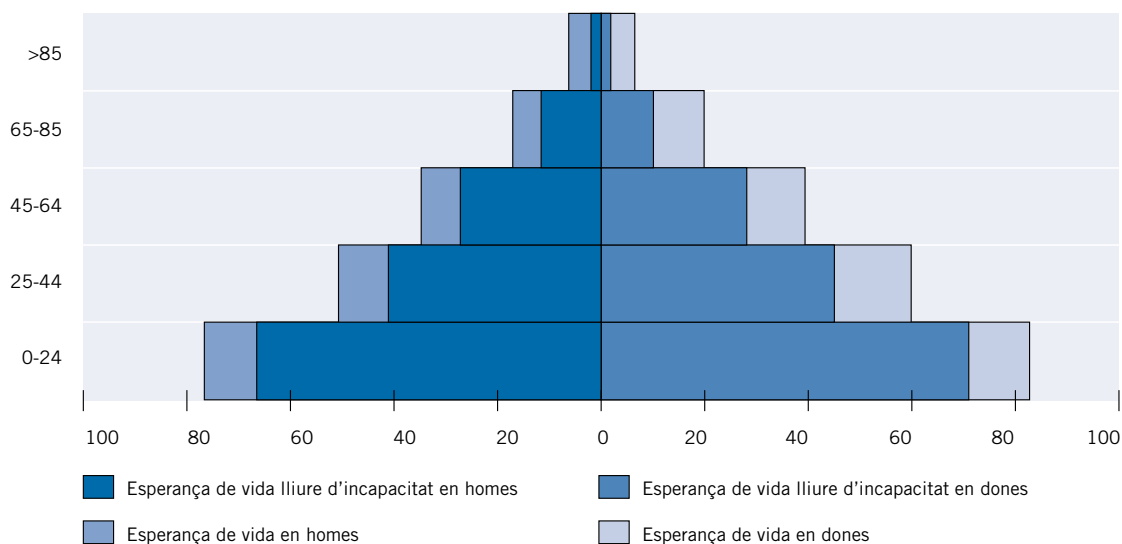
Durant el segle XX a Catalunya s'ha observat un important increment de l'esperança de vida en néixer. A principi del segle XX, l'esperança de vida en néixer era de 35,3 anys en el homes i de 38,0 anys en les dones. L'any 2000 s'observa una esperança de vida de 76,5 i de 83,2 anys, per a homes i dones respectivament, i de 79,9 anys per a ambdós sexes. La taula 2 resumeix l'evolució de l'esperança de vida l'últim quart del segle XX.

**Taula 2. Evolució de l'esperança de vida en néixer. Catalunya, 1975-2000**

Any	Homes	Dones	Total	Diferència
1975	72,8	77,7	74,2	4,9
1980	74,0	79,7	76,9	5,7
1985	74,8	81,2	77,3	6,4
1990	73,8	80,8	77,3	7,0
1995	74,8	82,2	78,4	7,4
2000	76,5	83,2	79,9	6,7

Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Malgrat la longevitat de la població catalana, part del temps que pot esperar viure serà en condicions de discapacitat més o menys greu. L'any 2002, l'esperança de vida lliure d'incapacitat (EVLI) és de 67,9 anys de mitjana per al conjunt de la població de Catalunya (gràfic 4).

**Gràfic 4. Esperança de vida i esperança de vida lliure d'incapacitat. Catalunya, 2000**

Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

La taxa de mortalitat infantil és un indicador que resumeix, en bona mesura, l'estat de salut i la qualitat de vida de la població. L'anàlisi de la mortalitat per al període 1999-2000 mostra una taxa de mortalitat infantil de 3,6<sup>1</sup> defuncions en els menors d'un any per mil nascuts vius.

Per al mateix període 1999-2000, s'han registrat 112.995 defuncions anuals, la qual cosa representa una taxa bruta de mortalitat de 9,2 per mil habitants. La mortalitat en les persones majors de 65 anys representa el 82,5% de les defuncions totals de Catalunya. En aquest grup d'edat, les dones concentren el 89,5% de la mortalitat mentre que en els homes aquesta proporció és del 76,0%.

<sup>1</sup> Taxa sense corregir.

Les principals causes de mortalitat en els homes són els tumors, les malalties circulatories, les respiratòries, les causes externes, les malalties digestives i les mentals. En les dones, les causes de mortalitat més freqüents són les malalties circulatories, els tumors, les malalties respiratòries, les mentals, les digestives i les del sistema nerviós (taula 3). El tumor més freqüent en els homes és el tumor de pulmó, amb una taxa de mortalitat de 87,6 per 100.000 habitants i, en les dones, és el càncer de mama, amb una taxa de 31,0 per 100.000 habitants. La principal causa de mort cardiovascular en els homes és la cardiopatia isquèmica, que té una taxa de mortalitat de 104,4 per 100.000 habitants, i en les dones la malaltia cerebrovascular, amb una taxa de 96,8 per 100.000 habitants.

**Taula 3. Defuncions, taxa de mortalitat i mortalitat proporcional de les principals causes de mortalitat. Catalunya, 1999-2000**

	Homes			Dones		
	Defuncions <sup>1</sup>	Taxa <sup>2</sup>	%	Defuncions <sup>1</sup>	Taxa <sup>2</sup>	%
Tumors	18.962	315,3	32,2	11.594	184,0	21,5
Aparell circulatori	17.004	282,8	28,8	20.525	325,8	38,0
Aparell respiratori	7.518	125,0	12,8	5.189	82,4	9,6
Causes externes	3.553	59,1	6,0	1.658	26,3	3,1
Aparell digestiu	3.087	51,3	5,2	2.680	42,5	5,0
Trastorns mentals	1.719	28,6	2,9	3.558	56,5	6,6
Sistema nerviós	1.637	27,2	2,8	2.339	37,1	4,3
Malalties endocrines	1.359	22,6	2,3	1.883	29,9	3,5
Aparell genitourinari	1.190	19,8	2,0	1.263	20,1	2,3
Malalties infeccioses	1.045	17,4	1,8	695	11,0	1,3
Resta de causes	1.872	31,1	3,2	2.625	41,6	4,8
Totes les causes	58.946	980,2	100,0	54.009	857,2	100,0

Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i Estudis. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

1 Nombre de defuncions durant el període 1999-2000.

2 Taxa de mortalitat mitjana anual per 100.000 habitants.

Durant el període 1999-2000 els anys potencials de vida perduts (APVP) entre la població d'1 a 70 anys van ser de 412.559. El 34,7% (143.220) d'aquests anys de vida perduts són deguts als tumors, el 25,5% (105.180) a les causes externes i 14,5% (59.901) a les malalties de l'aparell circulatori.

La diferent probabilitat de morir, per edats, es deu a una desigual incidència de la mortalitat per les diferents causes de mort segons l'edat (taules 4 i 5).

**Taula 4. Principals causes de defunció per 73 grups en homes. Catalunya, 1999-2000**

Grup d'edat	Primeres 3 causes de mortalitat	Taxa per 100.000
Menys d'1 any	Perinatals	221,7
	Congènites	110,9
	Mal definides	13,1
D'1 a 4 anys	Congènites	3,1
	Sistema nerviós i òrgans dels sentits	3,1
	Resta d'infeccions	2,1
De 5 a 14 anys	Accidents de trànsit	2,9
	Sistema nerviós i òrgans dels sentits	2,4
	Resta de causes externes	2,1
De 15 a 24 anys	Accidents de trànsit	37,8
	Resta de causes externes	8,5
	Suïcidis	6,9
De 25 a 34 anys	Accidents de trànsit	24,7
	Enverinaments	16,1
	Sida	10,0
De 35 a 44 anys	Sida	20,9
	Accidents de trànsit	19,9
	Cirrosi	14,5
De 45 a 54 anys	Tumor maligne de pulmó	71,1
	Isquèmiques	46,1
	Cirrosi	28,9
De 55 a 64 anys	Tumor maligne de pulmó	181,3
	Isquèmiques	114,4
	Cerebrovasculars	48,9
De 65 a 74 anys	Tumor maligne de pulmó	322,2
	Isquèmiques	314,9
	Bronquitis	177,7
De 75 a 84 anys	Isquèmiques	772,2
	Cerebrovasculars	631,1
	Bronquitis	629,7
Més de 84 anys	Cerebrovasculars	2.003,8
	Bronquitis	1.709,9
	Isquèmiques	1.696,6

Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i Estudis. Departament de Sanitat i Seguretat Social.



**Taula 5. Principals causes de defunció per 73 grups en dones. Catalunya, 1999-2000.**

Grup d'edat	Primeres 3 causes de mortalitat	Taxa per 100.000
Menys d'1 any	Perinatals	200,7
	Congènites	96,9
	Mal definides	12,1
D'1 a 4 anys	Congènites	6,0
	Sistema nerviós i òrgans dels sentits	2,8
	Accidents de trànsit	2,3
De 5 a 14 anys	Congènites	1,8
	Accidents de trànsit	1,4
	Sistema nerviós i òrgans dels sentits	1,3
De 15 a 24 anys	Accidents de trànsit	10,1
	Resta externes	2,2
	Suïcidis	2,1
De 25 a 34 anys	Accidents de trànsit	5,9
	Sida	3,9
	Suïcidis	3,3
De 35 a 44 anys	Tumor maligne de mama	12,4
	Cirrosi	3,9
	Sida	3,7
De 45 a 54 anys	Tumor maligne de mama	30,1
	Cirrosi	9,6
	T.M.Budell	9,1
De 55 a 64 anys	Tumor maligne de mama	50,1
	Cerebrovascular	21,6
	Cirrosi	20,8
De 65 a 74 anys	Isquèmiques	105,2
	Cerebrovasculars	83,4
	Tumor maligne de mama	72,9
De 75 a 84 anys	Cerebrovasculars	500,5
	Isquèmiques	420,0
	Insuficiència cardíaca	242,8
Més de 84 anys	Cerebrovasculars	2.060,6
	Insuficiència cardíaca	1.670,4
	Demència	1.492,0

Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i Estudis. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

### La morbiditat

El registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) recull informació sobre l'activitat dels hospitals d'aguts de Catalunya i és la principal font d'informació sobre morbiditat hospitalària atesa a Catalunya.

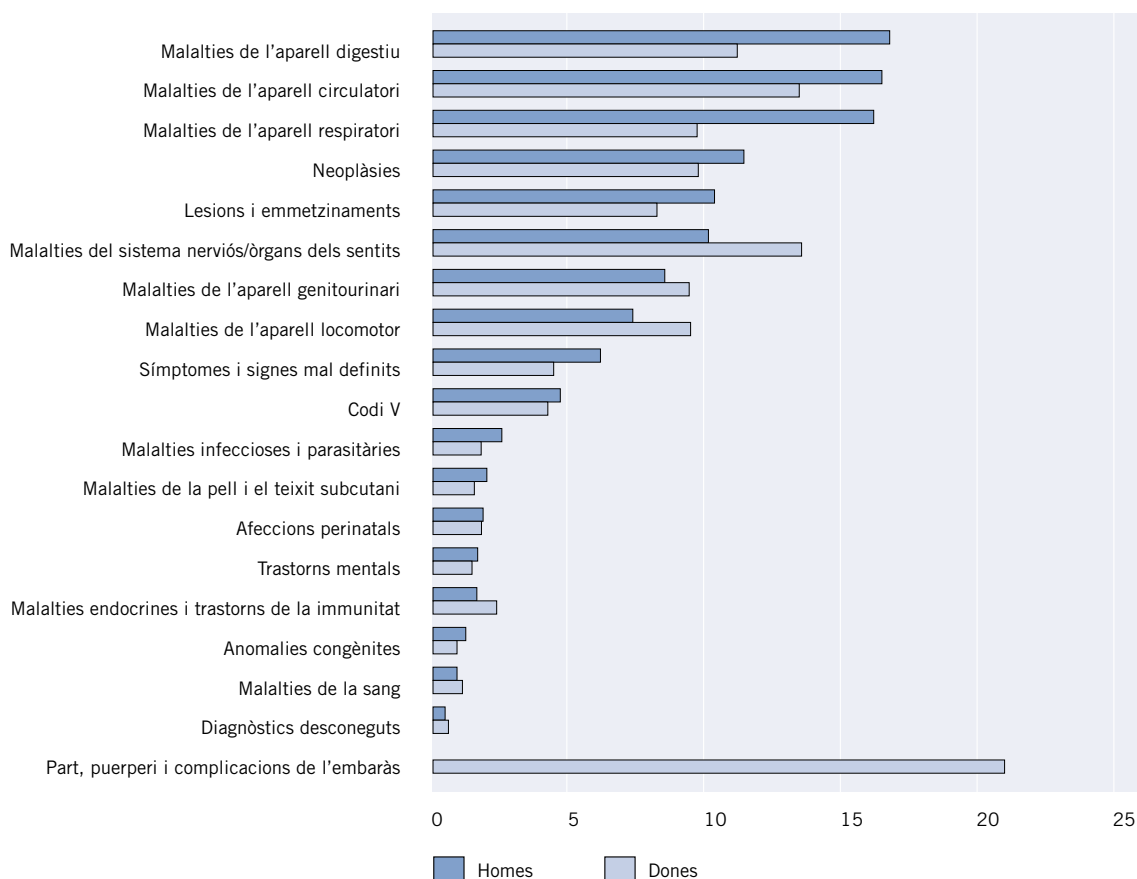
L'any 2000 s'han produït un total de 814.657 altes i la taxa d'hospitalització dels residents a Catalunya és de 124,7 altes per 1.000 habitants. En la distribució d'altes per grup d'edat s'observen uns valors més elevats en les edats extremes de la vida. Les hospitalitzacions són més freqüents en les homes que en les dones en tots els grups d'edat excepte en l'etapa fèrtil de les dones, en la qual augmenten amb motiu de l'ingrés per a l'atenció al part. L'estada mitjana és de 5,9 dies (6,3 en homes i

5,5 en dones), molt inferior a la de l'any 1993 que va ser de 8,4 dies. L'estada mitjana de les dones és inferior a la dels homes en tots els grups d'edat compresos entre 15 i 84 anys. Per a tots els grups d'edat i per a ambdós sexes, l'estada mitjana ha disminuït respecte a l'any 1993.

Una part important de la disminució de l'estada mitjana és deguda a la millora de l'eficiència en els hospitals i també a l'impacte de la cirurgia major ambulatoria (CMA). Els procediments més freqüents que es fan amb aquesta tècnica són l'extracció de cristal·lí, la lligadura i l'extirpació de venes varicoses i l'alliberació del canal carpià.

Per causes principals d'hospitalització, segons els grans grups diagnòstics de la CIM-9-MC, els homes mostren taxes superiors a les de les dones en la majoria de grups, especialment pel que fa a les malalties de l'aparell respiratori (16,22 altes per 1.000 en homes i 9,70 altes per 1.000 en dones), les malalties de l'aparell digestiu (16,82 altes per 1.000 en homes i 11,19 altes per 1.000 en dones) i les malalties de l'aparell circulatori (16,54 altes per 1.000 en homes i 13,43 altes per 1.000 en dones).

**Gràfic 5. Altes en hospitals d'aguts segons els principals grups diagnòstics, per sexe. Catalunya, 2000**



Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH). Servei Català de la Salut.

Pel que fa a l'hospitalització psiquiàtrica, la major part de les altes es produeixen a les unitats d'aguts, i en el cas dels hospitals generals en aquells que tenen serveis de psiquiatria. Les característiques dels malalts atesos en un tipus d'hospital o l'altre presenten diferències, si bé la proporció d'homes és superior a la de dones en qualsevol dels recursos analitzats. La mitjana d'edat dels malalts atesos en un hospital psiquiàtric és inferior a la dels malalts atesos en un hospital general. L'estada mitjana presen-

ta diferències molt rellevants segons el tipus d'hospital i d'unitat, i és de 6,4 dies d'estada mitjana en els hospitals generals sense servei de psiquiatria i de 91,4 dies en les unitats de subaguts. La taula següent mostra la distribució de diferents indicadors en els hospitals psiquiàtrics i els hospitals generals.

**Taula 6. Paràmetres globals de les altes dels hospitals psiquiàtrics i de les altes dels hospitals generals. Catalunya, 2000**

	Hospitals psiquiàtrics		Hospitals generals	
	Aguts	Subaguts	Amb servei de psiquiatria	Sense servei de psiquiatria
<b>Indicadors generals</b>				
Altes	8.784	1.103	7.817	2.079
Dones (%)	43,2	42,9	48,7	43,8
Mitjana d'edat (anys)	40,3	41,0	42,2	51,3
25-40 anys (%)	42,0	41,3	34,4	18,0
Estada mitjana (dies)	21,3	91,4	14,6	6,4
<b>Diagnòstics més freqüents (%)</b>				
Esquizofrènia	28,1	46,8	13,4	1,4
Psicosis afectives	14,5	9,9	16,3	5,0
Trastorns de personalitat	11,1	9,7	5,7	1,5
Dependència alcohòlica	6,2	3,1	12,9	9,5

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH). Servei Català de la Salut.

Pel que fa a l'activitat dels centres de salut mental, l'any 2000 es van atendre 146.448 pacients, dels quals el 38,3% van ser atesos per primera vegada. Del total de pacients, 58.899 (40,2%) són homes i 87.477 (59,7%) són dones. La mitjana d'edat per al conjunt de pacients és de 39,8 anys (35,3 per als homes i 42,9 per a les dones). Del total de pacients, 27.793 (18,9%) han estat atesos en centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) i 118.655 (81,1%) en centres de salut mental d'adults (CSMA).

Durant l'any 2000 el total de processos<sup>2</sup> declarats al Registre del conjunt mínim bàsic de dades socio sanitàries (CMBDSS) ha estat de 54.067. D'aquests, 41.493 (76,7%) han estat donats d'alta, mentre que el 23,3% restant continuaven rebent atenció en algun dels recursos socio sanitàries el 31 de desembre de l'any 2000. Dels processos acabats l'any 2000, el 24,4% van ser a causa de defunció.

**2 Procés:** atenció que es presta a un malalt en una unitat o equip des que comença l'assistència fins que acaba. En el cas dels recursos d'hospitalització, coincideix amb el període d'internament. En l'atenció domiciliària, un procés comprèn totes les visites fetes a un malalt pels equips de suport PADES; en l'atenció ambulatoria comprèn el conjunt de dies que un malalt ha estat atès en un hospital de dia o el nombre total de visites fetes a un malalt en una unitat de diagnòstic i seguiment per a trastorns cognitius i demències.

Pel que fa a l'any 2000, els processos que s'analitzen en aquest informe tenen una de les característiques següents:

- Començar i acabar durant l'any 2000.
- Començar en anys anteriors i acabar durant l'any 2000.
- Començar en anys anteriors o durant l'any 2000, però no acabar el 31 de desembre de l'any 2000.

**Procés acabat l'any 2000**

Procés assistencial d'un malalt, portat a terme en un recurs socio sanitari, que ha acabat durant l'any 2000, independentment de la data en què hagi començat.

**Procés no acabat l'any 2000**

Procés assistencial d'un malalt, portat a terme en un recurs socio sanitari, que no ha acabat durant l'any 2000, independentment de la data en què hagi començat.

S'observen diferències per tipus d'unitat o equip. La freqüentació més alta correspon a les UFISS, mentre que la més baixa correspon a les unitats de diagnòstic i seguiment per trastorns cognitius i demències. Els percentatges més alts de processos acabats els trobem a les UFISS i a les unitats de cures pal·liatives. Tanmateix, els motius són ben diferents: en el cas de les unitats de cures pal·liatives és a causa de l'elevat nombre de defuncions que es produeixen en els malalts atesos en aquest recurs, mentre que a les UFISS els processos acaben per criteris clínics.

**Taula 7. Indicadors dels processos atesos en la xarxa d'atenció socio sanitària per tipus de recurs. Catalunya, 2000**

	Total processos			Processos finalitzats l'any 2000				Processos no finalitzats l'any 2000	
	n	Mitjana d'edat (anys)	Dones (%)	n	%	Estada mitjana (dies)	Defuncions %	n	%
<b>Hospitalització</b>									
Unitats de llarga estada	10.380	76,2	64,8	5.760	55,5	235,8	35,5	4.620	44,5
Unitats de convalsència	10.075	77,1	61,6	8.636	85,7	46,8	11,8	1.439	14,3
Unitats de cures pal·liatives	3.430	72,2	42,4	3.134	91,4	24,4	76,0	296	8,6
UFISS	13.265	75,7	53,3	12.546	94,6	17,6	13,2	719	5,4
<b>Atenció domiciliària</b>									
PADES	9.904	74,4	50,3	8.036	81,1	78,9	38,9	1.868	18,9
<b>Atenció ambulatoria</b>									
Hospital de dia	4.340	72,3	60,0	2.925	67,4	134,5	1,9	1.415	32,6
Unitats de diagnòstic i seguiment per trastorns cognitius i demències	2.673	72,3	63,9	456	17,1	179,0	3,9	2.217	82,9
<b>Total</b>	<b>54.067</b>	<b>75,1</b>	<b>56,4</b>	<b>41.493</b>	<b>76,7</b>	<b>76,4</b>	<b>24,4</b>	<b>12.574</b>	<b>23,3</b>

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH). Servei Català de la Salut.

Els cinc grans grups diagnòstics que acumulen més processos són les neoplàsies, les malalties de l'aparell circulatori, els trastorns mentals, les lesions i els emmetzinaments i les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits. Aquests grups expliquen el 78,5% de tots els processos.

Finalment, cal destacar la importància que tenen les enquestes de salut com a font d'informació sobre l'estat de salut, que complementa la que s'obté a través d'altres fonts d'informació, alhora que són un mecanisme de participació ciutadana. La seva realització periòdica permet fer un seguiment de l'evolució de l'estat de salut de la població i els seus condicionants. A Catalunya s'han dut a terme dues enquestes de salut (Enquesta de salut de Catalunya 1994 i Enquesta de salut de Catalunya 2002), que han permès obtenir informació de manera directa de la població i fer una aproximació a la seva percepció de l'estat de salut, hàbits i estils de vida i necessitats, així com també conèixer la valoració que fa i les expectatives que té quant als serveis assistencials i el sistema sanitari en general i identificar desigualtats entre els diferents grups de població per raó de l'edat, el sexe, la situació socioeconòmica i el territori.

## Quadre 2. Principals resultats de l'Enquesta de salut de Catalunya 2002.

- Tres de cada quatre catalans perceben la seva salut com a excel·lent, molt bona o bona.
- Dues de cada tres persones de 15 anys i més manifesten patir o haver patit un o més trastorns crònics de salut.
- Un terç de la població expressa tenir dificultats en alguna de les dimensions de la qualitat de vida (mobilitat, cura personal, desenvolupament de les activitats quotidianes, presència de dolor o malestar i sensació d'ansietat o depressió).
- El 13,3% de la població ha hagut de restringir la seva activitat en les dues setmanes anteriors a l'entrevista a causa d'algun trastorn de salut.
- El 88,6% de la població ha estat visitat per un professional sanitari, almenys una vegada en el darrer any, i el 19,1% ho ha fet durant els darrers 15 dies.
- Més de la meitat de la població ha pres algun medicament durant els dos dies anteriors a l'entrevista.
- El 9,1% de la població ha estat hospitalitzat el darrer any.
- El 6,8% de la població no ha demanat atenció mèdica per algun problema de salut que ho requeria.
- El grau de satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats és superior al 80% per a totes les dimensions estudiades. Els aspectes menys valorats són el temps d'espera a la consulta durant la darrera visita a un professional sanitari (25,3%) i el menjar durant l'últim ingrés hospitalari (16,8%).
- El 32,1% dels catalans de 15 anys i més fuma.
- El 4,5% de la població de 15 anys i més és bevedora de risc. El 49,0% és abstèmia.
- El 21,7% de la població catalana de 15 anys i més es declara sedentària i un 5,6% molt activa.
- El 43,3% de les persones de 15 anys i més se sotmet a un examen mèdic periòdic amb finalitat preventiva.
- El 49,3% es mesura periòdicament la pressió arterial.
- El 45,3% es controla els nivells de colesterol periòdicament.
- El 40,6% de les dones de 20 anys i més es fan una mamografia periòdica amb finalitats preventives i el 55,7% se sotmet regularment a una citologia cervical amb propòsits preventius.
- El 61,2% de les persones de 65 anys i més es vacunen de la grip.

Pel que fa a l'estat de salut i d'acord amb les estimacions de l'OMS per a Europa, cal preveure que en les properes dècades els problemes de salut que possiblement tindran més impacte en la població catalana seran el càncer, les malalties cardiovasculars i respiratòries, els trastorns mentals (depressió i demències) i les lesions i incapacitats derivades dels accidents. També, tot i la reducció constatada de la major part de les malalties infeccioses, caldrà afrontar-ne d'altres, com ha succeït en els darrers temps amb l'aparició de la sida, la nova variant de la malaltia de Creutzfeldt-Jakob i la síndrome respiratòria aguda greu (SRAG), així com també problemes emergents de diferent naturalesa amb repercussions en la salut de la població que poden estar relacionats amb l'entorn socioeconòmic, els estils de vida i el medi ambient. Les polítiques de salut i serveis hauran de donar resposta a les noves necessitats i demandes, i caldrà que el sistema disposi de professionals adequats, en nombre i competència.

## 3.2 El sistema sanitari català

### El model sanitari català

El model sanitari que defineix la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) de l'any 1990 és el resultat de les actuacions que va dur a terme el Govern de la Generalitat des que l'any 1981 va assumir les transferències dels serveis sanitaris de la Seguretat Social.

En aquell moment, eren paleses la insuficiència de recursos públics i d'inversions realitzades per la Seguretat Social a Catalunya i els desequilibris territorials en els serveis. A Catalunya s'havia desenvolupat una infraestructura sanitària impulsada per mútues i entitats benèfiques i assistencials que responia a les demandes de la societat, i que va permetre complementar la xarxa sanitària pròpia de la Seguretat Social.

El Mapa sanitari de Catalunya i el seu posterior desplegament (1980-1983) constitueixen els primers exercicis de planificació. Bàsicament van comportar la divisió territorial sanitària, la revisió dels recursos existents i la proposta de nous recursos. El 1983 es crea l'Institut Català de la Salut (ICS) com a entitat gestora de les prestacions i els serveis sanitaris de la Seguretat Social.

L'any 1985, es van iniciar a Catalunya dues grans línies de transformació dels serveis. En l'àmbit de l'atenció hospitalària es va constituir la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP), que integra en una sola xarxa els hospitals concertats i els propis de la Seguretat Social, i es va establir el Pla de reordenació hospitalària, que suposa la reorganització i la modernització dels recursos hospitalaris i la consolidació de la xarxa d'hospitals comarcals. En l'àmbit de l'atenció primària, es va iniciar el procés de reforma, que comporta canvis en l'estructura i l'organització d'aquest nivell assistencial, introdueix el treball en equip de professionals sanitaris, socials i de suport i incorpora a l'oferta de medicina general i pediatria, la d'odontologia. A més, emfatitza l'atenció a la salut mental, les activitats de promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la rehabilitació.

L'any 1986, la Llei general de sanitat va declarar la universalització de l'assistència sanitària per a tots els ciutadans i va preveure que, en el marc d'un sistema nacional de salut, cada comunitat autònoma establís el seu propi servei de salut.

L'any 1990, l'aprovació de la LOSC va significar el punt d'inflexió que va formalitzar les bases de l'actual model sanitari català i va accelerar els processos de transformació del sistema aportant bàsicament dues novetats. Una de caràcter organitzatiu, que va donar lloc a la creació del Servei Català de la Salut (CatSalut) en la línia de les propostes d'altres països del nostre entorn, i una altra, que recau en l'esfera de les decisions polítiques i de la planificació estratègica, el Pla de salut com a marc de referència a Catalunya per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut.

A partir de l'any 1990, s'han aprovat una sèrie de mesures legislatives que desenvolupen el model sanitari establert en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya.

**Quadre 3. El model sanitària català. Cronologia de l'entorn legislatiu<sup>3</sup>**

Any	Marc legislatiu
1978	S'aprova la Constitució espanyola. S'estableix l'organització territorial de l'Estat en comunitats autònomes amb competències legislatives i executives.
1979	S'aprova l'Estatut d'autonomia de Catalunya. Catalunya assumeix competències exclusives en matèria d'higiene, col·legis professionals i exercici de les professions titulades i competència per desplegar la normativa bàsica estatal en matèria de sanitat.
1981	S'inicia el procés de transferències. Els recursos públics són insuficients i territorialment desequilibrats. La infraestructura sanitària és de titularitat diversa.
1981-1983	Es desplega el Mapa sanitari, amb l'objectiu de rendibilitzar els recursos.
1983	Es crea l'Institut Català de la Salut, per a la gestió de les prestacions i serveis sanitaris de la Seguretat Social.
1985	Es crea la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (XHUP) i s'inicia la reforma de l'atenció primària.
1986	S'aprova la Llei general de sanitat, que disposa la universalització de l'assistència i l'establiment de serveis de salut a les comunitats autònomes.
1990	S'aprova la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, que consolida el sistema sanitari mixt i diferencia entre finançament i provisió de serveis. Es crea el Servei Català de la Salut.
1991	S'aprova la Llei d'ordenació farmacèutica de Catalunya.
1995	Es modifica la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, que regula la creació d'entitats de base associativa per part dels professionals.
1997	S'amplia la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya.
1999	Es creen les xarxes de centres, serveis i establiments sociosanitaris i de salut mental d'utilització pública de Catalunya.
2000	Es reestructuren i es despleguen les estructures del Departament de Sanitat i Seguretat Social (responsable d'establir el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut) i el CatSalut (que assegura i garanteix als ciutadans les prestacions del sistema sanitari públic).
2001	S'aprova la Llei sobre els drets d'informació en relació amb la salut, l'autonomia del pacient i la documentació clínica.
2003	S'aprova la Llei de protecció de la salut i es crea l'Agència de protecció de la salut.

Els trets que defineixen el sistema sanitari català són la cobertura universal, el finançament i assegurament públic i la provisió de serveis d'utilització pública, a través de centres acreditats. Es tracta d'un model sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública els recursos sanitaris, independentment de la seva titularitat, i situa el ciutadà al centre del sistema en considerar-lo l'objectiu prioritari de les seves actuacions.

<sup>3</sup> Vegeu l'annex II.

#### Quadre 4. Principis informadors de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (1990)

- **Concepció integral i integrada del sistema sanitari, amb especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.**
- **Descentralització i desconcentració de la gestió.**
- **Universalització per a tots els ciutadans residents a Catalunya dels serveis sanitaris de caràcter individual o col·lectiu.**
- **Participació comunitària en la formulació de la política sanitària i el control de la seva execució.**
- **Racionalització, eficàcia i eficiència de l'organització sanitària.**
- **Equitat i superació de barreres de les desigualtats territorials o socials per a la prestació dels serveis sanitaris.**
- **Sectorització de l'atenció sanitària.**
- **Promoció de l'interès individual, familiar i social per la salut mitjançant, entre altres recursos, una adequada educació sanitària a Catalunya i una correcta informació sobre els recursos sanitaris existents.**
- **Control sanitari del medi ambient.**

El model organitzatiu del sistema sanitari català es basa en la separació de les funcions de planificació, avaluació, compra i finançament dels serveis sanitaris de les de provisió i gestió d'aquests. El finançament és sempre públic, però els proveïdors poden ser públics o privats, i el mecanisme de relació d'aquests amb el CatSalut és el contracte per a la compra de serveis, una de les finalitats del qual és fer operatives les polítiques de salut i de serveis del Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS), establertes en el Pla de salut de Catalunya.

El DSSS assumeix el paper de finançador i responsable d'establir el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut a Catalunya. Alhora, el DSSS defineix la política sanitària i fixa els objectius de salut, els índexs i els nivells bàsics que cal assolir en les matèries incloses en el Pla de salut de Catalunya i n'avalua els resultats, té les competències d'ordenació de l'atenció farmacèutica i d'avaluació i inspecció dels recursos sanitaris, i és el responsable de la informació sanitària i de les polítiques sanitàries globals en matèria de règim legal d'ordenació de les professions sanitàries, mitjançant la creació de la Unitat de Gestió i Ordenació de les Professions Sanitàries, dins la Direcció de Serveis de la Secretaria General del Departament (quadre 5 i gràfic 7).

#### Quadre 5. Separació de funcions en el sistema sanitari català

Parlament	Assigna el pressupost	Finançament
Departament de Sanitat i Seguretat Social	Elabora el Pla de salut. Transfereix els recursos econòmics	Planificació sanitària
CatSalut	Garanteix l'assistència sanitària	Assegurament
Xarxes de proveïdors	Fan l'activitat assistencial	Provisió

Font: Adaptat de la *Memòria del Servei Català de la Salut. Any 2002*.



El CatSalut, partint d'una concepció integral d'atenció a la salut, ha de garantir els principis bàsics del sistema de salut: servei públic finançat públicament, assistència universal, accessibilitat (equitat i superació de les desigualtats territorials), promoció de la salut i eficiència de l'organització. El CatSalut s'estructura territorialment en regions sanitàries (gràfic 6) i està integrat pels centres, els serveis i els establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària de la Generalitat, inclosos els transferits de la Seguretat Social, de l'Administració institucional i local i aquells que resultin imprescindibles per satisfer les necessitats del sistema sanitari públic a l'empara dels convenis pertinents.

Un dels trets característics del CatSalut és l'aprofitament de tots els recursos sanitaris existents en el territori, el plantejament d'una organització flexible, d'una gestió de tipus empresarial àgil i descentralitzada i la implantació de noves fórmules de provisió de serveis com ara les empreses públiques, els consorcis, les entitats professionals o les cessions de gestió. L'element de relació entre el CatSalut i les entitats proveïdores és el contracte per a la compra de serveis, que és un dels elements clau per fer efectives les polítiques de salut i serveis.

**Gràfic 6. Estructura territorial del CatSalut. Regions sanitàries, 1994**

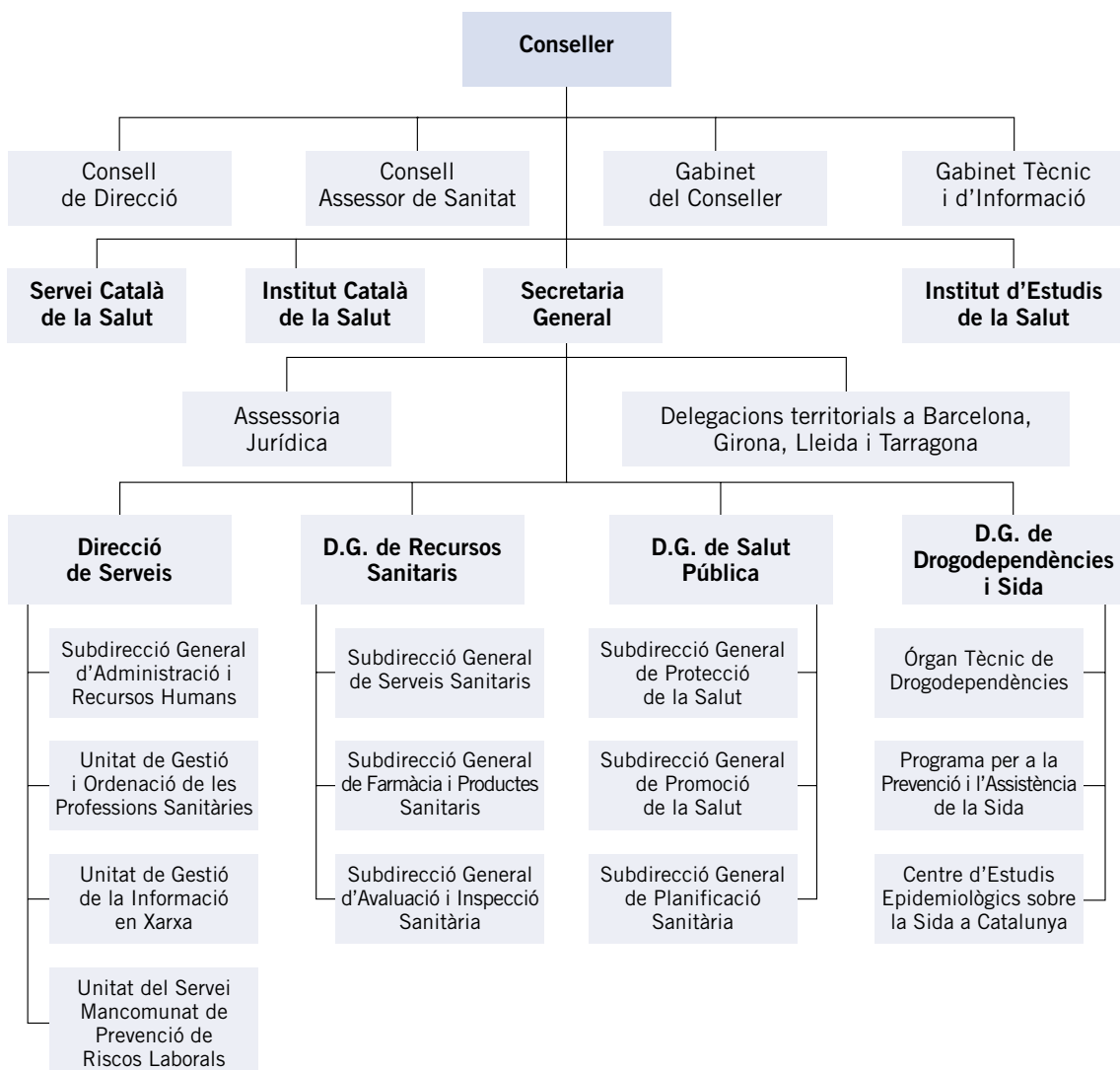


Font: Memòria del Servei Català de la Salut de 1994. Decret 114/1994, de 3 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut (DOGC núm. 1903, d'1 de juny de 1994).

A Catalunya, la planificació per objectius de salut s'inicia amb el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, que fixava els objectius de salut per a l'any 2000 d'acord amb l'estratègia europea de l'Organització Mundial de la Salut per a tothom l'any 2000. Els plans de salut 1993-1995, 1996-1998 i 1999-2001 concreten les prioritats en política sanitària i les intervencions per a l'assoliment dels objectius fixats en els diferents períodes d'aplicació del Pla. L'elaboració del primer pla de salut va significar una nova orientació en la metodologia per a l'establiment de polítiques en matèria de salut. Es va passar de centrar els objectius primordialment en l'organització i en la productivitat dels serveis a donar un enfocament més orientat a afrontar els problemes de salut de la població i estendre la responsabilitat sobre la salut a altres sectors que hi estan implicats.

El Pla de salut explicita els objectius de política sanitària i és l'instrument indicatiu i el marc de referència per a les actuacions públiques en l'àmbit de la salut a Catalunya. El Pla es basa en el coneixement de l'estat de salut de la població i, a partir d'una orientació positiva del concepte de salut, formula propostes per promoure unes millors salut i qualitat de vida dels ciutadans. Fixa els objectius de salut i serveis a mitjà i llarg termini i concreta les intervencions i accions prioritàries que cal portar a terme per afrontar les necessitats detectades. Les propostes del Pla tenen caràcter intersectorial, i tot i el lideratge que han d'exercir els serveis sanitaris, l'assoliment dels objectius proposats depèn també del compromís i la implicació d'altres àmbits i sectors i del treball coherent i coordinat orientat a aquesta finalitat.

**Gràfic 7. Organigrama del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Any 2000**

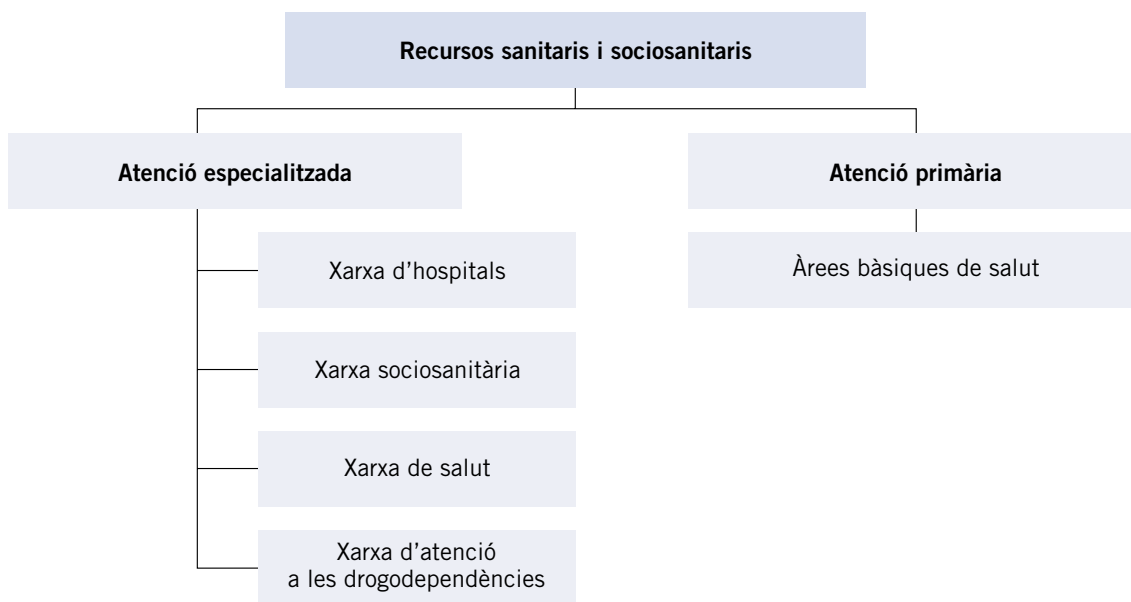


## Els serveis sanitaris i socio-sanitaris. Equipaments

El CatSalut té la responsabilitat d'oferir a la població de Catalunya, amb equitat i eficiència, uns serveis sanitaris de qualitat. Un dels principals reptes és, en un context de canvi del patró epidemiològic, de desenvolupament tecnològic i de limitació de recursos, donar resposta a les necessitats de salut identificades en els diferents grups de població i d'acord amb les especificitats territorials.

El sistema ha de dotar-se, doncs, d'una oferta de serveis diversificada i flexible, que tingui en compte la valoració global de les necessitats del pacient, l'apropament de l'atenció al medi familiar i social del malalt i la continuïtat assistencial. L'atenció primària com a porta d'entrada al sistema d'atenció ha de permetre el seguiment dels pacients al llarg de la seva vida i oferir serveis de prevenció, assistencials i de rehabilitació i, si escau, derivar el pacient als serveis especialitzats. Els hospitals, els serveis socio-sanitaris i els serveis d'atenció a la salut mental han de seguir el procés de reordenació i diversificació ja iniciat, avançant en la implantació de formes alternatives a l'internament tradicional, la millora de la comunicació, la coordinació i el suport amb altres nivells i serveis assistencials.

**Gràfic 8. Xarxa sanitària d'utilització pública**



### L'atenció primària

L'any 1985 es va posar en marxa la Reforma de l'atenció primària (RAP) a Catalunya, que es va configurar com el primer graó d'accés del ciutadà a l'assistència sanitària. La xarxa d'atenció primària s'estructura en àrees bàsiques de salut (ABS), com a unitats territorials elementals d'accés directe de la població, que tindrà com a nucli d'activitat els centres d'assistència primària.

A finals de l'any 2002 es dona pràcticament per finalitzada la implantació de la RAP (hi ha 337 ABS implantades de les 345 previstes), segons la qual el CatSalut concerta la prestació de l'atenció primària de salut amb 32 entitats proveïdores, entre les quals l'Institut Català de la Salut és el proveïdor majoritari. No obstant això, la LOSC i les seves successives reformes continuen fomentant la diversitat de fórmules de gestió integrada o compartida, amb entitats públiques o privades, incloses les entitats de base associativa de professionals (EBA).

La Reforma d'atenció primària ha significat canvis fonamentals en l'estructura organitzativa i funcional de l'atenció primària. S'ha progressat cap a un model que integra la promoció de la salut i l'atenció preventiva, curativa i rehabilitadora; ha introduït el treball en equip multidisciplinari i ha ampliat la dedicació horària dels professionals i n'ha incrementat el nombre. La formació dels professionals sanitaris en general i el desenvolupament del programa MIR de medicina familiar i comunitària, així com també el desplegament conceptual d'infermeria, han millorat la competència dels professionals de l'atenció primària de salut. La taula 8 informa sobre l'activitat assistencial a l'atenció primària.

**Taula 8. Activitat assistencial d'atenció primària.<sup>1</sup> Catalunya, 2000**

<b>Xarxa reformada</b>	
Visites	30.390.600
Visites per habitant i any	7,2
<b>Xarxa no reformada</b>	
Visites	8.404.487
Visites per habitant i any	6
<b>Total</b>	
<b>Visites</b>	<b>38.795.087</b>
<b>Visites per habitant i any</b>	<b>6,9</b>

<sup>1</sup> Inclou el nombre de visites realitzades per tots els professionals de l'equip d'atenció primària (espontànies, programades i a domicili) i pels metges generals, pediatres i infermeres (espontànies, programades i a domicili) de la xarxa no reformada.

Font: Memòria d'activitats 2000. CatSalut

### *Recursos d'atenció especialitzada*

En l'àmbit de l'atenció especialitzada, si bé l'hospital d'aguts és el recurs més característic, cal tenir en compte la diversificació i la importància creixent d'altres centres i serveis que ofereixen serveis especialitzats.

L'assistència sanitària especialitzada a Catalunya es presta mitjançant els recursos d'internament, les consultes ambulatories especialitzades, els hospitals de dia, les urgències i hospitalització a domicili i altres recursos com ara les unitats funcionals interdisciplinàries i els programes d'atenció domiciliària-equipos de suport (PADES). Aquests recursos majoritàriament s'organitzen funcionalment en la xarxa d'hospitals d'aguts, la xarxa sociosanitària, la xarxa de salut mental i la xarxa d'atenció a les drogodependències, que formen part de la xarxa sanitària d'utilització pública.

## Recursos d'internament

L'atenció especialitzada d'internament es presta en hospitals d'aguts, en hospitals psiquiàtrics i en centres socio-sanitaris on s'atenen malalts amb qualsevol tipus de patologia aguda o crònica que requereixi un o més dies d'estada al centre.

El quadre següent reflecteix els recursos en els quals es pot desenvolupar cadascuna de les diferents activitats d'atenció especialitzada.

**Quadre 6. Recursos i tipus d'atenció d'internament.<sup>1</sup> Catalunya, 2002**

Tipus d'atenció	Recursos		
	Hospital general d'aguts	Centre psiquiàtric d'internament	Centre socio-sanitari
General aguda	■		
Psiquiàtrica aguda	■	■	
Psiquiàtrica subaguda		■	
Psicogeriàtrica		■	
Convalescència	■		■
Cures pal·liatives <sup>1</sup>	■		■
Llarga estada <sup>1</sup>		■	
Desintoxicació de drogodependències	■		

<sup>1</sup> Inclou l'atenció a la sida en el cas dels centres socio-sanitaris.

■ Recursos en els quals es pot desenvolupar cadascuna de les diferents activitats d'atenció especialitzada.

Font: Memòria d'activitat 2002. CatSalut.

Els hospitals d'aguts dediquen la majoria dels seus recursos a l'hospitalització general aguda i en alguns casos a l'atenció psiquiàtrica. L'any 1999 la taxa d'hospitalització dels residents a Catalunya va ser de 116,5 per 1.000 habitants.

Recentment s'han incorporat en aquesta estructura noves unitats autoritzades per al tractament de malalts amb requeriments específics, com cures pal·liatives o desintoxicació de drogodependències.

Els hospitals psiquiàtrics són els centres monogràfics que, juntament amb els serveis de psiquiatria dels hospitals generals i els centres socio-sanitaris autoritzats, presten atenció als malalts mentals. Aquests hospitals disposen d'unitats diferenciades per a l'atenció de pacients subaguts, crònics o residencials –de mitjana i llarga estada–.

Els centres socio-sanitaris són els recursos d'internament dotats de les característiques estructurals i del personal necessari per atendre pacients que necessiten atenció socio-sanitària. Aquests centres estan formats per una o més unitats de llarga estada, mitjana estada-convalescència, mitjana estada-cures pal·liatives o de tractament de la sida.

**Taula 9. Recursos d'internament per regions sanitàries. Catalunya, 2000**

Regions sanitàries	Hospitals d'aguts <sup>1</sup>		Centres Psiquiàtrics <sup>2</sup>		Centres Socio-sanitaris <sup>3</sup>		Total <sup>4</sup>	
	Centres	Llits	Centres	Llits <sup>6</sup>	Centres	Llits	Centres	Llits
Lleida	6	769	4	63	6	393	12	1.225
Tarragona	6	1.003	2	1.005	8	520	13	2.528
Tortosa	2	202	0	0	1	250	3	452
Girona	9	1.094	1	320	12	605	17	2.019
Costa de Ponent	10	2.320	4	1.681	17	1.622	24	5.623
Barcelonès Nord i Maresme	6	1.551	2	444	9	730	14	2.725
Centre <sup>5</sup>	12	2.787	0	0	18	1.320	31	4.116
Barcelona	13	5.014	6	265	20	1.736	37	7.015
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>14.740</b>	<b>19</b>	<b>3.778</b>	<b>91</b>	<b>7.185</b>	<b>151</b>	<b>25.703</b>

1 Hospitals d'aguts: hospitals de provisió pública que presten serveis d'hospitalització aguda.

2 Centres psiquiàtrics: hospitals psiquiàtrics monogràfics i d'altres autoritzats per a aquest internament, de finançament públic.

3 Centres d'internament socio-sanitari i d'altres d'internament autoritzats per a aquesta finalitat. La dotació de llits correspon a l'activitat contractada.

4 Els centres autoritzats per fer més d'un tipus d'internament només s'han comptabilitzat una vegada.

5 Els serveis d'internament psiquiàtric de la Regió Sanitària Centre es presten en els serveis de psiquiatria dels hospitals d'aguts.

6 No inclou els 352 llits de psiquiatria que hi ha als hospitals d'aguts.

Font: *Memòria d'activitat 2002*. CatSalut.

### Recursos de consulta ambulatoria especialitzada

La consulta ambulatoria especialitzada es presta en els centres d'atenció primària (CAP) amb consultes de suport d'especialitats, i també a les consultes externes dels hospitals, als centres de salut mental d'adults (CSMA), infantils i juvenils (CSMIJ), als centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS) i en altres consultes ambulatories específiques, com les de tractament de les malalties de transmissió sexual o les de prevenció i control de malalties tropicals.

El quadre següent mostra els recursos en els quals es pot desenvolupar cadascuna de les diferents activitats d'atenció especialitzada i a la taula es mostra la distribució dels recursos d'atenció ambulatoria especialitzada per regió sanitària.

**Quadre 7. Recursos de consulta ambulatoria especialitzada i tipus d'atenció. Catalunya, 2002**

Tipus d'atenció	Recursos		
	Centres amb consulta ambulatoria amb suport especialitzat*	CSMA/CSMIJ	CAS
General			
Psiquiàtrica			
Tractament de drogodependències			

\*CAP II (centre d'atenció primària amb consultes d'especialitats pendent o en procés de reordenació), consultes externes als hospitals i consultes externes descentralitzades.

CSMIJ: centre de salut mental infantil i juvenil.

CSMA: centre de salut mental d'adults.

CAS: centre d'atenció i seguiment de drogodependències.

■ Recursos en els quals es pot desenvolupar cadascuna de les diferents activitats d'atenció especialitzada.

Font: Memòria d'activitat 2002. CatSalut.

**Taula 10. Recursos de consulta ambulatoria especialitzada. Catalunya, 2002**

Regions sanitàries	Centres amb consulta ambulatoria especialitzada			Centres amb consulta ambulatoria especialitzada psiquiàtrica. Consultes perifèriques						
	No hospitalaris <sup>1</sup>	Hospitalaris	Total	CSMIJ	CSMA	Total	Consultes perifèriques			CASD Consultes
							Infantils	Adults	Total	
Lleida	3	6	9	1	6	7	5	2	7	8
Tarragona	4	6	10	3	6	9	2	0	2	2
Tortosa	2	2	4	1	2	3	1	0	1	1
Girona	3	9	12	3	7	10	3	0	3	5
Costa de Ponent	9	10	19	8	12	20	3	0	3	11
Barcelonès Nord i Maresme	6	6	12	6	7	13	0	0	0	6
Centre	15	12	27	9	12	21	8	7	15	12
Barcelona	24	13	37	10	16	26	1	1	2	15
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>64</b>	<b>130</b>	<b>41</b>	<b>68</b>	<b>109</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>60</b>

CSMIJ: centre de salut mental infantil i juvenil.

CASD: centres d'atenció i seguiment de drogodependències.

CSMA: centre de salut mental d'adults.

<sup>1</sup> Inclou els CAP II (centre d'atenció primària amb consultes d'especialitats pendent o en procés de reordenació) i les consultes ambulatories especialitzades descentralitzades.

Font: Memòria d'activitats 2002. Xarxa sanitària d'utilització pública. CatSalut.

### Recursos d'hospital de dia

L'hospitalització de dia és considerada l'atenció mèdica o d'infermeria programada per a pacients que requereixen, en un mateix dia, l'aplicació de tractaments o tècniques diagnòstiques o altres serveis de suport que, en un altre cas, requeririen una hospitalització convencional. L'atenció d'hospital de dia es presta en hospitals d'aguts, hospitals psiquiàtrics i centres socio-sanitaris.

El quadre que s'incorpora a continuació conté els recursos d'hospital de dia en els quals es pot desenvolupar cadascuna de les diferents activitats d'atenció especialitzada, i a la taula es desglossen aquests recursos per regions sanitàries del CatSalut.

**Quadre 8. Recursos d'hospital de dia i tipus d'atenció. Catalunya, 2002**

Tipus d'atenció	Recursos		
	Hospital general d'aguts	Centre psiquiàtric	Centre socio-sanitari
Oncològica, immuno-hematològica, d'altres			
Psiquiàtrica			
Socio-sanitària			

■ Recursos en els quals es pot desenvolupar cadascuna de les diferents activitats d'atenció especialitzada.

Font: Memòria d'activitat 2002. CatSalut.

**Taula 11. Recursos d'hospital de dia. Catalunya, 2002**

Regions sanitàries	Hospitals de dia en hospitals d'aguts			Hospitals de dia en centres psiquiàtrics		Hospitals de dia en centres socio-sanitaris	
	Hospital de dia general <sup>1</sup>	Hospital de dia psiquiàtric		Centres	Places	Centres	Places
		Centres	Places				
Lleida	6	1	29	0	0	4	70
Tarragona	4	1	20	1	30	8	154
Tortosa	2	0	0	0	0	1	20
Girona	9	1	15	1	25	7	141
Costa de Ponent	10	2	24	6	174	13	290
Barcelonès Nord i Maresme	6	3	35	2	41	6	160
Centre	12	10	129	2	30	11	287
Barcelona	13	2	35	4	134	8	234
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>20</b>	<b>287</b>	<b>16</b>	<b>434</b>	<b>58</b>	<b>1.356</b>

<sup>1</sup> Comprèn els hospitals de dia psiquiàtrics en hospitals d'aguts.

Font: Memòria d'activitats 2002. CatSalut.



### Recursos d'atenció a les urgències i a les emergències

En l'àmbit de l'atenció primària de salut, l'organització de l'atenció a les urgències es desenvolupa dins l'horari habitual de funcionament dels serveis, i són els mateixos professionals els que se'n fan càrrec ja sigui en el domicili del pacient o en el centre, o es presta en horari d'atenció continuada per a la demanda no programada en els equips d'atenció primària, els serveis ordinaris d'urgència, els serveis especials d'urgència, els centres d'atenció continuada, els punts d'atenció continuada i els serveis coordinadors, ja sigui amb recursos assistencials propis o sense.

Les urgències que no són competència de l'atenció primària s'atenen amb els dispositius d'urgències de la xarxa d'atenció especialitzada, ja sigui en els hospitals d'aguts de la XHUP, mitjançant el sistema d'emergències mèdiques (SEMSA), el servei coordinador d'urgències a Barcelona o mitjançant el telèfon de Sanitat Respon.

### Trasplantaments

L'increment en el trasplantament d'òrgans i en la disponibilitat de teixits ha comportat correlativament l'augment de la seva utilització i el dels centres autoritzats per realitzar trasplantaments amb teixits humans.

La taula següent reflecteix els centres autoritzats per fer trasplantaments a l'any 2000.

**Taula 12. Centres de trasplantaments. Catalunya, 2002**

Ronyó	7
Fetge	3
Cor	4
Pulmó	1
Pàncrees	2
Cèl·lules progenitores de l'hemopoesi	14
Teixit osteotendinós	53
Teixit vascular (vàlvules cardíques i segments vasculars)	7
Pell	2
Còrnia	35

Font: Memòria d'activitat 2002. CatSalut.

### Altres recursos d'atenció especialitzada

Són aquells recursos adreçats a col·lectius concrets per al tractament de problemes que requereixen una atenció específica. Integren aquesta atenció especialitzada les unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries, els programes d'atenció domiciliària-equipos de suport, els equips de teràpia en observació directa ambulatoria, els centres de dia de salut mental, els serveis de rehabilitació, la cirurgia major ambulatoria, els tractaments de la insuficiència renal crònica (diàlisi) i els tractaments a les drogodependències en els punts de dispensació de metadona en CAS, en CAP II<sup>4</sup>, en unitats específiques dels hospitals d'aguts i en centres penitenciaris.

La taula que s'incorpora a continuació inclou aquests recursos d'atenció especialitzada, per tipus de servei i per àmbits territorials.

**Taula 13. Altres tipus de recursos d'atenció especialitzada. Catalunya, 2000**

Regions sanitàries	UFISS	PADES i ETODA	Centres de dia de salut mental				Rehabilitació			CMA	Diàlisi <sup>2</sup>
			Adults		Infantils		Hospitalleria	Extra-hospitalària <sup>1</sup>	Total		
			Centres	Places	Centres	Places					
Lleida	3	4	3	59	1	18	6	3	9	3	3
Tarragona	7	6	3	85	0	0	5	8	13	4	3
Tortosa	1	2	1	25	0	0	1	4	5	3	1
Girona	5	7	7	170	0	0	5	7	12	6	4
Costa de Ponent	13	11	11	275	1	68	6	12	18	9	6
Barcelonès Nord i Maresme	9	7	5	140	1	12	5	5	10	5	3
Centre	11	13	10	265	1	23	10	10	20	12	8
Barcelona	12	18	18	632	3	123	7	7	14	13	17
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>68</b>	<b>58</b>	<b>1.651</b>	<b>7</b>	<b>244</b>	<b>45</b>	<b>56</b>	<b>101</b>	<b>55</b>	<b>45</b>

Font: Memòria d'activitats 2000. Xarxa sanitària d'utilització pública. Àrea Sanitària. CatSalut.

1 Inclou serveis de rehabilitació dels CAP II de l'Institut Català de la Salut i centres de rehabilitació contractats pel CatSalut.

2 Inclou centres de diàlisi, unitats d'atenció nefrològica i serveis de nefrologia.

UFISS: unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries.

PADES: programes d'atenció domiciliària-equipos de suport.

ETODA: equips de teràpia en observació directa ambulatoria.

CMA: cirurgia major ambulatoria.

4. CAP II: centre d'atenció amb consultes d'especialitats pendent o en procés de renovació.

## El finançament\*

### *L'evolució de la despesa sanitària*

Des dels anys seixanta, l'increment de la despesa sanitària ha estat un fet comú i progressiu en els països desenvolupats. D'aleshores ençà, la despesa en assistència sanitària s'ha duplicat. Avui dia, la majoria dels països europeus dediquen entre el 6,5% i el 10% del producte interior brut (PIB) al finançament dels serveis sanitaris, i les tendències de la despesa per assistència sanitària mostren que la proporció de despesa en assistència sanitària tendeix a augmentar encara més ràpidament a mesura que augmenta el PIB d'un país.

Malgrat que el punt de partida de la majoria de les reformes sanitàries ha estat el desig de controlar el creixement de la despesa, apareixen també altres objectius com a conductors de les reformes. Així, millorar la salut, assegurar un accés equitatiu als serveis i millorar-ne la qualitat han estat factors determinants en les reformes sanitàries a Europa.

L'assistència sanitària a l'Estat espanyol és finançada en la seva major part pel sector públic. Segons dades de l'OCDE de l'any 1998, la participació pública en el finançament de la despesa sanitària estaria al voltant del 77% del total de despesa en aquest àmbit.

El creixement de la despesa sanitària a Espanya en el període que comprèn la primera part dels anys vuitanta fins als primers anys de la dècada dels noranta, malgrat que no ha arribat encara als nivells dels països desenvolupats del nostre entorn, ha estat d'ordre superior a l'augment del PIB nominal. Pel que fa a la despesa real, sense considerar els preus implícits, el creixement de la despesa sanitària quasi ha doblat el de la producció.

### *L'acord de finançament 1994-1997*

Amb l'acord de finançament de la sanitat 1994-1997 es va voler iniciar una nova etapa, construint, a partir de la xifra real de la despesa existent per a l'any 1993, un escenari basat en els mateixos percentatges de creixement que el PIB. Si bé es va guanyar en estabilitat, en la mesura que es podien preveure quins recursos obtindrien les comunitats autònomes durant els quatre anys, no es va resoldre el problema de la insuficiència pressupostària, sobretot pel fet que ajustar la despesa sanitària a criteris d'evolució de la producció, que com s'ha assenyalat ha evolucionat amb quasi cinc punts de diferència, requereix un període ampli d'adaptació que no s'ha donat. Aquesta circumstància es veu agreujada pel fet que la base de partida que es va prendre estava infravalorada i que, a més, es van deduir recursos amb la justificació de les mesures d'ajustament i racionalització de la despesa que estipulava el nou model.

Sigui com sigui, és clar que les tendències de la despesa difícilment se situen en el camí del creixement del PIB, i més si s'aplica aquest patró d'evolució a un punt de partida irreal. L'aplicació de l'acord de finançament sanitari 1994-1997 ha suposat l'inici d'un nou escenari econòmic en què la sanitat pública ha de reduir considerablement el seu ritme de creixement anual.

### *El finançament de la sanitat per al període 1998-2001*

El 27 de novembre de 1997 es va aprovar el nou model de finançament de la sanitat. D'aquesta manera ha quedat configurat l'escenari de finançament del Sistema Nacional de Salut per al període 1998-2001, el qual suposa una millora respecte de l'escenari existent fins al 1997, encara que no resol totalment el problema de la cobertura financera de la despesa sanitària.

---

\*Agraïm la col·laboració de la Gerència de Planificació Econòmica de l'Àrea de Recursos del CatSalut en el redactat d'aquest apartat.

El sistema de finançament que es va aplicar fins al 1993 es va caracteritzar per la seva insuficiència financera i perquè no era un sistema homogeni, atès que existia un criteri de distribució diferent per a cada comunitat autònoma. La reforma del model de finançament per al període 1994-1997 va establir que el pressupost destinat a sanitat creixés al mateix ritme que el PIB nominal i introduïa una deducció econòmica en concepte de mesures d'ajustament, la qual cosa suposava una important restricció econòmica per a la sanitat tenint en compte els factors que impulsen el creixement de la despesa sanitària, com són la universalització de la cobertura, l'aparició de noves patologies, l'envelliment de la població i la introducció progressiva de nova tecnologia mèdica. En les negociacions dels pressupostos generals de l'Estat per al 1997, el Govern de la Generalitat va aconseguir que els recursos destinats a la sanitat creixessin per sobre del creixement global dels pressupostos generals, la qual cosa va revertir en un millor finançament dels serveis sanitaris.

El nou model de finançament de la sanitat per al quadrienni 1998-2001, aprovat pel Consell de Política Fiscal i Financera, significa un increment de pressupost per al conjunt del Sistema Nacional de Salut de 143.000 milions de pessetes (3,88%) respecte a la pròrroga del model. El nou acord comporta l'establiment de dos fons diferenciats amb els recursos que s'han de distribuir. En primer lloc, un fons general destinat a la cobertura de les prestacions sanitàries generals dotat amb 3,77 bilions de pessetes, això és el 98,2% del total de recursos, que es distribueix d'acord amb la població protegida, calculada amb el padró d'habitants de 1996 i deduint els col·lectius protegits per altres règims. Dins d'aquest fons general hi ha 40.000 milions de pessetes destinats a l'establiment de programes i mesures de control de la despesa social en incapacitat temporal.

En segon lloc, s'estableix un fons d'atencions específiques destinat al finançament dels centres de docència i a la compensació per l'atenció hospitalària als malalts desplaçats d'altres comunitats autònomes (48.000 milions) i un fons de 20.000 milions per garantir un finançament mínim a les comunitats autònomes que experimenten una minoració significativa del percentatge de població relativa, com és el cas de Catalunya.

D'altra banda, l'acord preveu com a finançament addicional una reducció de la despesa sanitària de 65.000 milions de pessetes com a conseqüència de l'establiment de mesures d'estalvi en farmàcia i que a partir de l'any 2000 es produeixi un increment addicional del pressupost de 25.000 milions de pessetes, condicionat als resultats aconseguits pel que fa als objectius de millora de llistes d'espera en intervencions quirúrgiques i de control de qualitat dels centres sanitaris. Pel que fa al criteri d'evolució d'aquests recursos per al quadrienni 1998-2001, l'acord considera com a criteri la taxa de creixement del PIB nominal, com en l'anterior model.

Com a resultat d'aquest acord, Catalunya aconsegueix uns ingressos addicionals de 33.759 milions de pessetes, un 5,71% per sobre dels recursos de la pròrroga del model, als quals s'hauran d'afegir 10.237 milions de pessetes que es preveuen com a estalvi en despesa farmacèutica el 1998. Si tenim en compte, a més, que s'han deduït del pressupost base els imports corresponents a mesures d'estalvi adoptades en el 1997 (congelació salarial i acords amb la indústria farmacèutica), cal afegir-hi 11.025 milions de pessetes més, cosa que donaria un total de 55.021 milions de pessetes.

El percentatge de població protegida de Catalunya ha passat del 15,99% al 15,75%. Malgrat això, el nou percentatge de participació de Catalunya en el conjunt de recursos del pressupost de l'Insalud passa a ser del 16,27%, per les compensacions dels fons específics de docència, desplaçats i pèrdua de població.

L'acord, en canvi, no ha incorporat el sanejament de la situació de deficiències dels anys anteriors i, per tant, obliga a absorbir amb aquest creixement de recursos les insuficiències històriques. Tot i la millora que ha comportat aquest acord, serà necessari continuar avançant en la reforma del sistema sanitari, incidint no solament en l'àmbit de la reforma del sistema de finançament, sinó també en la definició del catàleg de prestacions, en l'ordenació i organització dels serveis sanitaris i en la major coresponsabilització dels diferents agents que participen en la prestació dels serveis sanitaris.

Aquest és un any significatiu per al sistema sanitari espanyol perquè marca l'inici de la vigència d'un nou acord de finançament per al període 1998-2001, amb la voluntat política de dotar el sistema sanitari d'una estabilitat econòmica que és necessària per enfocar els reptes que la sanitat haurà de continuar afrontant en el futur.

### *Factors de creixement de la demanda i l'activitat assistencial*

Aquests reptes provenen de diferents factors relacionats amb l'evolució de les necessitats de salut i dels serveis: creixent envelliment de la població que implica més necessitats durant més temps al llarg de la vida de les persones; evolució tecnològica que revoluciona les possibilitats diagnòstiques i terapèutiques de la medicina i amplia el seu ventall d'oferta de serveis; evolució epidemiològica que implica malalties d'alta complexitat terapèutica i creixement de l'exigència social al sistema sanitari impulsada per l'evolució socioeconòmica i cultural del país. Tots aquests factors dibuixen un entorn d'oferta i demanda de serveis sanitaris sobre el qual actua el contrapès de la restricció pressupostària de les administracions públiques, configurada en l'entorn més ampli de la convergència econòmica amb Europa. Aquest entorn ha marcat com a objectiu d'evolució de la despesa sanitària el del creixement de l'economia, mesurat en termes d'evolució del PIB. Sens dubte és un objectiu força compromès si tenim present que l'evolució de la despesa sanitària ha estat en els anys precedents molt per sobre d'aquest indicador, fins i tot en èpoques de creixement elevats de l'economia.

A la restricció en l'evolució dels recursos, s'afegeix la pressió de la demanda sanitària. La dinàmica pròpia d'aquesta, que d'una banda cobreix un servei bàsic i de l'altra pateix el fet que no hi ha consciència definida del cost dels serveis, en no associar-se clarament el finançament públic a la pressió fiscal, genera unes expectatives molt elevades respecte del sistema sanitari.

Un factor important que pressiona a l'alça la despesa sanitària, el constitueix l'augment de necessitats de salut i de serveis derivats del progressiu envelliment de la població. La majoria dels països europeus també ha experimentat increments en la despesa sanitària a causa de l'augment de població de la tercera edat. Els costos sanitaris per a les persones majors de 65 anys són, generalment, entre tres i cinc vegades superiors que la mitjana, mentre que les persones majors de 75 anys representen més de sis vegades el cost sanitari mitjà dels menors de 65 anys.

És per això que, malgrat que el nou acord de finançament sanitari significa un increment de recursos per a la sanitat, implica alhora el manteniment d'un escenari d'evolució que no concorda amb la previsible evolució dels factors que incideixen en el volum de demanda de serveis sanitaris. Aquest fet, que és producte fonamentalment de l'entorn econòmic de les finances públiques, obligarà a avançar en la reassignació dels recursos econòmics disponibles en el sistema, i trencarà l'actual compartimentació que existeix entre les diferents línies de serveis, la qual cosa comportarà una necessària adaptació de les empreses proveïdores de serveis sanitaris.

### *Factors d'oferta i costos creixents*

Des del punt de vista dels factors que incideixen en l'oferta, cal citar l'efecte molt important del canvi tecnològic en l'evolució de la intensitat dels serveis, que ha suposat l'aplicació de més tecnologies i més complexes en cada procés.

Un dels factors més clarament relacionat amb l'increment de la despesa sanitària és el de la introducció i difusió de tecnologies mèdiques: d'una banda, la introducció de nous procediments mèdics (siguin preventius, diagnòstics, terapèutics o rehabilitadors); d'altra banda, l'increment en la intensitat de serveis per a un mateix malalt, en el sentit d'aplicar més procediments sense que, necessàriament, un nou procediment en substitueixi un altre.

El grau d'utilització d'una nova tecnologia depèn de l'oferta disponible (l'increment d'equips a l'abast i de proves que es realitzen) i de l'augment en el nombre de malalts susceptibles (noves indicacions).

A Catalunya, disposem de multitud d'exemples que il·lustren aquest fet: és el cas de l'increment que han experimentat alguns equips d'alta tecnologia diagnòstica en els darrers anys segons apunten les dades provinents del registre d'equipaments de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

La indústria farmacèutica, orientada al desenvolupament de medicaments elaborats amb alta tecnologia, ha fet incrementar progressivament els costos per recepta. Els preus de les noves incorporacions terapèutiques són cada vegada més elevats. Aquest increment de preus queda reflectit en l'evolució de la despesa farmacèutica.

Altres exemples posen de manifest també l'increment de la despesa ja sigui per augment dels costos o per l'aplicació de nous mètodes diagnòstics i terapèutics: l'increment en el nombre d'intervencions amb circulació extracorpòria a Catalunya, el nombre d'angioplasties coronàries, i un increment en les altes hospitalàries per caterització cardíaca. Així mateix, les ressonàncies magnètiques practicades a Catalunya s'han incrementat espectacularment, s'han adoptat noves estratègies per al diagnòstic prenatal de la síndrome de Down i noves tècniques per al cribratge per al càncer de pròstata, etc.

Sabem que l'evolució de la despesa està determinada fonamentalment per l'evolució de la intensitat de la prestació sanitària real mitjana per persona, és a dir, per la demanda de serveis sanitaris de la població. Així, des de 1986, els preus implícits en la prestació sanitària pública han mantingut un ritme de creixement inferior que els dels preus del PIB, malgrat que la despesa sanitària pública ha anat guanyant pes en el PIB, com hem vist. Es detecta un major creixement en les quantitats de serveis sanitaris públics consumits que en el creixement del PIB en termes reals. De tota manera, s'observa a partir de 1993 una moderació en el creixement de la despesa sanitària pública en termes reals. La qüestió és saber si això és un reflex de la realitat o si ens veurem enfrontats a noves operacions de sanejament de deutes com les de 1989, 1992 i 1994.

Fent una previsió a mitjà termini, suposant un comportament dels preus de la prestació sanitària pública pràcticament igual al dels preus implícits del PIB, i amb la prestació sanitària real mitjana per persona creixent com el PIB real, aquest es convertiria en 6,1 punts percentuals del PIB l'any 2000. Els dubtes que sorgeixen es concentren a saber si es podrà contenir la prestació real mitjana per persona a aquests nivells i si amb recursos públics es podrà finançar aquesta despesa sense afectar altres prioritats, com per exemple, la contenció del dèficit públic.

#### *El finançament de la sanitat per al període 2002-2005: situació econòmica actual i perspectives de futur*

Per al període 1998-2001 es va aprovar un model de finançament de la sanitat que va representar una millora respecte de l'escenari existent fins al 1997, encara que no ha resol totalment el problema de la cobertura financera de la despesa sanitària.

En el nou model de finançament general de les comunitats autònomes de règim comú que es planteja a partir de l'any 2002, s'ha inclòs per primer cop la sanitat i els serveis socials en l'import total de recursos per finançar les competències comunes. La sanitat ja no es finançarà per la seva participació en el pressupost de despesa de l'Insalud, sinó que el seu pressupost anirà relacionat amb els ingressos tributaris de la comunitat autònoma en què té competència i protegit amb la garantia d'un nivell de recursos mínim.

Els recursos bàsics del nou finançament estan distribuïts en dos fons globals: un de general i un altre grup de fons específics.

El fons general té com a xifra base de partida per a tot el Sistema Nacional de Salut la despesa liquidada de l'any 1999, però distribuïda entre comunitats autònomes d'acord amb la població protegida de l'any 1999 (ponderada al 75%), la població més gran de 65 anys (amb una ponderació del 24,5%) i la insularitat (que pondera el 0,5%).

Els fons específics, els formen el Fons del Programa d'Estalvi en Incapacitat Temporal, que es dota de 40.000 milions de pessetes que es rebran segons l'assoliment d'objectius en relació amb la prestació econòmica d'incapacitat temporal; el Fons de Cohesió Sanitària per a la compensació econòmica dels malalts desplaçats d'altres comunitats autònomes, de països de la Unió Europea o de països que tenen conveni d'assistència recíproca, i finalment el Fons d'Assignacions d'Anivellament per garantir un nivell mínim en la prestació de serveis públics fonamentals.

Respecte dels darrers models de finançament de la sanitat, aquest nou model conté apreciables millores directament relacionades amb els fons destinats a sanitat i indirectament amb la millora del finançament general.

Per exemple, el model lliga l'evolució de la despesa sanitària pública a l'evolució dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE) com una garantia de mínims. Així, els recursos de què disposaran les comunitats autònomes dependran de la seva pròpia capacitat fiscal, amb la qual cosa, la relació entre l'evolució de la despesa sanitària i la de la renda per càpita es veurà suportada des del punt de vista del finançament per la capacitat fiscal sobre la riquesa generada en el mateix territori de la comunitat autònoma.

D'altra banda, hi haurà una major autonomia financera, ja que ara els ingressos dependran més dels impostos recaptats a Catalunya i menys de les transferències de l'Estat. Cal recordar que la Generalitat de Catalunya participarà en onze dels tretze impostos que paguen els catalans.

La Generalitat de Catalunya rep actualment els recursos econòmics provinents de la participació de Catalunya en el pressupost de l'Insalud, sobre la base de l'acord de finançament autonòmic de la sanitat per al període 2002-2005.

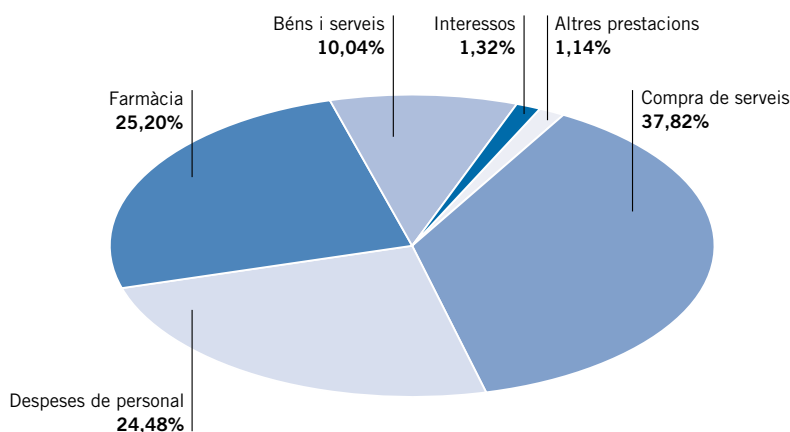
L'any 2000, el pressupost aprovat consolidat del CatSalut i de l'Institut Català de la Salut va assolir la xifra de 738.314 milions de pessetes, la qual cosa va representar un increment del 6,38% en relació amb el pressupost aprovat per a l'any 1999. Aquest creixement del pressupost es va emmarcar, d'una banda, en les previsions de l'acord de finançament sanitari signat entre les comunitats autònomes i l'Administració de l'Estat el 1997, el qual va preveure una evolució del creixement del pressupost paral·lela al creixement del PIB nominal, que per a l'any 2000 es va situar en el 5,8%. D'altra banda, com a novetat, la Generalitat de Catalunya va destinar 15.000 milions de pessetes com a recursos addicionals al sistema sanitari català per tal de millorar el finançament dels serveis sanitaris.

El pressupost consolidat final CatSalut/ICS per al 2000 ha estat de 766.536 milions de pessetes, cosa que significa un increment de 28.222 milions de pessetes respecte al pressupost inicial aprovat pel Parlament de Catalunya.

Les operacions corrents consolidades CatSalut/ICS han estat de 750.537 milions de pessetes, cosa que implica un augment d'un 8,41% respecte a la liquidació de l'exercici anterior.

La classificació funcional de les operacions corrents consolidades és la següent: un 49,74% es dedica a l'atenció especialitzada; un 45,89%, a l'atenció primària de salut (on el 54,91% es destina a les receptes mèdiques), un 1,32%, a despeses financeres; un 2,17%, a administració general de l'assistència sanitària i un 0,88%, a formació del personal sanitari.

**Gràfic 9. Distribució de la despesa segons capítols econòmics**



Font: CatSalut. Any 2000.

Les despeses de personal assoleixen la xifra de 183.711 milions de pessetes, un 4,3% més que en l'exercici anterior, i els sous s'incrementen un 4,75% respecte a l'exercici anterior. Amb aquest augment s'ha fet efectiu l'increment retributiu del 2% fixat a la Llei de pressupostos i el pagament també dels increments pactats en l'Acord general sobre condicions de treball del personal de l'àmbit d'aplicació de la Mesa General de Negociació de l'Administració de la Generalitat de Catalunya i els acords de la mesa sectorial de sanitat.

Les despeses en compra de serveis sanitaris assoleixen la xifra de 283.869 milions de pessetes, que representen un 15,26% destinat a l'atenció primària i un 84,74%, a l'atenció especialitzada.

Pel que fa a l'àmbit de l'atenció primària, de l'increment de la despesa (20,41%) una part correspon a l'obertura el 2000 de 12 nous EAP gestionats per diferent entitats proveïdores.

En l'àmbit de l'atenció especialitzada –hospitals d'aguts–, l'any 2000 s'han actualitzat les tarifes del preu mitjà de l'alta hospitalària en un 2,4%, i com a novetat aquest any s'ha modificat el percentatge d'aplicació del 65% (el 1999 era del 70%) del preu mitjà modulad per estructura i del 35% (el 1999 era del 30%) del preu mitjà modulad per complexitat. També s'han actualitzat, amb un augment del 2,4%, les tarifes de consultes externes i les tarifes de cirurgia menor ambulatoria. A més, les tarifes d'hospital de dia s'han incrementat un 3,2%; i les tarifes d'urgències, així com també l'assignació per al manteniment de l'estructura d'urgències, augmenten un 1,9%.

La despesa en concepte de transferències corrents, durant el 2000, ha assolit la xifra de 197.669 milions de pessetes, un 8,47% més que en l'exercici anterior.

La despesa farmacèutica assoleix l'import de 189.118 milions de pessetes, un 8,4% d'increment respecte al 1999. D'aquest import un 97,79% correspon a la facturació dels col·legis oficials de farmacèutics (receptes mèdiques), per a la dispensació de productes farmacèutics mitjançant recepta mèdica a les oficines de farmàcia. El 2,3% restant correspon a l'import de les vacunes de salut pública que se subministren directament des dels centres d'atenció primària, la despesa en medicació estrangera i, finalment, la dispensació de metadona a les oficines de farmàcia.

Les operacions de capital inclouen el capítol VI del pressupost, inversions, el patrimoni del qual recau en el Servei Català de la Salut i l'Institut Català de la Salut; el capítol VII, subvencions de capital, als centres hospitalaris integrats en la xarxa hospitalària d'utilització pública i a corporacions locals; i el capítol VIII, aportacions a compte de capital, a les empreses públiques del Servei Català de la Salut i consorcis on aquest participa.



L'import total de les operacions de capital del CatSalut/ICS aprovat per a l'exercici 2000 ha estat de 14.359 milions de pessetes, i l'import adjudicat ha estat de 13.940 milions de pessetes, que suposa un 97,08% del pressupost aprovat.

D'acord amb la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya i la Llei de l'estatut de l'empresa pública catalana, s'han creat deu empreses públiques adscrites al Servei Català de la Salut que estan demostrant que és possible introduir criteris d'actuació empresarial en la gestió de la sanitat pública mitjançant la remodelació progressiva del sector públic administratiu. Les empreses adscrites actualment al Servei Català de la Salut són nou.

Cal destacar, com a principal novetat en el pressupost de les empreses públiques per al 2000, la incorporació d'una nova empresa: el Parc Sanitari Pere Virgili. L'objectiu principal de l'empresa és la gestió de la concessió demanial atorgada pel Ministeri de Defensa a favor del CatSalut relativa a l'immoble anomenat Hospital Militar de Barcelona.

El CatSalut manté concerts amb les seves empreses públiques que presten serveis sanitaris. Aquesta és la font més important dels seus ingressos d'explotació. A més, en els casos en què cal, fa aportacions a les empreses públiques mitjançant transferències corrents. Així mateix, i per tal de col·laborar en el finançament d'inversions reals, fa aportacions de capital a les societats anònimes o aportacions al fons patrimonial a les empreses públiques.

### *Les perspectives de futur*

El panorama econòmic europeu d'aquests darrers anys, i el del futur a mitjà termini, està condicionat en gran mesura pel correcte seguiment dels pressupostos públics, ja que els resultats macroeconòmics d'aquests exercicis serviran de base per avaluar el compliment dels objectius de convergència establerts al Tractat de la Unió Europea i, posteriorment, com a base de referència dels països amb economies sanejades. No es pot oblidar que els governs europeus actuals tendeixen a aplicar mesures per tal d'alliberar del sector públic aquells factors que alenteixen la competitivitat del sector privat, principalment aquells que incideixen directament sobre el dèficit públic, i conseqüentment sobre el tipus d'interès. Ha estat i serà essencial, doncs, compaginar l'austeritat dels pressupostos públics i aconseguir creixements de la producció suficients per mantenir un ritme sostingut de l'economia, i tot en un moment precís en què aquest ajustament pressupostari limita l'expansió de les despeses socials.

La sanitat pública es troba davant el repte de compassar els creixements de la despesa amb el ritme de creixement de l'economia, però la històrica insuficiència pressupostària, d'una banda, i la dificultat d'assumpció d'una política de restriccions als serveis, de l'altra, frenen els processos de reforma ja iniciats en el sector. La RAP, la reordenació del sector hospitalari o la progressiva substitució de llits d'aguts a favor de serveis sociosanitaris, no es podrà fer mitjançant increments de finançament, sinó que obligaran a la reassignació dels recursos ja existents en el sistema.

Aquesta reassignació de recursos es pot veure facilitada per la integració de les xarxes de les diverses línies de serveis, considerant el malalt com a eix de l'atenció, i dedicant-li segons la seva situació de complexitat i dependència aquells recursos que l'atenguin d'una manera més adequada i amb uns costos més baixos. Això implica trencar la compartimentació que existeix actualment entre les diferents línies de servei (atenció hospitalària, atenció primària, sociosanitària i salut mental), i recol·locar els recursos econòmics allà on calgui situar els malalts.

Un exemple d'aquesta possible reassignació de recursos, la tenim entre els àmbits de l'atenció a malalts aguts i l'atenció sociosanitària o de salut mental: el cost mitjà anual que suposa un llit d'un hospital d'aguts és equivalent a 4,9 llits d'un hospital de llarga estada o a 7,4 llits de psiquiatria, i actualment els centres hospitalaris d'aguts fan altes que correspondrien més pròpiament a aquests altres nivells assistencials. Caldrà, doncs, permeabilitzar els recursos econòmics per moure'ls d'unes prioritats a d'altres.

En aquest mateix aspecte, la introducció de competència en els mercats industrials de serveis ha permès als hospitals oferir millor servei, de més qualitat i menys cost. Avui dia els hospitals han d'assumir que no poden desenvolupar totes les activitats o prestar tots els serveis dins la mateixa organització si volen donar la millor atenció al client. Han de buscar estratègies de cooperació, que es poden entendre com a acords entre empreses que decideixen actuar conjuntament per aconseguir determinats objectius en activitats concretes. La forma més emprada en el sector sanitari fins ara ha estat la subcontractació. És l'estratègia més simple de cooperació entre empreses, que genera importants avantatges: reducció de costos, augment de flexibilitat i l'ús de menys recursos i una millor especialització en aquelles tasques més pròpies de l'organització sanitària. Precisament en aquestes tasques més pròpies, la figura de les aliances entre centres sanitaris permet sinergies i economies d'escala positives per al sector: els contractes sobre activitats determinades, mitjançant els quals, els hospitals entre si o els centres sanitaris amb empreses subministradores concreten acords sobre provisió de serveis o desenvolupament de productes. Una altra forma són les *joint ventures*; modalitat emprada quan dues entitats creen una societat per desenvolupar un producte o servei d'interès per a les dues empreses. També ja fa temps que es disposa de la figura del consorci com a col·laboració per dotar-se de serveis i informació, sobretot en l'àmbit dels centres sanitaris petits.

Totes aquestes eines són expressió del que podríem anomenar les aliances estratègiques, que, cada vegada més, es convertiran en un element cabdal de la gestió sanitària moderna.

### 3.3 Els recursos humans del sistema sanitari català

Tot i que els països industrials es distingeixen els uns dels altres per la densitat de llocs de treball en el sector sanitari, la seva característica comuna és el fort augment del personal sanitari durant les últimes dècades. Espanya gairebé ha doblat el nombre de treballadors del sector sanitari i actualment hi ha 16 persones per cada 1.000 habitants que treballen en aquest sector.

El context cultural, les tradicions històriques, els sistemes d'organització de l'assistència i la formació, contribueixen a delimitar el paisatge mèdic de cada país. En general, els països mediterranis tenen una densitat mèdica bastant elevada, mentre que a la majoria de països de l'Europa del nord la densitat és més feble, en comparació amb el personal d'infermeria i el paramèdic.

Però per tal d'efectuar anàlisis comparatives, aquesta diversitat requereix compartir com a mínim una mateixa filosofia a l'hora d'organitzar el sistema sanitari, com és l'aplicació del principi de cobertura sanitària universal, de tal manera que, tot i tenir un producte interior brut molt diferent, tots els països es trobin en situacions similars que facin pertinent comparacions entre els respectius recursos humans.

D'altra banda, el problema de la poca fiabilitat de les xifres que provenen d'organismes professionals o d'institucions públiques no és específic d'un sol país. L'anàlisi de les sèries estadístiques nacionals mostren una gran diversitat d'efectius, en nombre absolut, i de densitat, quant a nombre de professionals en relació amb els habitants, ja sigui per qüestions de cens poblacional o de classificació professional. Hi ha una diferència important entre el nom de cada especialitat, que és el mateix per a tots els països, i el contingut de cada activitat professional, que és variable d'un país a l'altre. Aquesta és la dificultat fonamental per fer comparacions.

No obstant això, hi ha similituds sorprenents pel que fa a l'evolució demogràfica i s'ha constatat un augment perceptible de la feminització de les professions sanitàries, ja que ha augmentat més ràpidament el nombre de dones que el d'homes.

Actualment, encara no és possible definir el nivell òptim de densitat mèdica d'un país. Tot i això, podem pensar que en un país industrial una mitjana de menys de 2 metges per cada 1.000 habitants és una situació de penúria i que, al contrari, una densitat de més de 3,5 metges per cada 1.000 habitants és l'expressió d'un excés de personal mèdic.

En un futur pròxim, tenint en compte que els factors que provoquen l'expansió del sistema –com l'aspiració col·lectiva al benestar mèdic o els progressos diagnòstics i terapèutics– no semblen afeblir-se, podem esperar que la tendència “espontània” a recórrer al sistema sanitari continuarà creixent. L'envelliment de la població provocarà en tots els països industrials l'augment del nombre i de la proporció de gent gran i aquest fenomen s'afegirà als altres factors que fan augmentar la demanda de serveis sanitaris.

A Catalunya l'anàlisi quantitativa i qualitativa dels col·lectius de professionals sanitaris topa, com en la gran majoria de països del nostre entorn, amb el problema que comporta el fet de no disposar de dades fiables.

Aquesta situació palesa la necessitat que els mecanismes per a l'obtenció d'informació fiable i continuada s'articulin a partir de la creació d'un sistema d'informació que sigui dinàmic i estigui permanentment actualitzat, i la necessitat que els professionals sanitaris i els llocs de treball del sistema disposin d'instruments i mecanismes de recerca i avaluació sociològica permanent.

Les dades existents es limiten principalment a les que proporciona la col·legiació (taula 14), i se'n desconeix la correspondència respecte als llocs de treball disponibles en el conjunt dels centres i serveis del sistema sanitari. A més a més, no és possible valorar comparativament el significat de les densitats demogràfiques dels diferents grups professionals, perquè això requeriria, per treure'n conclusions, conèixer l'organització dels serveis i la situació real del binomi oferta/demanda en el mercat de treball, per a cada grup o subgrup professional.

S'identifica una clara tendència a la feminització en les professions sanitàries, que s'accentua en les generacions més joves. Pel que fa a l'edat, els professionals sanitaris es troben majoritàriament per sota dels 50 anys (taula 15).

**Taula 14. Professionals sanitaris col·legiats per 1.000 habitants. Catalunya, 2001**

Professionals	Ràtio
Metges	4,63
Farmacèutics*	1,26
Odontòlegs	0,48
Psicòlegs clínics	—
Biòlegs (sanitaris)	0,08
Infermeres**	5,09
Llevadores	1,62
Dietistes i nutricionistes	0,03
Fisioterapeutes	0,53
Òptics i optometristes	0,21
Podòlegs	0,12
Protètics dentals	0,15
Auxiliars d'infermeria	2,14

\* Manca la informació corresponent a Tarragona.

\*\* Manca la informació corresponent a Lleida.

Font: Col·legis professionals. Any 2001.

**Taula 15. Distribució per grups d'edat dels professionals sanitaris col·legiats. Catalunya, 2001**

Professionals	De menys de 40 anys (%)	De 40 a 50 anys (%)	De més de 50 anys (%)
Metges	38	43	19
Odontòlegs i estomatòlegs	52	31	17
Farmacèutics*	51	24	25
Biòlegs	63	32	5
Infermeres**	53	30	17
Llevadores	10	48	42
Òptics	63	19	18
Podòlegs	42	29	29
Fisioterapeutes	81	12	7
Protètics dentals	53	25	22

Font: Col·legis professionals. Any 2001.

\* Manca la informació corresponent a Tarragona i Girona.

\*\* Manca la informació corresponent a Lleida.

La taula 16 presenta informació sobre la densitat de diversos professionals sanitaris en països industrialitzats del nostre entorn.

La ràtio de professionals per 1.000 habitants a Catalunya és similar a les d'Itàlia i França, si bé, per poder fer-ne valoracions, caldria considerar altres aspectes com ara les funcions i tasques desenvolupades pels diferents col·lectius en els països respectius.

**Taula 16. Professionals i llocs de treball del sector sanitari per 1.000 habitants. Diversos països del nostre entorn, 1999**

Països	Població (milions)	Metges	Infermeres	Odontòlegs	Llocs de treball
Alemanya	82,0	3,5	9,6	0,8	29
Regne Unit	59,4	1,7	5,0	0,4	30
França	58,2	3,3	6,0	0,7	–
Itàlia	57,7	5,9	4,6	0,5	15
Espanya	39,4	4,4	5,6	0,4	16
Suècia	8,9	–	–	0,9	35
Dinamarca	5,3	–	7,2	0,9	–
Finlàndia	5,2	–	13,9	0,9	46
Noruega	4,5	–	9,7	0,8	–
Països Baixos	15,8	–	12,5	0,5	24
Bèlgica	10,2	–	–	0,7	–
Àustria	8,1	–	8,4	0,5	–
Suïssa	7,2	–	–	0,5	–
Estats Units	272,5	–	8,2	0,6	33
Canadà	30,6	–	7,4	0,5	24
Catalunya	6,1	4,6	5,4	0,5	11*

\* Dades del CatSalut corresponents al sector públic. Any 1995.

Font: Bui Dang Ha Doan (vegeu l'annex IV).

En l'àmbit sanitari la migració professional des dels països comunitaris cap al nostre fins ara no ha estat significativa. De tota manera, aquesta situació pot canviar amb l'ampliació de la Unió Europea cap als països de l'est d'Europa prevista per al 2004-2005. La normativa que facilita la lliure circulació de professionals de l'àmbit sanitari a la Unió Europea està constituïda pel conjunt de directives sectorials aprovades per a professionals de Medicina, Farmàcia, Odontologia, Veterinària, Infermeria i Infermeria obstètrica i ginecològica, incorporades al nostre dret intern mitjançant els reials decrets corresponents (quadre 9), i, en cas que no hi hagi directiva sectorial, les directives generals de reconeixement de diplomes i títols.

**Quadre 9. Normativa comunitària i estatal sobre la lliure circulació de professionals sanitaris (1a part)**

Àmbit d'aplicació	Normativa de la Unió Europea	Transposició al dret intern espanyol
Metges	<p>Directiva 93/16/CE, de 5 d'abril de 1993, que reagrupa i deroga les següents directives:                      Directiva 75/362/CEE                      Directiva 75/363/CEE                      Directiva 86/457/CEE</p> <p>Modificada per:                      Directiva 97/50/CE, de 6 d'octubre                      Directiva 98/21/CE, de 8 d'abril                      Directiva 98/63/CE, de 3 de setembre                      Directiva 1999/46/CE de 21 de maig                      Directiva 2001/19/CE, de 14 de maig</p>	<p>Reial decret 1691/1989, de 29 de desembre, pel qual es regula el reconeixement de diplomes, certificats i altres títols de metges i de metges especialistes dels estats membres de la Comunitat Econòmica Europea i l'exercici efectiu del dret d'establiment i la lliure prestació de serveis.</p> <p>Reial decret 2072/1995, de 22 de desembre, pel qual es modifica i amplia el Reial decret 1691/1898, pel qual es regula el reconeixement de diplomes, certificats i altres títols de metges i de metges especialistes dels estats membres de la Unió Europea i l'exercici efectiu del dret d'establiment i lliure prestació de serveis.</p> <p>Reial decret 326/2000, de 3 de març, pel qual es modifiquen els annexos del Reial decret 1691/1989, de 29 de desembre, modificat pel Reial decret 2072/1995, de 22 de desembre, i s'incorporen al Reial decret jurídic espanyol les directives 98/21/CE, de 8 d'abril; 98/68/CE, de 3 de setembre i 1999/46/CE, de 21 de maig de la Comissió, destinades a facilitar la lliure circulació dels metges i el reconeixement mutu dels seus diplomes, certificats i altres títols.</p> <p>Formació específica en medicina general:                      Reial decret 853/1993, de 4 de juny, sobre exercici de les funcions de metge de medicina general en el sistema nacional de salut.</p> <p>Reial decret 931/1995, de 9 de juny, pel qual es dicten normes amb relació a la formació especialitzada en medicina a partir de l'1 de gener de 1995 i s'adopten determinades mesures complementàries.</p>
Farmacèutics	<p>Directiva 85/432/CEE                      Directiva 85/433/CEE                      Directiva 85/584/CEE                      Directiva 2001/19/CE, de 14 de maig</p>	<p>Reial decret 1667/89, de 22 de desembre, pel qual es regula el reconeixement de diplomes, certificats i altres títols de farmàcia dels estats membres de la CEE, així com també l'exercici efectiu del dret d'establiment.</p> <p>Reial decret 1595/1992, de 23 de desembre, que modifica i completa el Reial decret 1667/1989, de 22 de desembre, pel qual es regula el reconeixement de diplomes, certificats i altres títols de llevadores o assistents obstètrics dels estats membres de la CEE, així com també l'exercici efectiu del dret d'establiment i de lliure prestació de serveis.</p>
Odontòlegs	<p>Directiva 78/686/CEE                      Directiva 78/687/CEE                      Directiva 2001/19/CE, de 14 de maig</p> <p>Modificada per:                      Directiva 81/1057/CEE                      Directiva 89/594/CEE                      Directiva 90/658/CE                      Directiva 2001/19/CE</p>	<p>Reial decret 675/1992, de 19 de juny de 1992 (BOE 178, de 25 de juliol de 1992).                      Afectat pel Reial decret 2170/1998 (BOE 255, de 24 d'octubre de 1998).</p>

**Quadre 9. Normativa comunitària i estatal sobre la lliure circulació de professionals sanitaris (2a part)**

Àmbit d'aplicació	Normativa de la Unió Europea	Transposició al dret intern espanyol
Veterinaris	Directiva 78/1026/CEE Directiva 78/1027/CEE Directiva 2001/19/CE, de 14 de maig  Modificada per: Directiva 81/1057/CEE Directiva 89/594/CEE Directiva 90/658/CEE Directiva 2001/19/CE	Reial decret 331/1989, de 17 de març (BOE 81, de 5 d'abril de 1989). Modificat pel Reial decret 335/1992 (BOE 102, de 28 d'abril de 1992). Afectat pel Reial decret 2170/1998 (BOE 255, de 24 d'octubre de 1998).
Infermeres	Directiva 77/452/CEE Directiva 77/453/CEE Directiva 2001/19/CE, de 14 de maig	Reial decret 305/1990, de 23 de febrer, pel qual es regula el reconeixement de diplomes, certificats i altres títols d'infermeria dels estats membres de la Comunitat Econòmica Europea.  Reial decret 1275/1992, de 23 d'octubre, pel qual es regula el reconeixement de diplomes, certificats i altres títols d'infermeria dels Estats membres de la Comunitat Econòmica Europea.
Llevadores	Directiva 80/154/CEE Directiva 80/155/CEE Directiva 2001/19/CE de 14 de maig	Reial decret 1017/91, de 28 de gener, que regula el reconeixement de diplomes, certificats i altres títols de llevadores o assistents obstètrics dels estats membres de la Comunitat Econòmica Europea.  Reial decret 279/1994, de 18 de febrer, que modifica el Reial decret 1017/91, de 28 de gener, pel qual es regula el reconeixement de diplomes, certificats i altres títols de llevadores o assistents obstètrics dels estats membres de la CEE, així com també l'exercici efectiu del dret d'establiment i de lliure prestació de serveis.

## Situació actual pel que fa al nombre de professionals sanitaris a Catalunya

Conscients de la necessitat d'aprofundir en el coneixement dels recursos humans del sistema sanitari català, pel que fa a les seves característiques personals, professionals i de prestació de serveis, a partir de les dades disponibles de l'any 2001-2002 s'han elaborat els gràfics de l'annex 3 i seguidament se n'exposen les més significatives i se n'analitzen els paràmetres següents:

- a) Professionals col·legiats, per edat i sexe, especialitat mèdica, si escau, i la seva distribució geogràfica.
- b) Professionals segons la xarxa on presten serveis o el tipus d'activitat.
- c) Especialistes en formació.
- d) Situació comparativa amb altres països de la Comunitat Europea.

Per a una correcta interpretació de la informació global a què es fa referència en aquest apartat, cal analitzar-la individualment sense fer agregacions parcials que poden comportar errors o desviacions significatives, ateses les diverses metodologies utilitzades en la seva recollida i la data de la seva efectivitat.

### *a) Professionals col·legiats per edat i sexe, especialitat mèdica, si escau, i la seva distribució geogràfica*

a.1) **Metges.** Catalunya compta amb 28.504 metges col·legiats, la qual cosa dóna una ràtio de 4,63 metges per 1.000 habitants. La professió es distribueix per sexes en un 59,8% d'homes i un 40,2% de dones amb una tendència creixent a la feminització de la professió (annex III, gràfic 1).

**Taula 17. Distribució dels metges col·legiats. Catalunya, 2001**

Col·legis oficials	Total col·legiats			Total especialistes			Total no especialistes		
	Homes	Dones		Homes	Dones		Homes	Dones	
Barcelona	13.660	9.500	23.160	7.852	3.478	11.330	5.808	6.022	11.830
Girona	1.022	564	1.586	583	215	798	439	349	788
Lleida	960	491	1.451	594	158	752	366	333	699
Tarragona	1.405	902	2.307	711	219	930	694	683	1.377
<b>Catalunya</b>	<b>17.047</b>	<b>11.457</b>	<b>28.504</b>	<b>9.740</b>	<b>4.070</b>	<b>13.810</b>	<b>7.307</b>	<b>7.387</b>	<b>14.694</b>

Font: Col·legis oficials de metges de Catalunya. Any 2001.

Consten 13.810 metges amb especialitat reconeguda (48,4%). Les especialitats més nombroses són Pediatria (9,6% del total d'especialistes), Medicina interna (un 7,3%), Medicina de família i comunitària (6,2%), Obstetrícia i ginecologia (6,1%), Cirurgia general (5,8%), Traumatologia i cirurgia ortopèdica (5,3%), Estomatologia (4,8%), Psiquiatria (4,5%) i Anestesiologia i reanimació (4,4%), del total de 49 especialitats mèdiques reconegudes (annex III, gràfic 2).

Per sexes, s'observa que actualment el nombre de dones es troba en inferioritat numèrica en totes les especialitats excepte en les de Bioquímica clínica, Geriatria i Medicina familiar i comunitària. Hi ha poca diferència en les especialitats d'Anatomia patològica, Al·lèrgologia, Anestesiologia i reanimació, Dermatologia i venerologia, Farmacologia clínica, Endocrinologia i nutrició, Immuno-



logia i hematologia i Hemoteràpia. I a la resta d'especialitats hi ha predomini masculí (annex III, taula 1).

Pel que fa a l'edat,<sup>4</sup> els metges en la franja d'edat entre 22 i 51 anys són 19.456, els quals representen el 74,98% dels professionals. Els especialistes amb una mitjana d'edat superior als 51 anys es troben en les especialitats de Cirurgia pediàtrica, Cirurgia cardiovascular, Cirurgia general i de l'aparell digestiu, Cirurgia toràcica, Endocrinologia i nutrició, Cardiologia, Anàlisis clíniques i al·lergologia.

**a.2) Odontòlegs.** El nombre total d'odontòlegs-estomatòlegs a Catalunya és de 3.001 professionals, la qual cosa dóna una ràtio de 0,48 per 1.000 habitants i amb un pes de personal masculí d'un 61,4 %.

La producció actual conjunta pública i privada (dues facultats) és, des de tots els punts de vista, exagerada ja que s'incrementa el nombre d'odontòlegs en quasi el 10% anualment; el nombre de col·legiats ha passat, entre 1990 i 2001, de 1.310 a 2.987. El 70% dels odontòlegs que exerceixen a Catalunya tenen menys de 40 anys i treballen majoritàriament en el sector privat (annex III, gràfic 14).

**a.3) Farmacèutics.**<sup>5</sup> El total de farmacèutics a Barcelona és de 6.764, la qual cosa dóna una ràtio d'1,16 farmacèutics per 1.000 habitants (annex III, gràfic 15).

D'aquest col·lectiu, el 70,69% són dones i el 29,31% restant homes.

Per franja d'edats, fins als 40 anys el nombre de farmacèutics a Barcelona és de 2.702 dones i 756 homes, que representen en total un 45,32%.

El total de farmacèutics a Lleida és de 406 (annex III, gràfic 16).

D'aquest col·lectiu, el 70,19% són dones i el 29,81% restant homes. Fins als 40 anys, el nombre de farmacèutics a Lleida és de 151 dones i 33 homes, que representen en total un 45,32 %.

Els farmacèutics a Girona fan un total de 586.

**a.4) Veterinaris.**<sup>6</sup> Segons les dades facilitades l'any 2003, el total de veterinaris en exercici a Barcelona és de 2.014. A Lleida el nombre de professionals en actiu és de 487, a Girona el nombre de professionals en exercici és de 354 i a Tarragona, de 295.

**a.5) Biòlegs.** D'un total de 2.595 Biòlegs a Catalunya, cosa que dóna una ràtio de 0,41 biòlegs per 1.000 habitants, un 20% treballa al món sanitari, un 12% d'aquest en el sector sanitari públic i el 8% restant en l'àmbit sanitari privat. És un grup majoritàriament femení i fins als 40 anys el nombre de professionals és de 1.534, equivalent al 62,96% del total (annex III, gràfic 17).

**a.6) Infermeres.**<sup>7</sup> El personal d'infermeria de Catalunya, segons informació facilitada pels respectius col·legis professionals, és de 33.081 professionals, la qual cosa dóna una ràtio de 5,37 infermeres per 1.000 habitants. Aquests professionals es concentren majoritàriament a la província de Barcelona amb un 79,43%, és un col·lectiu majoritàriament femení i més de la meitat dels professionals tenen menys de 40 anys (annex III, gràfics 18, 19 i 20).

4. No es disposa de la informació corresponent al Col·legi de Metges de Tarragona.

5. No es disposa de la informació corresponent als Col·legis de Farmacèutics de Tarragona.

6. Informació facilitada pels col·legis oficials de veterinaris de Barcelona, Tarragona, Lleida i Girona.

7. Inclou les llevantines.

**Taula 18. Distribució de les infermeres col·legiades. Catalunya, 2001**

Col·legis oficials	Homes	Dones	Total
Barcelona	3.303	22.974	26.277
Tarragona	262	2.389	2.651
Lleida	–	–	1.740
Girona	–	–	2.413
<b>Total</b>	<b>3.565</b>	<b>25.363</b>	<b>33.081</b>

Font: Col·legis oficials d'infermeria de Barcelona, Tarragona, Lleida i Girona. Any 2001.

Des de la primera promoció de diplomats l'any 1977-1980 fins a la promoció del 2000-2001 han sortit de les escoles de Catalunya uns 23.000 diplomats, que representen aproximadament el 70% de les 33.000 infermeres de Catalunya.

Dels 10.000 restants, n'hi ha un nombre important que va convalidar el títol d'ATS pel de diplomant.

L'oferta de places a les escoles de Catalunya ha passat de 1.490 el curs 1997-1998 a 1.820 l'any 2001-2002. Actualment es titulen per curs aproximadament 1.500 infermeres.

**a.7) Llevadores.** El total de llevadores a Catalunya és de 1.006, la qual cosa dóna una ràtio de 0,16 llevadores per 1.000 habitants i és un col·lectiu majoritàriament femení.

El 31% de llevadores té més de 55 anys i en la franja entre 40 i 55 anys es troba el 59% d'aquestes professionals (annex III, gràfic 21).

**a.8) Òptics-optometristes.** De 1.321 òptics-optometristes a Catalunya, que dóna una ràtio de 0,21% per 1.000 habitants, el personal femení en representa un 60%.

Fins als 40 anys, el nombre de professionals és de 833, que equival al 63% del total (annex III, gràfic 22).

**a.9) Podòlegs.** El total de podòlegs a Catalunya és de 750, cosa que dóna una ràtio de 0,12 per 1.000 habitants, distribuïts entre sexes pràcticament al 50% (annex III, gràfic 23).

Fins als 40 anys, el nombre de professionals és de 313, que equival a un 41,73% del total.

**a.10) Fisioterapeutes.** El total de fisioterapeutes col·legiats a Catalunya és de 3.678, cosa que representa una ràtio de 0,59 per 1.000 habitants (annex III, gràfic 24).

El 68% d'aquest col·lectiu són dones i el 32% homes. A la distribució per edats, s'observa que fins als 40 anys el nombre de professionals és de 2.988, equivalent al 81,23% del total.

**a.11) Protètics dentals.** El total de protètics dentals a Catalunya és de 950, cosa que representa una ràtio de 0,15 per 1.000 habitants i és un col·lectiu preferentment masculí amb un 89% d'homes.

Fins als 41 anys, el nombre de professionals és de 501, equivalent al 52,73% del total (annex III, gràfic 25).

**a.12) Diplomats en nutrició humana i dietètica.** Segons la informació facilitada pel CESNID de la Universitat de Barcelona, actualment hi ha 240 diplomats en dietètica i nutrició a Catalunya.

a.13) **Auxiliars d'infermeria.** Aquest col·lectiu no compta amb col·legi professional ni s'agrupa tot en una única associació professional que aplegui tots els professionals, de manera que no es disposa de prou informació sobre els recursos humans que l'integren. Les dades següents procedeixen d'informació facilitada pel Sindicat d'Auxiliars d'Infermeria de Catalunya:

Atenció hospitalària	<b>9.845</b>
Atenció primària	<b>1.428</b>
Atenció sociosanitària	<b>792</b>
Atenció a salut mental	<b>1.132</b>
<b>Total</b>	<b>13.197</b>

b) *Professionals segons la xarxa on presten serveis o el tipus d'activitat*

b.1) **Atenció hospitalària de provisió pública**

Segons informació de l'Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'Internament de Catalunya (EESRI), de l'any 2001, es disposa de les dades següents:

Professionals	XHUP	No XHUP	Total
Metges	10.863	4.455	15.318
Infermeres	14.325	3.170	17.495
Auxiliars clínics i sanitaris	11.162	5.743	16.905

XHUP: xarxa hospitalària d'utilització pública.  
(Annex III, gràfic 30 i taules 19 i 20)

Atenció hospitalària ICS	Professionals	Homes	Dones	Mitjana d'edat
Metges	2.202	1.525	677	47,47 anys
Infermeres	5.019	575	4.444	42,94 anys
Auxiliars d'infermeria	2.904	45	2.859	44,56 anys
Tècnics sanitaris	308	53	255	35,62 anys

(Annex III, gràfic 28 i taula 8)

### b.2) Atenció primària de provisió pública<sup>8</sup>

En l'àmbit de l'atenció primària, presten serveis un total de 11.574,40 professionals sanitaris.<sup>9</sup>

Professionals	Xarxa reformada	Xarxa no reformada
Metges generals	2.907,5	246,0
Pediatres	794,3	65,3
Odontòlegs	254,0	–
Infermers	3.508,10	261,8
Auxiliars d'infermeria	493,0	81,0
Assistents socials	170,3	–
Auxiliars administratius	1.990,8	119,0
Zeladors	628,3	55,0

El CatSalut concerta la prestació de l'atenció primària de salut amb 32 entitats proveïdores.

L'atenció primària i ambulatoria especialitzada de l'ICS aplega un total de 5.072 metges i 3.051 infermeres.\*

### b.3) Empreses públiques del CatSalut<sup>10</sup>

Personal assistencial: 1.677 professionals (annex III, taula 9).

### b.4) Veterinaris del Departament de Sanitat i Seguretat Social<sup>11</sup>

Delegacions territorials	PARTIT	ESCORXADOR		
		Comarques i delegacions territorials	VTP	EEB
Barcelona	66	51	25	8
Girona	31	34	6	7
Lleida	24	33	3	3
Tarragona	25	14	3	1
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>132</b>	<b>37</b>	<b>19</b>

VTP: Veterinaris a temps parcial.

EEB: Encefalopatia espongiforme bovina.

### b.5) Xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD)

La XAD compta amb un total de 689 professionals assistencials (annex III, gràfic 29).

8. Font: Informació facilitada pel CatSalut. Any 2002.

9. Llocs de treball a 36 h.

\*Font: Estudi de distribució per edat del personal de l'ICS. Any 2000.

10. Font: Informació facilitada per les empreses públiques del CatSalut corresponents a l'any 2001.

11. Font: Informació facilitada pel Departament de Sanitat i Seguretat Social corresponent a l'any 2001.

### *c) Especialistes en formació*

A Catalunya, hi ha 2.795 titulats superiors que desenvolupen la seva formació sanitària especialitzada en centres i unitats docents del sistema sanitari, i 83 llevadores i 25 infermeres en salut mental. A la taula 19 es relacionen per especialitats sanitàries i anys de formació el nombre de residents titulats superiors i a la taula 20, el nombre d'infermeres residents. Des de fa més de set anys, els anys de formació no coincideixen amb els anys naturals i la incorporació dels residents a la formació s'ha fet en diferents períodes, tal com assenjala la taula 21. Per a l'any 2003, està previst que tots els especialistes en formació –titulats superiors i infermeres– s'hi incorporin el mes de juny, per la qual cosa en el primer semestre no hi ha llevadores de primer any ni de salut mental (la durada d'aquesta especialitat és d'un any).

**Taula 19. Especialistes en formació. Titulats superiors. Catalunya, gener de 2003**

<b>Especialitats</b>	<b>R-1</b>	<b>R-2</b>	<b>R-3</b>	<b>R-4</b>	<b>R-5</b>	<b>Total</b>
Al·lèrgologia	3	3	4	3		13
Anàlisis clíniques	7	7	8	7		29
Anatomia patològica	6	8	12	8		34
Anestesiologia i reanimació	51	41	38	37		167
Angiologia i cirurgia vascular	5	6	6	6	6	29
Aparell digestiu	10	12	14	11		47
Bioquímica clínica	8	8	7	6		29
Cardiologia	14	15	15	14	13	71
Cirurgia cardiovascular	2	4	2	0	2	10
Cirurgia general i aparell digestiu	20	21	23	20	21	105
Cirurgia oral i maxil·lofacial	3	3	3	3	3	15
Cirurgia ortopèdica i traumatologia	28	27	27	25	24	131
Cirurgia pediàtrica	2	3	0	0	1	6
Cirurgia plàstica, estètica i reparadora	6	5	5	5	5	26
Cirurgia toràctica	2	2	1	4	1	10
Dermatologia medicoquirúrgica i venereologia	8	7	7	9		31
Endocrinologia i nutrició	6	6	5	4		21
Farmàcia hospitalària	14	13	13			40
Farmacologia clínica	7	7	6	4		24
Geriatría	6	6	5	5		22
Hematologia i hemoteràpia	8	10	10	8		36
Immunologia	2	1	1	2		6
Medicina de família i comunitària	200	195	197			592
Medicina física i rehabilitació	9	9	9	7		34
Medicina intensiva	15	13	14	14	15	71
Medicina interna	47	47	46	45	45	230
Medicina nuclear	6	3	4	3		16
Medicina preventiva i salut pública	7	7	7	5		26
Microbiologia i parasitologia	6	5	5	4		20
Nefrologia	7	5	6	5		23
Neurocirurgia	3	3	2	3	2	13
Neurofisiologia clínica	3	2	3	3		11
Neurologia	12	15	13	13		53
Obstetrícia i ginecologia	39	35	32	31		137
Oftalmologia	16	15	14	14		59
Oncologia mèdica	12	12	11	11		46
Oncologia radioteràpica	4	5	4	3		16
Otorinolaringologia	8	8	8	10		34
Pediatria i àrees específiques	44	44	38	40		166
Pneumologia	15	12	13	13		53
Psicologia clínica	12	12	12			36
Psiquiatria	26	23	21	21		91
Radiodiagnòstic	21	21	21	18		81
Radiofarmàcia	0	3				3
Radiofísica hospitalària	2	2	1			5
Reumatologia	7	7	6	7		27
Urologia	11	11	10	10	8	50
<b>Total</b>	<b>750</b>	<b>729</b>	<b>709</b>	<b>461</b>	<b>146</b>	<b>2.795</b>

R-1: residents d'un any; R-2: residents de dos anys; R-3: residents de tres anys, etc.

Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Gener de 2003.

**Taula 20. Especialistes en formació. Infermeria. Catalunya, gener de 2003**

Especialitats	R-1	R-2	Total
Infermeria obstètrica i ginecològica	41	42	83
Infermeria de salut mental	25		25
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>42</b>	<b>108</b>

R-1: residents d'un any; R-2: residents de dos anys.

Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Gener de 2003.

**Taula 21. Periodificació. Especialistes en formació. Catalunya, 2003**

Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre
					R-1/03						
R-1/02 (tots passen a segon any)						R-2/03					
R-2/02 (acaben especialitat en 2 anys)						R-3/03					
R-3/02 (acaben especialitat en 3 anys)						R-4/03					
R-4/02 (acaben especialitat en 4 anys)					R-5/03						
R-5/02											

**Llevadores en formació. Catalunya, 2003**

Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre
					LLIR 1/03						
LLIR 2/03											

LLIR: Llevadores internes residents.

**Infermeria de salut mental en formació. Catalunya, 2003**

Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre
ISMIR 03											
					ISMIR 03						

ISMIR: Infermeres de salut mental internes residents.

Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Gener de 2003.

Al gràfic 40 de l'annex III, es fa constar l'evolució de les dades acreditades, convocades i cobertes d'especialistes en formació a Catalunya en els darrers cinc anys, per especialitats.

#### d) Situació comparativa amb altres estats de la Comunitat Europea

**Taula 22. Professionals per 1.000 habitants en diversos països de la Comunitat Europea**

	Medicina	Infermeria	Odontologia
Alemanya	3,5	9,6	0,8
Espanya	4,4	4,6	0,4
França	3,3	6,0	0,7
Itàlia	5,9	4,6	0,5
Regne Unit	1,7	5,0	0,8
Catalunya	4,6	5,4	0,5

Font: Diverses fonts. Anys 1998-2000.

#### *Consideracions sobre les dades disponibles*

L'anàlisi quantitativa i qualitativa dels col·lectius de professionals sanitaris del nostre entorn topa amb una gran dificultat: no és possible obtenir dades fiables.

Aquest condicionant limita molt significativament la capacitat d'anàlisi dels grups professionals i dels subgrups d'especialistes.

Només es disposa de dades generals i poc actualitzades sobre els recursos humans del sistema, cosa que limita la validesa de les anàlisis comparatives o de tendències temporals.

Les nostres dades es limiten, principalment, a les bases de la col·legiació i corresponen al nombre de professionals, però no podem saber-ne la correspondència amb els llocs de treball disponibles en el conjunt dels centres i serveis del sistema sanitari.

No és possible valorar comparativament el significat de les densitats demogràfiques dels diferents grups professionals ja que per treure conclusions significatives cal conèixer l'organització dels serveis i la situació real del binomi oferta/demanda en el mercat de treball per a cada grup o subgrup professional.

Les dades tenen un caràcter estàtic perquè no es disposa de sèries temporals. Malgrat això es constata:

- que hi ha una clara tendència a la feminització dels col·lectius sanitaris, i
- que els professionals sanitaris són majoritàriament joves (per sota dels 45-50 anys) excepte en algun col·lectiu com el de les llevadores i algunes especialitats mèdiques.

Aquesta situació fa palesa la necessitat d'articular els mecanismes que facin possible l'obtenció d'informació veraç i continuada a partir de la creació d'un registre dinàmic de professionals sanitaris i dels llocs de treball del sistema.

#### *Consideracions respecte a les dades d'especialistes en formació*

- No hi ha dades sobre nombre de llicenciats a Catalunya que es presenten a les proves per a l'accés a la formació sanitària especialitzada (examen MIR) ni, per tant, dades sobre el nombre de llicenciats que les superen i obtenen plaça i, en aquest cas, si la plaça l'obtenen a Catalunya o a la resta de l'Estat.
- No es disposa de dades sobre la facultat d'origen dels especialistes en formació de Catalunya.
- No s'ha realitzat fins avui cap estudi de tendència de contractació dels especialistes en formació quan han finalitzat la residència per part de les institucions on s'han format.

Aquests buits dificulten la possibilitat de preveure quants especialistes en formació s'incorporaran al sistema sanitari català en finalitzar el seu període de formació.



### 3.4 Els usuaris del sistema sanitari català

Les previsions de la Llei general de sanitat pel que fa als drets a la informació i al consentiment informat i les de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya sobre la humanització dels serveis sanitaris i el respecte a la dignitat de la persona i a la llibertat individual s'han concretat a Catalunya amb la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació amb relació a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica, que assumeix alhora totes les indicacions del Conveni sobre el respecte als drets humans, i a la biomedicina que el Consell d'Europa va establir l'any 1997 i l'Estat espanyol va ratificar l'any 2000. Un dels aspectes més innovadors d'aquesta Llei és la inclusió, respecte a l'autonomia del pacient, de la regulació de la possibilitat d'elaborar documents de voluntats anticipades.

El juliol de 2001, el Consell Executiu de la Generalitat de Catalunya va aprovar, amb caràcter de document programàtic, la Carta de drets i deures dels ciutadans amb relació a la salut i l'atenció sanitària. Cal assenyalar que aquest document, d'una banda, preveu els drets i deures aplicables a tots els serveis sanitaris, amb independència del nivell i de la titularitat jurídica; d'altra, propugna el respecte a la dignitat, a la persona i a l'autonomia del pacient, com un nucli de drets que donen sentit als altres, els quals expressen la concreció dels drets de la persona en relació amb els diferents àmbits en què s'apliquen; i finalment, considera el ciutadà com un subjecte actiu, responsable de la seva salut, que ha de complir un conjunt de deures que han de conèixer tant ell com el professional sanitari.

### 3.5 Les tecnologies de la informació i de les comunicacions (TIC)

#### L'impacte de les TIC en el món

Tot i que l'impacte de les TIC no ha estat igual a tots els països ni a tots els sectors, el que sí que cal destacar és la reestructuració del mercat laboral que aquestes han provocat i la seva contribució al creixement del PIB en aquells països que estaven preparats. També cal destacar, d'altra banda, que el dèficit de personal treballant en TIC pot frenar aquest creixement econòmic.

Convé dir també que, tot i els canvis que les TIC estan provocant en l'economia, no es preveu que es tendeixi a una convergència entre els països més pobres i els més rics. Podem arribar a crear més separació econòmica i cultural entre els països integrats en el desenvolupament tecnològic i els no integrats.

#### En els diferents sectors

Es fa necessari que empreses, universitats i governs prenguin les mesures oportunes per incrementar l'oferta de professionals qualificats. La manca de personal amb coneixements específics en els diferents projectes, des de la programació a la reenginyeria de negocis, pot deixar de fer competitiu un determinat sector o país. Per tant, cal respondre-hi amb celeritat.

En alguns sectors, com el financer, aquests canvis s'han produït més ràpidament i el que sí que han fet possible les tecnologies és transformar la manera en què els serveis són oferts als consumidors. Tot i el que pugui semblar a priori, i malgrat la dificultat de mesurar l'impacte de les tecnologies sobre el mercat laboral (treballs perduts *versus* treballs creats), existeix, com ja hem apuntat, una relació positiva entre la inversió tecnològica i l'increment de llocs de treball (OCDE, 1996. *Technology productivity and job creation*).

Per tant, els nous llocs de treball creats per l'impacte de les noves tecnologies han fet més que substituir els antics llocs de treball, i això mereix una especial atenció en el sector de serveis que és el que pot passar a ser el motor del creixement econòmic de molts països.

A més de l'impacte quantitatiu sobre el nombre de llocs de treball, cal tenir en compte l'impacte qualitatiu pel que fa a l'estructura professional, que pot ser diferent segons els sectors. De la mateixa manera, també caldrà valorar l'impacte social que el treball a domicili pot comportar a mitjà termini.

Des del punt de vista docent, cal pensar, no solament a formar especialistes en TIC, sinó a capacitar de manera suficient una gran part de la població activa en els coneixements bàsics de les noves tecnologies. En cas contrari, com ja hem apuntat, les noves tecnologies, més que integrar, podrien arribar a separar.

Si pensem en la "societat de la informació", cal planificar polítiques socials i educatives que compensin les desigualtats de coneixements existents en tecnologies i que posin aquestes a l'abast de la majoria de la població.

Cal tenir en compte, a més, que no tots els sectors estaven igual de preparats per abordar aquests canvis. Així, per exemple, incorporar eines que permetin integrar individualitzadament la informació automatitzada de cadascun dels clients ha permès a algunes empreses una nova manera de relacionar-se amb els seus clients d'acord amb els diferents perfils d'aquests i les seves possibles necessitats.

Aquest tractament integrat de la informació ha estat molt fàcil si ja es disposava d'un bon sistema d'informació, però, en algun cas, com és el de l'Administració, el cost mateix de la informatització feia inabordable, fa uns anys, automatitzar determinats processos amb gran volum de transaccions. Tot i així, els governs en aquests moments veuen també la necessitat de disposar d'informació integrada dels seus ciutadans i fan grans esforços per avançar en paral·lel en les dues fases: disposar d'informació, ja que a més el cost unitari de transmissió d'aquesta és més baix, i, a la vegada, apostar per integrar-la.

Per adonar-nos de les aportacions que ens poden fer les noves tecnologies hem de conèixer realment les organitzacions i les oportunitats que aquestes tenen en la seva nova forma de relació amb els ciutadans i el seu entorn, en general. En cas contrari, estarem posant en el mercat productes que tan sols en un percentatge molt petit tenen possibilitats d'èxit. No pel fet d'automatitzar un determinat procés el millorem. Cal repensar els models sota els quals funcionen i replantejar-los en aquest nou marc de relació que possibiliten les noves tecnologies.

En general, totes les institucions han de repensar els seus models organitzatius i valorar quines aportacions poden fer les TIC en les seves noves formes de relació amb altres organitzacions, amb els seus professionals i amb els seus clients, entenent, però, que les noves tecnologies han de ser un mitjà per afrontar els nous reptes i mai un fi en si mateixes.

## A Catalunya

Al principi de 1999, per tal de preveure les actuacions que havien de permetre que Catalunya assolís una posició capdavantera en la nova societat de la informació, es va proposar analitzar la realitat i les possibilitats que teníem en el desenvolupament de les infraestructures i en la introducció de les tecnologies de la informació i les comunicacions en els diferents camps. Aquesta anàlisi, que va adoptar la forma de pla estratègic, es va proposar denominar-la "Catalunya en xarxa".

De la mateixa manera, formant part d'aquesta anàlisi, l'any 2001 es va fer un estudi sobre l'oferta i la demanda de personal que les noves tecnologies havien de comportar.

Actualment, el Govern està posant en marxa un projecte anomenat Administració Oberta de Catalunya (AOC), amb l'objectiu de millorar l'accés als serveis entre l'Administració i els ciutadans i les empreses. Per a aquest nou projecte s'han repensat els serveis no en la forma en què estan organitzats els diferents departaments, sinó en la manera com els ciutadans esperen rebre'ls. I per aconseguir aquest objectiu s'utilitzaran les noves tecnologies de la informació i de les comunicacions.

## L'entorn sanitari

Pel que fa al sector sanitari, les TIC han obert noves perspectives estratègiques, però encara no han representat un canvi real de les organitzacions sanitàries. Perquè existeixi aquest canvi ha d'haver-hi una implantació suficient de sistemes d'informació que a la vegada han d'anar acompanyats d'unes infraestructures que permetin rapidesa i seguretat en les comunicacions.

Tot i que s'han dut a terme molts projectes, i fruit potser de la mateixa complexitat del sector, aquest canvi tecnològic es produeix en un moment en què l'estat de situació és molt heterogeni.

És clar que, en els nous projectes, tots pensem com les noves tecnologies ens poden ajudar. El que molts cops s'oblida és com aquestes tecnologies, a la vegada, ens poden ajudar a harmonitzar i a tenir un resultat exponencial fruit de la coordinació amb altres projectes.

Quan ens plantejem quins són els reptes que representen les TIC per als actius del sistema, un dels que hauríem de tenir en compte és el de coordinar esforços per aconseguir uns millors resultats de les nostres actuacions.

Pel que fa als professionals sanitaris, el primer objectiu que hem d'aconseguir és que, des de les seves diferents responsabilitats, tots disposin d'aquells coneixements necessaris per sentir-se participants del que hem anomenat "societat de la informació", i que ningú no en quedi al marge. Paral·lelament, cal que la mateixa organització sanitària i els proveïdors de serveis avancin en la formació d'especialistes, que, a la vegada, tinguin coneixements específics del sector sanitari i un coneixement suficient del que les TIC poden aportar als seus respectius llocs de treball, amb els requeriments de seguretat i confidencialitat que cal tenir en compte en el tractament de la informació sanitària.

Per a les professions sanitàries, el repte de les TIC consisteix, primer, a assolir una cultura d'usuari informat de prou nivell, i segon, a incorporar-se com a professionals en la cultura "virtual" per descobrir com anirà canviant la seva professió i el sistema sanitari, i contribuir creativament a aquest procés de canvi. El sistema sanitari i les organitzacions proveïdores de serveis assistencials necessitaran cada cop més tota la gamma de tècnics de sistemes informàtics, però, a més, caldran unes noves professions sanitàries, les que tracten la informació sanitària, els seus fluxos i la seguretat i confidencialitat en l'ús de la informació de la salut dels ciutadans. Aquestes professions seran sanitàries i probablement es nodriran de professionals sanitaris existents que migraran dels àmbits assistencials cap al maneig de la informació sanitària. Seran persones que posaran les possibilitats de la informàtica al servei de les funcions assistencials sanitàries i canviaran la situació encara dominant en la qual els professionals han d'ajustar-se a pautes imposades des de les exigències de la informàtica.

En una segona fase, segurament s'ordenaran els processos formatius per a aquestes noves especialitats d'"informatistes sanitaris" i molt possiblement s'acabarà dissenyant uns processos de formació diferenciada des dels cicles d'educació superior bàsica (noves llicenciatures).

S'espera que es podrà desplegar aquest procés d'una manera pràctica i factible al mateix temps que apareixen per necessitat aquestes noves especialitats sanitàries. La migració de les professions sanitàries evitaran en un futur conflictes culturals com el que estem patint actualment entre els àmbits clínic i gerencial. Caldrà imaginació, bona voluntat, coneixements i recursos per fer-ho bé i evitar el que no es considera desitjable.

Les TIC tindran cada cop més influència en el sector sanitari i sobre diversos camps relacionats amb les professions sanitàries:

- En la planificació de les necessitats dels diferents tipus de professionals, en la mesura que transformin els models organitzatius assistencials i es modifiquin quantitativament i qualitativament l'activitat clínica, docent i investigadora, en un nou context que afavorirà la integració vertical i horitzon-

tal dels processos assistencials, per a la transmissió de la informació audiovisual entre centres, serveis i professionals i amb els mateixos ciutadans usuaris del sistema de salut.

- En la formació dels professionals, en què incidiran sobretot en les metodologies d'ensenyament i aprenentatge, així com també en els processos de certificació i recertificació professional periòdica.
- En el pregrau i en el postgrau o en l'educació contínua, incidint especialment en la generació de noves especialitats relacionades amb la creació i el maneig de les TIC, tal com s'ha apuntat abans.
- En els processos de comunicació entre els professionals sanitaris i els ciutadans, i en l'accés d'aquests a la informació sobre els temes relacionats amb la seva salut i la dels seus familiars. Aquest increment de l'accessibilitat a una informació gairebé inabastable originarà uns nous paradigmes assistencials amb una clara potenciació de la implicació dels pacients en la presa de decisions.
- En la transparència cada cop més gran dels processos de canvi en el sistema de salut, derivada de la participació necessària de tots els sectors implicats.
- En el context de la societat de la informació cal planificar polítiques socials i educatives que posin a l'abast de la majoria de la població les noves tecnologies i que contribueixin a compensar-ne el coneixement desigual. En general, totes les institucions han de repensar els seus models organitzatius i han de valorar les aportacions que poden fer les tecnologies de la informació i la comunicació en les seves noves formes de relació amb altres organitzacions, amb els professionals i amb els clients.



ELS PROFESSIONALS  
DE LA SALUT A CATALUNYA

---

4



## 4.1 La planificació

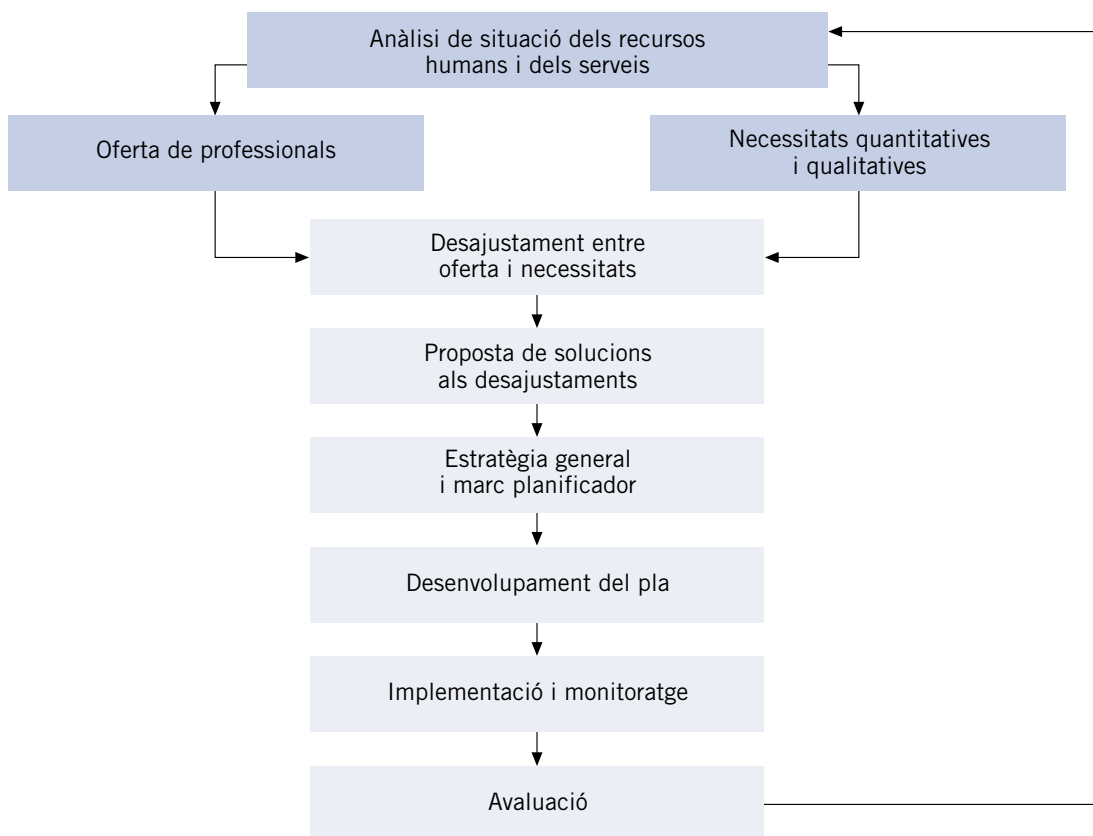
L'objectiu de la planificació de recursos humans és determinar el nombre i la composició dels equips necessaris per donar resposta a les expectatives en l'atenció a la salut i servei de la població. La planificació incorpora, a més dels aspectes quantitius (nombre de professionals necessaris), els qualitius (capacitació per desplegar les activitats encomanades). La planificació és un procés dinàmic i cíclic que ha de permetre assegurar la suficient disponibilitat dels professionals amb les capacitats adequades, el seu desplegament de manera efectiva i la incorporació dels mecanismes d'avaluació que permetin realimentar el procés (gràfic 10).

L'eficàcia de la planificació estratègica està lligada a la capacitat d'entendre els processos i de mobilitzar les energies disponibles. Com que els valors socials es reflecteixen en els sistemes de salut, cal identificar els valors hegemònics compartits, que corresponen a tres eixos principals: (1) el valor social de la salut, (2) el punt d'equilibri entre individualisme i col·lectivisme, i (3) la distribució de responsabilitats.

Els planificadors han de valorar la importància dels problemes i les hipòtesis sobre les seves causes i els efectes que produeixen en el sistema. Per poder presentar alternatives per a la presa de decisions cal, en primer lloc, identificar-les i prioritzar-les d'acord amb tres criteris: la probabilitat d'aconseguir resultats favorables, la seva viabilitat i la congruència amb la política general.

Per a l'elaboració de les estratègies amb la finalitat d'executar l'opció escollida hi ha múltiples fases, que s'agrupen en quatre categories: (1) identificació dels obstacles possibles, (2) criteris d'acceptabilitat de l'estratègia d'execució del pla, (3) revisió de les estratègies actuals per poder assolir els objectius, i (4) estratègies de comunicació necessàries per a l'execució del pla.

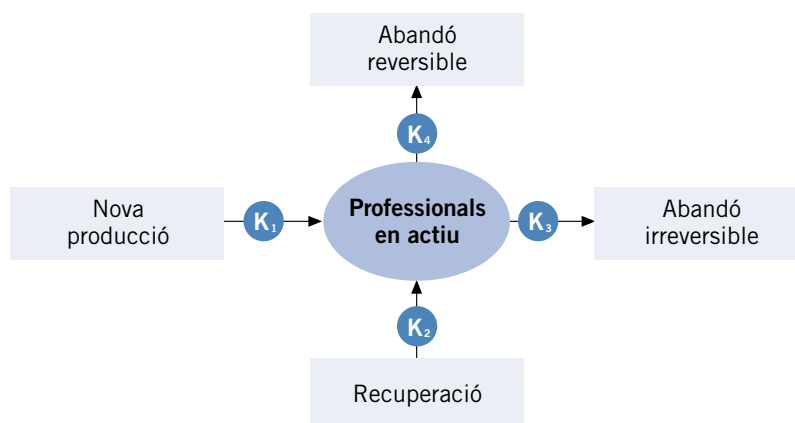
Gràfic 10. El procés de planificació dels recursos humans



Prenent com a referència les necessitats de serveis de salut, l'anàlisi de situació dels recursos humans ha de cobrir els aspectes següents: nivells de cobertura actual dels llocs de treball, tendències amb relació a la creació de llocs de treball, característiques del personal actual (taxes de substitució, estructura d'edat, actuació, etc.) i formació (taxes de producció).

L'oferta professional en el mercat de treball, la donen els professionals en actiu. El gràfic 11 mostra esquemàticament els fluxos que nodreixen aquest *pool*.

Gràfic 11. Professionals en actiu





La magnitud del *pool* es nodreix dels paràmetres  $K_1$ , que prové del sistema educatiu, i  $K_2$ , que representa la immigració o el retorn al treball dels que l'han abandonat temporalment, i disminueix a la velocitat que fixen les taxes de  $K_3$ , jubilacions, incapacitats i defuncions, i de  $K_4$ , emigració o canvi de sector. Si  $K_1 + K_2 > K_3 + K_4$ , la magnitud del *pool*-professionals en actiu creix, i viceversa.

És possible, convenient i fins i tot necessari, fer projeccions per veure com els canvis en la producció dels professionals ( $K_1$ ) afecten el *pool*. També es poden estudiar els efectes dels canvis en els paràmetres de  $K_2$ ,  $K_3$  i  $K_4$ .

Cal saber en quina direcció s'adrecen els moviments interns i externs dels recursos humans i les seves causes i efectes, fet que fa imprescindible disposar de sistemes d'informació operatius de caràcter permanent per conèixer la situació actual i detectar fenòmens emergents.

Els factors que influeixen sobre els fluxos d'entrada i sortida del *pool* de professionals en actiu es poden agrupar en quatre apartats: (1) les característiques del grup professional, el tipus de qualificacions i l'experiència laboral prèvia, (2) les característiques personals, (3) les característiques dels llocs de treball i (4) els factors socials i econòmics que afecten certes àrees poblacionals o institucionals.

Cal avaluar les taxes de reclutament i abandonament dels diferents grups professionals. Per avaluar la taxa de pèrdues s'empren dos mètodes: el censal i el de cohort. En condicions d'estat estacionari perllongat i per a col·lectius grans, les pèrdues acostumen a estar entre el 2% i 3% del *pool*.

Les necessitats de futur en recursos humans inclouen els que calen per anar substituint els professionals dels serveis actuals en el procés de renovació permanent i aquells que caldrà per fer funcionar els serveis que es pensi desplegar. Per afrontar les necessitats futures dels recursos humans sanitaris es poden emprar diferents enfocaments metodològics:

- El *mètode de la demanda* de serveis assistencials.
- El *mètode de la relació poblacional*, en el qual tots els paràmetres es relacionen amb un únic denominador: la grandària de la població.
- El *mètode de les necessitats de salut*. Les necessitats de la població s'identifiquen i es quantifiquen segons criteris normatius.
- El *mètode dels objectius dels serveis*, que combina les necessitats de salut i l'organització dels serveis.

Cal disposar de dades sobre l'oferta actual, les taxes normatives que s'han d'emprar i les projeccions de creixement de la població. Si s'empra el mètode de les necessitats de salut cal, a més, disposar de les dades de morbiditat i mortalitat i les normes per a la provisió dels serveis. Amb el mètode dels objectius de serveis calen dades sobre la utilització i la productivitat i capacitat dels serveis.

Las causes que poden provocar un desequilibri entre l'oferta i la demanda de recursos humans poden ser l'expansió de serveis, els canvis en l'organització dels serveis, la desmoralització del personal (síndrome d'esgotament professional o *burn-out*) i la baixa productivitat, els fracassos en els processos formatius, la inadequada utilització del personal o els canvis en les competències necessàries.

Quan es disposa de les dades i es fan les comparacions pertinents, és possible afrontar les preguntes següents: on són els desajusts que crearan problemes? quins són els problemes que mereixen estudis més profunds? quins tipus de problemes tenim (formació, reclutament, abandó, etc.)? quines mesures correctores tenim a l'abast? quins són els beneficis i costos de les accions que volem emprendre?

Els criteris per prioritzar els problemes dels desajusts poden ser els següents: magnitud del desajust (expressat en %), magnitud del grup professional (desajusts petits de grups molt grans plantegen esforços correctors molt importants), la repercussió pública del desajust del grup i la repercussió en els equips multiprofessionals.

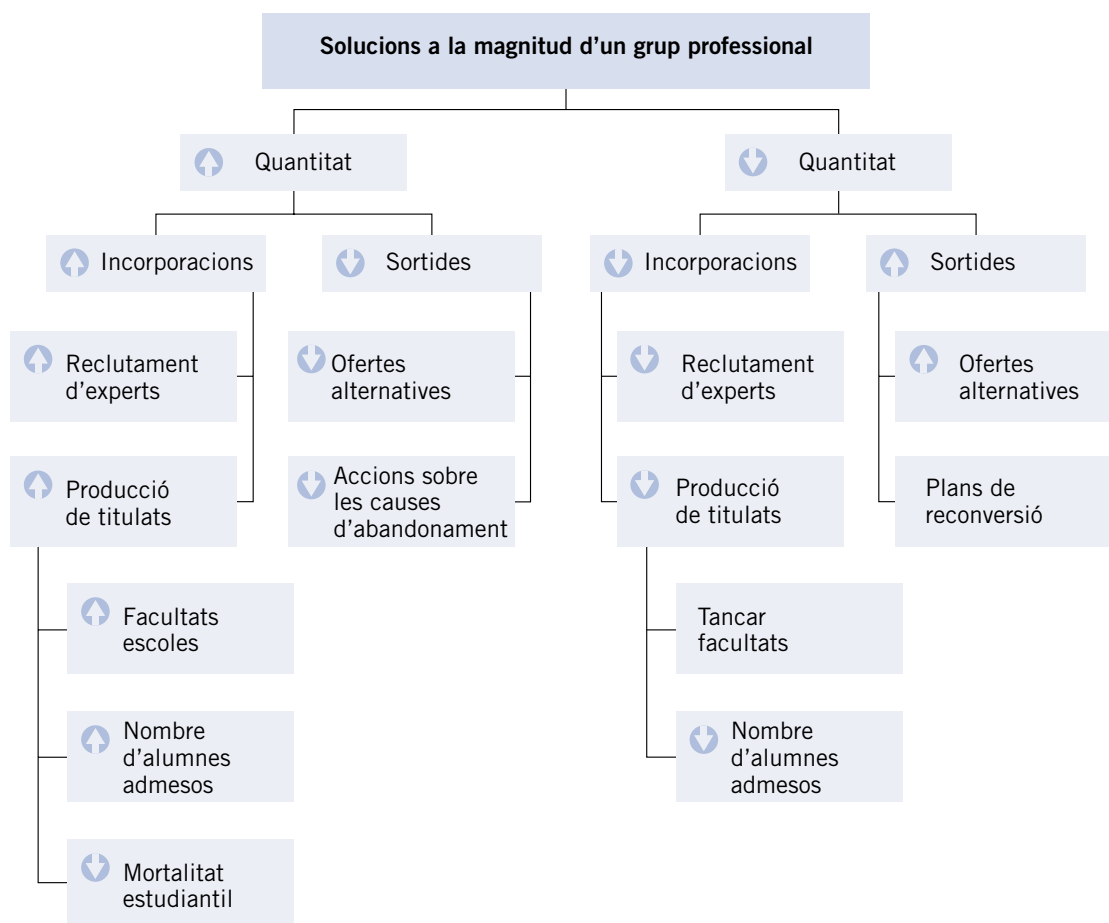
Els problemes de desajust s'han d'analitzar sota cinc eixos diferents: (1) el nombre total de recursos humans, (2) la seva distribució en el sistema, (3) les capacitats —coneixements i habilitats—, (4) l'organització del servei i la productivitat i (5) la duració del problema i de les solucions.

Un cop identificats els problemes que s'han de resoldre s'han de seguir tres etapes per arribar a una o més propostes: (1) recopilar totes les accions possibles, (2) identificar els obstacles i les conseqüències i (3) valorar els significats dels obstacles i de les conseqüències.

Les solucions als problemes de recursos humans poden ser a curt o a llarg termini. Les solucions a llarg termini naturalment no donen resposta a les necessitats urgents i obliguen a buscar solucions en què es combinin solucions a curt i a llarg termini.

Les opcions per modificar la massa d'un determinat grup professional poden ser analitzades tal com mostra el gràfic següent:

**Gràfic 12. Solucions a la magnitud d'un grup professional**



Els recursos humans estan constituïts per molts grups professionals i subgrups d'especialitats i cal, dins d'un marc planificador general, preparar estratègies específiques (compatibles entre si) per a cada grup i, si és necessari, per a cada subgrup.

Per elaborar un pla de recursos humans cal definir prèviament un marc estratègic dels programes operatius mitjançant el qual s'han d'assolir els objectius definits, que ha de preveure els elements següents: els programes d'activitats planificadores dels recursos humans amb els resultats desitjats, els problemes organitzatius i de gestió que s'han de resoldre, les guies que descriuen els papers i les responsabilitats dels agents implicats i els mecanismes de coordinació i comunicació, els procediments i els indicadors per al monitoratge del Pla i per a l'avaluació dels resultats, el calendari per a les actuacions principals i els pressupostos operatius per als programes.

Els objectius del pla han de ser revisats periòdicament per acomodar-los als canvis de l'entorn.

Els programes que configuren el pla poden ser de dues menes diferents: de desenvolupament i de continuïtat. Els de desenvolupament estan orientats a l'eficiència i efectivitat del sistema, acostumen a ser limitats temporalment i, un cop han assolit l'objectiu, es transformen en programes de continuïtat.

El pla ha d'incloure propostes relacionades amb l'anàlisi de tasques i la descripció de llocs de treball dels serveis, la formació en tots els cicles educatius, l'activitat de suport per a la gestió dels recursos humans, els canvis en les normatives legals i l'avaluació.

La planificació és una activitat periòdica. L'avaluació final és en realitat l'anàlisi de situació del següent cicle planificador. Planificar consisteix essencialment a preveure i determinar les disponibilitats futures, buscar solucions als desajusts i fer els plans operatius per implementar les solucions. En aquesta línia, cal saber cap a on van els moviments interns i externs dels recursos humans i les seves causes i efectes, cosa que fa imprescindible disposar de sistemes d'informació operatius de caràcter permanent per conèixer la situació actual i detectar fenòmens emergents.

En la construcció del pla de recursos humans en l'àmbit sanitari, cal tenir en compte, en el procés de planificació, la coordinació entre el sistema educatiu i el sanitari. Cal adequar els currículums educatius a les necessitats del sistema sanitari i redefinir les professions en termes de competències professionals. L'altra eina per arribar en aquest objectiu consisteix a desenvolupar la metodologia avaluativa d'aquestes competències a fi de mesurar el grau amb què les institucions docents van assolit aquests objectius. Les institucions docents han de reorientar-se i desplegar els seus currículums orientant-los cap a l'assoliment de les competències rellevants.

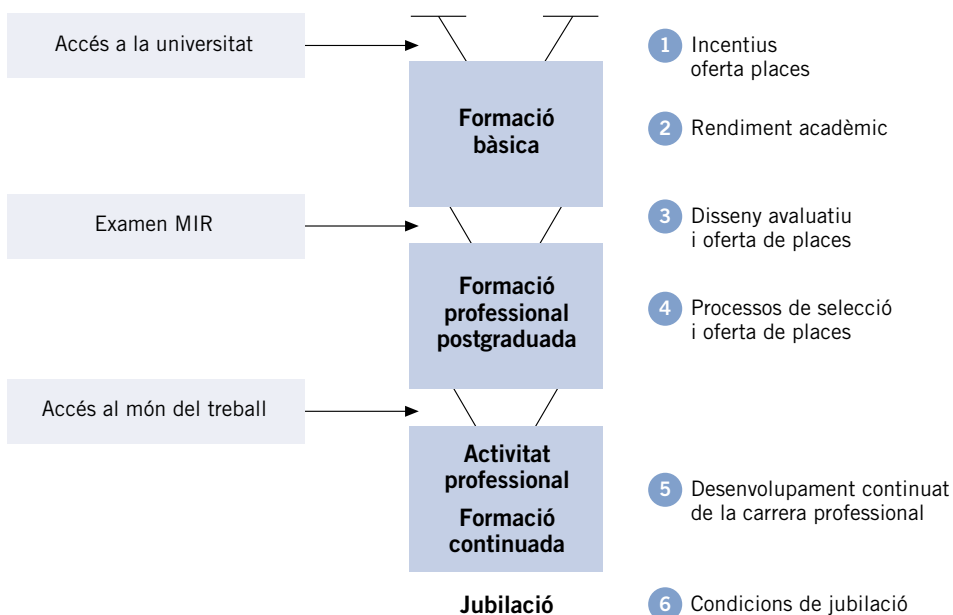
Sense aconseguir millores de gestió és difícil que el pla arribi a ser útil. Les qüestions rellevants són la supervisió, els incentius, les mancances en la capacitat de comunicació, les mancances per treballar en equip, etc. La motivació i el paper de les oportunitats formatives, així com també l'estructuració de les carreres professionals són els elements clau dels quals depèn que el procés planificador arribi a assolir millores visibles en el funcionament dels serveis sanitaris.

## 4.2 La formació

La gran majoria de professionals que ocupa el sector sanitari té alguna titulació universitària o de formació professional. Cal reconèixer els valors compartits i els trets comuns de tots ells, i les seves especificitats.

Tradicionalment el procés formatiu es divideix en cicles (gràfic 13). Per als títols universitaris en ciències de la salut considerem tres grans cicles: els estudis de pregrau, els de formació professional postgraduada (FPP) i la formació continuada (FC). En el cicle de pregrau tenim actualment les diplomatures i les llicenciatures. L'FPP és el cicle que condueix reglamentadament a l'obtenció del títol d'especialista. L'FC està constituïda per totes les activitats que els professionals despleguen al llarg de la seva vida activa, des de la perspectiva de desenvolupament professional continuat (DPC).

Gràfic 13. El *continuum* educatiu



#### Consideracions sobre els possibles llocs d'actuació

Sobre l'esquema anterior és possible ubicar aquells punts en els quals es poden prendre mesures per resoldre desajusts tant d'ordre quantitatiu com qualitatiu.

1. Si bé no és factible variar la grandària de la cohort de candidats que han d'ingressar a la universitat, sí que és possible conèixer aquesta dada amb prou anys d'antelació per prendre mesures.
2. L'abandonament estudiantil s'hauria de mantenir tan baix com fos possible. Augmentar l'abandonament estudiantil com a mecanisme per reduir el nombre de titulats és un mecanisme ineficient i injust. Val més reduir el nombre dels que són admesos. Des del punt de vista qualitatiu, el que pertoca al procés formatiu és ajustar-se als objectius educatius del sistema.
3. L'admissió al cicle d'FP ha d'ajustar-se quantitativament a les necessitats del sistema assistencial i ha d'emprar instruments rellevants per a la predicció d'èxit segons criteris professionals. Si l'oferta i la demanda estan equilibrades el mecanisme avaluator s'ha d'orientar cap a la utilitat distribuïdora.
4. La selecció de personal és un procés que pretén ser predictiu de l'adequació dels candidats per desenvolupar les tasques que els pertocui fer. No és útil per a aquest fi l'avaluació de coneixements fàcilment adquiribles en el procés d'adaptació al lloc de treball. És important, en canvi, avaluar els trets actitudinals que serveixin per preveure la capacitat d'adaptació i la predisposició a aportar valor afegit. Els sistemes de selecció de les grans organitzacions tendeixen a estar més pendents que els processos de selecció no siguin impugnables des del punt de vista dels procediments, que d'identificar els candidats més útils per a l'organització. Per això han de començar per una descripció millor dels trets rellevants que han de mostrar els candidats i per escollir les eines avaluatives més adients per identificar-los. Conèixer el nombre de cada tipus de professionals que anualment hauran de ser ofertats i fer prediccions per al futur és necessari per intentar arribar a un equilibri entre les ofertes i les produccions.

5. Les carreres professionals són eines que avui per avui considerem imprescindibles per a una bona gestió dels professionals sanitaris.

La formació continuada és una responsabilitat individual de cada professional, però també de l'organització, que l'ha de facilitar, la vincula a les necessitats detectades per la supervisió i que, en condicions ideals, es fa inseparable de la tasca productiva.

6. Les necessitats o excedents en recursos humans, en situacions agudes, poden ajustar-se per mitjà de les taxes de jubilació, però no són gaire útils en el sector sanitari, en el qual els professionals no són fàcilment intercanviables atesa la seva individualitat específica.

La producció dels recursos humans del sistema sanitari ha de ser el resultat d'una planificació a mitjà i llarg termini de les necessitats quantitatives i qualitatives. Aquest exercici de prospectiva no és gens fàcil, ja que són múltiples els factors i les variables que cal tenir en compte. A més, en la majoria dels casos es tracta de professions que tenen un cicle formatiu llarg, fet que implica que les decisions preses avui no tenen una influència directa sobre la dotació o les característiques tècniques dels professionals fins transcorreguts més de deu anys. A aquesta dificultat intrínseca dels exercicis de prospectiva se suma el fet que habitualment les administracions i organitzacions professionals no disposen de mecanismes d'anàlisi continuada i metodològicament correcta de l'evolució dels problemes. Una conseqüència freqüent d'aquest fet és que els problemes es presenten davant els responsables de les polítiques de recursos humans de manera sobtada i demanant l'adopció de solucions urgents que, en ocasions, són les úniques possibles però no per això les més adients. Cal, per tant, que es posin en marxa àmbits permanents de reflexió i instruments per a l'anàlisi contínua dels problemes relacionats amb les necessitats quantitatives i qualitatives de professionals.

Es tracta, doncs, de deixar clars objectius, recursos i mecanismes d'avaluació de la funció productiva del sistema docent, donats i imposats per la societat. Les experteses i els recursos acumulats en les institucions educatives s'han d'emprar per elaborar les estratègies educatives (currículums i programes) amb el fi d'emprar eficientment els recursos disponibles i poder demostrar un grau de compliment d'objectius suficient.

En el moment d'haver definit un nou pacte social serà possible mobilitzar l'immens cabdal de coneixement i recursos acumulats a les institucions acadèmiques cap a on ho reclamen les necessitats socials. Cal passar d'un sistema educatiu centrat en els processos a un altre d'orientat a resultats.

En el procés de formació de professionals sanitaris cal tenir en compte tant els recursos —nous i convencionals— del sistema educatiu, com els recursos assistencials del sistema sanitari.

L'avaluació del sistema productiu de recursos humans és diferent segons els cicles formatius.

En la fase de pregrau hi ha un nivell d'avaluació per a l'accés als estudis universitaris, en què bàsicament es mesuren coneixements i no habilitats, actituds i processos cognoscitius complexos.

En la fase de postgrau hi ha un nivell d'avaluació per a l'accés a la formació sanitària especialitzada (examen MIR), mentre que durant el procés formatiu l'avaluació és bàsicament subjectiva sobre el grau d'acompliment dels programes oficials i no existeix una valoració final del que s'ha assolit.

La formació continuada no sempre és acreditada. És el mateix professional qui s'autoavalua i jutja si l'esforç formatiu li ha valgut la pena i li ha facilitat eines per millorar la seva pràctica.

L'avaluació de l'actuació professional és un capítol absent avui per avui en la nostra societat, que previsiblement caldrà afrontar en un futur no llunyà. És previsible que les avaluacions de l'actuació o de la capacitat i la seva acreditació esdevindran un requisit necessari per respondre a l'exigència bàsica de les titulacions.

S'ha de canviar l'èmfasi actual en el procés d'ensenyament per centrar-se en el procés d'aprenentatge. És una responsabilitat del sistema educatiu. Ensenyar està al servei de qui aprèn. Si els que han d'aprendre no ho fan en el temps i en la forma desitjats cal saber què és el que falla.

És rellevant considerar què, quant i quan és possible aprendre. En la formació de pregrau es fa impossible aprendre-ho tot i per això existeixen els cicles formatius posteriors. Els seus objectius primordials són aprendre a aprendre, les bases generals del coneixement de la professió i valors, actituds i conductes per a la socialització envers la professió.

Els dispositius assistencials del sistema sanitari són els “entorns” on es produeix la major part del procés formatiu: hospitals, centres d’atenció primària i altres centres de recursos assistencials. Els entorns repercuteixen en la confrontació de les preferències professionals dels estudiants i en les capacitats professionals que assoleixen. Ens cal emprar entorns més diversificats que els actuals i obrir un debat sobre la necessitat i la conveniència que el procés de formació dels professionals sanitaris estableixi simulacions i laboratoris d’habilitats clíniques.

### La formació de pregrau

Els ensenyaments en ciències de la salut es classifiquen segons els cicles universitaris i/o nivell de formació, en llicenciatures, diplomatures i titulacions de formació professional. En el quadre 10 es relacionen els ensenyaments en ciències de la salut, juntament amb les llicenciatures que permeten accedir a determinades especialitats sanitàries.

**Quadre 10. Ensenyaments en ciències de la salut**

		Relacionats amb ciències de la salut
De primer i segon cicles universitaris		Psicologia, Filosofia i ciències de l’educació (secció Psicologia), Filosofia i lletres (secció Psicologia o divisió Filosofia i ciències de l’educació) Químiques, Ciències (secció Químic), Ciències químiques, Bioquímica Biologia, Ciències (secció Biològiques, secció Ciències naturals i divisió Biologia), Ciències biològiques, Bioquímica Física, Ciències físiques
	Farmàcia Medicina Odontologia Veterinària	
De primer cicle universitari		Infermeria Fisioteràpia Nutrició humana i dietètica Logopèdia Òptica i optometria Podologia Teràpia ocupacional
De formació professional (branca sanitària)	Grau mitjà	Cures auxiliars d’infermeria Farmàcia
	Grau superior	Anatomia patològica i citologia Audiopròtesi Dietètica Documentació sanitària Higiene bucodental Imatge per al diagnòstic Laboratori de diagnòstic Ortoprotèsica Pròtesis dentals Radioteràpia Salut ambiental

Dins l'àmbit de la Generalitat, el Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació regula les titulacions de primer i segon cicles universitaris i el Departament d'Ensenyament les titulacions de formació professional.

Un dels problemes bàsics que planteja la formació de pregrau de les professions sanitàries és el seu fraccionament, atès que dóna una visió exclusivista del que és i representa cada títol. Caldria ajuntar les arrels comunes i compartir temps i espais conjuntament per aprendre a conèixer-se i respectar-se, incorporar els avenços de les ciències cognoscitives fetes en el darrer quart de segle i substituir l'antiga didàctica, basada en la transferència passiva dels coneixements, per un procés actiu d'aprenentatge.

Les nostres facultats i escoles universitàries encara es troben amb moltes dificultats quan pretenen situar entre les seves prioritats la necessitat de retre comptes a la societat que teòricament serveixen (*accountability*).

Els esforços reformistes, amb la creació de departaments universitaris, la remodelació curricular i la tímida potenciació del professorat associat i contractat no han aconseguit introduir canvis significatius en l'orientació dels processos d'ensenyament i aprenentatge de les nostres facultats i escoles universitàries. Més de deu anys després del disseny de la reforma curricular (1989) encara avui tenim facultats que no han iniciat la implantació dels canvis.

L'ensenyament basat en la resolució de problemes, la tutoria precoç i contínua dels alumnes, el treball en grup, la docència basada en l'evidència (BEME), la introducció decidida de l'aprenentatge teòric i pràctic en l'atenció primària, la integració curricular dels ensenyaments bàsics i clínics, són elements de progrés conceptual i tècnic encara pendents i caldrà generar un impuls polític i legislatiu decidit per iniciar aquest nou camí.

Les conseqüències de tot això en relació amb el tipus de graduats que produeixen les nostres facultats i escoles universitàries de ciències de la salut es tradueixen en uns professionals bàsics que surten de la formació pregraduada amb molts elements de formació teòrica i escassos de bagatge pràctic i, de vegades, sense una capacitació i orientació correctes sobre com posar en pràctica les tècniques d'autoaprenentatge que han de protagonitzar el seu progrés professional posterior.

Tampoc no es pot oblidar, en el cas de les facultats de Medicina, la influència negativa que ha tingut sobre els currículums la prova de tipus test que cal superar per accedir a la formació professional postgraduada (prova MIR), que ha significat que s'hagin orientat els continguts dels currículums a la superació d'aquesta prova basada en la memorització de coneixements teòrics en què les habilitats pràctiques i de comunicació no disposen d'espai.

Els professionals de ciències de la salut, sobretot els metges, tenen un cicle de formació molt llarg fins arribar a la capacitació plena per a l'exercici independent. La divisió d'aquest cicle en dues parts sembla imprescindible, no solament des d'una perspectiva conceptual o tècnica (aprenentatge per transmissió i observació seguit d'un període de pràctica professional responsable però supervisada), sinó també, per què no, des d'un vessant humà i vital, ja que en aquesta segona part es comença a percebre una remuneració pel treball realitzat.

L'anàlisi prèvia no pretén deixar de reconèixer, ben al contrari, l'esforç de molts dels nostres responsables docents i professors, esforç que s'ha traduït en canvis significatius en l'orientació, l'organització i els continguts dels currículums de determinades facultats i escoles universitàries. El problema, cal situar-lo en la generalització i en la continuïtat temporal d'aquests canvis.

### La formació professional postgraduada

Els llicenciats i diplomats en ciències de la salut tenen una perspectiva de formació variada. Alguns professionals tenen la necessitat o possibilitat de seguir amb dedicació remunerada programes docents de postgrau, convocats i regulats des de l'àmbit estatal, que centren l'aprenentatge en la pràctica su-

pervisada i amb responsabilitat progressiva en programes i centres acreditats. Aquests programes, sens dubte, han significat un element de progrés molt important.

Per als títols de primer i segon cicles universitaris en ciències de la salut que tenen reconegudes especialitats sanitàries, es considera el *continuum* educatiu següent: (1) pregrau, que es desenvolupa en l'àmbit universitari; (2) postgrau o formació sanitària especialitzada, que es desenvolupa en l'àmbit sanitari i (3) formació contínua, que es desenvolupa en l'àmbit sanitari i universitari, en els col·legis professionals, les societats científiques i altres centres educatius.

Malgrat que es tracta d'un *continuum* educatiu, no existeix una planificació conjunta de necessitats dels diferents tipus de professionals i especialistes entre les institucions amb competències o amb incidència en cadascuna de les tres fases clàssiques de la formació. Les especialitats sanitàries reconegudes s'adquireixen en la fase de postgrau, mitjançant l'accés a la formació sanitària especialitzada i la realització dels programes de formació establerts. Actualment, l'àmbit docent corresponent a la formació sanitària especialitzada és una competència exercida en exclusiva pels ministeris d'Educació, Cultura i Esports i de Sanitat i Consum.

Durant la dècada dels anys vuitanta va créixer espectacularment el nombre anual de llicenciats en Medicina, mentre que no ho va fer el nombre de places convocades per a la formació postgraduada. Per aquest fet molts metges no va poder accedir a l'especialització pel sistema de formació professional postgraduada. Encara avui estem patint les conseqüències d'aquella situació a través de les reivindicacions de diversos col·lectius per als quals s'han dissenyat mecanismes alternatius a fi que puguin accedir a la titulació especialitzada. L'examen MIR es va convertir en una de les oposicions més dures de l'Estat, lluny del caràcter essencialment distributiu i no selectiu que hauria de tenir. D'altra banda, les característiques tècniques de l'examen han estat objecte de crítiques fonamentades amb relació a la pertinència i qualitat de les preguntes que el constitueixen. Caldria reconsiderar en profunditat aquesta prova d'accés i dissenyar un examen amb una part comuna i altres de troncats que haurien de respondre els aspirants en iniciar la seva formació en un d'aquests.

L'1 de gener de 1995 entrà en vigor la directiva de la Unió Europea que obliga que tots els metges llicenciats amb posterioritat a aquesta data i que vulguin treballar com a metges de família o generals en el sistema públic de qualsevol dels països integrants han de fer una formació postgraduada amb una durada mínima de dos anys. Aquesta disposició dona suport a l'afirmació prèvia que les facultats de Medicina no formen metges de família o generals, sinó uns professionals bàsics polivalents que han de seguir obligatòriament un programa de formació postgraduada per poder accedir a l'exercici professional independent.

La formació d'especialistes en ciències de la salut és un àmbit que continua tenint un tractament diferenciat respecte de l'assistencial, des d'un punt de vista de competències sanitàries, té un grau excessiu de centralisme i deixa molt poc marge de decisió a les autoritats sanitàries de les comunitats autònomes per delimitar les seves polítiques de recursos humans. En el moment històric d'abordar la qüestió de les transferències sanitàries, s'hi inclou només l'activitat assistencial, i es deixa de banda la docència, si bé s'accepta unànimement que la formació d'especialistes en ciències de la salut no només és una formació en treball que no pot anar desvinculada de l'assistència, sinó també i sobretot un element fonamental en qualsevol exercici de planificació de professionals que s'intenti dur a terme. En el quadre 11 es reflecteix la situació actual de la distribució de competències.



**Quadre 11. Situació actual de distribució de competències legals sanitàries entre l'Administració central i l'Administració de la Generalitat de Catalunya**

Àmbits	Administració central: Ministeris de Sanitat i Consum i/o d'Educació, Cultura i Esports	Administració autonòmica: Departament de Sanitat i Seguretat Social
Assistència		●
Docència: formació sanitària especialitzada	●	

L'article 149.1.16 de la Constitució espanyola i l'article 17 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya atorguen a l'Estat competència exclusiva sobre la legislació bàsica, la coordinació i l'alta inspecció sanitària, i a la Generalitat el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat en matèria de sanitat interior, sens perjudici de la competència organitzativa interna de la Generalitat sobre els serveis relacionats amb aquesta matèria.

La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat preveu, en el seu article 40.10, que "l'Administració de l'Estat, sens perjudici de les competències de les comunitats autònomes, desenvoluparà les següents actuacions (...) l'homologació de programes de formació postgraduada, perfeccionament i especialització de personal sanitari, a l'efecte de regulació de les condicions d'obtenció de títols acadèmics". En l'article 41.2 de l'esmentada Llei es preveu que "les decisions i actuacions públiques previstes en aquesta Llei que no s'hagin reservat expressament a l'Estat s'entendran atribuïdes a les comunitats autònomes".

L'actual marc constitucional i estatutari i la legislació sanitària atorguen un ampli marge competencial a les comunitats autònomes en matèria de formació sanitària especialitzada, que es troba *de facto* restringit per la normativa pròpia i específica en aquest àmbit (RD 127/1984, d'11 de gener, i RD 2708/1982, de 15 d'octubre), que centralitza tota competència en matèria de formació especialitzada en els ministeris de Sanitat i Consum i d'Educació, Cultura i Esports.

Caldria evolucionar cap a un sistema de formació professional postgraduada amb un marc normatiu general estatal que deixés un ampli marge d'iniciativa legisladora a les comunitats autònomes. A ningú no se li escapa la dificultat política i tècnica d'un procés d'aquestes característiques, en el qual cal conjugar necessaris criteris d'equitat en l'accés o d'equivalència en el processos formatius i avaluadors per al conjunt de l'Estat, amb la diversitat implícita en una descentralització profunda del sistema. Les comunitats autònomes han assumit competències en matèria educativa i sanitària, però l'àmbit de la formació sanitària especialitzada continua sent avui una competència exercida en exclusiva per l'Administració central de l'Estat.

Altrament, el sistema de formació professional postgraduada segueix una estratègia formativa "en pinta", en què s'escull des del principi l'especialitat concreta en la qual es vol obtenir la titulació. Aquesta estratègia es troba en oberta contradicció amb la necessitat que els professionals tinguin coneixements, habilitats i actituds relacionades amb diferents àmbits del sistema de salut, i fomenta la superespecialització en detriment del necessari equilibri generalisme-especialisme. Cal dissenyar un nou model docent, troncal o troncular, en el qual l'elecció inicial sigui la d'un àmbit formatiu ampli en què es romandrà durant dos o tres anys per passar després a escollir una especialitat concreta.

Aquest nou model troncal possibilitaria la generació de professionals amb un major i necessari grau de polivalència, i contribuiria a trencar la rigidesa excessiva del nostre mercat sanitari públic de treball, en el qual cada lloc de treball va lligat a una única titulació especialitzada.

A Catalunya ja fa deu anys que es va constituir el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS), amb una estructura que pretenia evitar els inconvenients del model "en pinta" del Consejo Nacional de Especialidades i ser l'alternativa autonòmica a aquest.

La formació postgraduada s'ha de realitzar en centres i serveis acreditats per a aquesta finalitat, però aquest fet no garanteix en tots els casos un desenvolupament adequat i de qualitat suficient dels programes docents. Manca un control suficient i no es realitzen sistemàticament auditories periòdiques dels centres i serveis acreditats. D'altra banda, molts programes no tenen orientacions definides amb relació a les tasques pròpies del futur especialista i són excessivament normatius, la qual cosa dificulta la necessària adaptació a les característiques del discent.

Un altre aspecte que cal considerar és el de la potenciació de la figura del tutor com a element d'importància capital en el procés formatiu. El reconeixement de l'acció tutorial és una assignatura pendent que cal aprovar si volem millorar la qualitat dels nostres programes docents.

Els procediments d'avaluació dels especialistes en formació s'han de millorar potenciant i diversificant les metodologies d'avaluació formativa que ens permeten analitzar el progrés del discent i plantejar les adaptacions necessàries en els programes per corregir els problemes detectats.

Malgrat tot, el sistema de formació professional postgraduada va constituir, amb tota seguretat, la forma educativa més important del segle xx en l'àmbit sanitari, que cal actualitzar per no malbaratar-ne els beneficis per al futur del sistema assistencial.

## Especialitats en ciències de la salut

En el quadre 12 es relacionen les especialitats sanitàries reconegudes i les Llicenciatures o diplomatures d'accés:

**Quadre 12. Classificació de les especialitats sanitàries reconegudes i les Llicenciatures o diplomatures d'accés**

Llicenciatura /diplomatura	Norma legal	Classificació de les especialitats
Medicina	Reial decret 127/84, d'11 de gener	Especialitats que requereixen bàsicament formació hospitalària (4) <sup>12</sup>
	Reial decret 139/2003, de 7 de febrer	Especialitats que no requereixen bàsicament formació hospitalària (2) <sup>13</sup>
		Especialitats que no requereixen formació hospitalària (6) <sup>14</sup>
Farmàcia	Reial decret 2708/82, de 15 d'octubre	Especialitats que requereixen bàsicament formació hospitalària (4) <sup>15</sup>
		Especialitats que no requereixen bàsicament formació hospitalària (8) <sup>16</sup>
Infermeria	Reial decret 992/87, de 3 de juliol	Infermeria obstètrica i ginecològica, infermeria pediàtrica, infermeria de salut mental, infermeria de salut comunitària, infermeria de cures especials, infermeria geriàtrica, gerència i administració d'infermeria
Física	Reial decret 220/97, de 14 de febrer	Crea i regula l'obtenció del títol oficial d'especialista en radiofísica hospitalària
Psicologia	Reial decret 2490/98, de 20 de novembre	Crea i regula el títol oficial de psicòleg especialista en psicologia clínica
Química, Biologia i Bioquímica	Reial decret 1163/2002, de 8 de novembre	Crea i regula les especialitats sanitàries per a químics, biòlegs i bioquímics

12 Al·lèrgologia, Anàlisis clíniques, Anatomia patològica, Anestesiologia i reanimació, Angiologia i cirurgia vascular, Aparell digestiu, Bioquímica clínica, Cardiologia, Cirurgia cardiovascular, Cirurgia general i aparell digestiu, Cirurgia oral i maxil·lofacial, Cirurgia ortopèdica i traumatologia, Cirurgia pediàtrica, Cirurgia plàstica, estètica i reparadora, Cirurgia toràcica, Dermatologia medicoquirúrgica i venereologia, Endocrinologia i nutrició, Farmacologia clínica, Geriatria, Hematologia i hemoteràpia, Immunologia, Medicina física i rehabilitació, Medicina intensiva, Medicina interna, Medicina nuclear, Microbiologia i parasitologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurofisiologia clínica, Neurologia, Obstetrícia i ginecologia, Oftalmologia, Oncologia mèdica, Oncologia radioteràpica, Otorinolaringologia, Pediatria i àrees específiques, Pneumologia, Psiquiatria, Radiodiagnòstic, Radiofarmàcia, Radiofísica hospitalària, Reumatologia i Urologia.

13 Medicina de família i comunitària, Medicina preventiva i salut pública i Medicina del treball.

14 Estomatologia, Hidrologia mèdica, Medicina de l'educació física i l'esport i Medicina legal i forense.

15 Anàlisis clíniques, Bioquímica clínica, Farmàcia hospitalària i Microbiologia i parasitologia.

16 Anàlisis i control de medicaments i drogues, Farmàcia industrial i galènica, Farmacologia experimental, Microbiologia industrial, Nutrició i dietètica, Radiofarmàcia, Sanitat ambiental i salut pública i Toxicologia experimental i analítica.

## Especialitats mèdiques

Hi ha reconegudes legalment cinquanta-dues especialitats mèdiques, que es distribueixen en tres grans grups, segons si requereixen o no bàsicament formació hospitalària. Els metges de les especialitats del primer i segon grups (les que requereixen bàsicament formació hospitalària i les que no requereixen bàsicament formació hospitalària) es formen pel sistema de residència.

Segons l'article 4 del Reial decret 127/1984, d'11 de gener, són metges residents aquells que per obtenir el seu títol de metge especialista són en un centre o unitat docent acreditats durant un període limitat en el temps, de pràctica professional programada i supervisada, amb la finalitat d'assolir progressivament els coneixements i la responsabilitat professional necessaris per exercir la seva especialitat amb eficiència. Aquests metges en formació adquireixen els coneixements corresponents en l'àmbit sanitari i subscriuen un contracte laboral amb el centre sanitari on han sol·licitat i obtingut la plaça de metge especialista en formació.

Els metges del grup tercer (especialitats que no requereixen formació hospitalària) es formen com a alumnes en unitats docents acreditades de l'àmbit universitari.

## *Especialitzacions farmacèutiques*

Hi ha dotze especialitzacions farmacèutiques que es divideixen en dos grups segons si requereixen bàsicament o no formació hospitalària. El Reial decret 2708/1982, de 15 d'octubre, preveu en l'article 5 que els farmacèutics del primer grup d'especialitzacions es puguin formar pel sistema de residència –igual que els metges–, com a alumnes d'escoles professionals de facultats de farmàcia o com a titulats en formació en centres i institucions públiques o privades acreditades, si bé en la pràctica el sistema de formació és el de residència. Els farmacèutics de les especialitzacions del segon grup, segons el Reial decret, es formen en centres i institucions acreditades i en escoles professionals reconegudes. Sis especialitzacions d'aquest segon grup no han estat fins al moment desenvolupades: Farmacologia experimental, Microbiologia industrial, Nutrició i dietètica, Sanitat ambiental i salut pública, Tecnologia i higiene alimentària i Toxicologia experimental i analítica.

## *Radiofísics hospitalaris, psicòlegs clínics, biòlegs i químics*

La normativa reconeix també com a títols oficials d'especialistes en l'àmbit sanitari el de Radiofísica hospitalària, al qual poden accedir els llicenciats en física i ciències físiques, el de Psicologia clínica, al qual poden accedir els llicenciats en Psicologia, Filosofia i ciències de l'educació (secció Psicologia), Filosofia i lletres (secció Psicologia o divisió Filosofia i ciències de l'educació, i els de les especialitats sanitàries per a biòlegs, químics, bioquímics. Aquests especialistes es formen pel sistema de residència.

La disposició addicional de l'Ordre de 27 de juny de 1989, que regula l'accés a places de formació sanitària especialitzada, preveu que serà d'aplicació tot el procés de selecció i accés a places de formació sanitària en aquelles places que el Ministeri de Sanitat i Consum pogués convocar per a altres llicenciats universitaris.

En el quadre 13 es relacionen les especialitats de titulats superiors que es formen pel sistema de residència, i s'hi assenyalen els anys de durada dels programes formatius corresponents, així com també les titulacions que hi poden accedir.

**Quadre 13. Especialitats per a titulats superiors en què la formació es realitza pel sistema de residència**

Especialitats	MIR	FIR	QIR	BIR	Altres
Al·lèrgologia					
Anàlisis clíniques					
Anatomia patològica					
Anestesiologia i reanimació					
Angiologia i cirurgia vascular					
Aparell digestiu					
Bioquímica clínica					
Cardiologia					
Cirurgia cardiovascular					
Cirurgia general i aparell digestiu					
Cirurgia oral i maxil·lofacial					
Cirurgia ortopèdica i traumatologia					
Cirurgia pediàtrica					
Cirurgia plàstica, estètica i reparadora					
Cirurgia toràcica					
Dermatologia medicoquirúrgica i venereologia					
Endocrinologia i nutrició					
Farmàcia hospitalària					
Farmacologia clínica					
Geriatría					
Hematologia i hemoteràpia					
Immunologia					
Medicina de família i comunitària					
Medicina del treball*					
Medicina física i rehabilitació					
Medicina intensiva					
Medicina interna					
Medicina nuclear					
Medicina preventiva i salut pública					
Microbiologia i parasitologia					
Nefrologia					
Neurocirurgia					
Neurofisiologia clínica					
Neurologia					
Obstetrícia i ginecologia					
Oftalmologia					
Oncologia mèdica					
Oncologia radioteràpica					
Otorinolaringologia					
Pediatria i àrees específiques					
Pneumologia					
Psicologia clínica					
Psiquiatria					
Radiodiagnòstic					
Radiofarmàcia					
Radiofísica hospitalària					
Reumatologia					
Urologia					

\* Reial decret de 7 de febrer de 2003 (BOE núm. 39, de 14 febrer de 2003).

Especialitats de 2 anys
  Especialitats de 3 anys
  Especialitats de 4 anys
  Especialitats de 5 anys

MIR: metges interns residents.

FIR: farmacèutics interns residents.

BIR: biòlegs interns residents.

QIR: químics interns residents.

PIR: psicòlegs interns residents.

FER: físics interns residents.

## Especialitats d'infermeria

El Reial decret 992/1987, de 3 de juliol, crea set especialitats d'infermeria, de les quals, fins ara, només se n'han desplegat dues: infermeria obstetricoginecològica (llevadores) i de salut mental (quadre 14). El programa formatiu de les especialitats d'infermeria es desenvolupa també pel sistema de residència.

En el cas de les especialitats d'infermeria, l'àmbit universitari col·labora amb l'àmbit sanitari a diferència del que succeeix amb les especialitats de titulats superiors, ja que la normativa preveu la necessària participació de les escoles universitàries d'infermeria en la formació, bé com a entitats titulars de la unitat docent o com a entitats col·laboradores.

### Quadre 14. Especialitats sanitàries d'infermeria

Infermeria	Durada
Llevadores	2 anys
Salut mental	1 any

### La formació contínua o desenvolupament professional continuat

En el *continuum* educatiu dels professionals, aquest és el cicle de més durada (almenys 35 anys), el que demanda més esforç individual, el que segurament té més conseqüències sobre la realitat del treball en entorns de canvi accelerat i el menys regulat de tots. El concepte de formació contínua s'engloba dins d'un altre de més ampli: el desenvolupament professional continuat (DPC). La formació contínua és una part important del DPC que li dona sentit per tal com és un instrument per a la millora de l'actuació professional.

Els professionals sanitaris, com la resta, necessiten actualitzar permanentment la seva competència amb relació als canvis organitzatius i de funcions i als progressos científics i tècnics, d'acord amb estratègies de desenvolupament professional continu. Una societat cada vegada més informada i exigent els demana un exercici de la màxima qualitat possible en cada moment.

Cal tenir en compte la conveniència de consensuar sistemes d'acreditació no solament d'activitats, sinó també de centres proveïdors i individual dels professionals. L'acreditació individual dels professionals és un aspecte relacionat amb la construcció de les carreres professionals.

Els responsables del finançament i de la gestió de les empreses sanitàries de serveis han d'eleva la prioritziació de les despeses en formació i enfocar-les com una veritable inversió en els seus recursos humans, inversió que s'ha de comprovar si es tradueix en millores efectives de les actuacions dels professionals.

Cal també potenciar metodologies d'aprenentatge dirigides a la millora dels components d'habilitats i actituds de la competència professional i deixar de centrar els programes docents exclusivament en activitats que incideixen principalment sobre l'àmbit dels coneixements. En definitiva, cal prioritzar mètodes de formació actius i globals i no oblidar que el nucli de la formació continuada radica en l'autoaprenentatge i en la formació en servei.

Les modernes estratègies de desenvolupament professional continu ens han de permetre progressar en el disseny personalitzat de les trajectòries possibles de cada persona en el context de l'empresa en què treballa i anar substituint progressivament els models clàssics de carreres professionals idèntiques per a tots els components d'un mateix grup.

La certificació inicial i recertificació periòdica de la competència professional és un element de la major importància per a la garantia social de la qualitat de les actuacions. Les administracions i les organitzacions professionals s'han de dotar d'aquests tipus d'instruments si volen complir els seus deures amb la societat que serveixen. En el nostre país encara no tenim desenvolupats els procediments per aconseguir la seva implantació i cal generar un canvi cultural progressiu dels polítics, gestors i professionals, mitjançant decisions polítiques i legislatives.

Des d'una perspectiva metodològica, els procediments de certificació i recertificació, a més de valorar adequadament les activitats de formació continuada realitzades pel professional, han de permetre l'anàlisi de la pràctica real combinant diversos mètodes (simulacions, ECOE, videogravacions, *selfaudits*, observació directa de la pràctica, anàlisis de l'organització i continguts de la pràctica) i donant més prioritat a uns o altres d'acord amb el tipus d'especialitat del professional avaluat.

La creació en l'àmbit català d'una Agència d'Avaluació de les Professions Sanitàries seria una iniciativa que podria incidir ben clarament en aquests tipus de processos de certificació i recertificació, i es professionalitzaria els equips encarregats dels seus disseny i implantació.

### 4.3 El desenvolupament i la gestió

Les polítiques de recursos humans s'han d'orientar cap al desenvolupament dels professionals dins les organitzacions sanitàries. Cal superar la concepció clàssica de la gestió de recursos humans i arribar a convertir-la en una altra mena de gestió del lideratge, d'uns "recursos" que no són inerts i dels quals es necessita la voluntat, la intel·ligència i el coneixement.

En el marc de la gestió és on es pot trobar la possibilitat d'identificar els components limitadors del canvi necessari i les millors solucions possibles en qüestions com els processos de reclutament, l'avaluació de l'actuació, el desplegament de les carreres professionals.

L'adequada gestió dels recursos humans per a un eficient desenvolupament dels professionals requereix disposar de marcs normatius que permetin el reconeixement del valor afegit que aporta cadascun dels professionals en l'exercici de la seva funció. Tradicionalment, els sistemes de reconeixement s'han fonamentat en el temps de servei prestat i en la pertinença a un grup professional o jeràrquic, però no sempre han tingut en compte el rendiment de l'actuació personal, el valor afegit.

L'organització del treball és necessària per poder portar a terme les tasques en sistemes complexos, com són les organitzacions sanitàries. Es necessita l'adopció d'una política organitzativa que es fonamenti en l'anàlisi de com el sistema de treball emprà els recursos humans, financers, estructurals, tècnics i informatius per fer allò que li toca fer. L'èxit o el fracàs de les organitzacions de serveis depèn de l'efectivitat i eficiència de les actuacions dels seus professionals.

Cal una migració cultural important per retrobar les funcions de cadascú en les organitzacions sanitàries, empreses de coneixement per excel·lència, en les quals els professionals recuperin la seva influència fins al punt de fer-les emigrar de la seva actual ubicació d'"empreses amb professionals" a una altra d'"empreses de professionals".

La gestió del desenvolupament dels professionals necessita tenir en compte, almenys, els quatre components següents:

- a) *Lideratge*, per aconseguir involucrar els professionals en la identificació dels objectius organitzacionals i en l'elaboració de les estratègies per aconseguir-los, en el compromís en el monitoratge de les seves tasques i en el reconeixement dels errors com a font d'aprenentatge i millora.
- b) *Processos de selecció dels professionals*, que garanteixin l'adequació persona/lloc, amb processos més individualitzats i predictius de les capacitats.
- c) *Desenvolupament professional*, per millorar el funcionament de les organitzacions mitjançant l'actuació professional competent. Cal un esforç sistemàtic i sostingut per incrementar els estàndards de l'actuació professional als nivells que requereix l'organització. S'ha de tenir en compte que, amb el pas del temps, els coneixements i les habilitats que no s'utilitzen freqüentment es deterioren i que amb l'adquisició de rutines es poden deixar d'actualitzar les maneres d'actuar davant de noves necessitats. Aquests desajusts només es poden corregir revisant i reforçant el que en el seu dia es va aprendre, així com també posant al dia els coneixements i les habilitats prèviament adquirides. Aquest és el nucli que justifica la formació contínua en el marc d'una política escaient per al desenvolupament professional. Aquesta política no tan sols té àmbits d'aplicació en la gestió dels recursos humans de les organitzacions, sinó que necessita un marc general que la faciliti (tal com podria ser el seu reconeixement en l'aplicació de les carreres professionals). Els elements per al desenvolupament professional més rellevants serien l'existència d'un marc de política de personal, el desenvolupament de les carreres professionals, l'avaluació de l'actuació professional, el suport a les necessitats (*counselling*) i la formació contínua.

L'avaluació de l'actuació es diferencia de l'avaluació de les competències (o de les capacitats) en el fet que es realitza sobre la realitat de les tasques diàries en la mateixa organització prenent com a referència la descripció del lloc de treball i els objectius individuals que han d'haver estat prèviament establerts. Quan es troben discrepàncies entre les expectatives i l'actuació es fa necessària una funció supervisora de tipus *counselling*, formació contínua apropiada o millores en les condicions de treball. Cal tenir en compte, però, que si l'avaluació de l'actuació no està vinculada a mesures de suport correctores, de reconeixement relacionat amb la carrera professional o d'altre tipus, acabarà convertint-se en un procés burocràtic sense cap transcendència i que consumirà temps i recursos.

*Relacions entre gestors i professionals*, enteses en el manteniment de l'equilibri entre la preocupació per les persones i per la productivitat de l'organització. Els gestors han de decidir el grau de delegació de tasques que volen assolir, com han de mantenir la disciplina, fins on poden avançar en la gestió participativa i com han d'afrontar els conflictes. Els components essencials en les relacions entre gestors i professionals són els estils de gestió (gestió participativa), les expectatives dels professionals, la manera de delegar, supervisar i disciplinar, i les maneres de negociar i resoldre els conflictes.

Les quatre àrees funcionals esmentades (lideratge, processos de selecció, desenvolupament professional i relacions entre la gestió i els professionals) poden ser relacionades amb els fluxos de personal, els sistemes de reconeixement, l'organització del treball i la influència dels professionals.



**Quadre 15. Relació entre les àrees funcionals i els fluxos de personal**

<b>Organització del treball</b>	<p><b>LIDERATGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixació d'objectius</li> <li>• Comunicació</li> <li>• Desenvolupament d'esperit d'equip</li> <li>• Motivació (satisfacció en el treball)</li> </ul>
<b>Fluxos de personal</b>	<p><b>PROCESSOS D'OCUPACIÓ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de plantilles necessàries</li> <li>• Reclutament, selecció i inducció</li> <li>• Garantia de qualitat</li> </ul>
<b>Sistemes de reconeixement</b>	<p><b>DESENVOLUPAMENT PROFESSIONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polítiques de personal</li> <li>• Carrera professional</li> <li>• Avaluació de l'actuació</li> <li>• Formació continuada</li> </ul>
<b>Influència dels professionals</b>	<p><b>RELACIONS GESTIÓ/PROFESSIONALS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estils de gestió</li> <li>• Expectatives dels professionals</li> <li>• Delegació i disciplina</li> <li>• Gestió participativa</li> <li>• Resolució de conflictes</li> </ul>

Font: "Health Manpower Management Systems". Organització Mundial de la Salut. HMD/MPM/EC/87.3 pàg. 25.

La gestió dels recursos humans està fortament influenciada per la cultura de l'entorn social i no és possible coordinar les accions dels professionals sense entendre'n els valors i les creences. En les darreres dècades, s'ha fet evident que les habilitats per gestionar són específiques de cada cultura i que no sempre són transferibles. Tot i que sembli que les institucions, els marcs legals, els sistemes educatius i les normes laborals siguin comunes, no ho són les sensibilitats, les simbologies i alguns valors, les formes de pensament (emocional), les experiències viscudes i com s'han interpretat, i les maneres d'actuar i reaccionar.

Els sistemes culturals són molt complexos i cal entendre quins són els elements comuns que conformen la nostra cultura i que afecten les conductes. Estudis comparatius interculturals han posat de manifest quatre dimensions o eixos que en la terminologia de Hofstede\* serien: (1) individualisme *versus* col·lectivisme, (2) les distàncies amb el poder, (3) l'evitació de la incertesa i (4) masculinitat *versus* feminitat.

\* HOFSTEDE, G. *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Sages Publications, 1980.

Les organitzacions sanitàries, per aconseguir un disseny organitzatiu on actuïn integradament els professionals, han de ser capaces d'incorporar els següents trets organitzatius:

- Establir un principi d'autoritat tot reconeixent la individualitat dels seus professionals.
- Ajustar el nombre de professionals a l'organització.
- Explicitar les finalitats dels procediments.
- Tenir capacitat d'adaptació. Les organitzacions sanitàries s'han d'adaptar a canvis tecnològics i socials que s'esdevenen cada cop més ràpidament, cosa que obliga a migrar dels dissenys organitzatius en els quals els professionals tenen un paper tècnic amb responsabilitats ben definides i estretes cap a uns altres en els quals els papers que se'ls atorga són de caire més general, amb més delegació de capacitat de decisió i més responsabilitat compartida. Es tracta d'un procés de descentralització d'autoritat i d'estil de direcció pel qual es passa, de la coerció del comandament i la submissió a la norma, a la persuasió i al consens per al lideratge.
- Lideratge. Les organitzacions de professionals hauran de substituir la concepció de l'autoritat de les burocràcies jerarquitzades per la del lideratge.
- Orientació al client. Les organitzacions han d'ajustar la qualitat dels seus productes i serveis a les expectatives dels clients. En les sanitàries això vol dir donar serveis amb la qualitat esperada (amb les característiques sense les quals la satisfacció decreix ràpidament) i amb qualitats atractives (aquelles que quan apareixen s'incrementa molt la satisfacció). La qualitat tècnica que permet obtenir els resultats desitjats són característiques esperades.
- Compromís. L'èxit de les organitzacions depèn del grau de compromís i dels seus professionals amb les tasques que fan per assolir els seus objectius. L'explicitació dels objectius, el suport formatiu, el reconeixement de les contribucions, la participació en els processos de presa de decisió, la promoció en les carreres professionals i una comunicació transparent i lliure, són eines que ajuden a obtenir el compromís dels professionals.
- El control i l'autonomia. És necessari arribar a un equilibri entre el control necessari i l'autonomia que caracteritza el treball dels professionals i que se sustenta en la discrecionalitat del judici clínic. Aquesta llibertat del professional va lligada a la seva responsabilitat (clínica) i comporta limitacions que s'expressen per mitjà de sistemes de control (de qualitat) que requereixen l'establiment de criteris i estàndards. Els criteris i estàndards són patrimoni de les professions. Els grups professionals són els responsables d'establir què és rellevant i quins són els marges de variabilitat acceptable. Els sistemes de gestió que pretenguin mantenir uns mecanismes de control centralitzats no podran adaptar-se al canvi mitjançant el compromís responsable dels seus professionals. Cal fer un gran esforç perquè els professionals contribueixin a la identificació dels criteris i a l'establiment dels estàndards dins dels quals l'actuació professional podrà considerar-se acceptable.
- Compliment dels objectius. Les organitzacions han de revisar periòdicament els seus objectius i les estratègies per complir-los, així com també el grau d'acompliment assolit. L'excel·lència de l'organització comença amb aquests elements: fer el que es proposa fer i fer-ho bé, veure si ha de fer quelcom que no s'està fent i capacitar-se per poder-ho fer bé. Això implica claredat en els objectius i conèixer els resultats obtinguts.
- Capacitat d'innovació. La cultura que fomenta la innovació es fonamenta a estimular la curiositat natural del personal i a no crear barreres al canvi. Innovació no vol dir solament ser al capdavant de la nova tecnologia sinó també ser en la recerca de com fer millor les coses.
- Integritat. Es tracta d'un valor intangible de servei a la societat i als seus individus. En una organització aquest valor incorpora l'honestedat i la justícia en el tracte als empleats i als clients.

# LA PERCEPCIÓ CIUTADANA

5





### 5.1 La veu de la ciutadania\*

Un dels criteris bàsics que orienta l'LPBS és situar el ciutadà i les seves necessitats de salut i expectatives com un eix central. Els ciutadans en general i els usuaris dels serveis sanitaris són sovint convidats a manifestar les seves opinió i satisfacció mitjançant enquestes d'opinió i altres tipus d'estudis, una pràctica habitual utilitzada com a mètode per a la detecció de necessitats i d'avaluació i també com a mecanisme de participació. A Catalunya es disposa de la informació que aporten estudis d'opinió i satisfacció duts a terme amb metodologies diverses.

Amb la finalitat d'aprofundir en el coneixement de quina és la percepció que té el ciutadà/usuari dels professionals sanitaris i de disposar d'elements per orientar les propostes i recomanacions de l'LBPS, s'ha dut a terme una recerca qualitativa amb els objectius següents:

- explorar, analitzar i identificar els valors i qualitats que els ciutadans esperen trobar en els professionals sanitaris,
- identificar els elements i aspectes que poden contribuir a la redefinició d'un nou contracte social entre els professionals i els ciutadans, i
- incorporar la participació ciutadana al procés d'elaboració de l'LBPS.

La posició qualitativa aborda les diferents formes d'interacció grupal que s'estableixen en un espai social concret, tant des del punt de vista de la consideració de les relacions derivades de la seva estructura organitzacional i institucional com des de la seva percepció de les relacions en la vida social. La metodologia emprada pretén explorar els discursos dels ciutadans participants utilitzant com a tècniques els grups de discussió i entrevistes en profunditat.

El grup de discussió pretén reproduir en situacions relativament pautades una vivència quotidiana col·lectiva en una sèrie de temes especialment seleccionats segons un guió que sorgeix d'una pregunta prèvia a la constitució del grup. El seu objectiu fonamental és l'estudi de les representacions socials (sistemes de normes i valors, imatges associades a institucions, col·lectius o objectes, tòpics, etc.) que sorgeixen a partir de la discussió entre els seus membres.

Per a la selecció dels participants en els grups de discussió s'ha utilitzat la tècnica anomenada "bola de neu", que permet escollir els participants mitjançant tercers. Es van considerar l'edat, el sexe i l'ocupació com a criteris de selecció. Es van constituir cinc grups de discussió i en total van participar-hi quaranta-vuit persones.

\* "Els ciutadans i les professions sanitàries. Cap a un nou contracte social", recerca realitzada dins el projecte d'elaboració de l'LBPS. Barcelona, juliol de 2002. (Vegeu l'annex V.)

L'entrevista és una de les altres tècniques qualitatives que estan prenent més rellevància en l'estudi de la realitat social. L'entrevista no és altra cosa que una tècnica per obtenir informació mitjançant la conversa amb una o diverses persones per a l'estudi analític d'investigació.

En l'entrevista en profunditat la persona entrevistada transmet la seva definició personal de la situació. És especialment interessant per determinar discursos dels individus i dels grups socials als quals pertany, ja que l'individu entrevistat els utilitza per formular avaluacions sobre si mateix i sobre els altres. Es tracta aleshores d'una funció perceptiva i comparativa, en què es dóna la paraula a un individu immers en processos complexos d'interacció social.

Per a la realització de les entrevistes van ser seleccionades dotze persones considerades clau com a líders d'opinió. Es pretenia conèixer la percepció, l'experiència i el coneixement que tenien sobre la relació entre els professionals sanitaris en la seva pràctica quotidiana i els ciutadans i usuaris. Es va optar per realitzar entrevistes obertes, per tal de respectar el discurs de l'entrevistat, seguint un guió de referència.

Tant les sessions dels grups de discussió com les entrevistes van ser enregistrades i transcrites literalment per ser analitzades posteriorment, cosa que ha permès identificar els trets rellevants de l'experiència, la percepció i les expectatives del ciutadà en la seva relació amb els professionals i per extensió amb el sistema sanitari.

#### La necessitat d'un nou contracte social entre les professions sanitàries i la ciutadania

Les opinions expressades pels participants han permès identificar els trets rellevants de les seves experiències, percepcions i expectatives pel que fa als professionals sanitaris i, per extensió, al sistema sanitari, i que coincideixen amb el que els autors manifesten que s'esdevé en el nostre entorn, en el qual les expectatives de la societat i les de la professió han divergit i un buit ha crescut entre la medicina i la societat que serveix. És per això anterior que es fa necessari redefinir un nou marc de relació entre tots els agents implicats en el manteniment i la millora de la salut: institucions, professionals, ciutadans i polítics.

D'aquest estudi es poden extreure aspectes que són rellevants i que es considera que caldria tenir en compte en la redefinició del nou contracte social entre les professions sanitàries i la ciutadania, i que s'han articulats al voltant dels eixos següents:

- Debat social sobre la salut, la malaltia i l'entorn sanitari
- L'atenció a la salut: els actors i les seves relacions
- El dilema: el professional entre l'organització i el ciutadà
- La relació entre el professional i el pacient
- L'equilibri entre el que rep l'usuari i les seves necessitats i expectatives
- Les competències del professional sanitari en el futur

### **La salut, la malaltia i les professions sanitàries en la nostra cultura**

Els valors socioeconòmics i culturals condicionen la visió de la salut i de la malaltia i com la societat s'organitza davant les necessitats de salut. Els valors predominants s'emmarquen en un entorn hedonista, en què el dolor, la malaltia i la mort costen d'acceptar. Tots pensàvem, professionals i pacients, que el personal sanitari estava entrenat per curar i resoldre-ho tot amb les noves tecnologies, igual que creïem que el creixement infinit era possible i ara sabem que no, que el creixement té límits.

En l'estat de benestar, el ciutadà espera del sistema sanitari la capacitat d'afrontar i resoldre la major part dels problemes sense limitacions de coneixements ni de recursos. A Europa la majoria dels ciutadans estima que els poders públics no poden deixar-los desamparats quan es troben en situació de malaltia o discapacitat. Solidaritat, equitat i eficiència són els tres valors socials sobre els quals es construeix l'actual sistema sanitari. L'atenció a la salut és considerada un dels pilars fonamentals de l'estat de benestar.

Tradicionalment en la nostra cultura, el professional de la sanitat ha gaudit d'un prestigi social elevat, atesa la capacitat que se li atribueix de guarir gràcies a uns coneixements molt específics amb el suport de la tecnologia que té a l'abast. Abans, als professionals, se'ls atorgava prestigi, estatuts i recompensa econòmica tot assumint que organitzarien les seves vides d'acord amb els conceptes de servei i altruisme, i que s'adreçarien a les principals preocupacions de la societat. Aquesta situació sembla que està evolucionant i canviant. Actualment, els professionals sanitaris estan sotmesos a fortes tensions laborals i professionals, que la ciutadania percep i que ahora comporten sovint situacions de desmotivació. El procés de socialització i proletarització al qual es troben abocats provoca també insatisfacció i sentiment de pèrdua de llibertat professional ahora que veuen també minvat el seu prestigi social.

Es veu el professional no solament com a individu, sinó també com a corporació, i es considera que la mateixa corporació professional ha de ser capaç d'introduir canvis: obertura cap a l'exterior, més diàleg, acceptació de posicions més simètriques, introducció d'elements que humanitzin més l'atenció mèdica. Si no, pot passar que la seva vulnerabilitat com a professió augmenti. Pel que fa al col·lectiu mèdic, es considera que la independència professional no és un privilegi sinó un dret, que cal assegurar mitjançant l'autoregulació en el marc d'un nou contracte de la medicina amb la societat.

Entre el conjunt de professionals, el metge apareix com la figura central en l'atenció a la salut, puntal bàsic de la relació de l'usuari amb el sistema sanitari, molt gelós dels seus privilegis, i es considera que ha mantingut un estatus de corporació professional tancada. Solament els metges poden oferir un tipus determinat de béns i serveis, protegits de la competència per la llei. Sovint aquest corporativisme és viscut pels usuaris com un mecanisme de defensa davant l'exterior i davant de possibles errors i reclamacions. Altres figures com les infermeres ocupen posicions menys rellevants en termes de prestigi, encara que la seva activitat sigui igualment important en la relació entre el professional i el pacient.

En l'imaginari social, les institucions sanitàries apareixen com un món despersonalitzat, amb uns serveis massificats i, si bé hi ha la consciència que existeix una gran demanda i que els recursos no són il·limitats, aquesta consciència es perd en cas de malaltia, individualment o familiarment: l'usuari vol que el guareixin, sense limitacions ni consideracions de cap tipus.

Es considera imprescindible un ampli debat social sobre la salut i els límits del sistema sanitari impulsat pels poders polítics, i que en aquest procés els ciutadans haurien de tenir un paper rellevant ja que el binomi salut-malaltia és un aspecte que determina la seva qualitat de vida. Si no s'avança en aquesta línia és difícil saber què es pot esperar de les professions sanitàries

i d'altres temes com són la responsabilitat del mateix ciutadà respecte de la seva salut, la despesa sanitària, el nombre de proves, les expectatives dels ciutadans, etc. Discutir sobre sanitat és discutir sobre sistemes de valors que poden ser compartits o no per diferents capes de professió.

S'apunta que una de les claus del canvi en les relacions de futur vindrà del fet que els ciutadans estaran més informats, especialment les noves generacions. Seran més coresponsables a tenir cura de la pròpia salut i, per tant, tindran expectatives més reals, però també el nivell d'exigència i de crítica serà més elevat i reclamaran que els professionals responguin amb rapidesa i immediatesa a les seves demandes. També la utilització de les noves tecnologies marcarà un canvi en les relacions. Es constata, però, que, avui per avui, aquests recursos tecnològics com ara Internet i la telemedicina encara són quelcom llunyà i sembla que no agrada que la tecnologia substitueixi el que es considera essencial en la relació amb el metge: el contacte personal i directe.

### *L'atenció a la salut: els actors i les seves relacions*

#### *Repartiment de la responsabilitat: institucions, professionals i ciutadans*

L'entramat de relacions, responsabilitats i expectatives que es donen en el triangle tradicional, constituït pels professionals, les institucions i els ciutadans, es fonamenta en els rols que els són propis: els professionals sanitaris desenvolupen fonamentalment tasques assistencials, els gestors de les organitzacions han de garantir el funcionament eficient de la institució i avaluar-ne els resultats, i els usuaris es veuen a si mateixos com a consumidors de serveis sanitaris, més que com a receptors passius de decisions clíniques autoritàries, i estan redefinint la seva posició com a ciutadans de l'estat de benestar.

Els ciutadans observen que dins les institucions sanitàries els metges estan perdent en part el seu estatus, tot i que intentin mantenir internament el sentiment de corporació. Hi ha qui opina que el primer conflicte no es produeix tant amb els usuaris de la sanitat com entre els professionals i els gestors del sistema, i per extensió els polítics, que intenten d'alguna manera controlar, limitar i reduir el marge d'autonomia d'aquest sector, cosa que és contestada pels metges argumentant pèrdua de qualitat assistencial.

S'identifica l'existència de discursos diferents: els gerents parlen d'eficiència i els professionals d'efectivitat. És com si els gerents no volguessin parlar d'efectivitat, ni els professionals d'eficiència. Es pensa que el que està passant és que les organitzacions han substituït la implicació pel control: hi ha certa por a la discrecionalitat del professional i és més fàcil actuar per control que per compromís. D'altra banda, els gestors reconeixen que els professionals treballen a les institucions perquè la professió mateixa els motiva i perquè valoren el fet de ser reconeguts professionalment ja que el que compta no és solament el reconeixement econòmic.

Els ciutadans són cada cop més membres actius, informats i exigents i amb voluntat d'assumir la seva quota de responsabilitat. Aquesta afirmació, però, cal matisar-la. Sembla que no es pot parlar del "ciutadà" en singular, sinó de diferents tipus de ciutadans segons la informació de què disposen, la informació de què poden i volen disposar i la informació que esperen rebre del professional sanitari.

El metge vol curar, el gestor vol gestionar eficientment i el ciutadà vol veure satisfetes les seves demandes i expectatives, i sovint no hi ha una definició compartida sobre el que hauria de ser el procés assistencial.

Els ciutadans reconeixen el treball en equip i les relacions de poder que es donen entre els diferents professionals, que es manifesten en la presa de decisions i en la seva transcendència en la relació assistencial. Sembla, però, que no es qüestiona que el responsable és el metge. Tenen



una percepció negativa quan en els equips es dilueixen les responsabilitats i els membres que els integren no afronten les situacions que els pertoca. Es percep també el grau d'acceptació, comoditat, reflexió, interiorització de les mesures que cal prendre en un equip que funciona i que això repercuteix positivament en el procés assistencial.

S'identifiquen diverses relacions en què la capacitat per decidir el que s'ha de fer no es produeix per diàleg entre actors, sinó per determinació d'un d'ells sobre els altres, i s'estableix una divisió entre els que decideixen i els que executen. Als metges, se'ls atorga un rol central en el procés d'assistència sanitària, fan el diagnòstic i estableixen el tractament, decisions que són molt valorades pels pacients. Als professionals d'infermeria, se'ls atribueix el rol de cuidadors, de suport i d'execució de les decisions dels metges, més accessibles i a través dels quals moltes vegades es canalitzen les demandes, sobretot en l'àmbit hospitalari.

En el futur, el ciutadà hauria de ser conscient dels seus drets i deures, i assumir la seva quota de responsabilitat com a consumidor de serveis sanitaris, el professional hauria de donar una major consideració a la transcendència econòmica de les decisions clíniques i el gestor hauria de fer-se conscient que existeixen certs valors que no es poden mesurar en termes exclusivament d'eficiència. Les organitzacions haurien de facilitar als professionals els instruments i les eines perquè puguin fer la seva tasca, ja que si l'organització no és capaç de donar resposta els conflictes s'eternitzen i causen frustració entre els professionals. Cada col·lectiu ha d'introduir canvis des de la seva corporació dirigits a acceptar que hi ha altres actors en la dinàmica sanitària i que, per al bon funcionament del sistema sanitari, s'han de tenir en compte.

### *El dilema: el professional entre l'organització i el ciutadà*

#### **Conflicte entre l'organització i el professional**

Hi ha la percepció que els professionals sanitaris (metges especialment) es troben "atrapats" entre el que se n'espera socialment (la prestació de serveis sanitaris) i les exigències de l'organització sanitària (bons estàndards de pràctica clínica i eficiència), i aquesta situació de conflicte genera angoixa i frustració entre els professionals. El professional ha de prioritzar l'assistència més important i/o urgent a causa de les limitacions organitzatives i de recursos, i no sent escoltat o prou considerat per l'organització. Sovint les organitzacions no són sensibles a les necessitats que plantegen els professionals.

Els professionals es troben pinçats entre les expectatives de l'usuari, les limitacions que imposa l'organització i el seu judici clínic. A més, davant de les limitacions existents i la manca d'informació que hauria d'arribar a l'usuari per altres vies, el professional es converteix en el rostre visible del sistema i en el qual reverteixen les exigències dels usuaris.

Es fa palès que el ciutadà identifica molt bé els diferents àmbits de responsabilitat: l'organització amb els aspectes organitzatius i de recursos i el professional amb el procés assistencial. El ciutadà considera que no és el professional assistencial a qui pertoca traslladar informació sobre les limitacions o els aspectes organitzatius que condicionen les seves demandes i això fa que en molts casos el desculpabilitzin. No obstant això, com que no hi ha altres opcions, és sobre el professional sobre qui es descarreguen les queixes.

Els professionals es troben davant el dilema d'aconseguir l'equilibri entre els interessos i els desitjos individuals dels pacients, d'una banda, i els requeriments de les organitzacions i les necessitats de la comunitat, de l'altra. Aquesta mateixa dualitat de perspectives és aplicable a les administracions i als gestors de les organitzacions. Els responsables de les organitzacions no poden abandonar els professionals davant aquest dilema, ja que això no solament generaria un clima de treball inadequat, sinó que a més el sistema acabaria atrapat en l'economicisme més pur i dur. Cal, doncs, que tant l'Administració com els gestors de les organitzacions incorporin

a les seves identitats les preocupacions del dilema amb què conviuen els professionals. Amb la incapacitat de gestionar el desajust entre l'oferta i la demanda, tant per part de la burocràcia sanitària com dels polítics, el problema s'ha de resoldre dins de les organitzacions entre metges i gestors.

### *La relació entre el professional i el pacient*

#### *Figures i rols professionals. Característiques de la relació*

Les relacions entre ciutadans i professionals s'han de fonamentar en criteris de confiança avallada d'una banda per la qualitat tecnicoassistencial que proporcionen els estàndards de bona pràctica clínica i de l'altra en unes relacions interpersonals de respecte mutu; ambdós aspectes incideixen en el reforçament de l'efectivitat dels serveis sanitaris, ja que n'augmenten la qualitat tant des del vessant tècnic o objectiu com des de l'apreciació més subjectiva o percebuda per l'usuari. Tots dos components de la qualitat serveixen perquè el ciutadà faci una valoració qualitativa i quantitativa de les habilitats i els coneixements necessaris en un professional sanitari per donar resposta adient a les seves expectatives.

L'usuari expressa que qualitat tècnica i relació humana són ingredients clau per a una relació sanitària satisfactòria. El ciutadà reclama del professional no ser tractat solament des del punt de vista tècnic i professional, sinó des del punt de vista de relació humana en unes condicions adequades. Considera el metge capaç de fer un bon diagnòstic i tractar el problema de salut, però que no és fàcil arribar a establir-hi una relació de confiança.

Es percep una certa insatisfacció tant per part de la societat com dels professionals sanitaris. La relació entre metge i pacient pateix la pèrdua de confiança del ciutadà en el professional, conseqüència d'una ciutadania més ben informada, que demanda una major rendició de comptes, més transparència i més garantia de qualitat. La societat, però, ha de ser també conscient de les preocupacions dels professionals, ja que una professió desmoralitzada actua per sota de les seves capacitats i és incompatible amb el bon funcionament del sistema assistencial. S'apunta com a causa de la insatisfacció professional el trencament del contracte implícit entre metges i societat: l'orientació individual de la formació dels metges no encaixa amb les exigències dels actuals sistemes de salut; la reducció de l'autonomia professional i la necessària rendició de comptes en un entorn de control de costos; i la percepció de la pèrdua de confiança en les relacions amb els pacients i la societat.

Als metges se'ls atribueix el poder de curar, gairebé com una funció religiosa, des del punt de vista d'atribuir-los un poder que no tenen, però que calma l'ansietat de saber-se malalt. Per això sovint quan es frustren les expectatives o no poden aconseguir curar passen de déus a diables. S'assumeix que l'error mèdic és humà i una contingència inherent a la pràctica professional. El que no s'accepta és que no es reconegui l'error o s'intenti ocultar o obviar.

El fet de trobar-se malalt comporta una situació de vulnerabilitat, inquietud i incertesa que s'agreuja més o menys segons el tracte que es rep. En canvi, quan es rep informació, facilitada en el moment i amb el tracte adequats, es redueix l'angoixa i l'usuari viu el seu problema amb més tranquil·litat i confiança.

La demanda d'informació sobre el mateix procés assistencial o problema de salut és una de les qüestions que sorgeix amb més freqüència. La seva mancança s'atribueix, en part, a una actitud paternalista del professional, que tradueix el sentiment que la decisió li pertany exclusivament, i considera que el pacient no necessita o no és capaç de comprendre la informació. Aquest rol de metge porta implícit que el ciutadà és un agent desinformat. El ciutadà té, aleshores, un paper nul en la determinació del seu propi tractament. Però, en general, l'usuari reclama saber. S'espera no solament el guariment o la resolució del problema mèdic, sinó també

una explicació entenedora sobre el procés. La manca d'informació és un dels principals motius de queixa en la relació entre professional i pacient. La manca de tracte personalitzat i d'empatia, suplida moltes vegades per l'ús indiscriminat de l'alta tecnologia, l'ús del tuteig inadequat, la manca de respecte per la intimitat i la privacitat, la manca de temps i de seguiment, l'engany per part del pacient són vistos pels ciutadans com elements distorsionants de la relació.

La distància entre el metge i el pacient –l'autoritat i el control conflueixen en el primer– s'entén com una conseqüència inevitable de distància entre l'expert i el profà. S'accepta que la relació sanitària és una relació desigual en què una de les parts posseeix uns coneixements específics. S'apunta, però, que la clau d'una relació satisfactòria entre el metge i el pacient és reconèixer que també els pacients són experts: el metge té –hauria de tenir– coneixements sobre tècniques de diagnòstic, tractaments, prevenció..., i el pacient té els coneixements sobre la seva pròpia experiència davant la malaltia, sobre les seves circumstàncies socials, conductes, actituds i preferències. Ambdós àmbits de coneixement són necessaris per poder encarar un problema de salut i ambdues parts han d'estar predisposades a compartir la informació i prendre les decisions conjuntament.

Per a d'altres, la relació de confiança s'equipara a una relació "entre iguals": és el que s'entén per simetria en la relació. La igualtat no es pot pretendre mai des del punt de vista de coneixements científics (en aquesta tessitura, no seria mai possible la simetria), sinó des del punt de vista d'assumpció de responsabilitat i de capacitat de decisió davant el tractament o els diversos tractaments. El professional sanitari és qui finalment sempre executa: aquesta execució, però, varia molt si la fa directament o amb consulta prèvia i amb respecte per la decisió del ciutadà. Sembla que la informació és l'aspecte clau. El coneixement tècnic és del metge, les preferències, del pacient. El que es proposa i es debat és una transformació en la relació entre metge i pacient en termes de participació mútua. Es considera desitjable tendir cap a una major simetria en la relació, que el malalt aprengui del metge i el metge del malalt, de manera que el metge s'allunyi de la posició piramidal que ha ocupat tradicionalment.

També es considera que l'usuari ha de ser conscient que estar informat no és només un dret sinó un deure: el ciutadà no és solament receptor passiu de la informació que el professional està obligat a transmetre-li, sinó que ha d'esdevenir un agent actiu en reclamar tota aquella informació que li és necessària per poder assumir la seva responsabilitat sobre la seva salut.

Hi ha elements com l'edat, el fet de ser o no actiu laboralment, el nivell cultural i la gravetat de la patologia que condicionen les expectatives, les preferències i les exigències quant a la informació, al tracte i a la immediatesa de la resposta assistencial. El professional sanitari ha de saber esbrinar quines són, per tal de no generar frustració i transmetre informació sobre la patologia i els diferents tractaments possibles, i copsar el grau de responsabilitat que el ciutadà està disposat a assumir. Hi ha ciutadans que entenen que aquesta és una tasca pròpia i exclusiva dels professionals ja que és qui té tot el coneixement necessari per poder decidir.

El metge de capçalera apareix com el principal referent i evoca la figura del metge tradicional, coneixedor no solament del problema puntual de salut, sinó de la història clínica del pacient i de la seva circumstància personal i familiar. Se'ls veu més propers a l'hora de demanar informació i de comentar els aspectes relacionats amb els problemes de salut que els especialistes. L'experiència dels usuaris amb els especialistes dels ambulatoris no és satisfactòria. Es diu textualment que és entrar i sortir.

Del metge d'hospital es valora positivament la capacitat científica i tècnica, però no el tracte: se'l veu com una figura exclusivament tècnica però a la qual, en general, no es pot accedir amb facilitat. Aquesta mancança és compensada per la infermera, que es vista dins dels hospitals com a personatge clau a l'hora del seguiment del procés assistencial del malalt en el seu conjunt tècnic i humà.

En la relació professional entre sanitari i pacient, al personal d'infermeria, a part de les funcions que li són pròpies, se li atorga el paper de "Maria mitjancera", de figura pont entre l'usuari i el metge, tot i que es percep un canvi ja que adquireix cada cop més un paper actiu en l'avaluació de les necessitats, els objectius i les activitats assistencials.

El treball en equip multiprofessional es valora positivament, en especial l'equip metge-infermera, i es parla de la necessitat que hi hagi certa complicitat entre ells.

Implicar, mantenir informats, millorar la comunicació, donar consell i suport a pacients i familiars, obtenir consentiment informat per a procediments i processos, respectar el seu punt de vista i acceptar que es poden produir situacions adverses, són trets que haurien de caracteritzar la relació entre els professionals i els pacients.

### *L'equilibri entre el que rep l'usuari i les seves necessitats i expectatives*

#### *Els condicionants de la relació assistencial*

El temps d'espera i la massificació són, des del punt de vista del pacient, obstacles per a una relació assistencial satisfactòria. Impedeixen una bona comunicació i són percebuts com a barreres a l'accessibilitat i, malgrat tenir-los molt interioritzats a causa d'experiències passades, els pacients continuen sense acceptar-los. Generen una ansietat que agreuja encara més el problema.

Es desprèn que el ciutadà s'ha especialitzat a aprendre com funciona el sistema sanitari, que sovint considera feixuc i burocràtic, i que ha après a donar-li la volta i a veure com el pot guanyar: ha après que cridant i exigint pot obtenir la resposta que vol i espera una resposta més ràpida. Per tenir accés als serveis utilitza els mitjans que considera que poden resoldre els problemes amb més immediatesa, malgrat ser conscient que això significa, de vegades, un mal ús o un ús inadequat dels recursos sanitaris, però que justifica per la manca d'alternatives. En aquest sentit, és paradigmàtic l'ús dels serveis d'urgències hospitalàries i de procediments informals.

Com a consumidors de serveis són especialment crítics amb el funcionament de les organitzacions i amb aspectes d'accessibilitat, com ara informació, atenció telefònica, franges horàries flexibles i qualitat hotelera, aspectes que condicionen fortament les relacions assistencials. De vegades, aquestes mancances que pateixen les organitzacions són vistes per l'usuari com a solucionables –canviar circuits, millores en la informació– sense necessitat d'utilitzar grans pressupostos. Sorprèn el fet que es destinin recursos a la implantació de noves tecnologies, a les quals la majoria de la població encara no està habituada, quan encara hi ha aspectes bàsics no resolts, com ara l'atenció telefònica immediata.

El temps apareix al llarg de les converses, tant el temps d'espera per accedir als serveis, com el temps disponible pel professional per atendre el pacient, i en ambdós casos es relacionen més aviat amb el sistema públic. La incertesa sobre quan serà atès interfereix en les activitats quotidianes del pacient i li genera un sentiment de desorientació i impotència. El poc temps disponible per a cada visita pot arribar a deteriorar la confiança en la competència del professional sanitari, es tradueix en un sentiment de temor que no es puguin detectar patologies greus i impossibilita la comunicació. Es considera que disposar de més temps de consulta és essencial per proveir una atenció clínica de qualitat. El ciutadà vol ser escoltat i tenir temps per escoltar i assimilar la informació que li transmet el professional. Aquesta situació no s'atribueix a la qualitat tècnica del professional, sinó a aspectes d'organització i burocràtics. És el sistema sanitari, vist com a defectuós, el que imposa els límits de temps al professional i el que en definitiva és la causa final d'un possible error de diagnòstic.

Sovint el professional de farmàcia és vist com un recurs de confiança, accessible, pròxim i alternatiu per consultar i resoldre dubtes sobre el tractament o ús de recursos sanitaris.

Les medecines no convencionals apareixen com un recurs per buscar una solució als problemes de salut, emprat sovint al mateix temps que el sistema sanitari convencional. Com a garantia de la qualitat i fiabilitat d'aquestes pràctiques, cal una regulació de l'actuació dels professionals d'aquests àmbits.

Es detecta l'existència d'una distància entre el problema mèdic (diagnòstic i tractament d'una patologia) i el problema social (familiar, laboral...) que una patologia pot comportar. S'identifica com una necessitat no resolta la manca de suport en el cas de determinades patologies que tenen conseqüències familiars i socials en la vida quotidiana de les persones. El ciutadà vol tenir accés a informació sobre els recursos disponibles i els serveis que aquests ofereixen i poder decidir. Hi ha consciència de la gran demanda existent i creixent i cada cop més complexa, ja que sovint inclou no solament aspectes sanitaris, sinó socials, d'integració i culturals.

### *Les competències del professional sanitari en el futur*

#### *Qualitats que s'espera trobar en el professional sanitari*

A més d'una elevada competència tècnica, les qualitats que els ciutadans esperen trobar en els professionals sanitaris –especialment metges i infermeres– són de caire relacional alhora que actitudinals. S'identifiquen com a dimensions clau uns determinats valors que s'espera que tinguin i mostrin en les seves conductes que es podrien considerar “vocacionals i de servei”, i també unes característiques lligades a la competència tècnica i professional i a l'estil de pràctica. S'emfatitzen de manera especial un conjunt de qualitats directament relacionades amb una actitud receptiva i un tracte i una comunicació adequats.

Les expectatives dels pacients i usuaris pel que fa als valors i qualitats que esperen trobar en els professionals han quedat exposades en els anteriors apartats i coincideixen amb els dels treballs d'altres autors. Del professional s'espera un perfil característic que combina els bons estàndards de pràctica clínica amb habilitats socials de relació interpersonal i una actitud que generi i transmeti confiança i seguretat.

En general no es qüestiona la capacitat tècnica dels professionals sanitaris que, en el nostre entorn, es considera que ha assolit un bon nivell i que es valora positivament, si bé el ciutadà reclama que els professionals mantinguin actualitzats els seus coneixements, perquè això els dona seguretat i confiança. Això està d'acord amb els posicionaments que propugnen la necessitat de la certificació i recertificació de la competència per tal de garantir a la població que, en l'àmbit de la seva responsabilitat, els professionals tinguin els coneixements, les habilitats i l'experiència requerides per proporcionar una atenció de qualitat al pacient.

Es percep certa deshumanització en la relació assistencial i emergeix constantment la necessitat que el professional, en la seva pràctica, mostri un tracte més personalitzat i humà. Els valors dels professionals s'orienten cap a l'eficàcia tècnica en la solució dels problemes orgànics dels malalts. Aquest exercici despersonalitzat dificulta l'empatia de contacte ja que el ciutadà demana ser escoltat i informat. És necessari superar la manca de sintonia entre el sistema de valors dels ciutadans i el dels professionals. Cal harmonitzar els valors del coneixement tecnocientífic especialitzat i els valors del coneixement global i humanístic de la persona. Els professionals del futur hauran de promoure la salut, prevenir i tractar la malaltia i rehabilitar la discapacitació de manera ètica i respectuosa amb les diferències individuals, hauran de fer-ho amb recursos limitats, i basant aquestes activitats en el coneixement científic i amb el suport de les tecnologies, en un entorn en què tant les relacions amb els usuaris i amb altres professionals sanitaris com la praxi mèdica són cada vegada més complexes. Els ciutadans hauran d'evolucionar

adoptant una actitud més activa i responsable pel que fa a la salut, la utilització dels serveis i la seva relació amb els professionals, i caldrà que transmetin adequadament tots aquells coneixements personals, familiars i socials que puguin tenir incidència en el procés assistencial.

Les professions sanitàries es consideren vocacionals, de crida per servir. En general, qui tria una professió sanitària –com altres professions d'ajuda– és perquè pensa que pot fer bé i pot curar els altres, i que té coneixements i criteri que es poden aportar en situacions de vulnerabilitat, com també en cas de malaltia. Sempre hi haurà metges capaços de reconèixer que els fonaments morals del professionalisme es troben en la vulnerabilitat de les persones malaltes, en la necessitat de confiar en el metge i en el dret moral dels pacients de comptar amb metges competents, i que l'ús d'aquestes competències serà sempre en benefici dels malalts i no dels metges.

La figura del professional del futur no s'hauria de restringir a la figura d'un científic i investigador. Més aviat hauria d'incloure un nou tracte comunicacional amb el pacient, que el professional sigui capaç d'explicar i transmetre amb claredat. Per això esdevé molt important formar els futurs professionals sanitaris més enllà d'aconseguir un currículum acadèmic brillant, orientat a les publicacions i on es valoren fonamentalment qüestions relacionades amb el científisme. S'hauria de passar d'un enfocament biològicista (només es considera la patologia) a un enfocament més social (es considera la relació entre patologia i persona).

Es considera que el procés de formació dels professionals és essencial per tal d'adequar-ne el perfil a les necessitats, i es creu que existeix una separació entre la formació que reben i el que se'ls demana que facin. En el cas dels metges, la seva formació s'orienta cap al diagnòstic, el tractament i la recerca, i es troben a faltar altres coneixements i habilitats relacionats amb aspectes de comunicació, legals, ètics i de gestió de recursos. Caldria, doncs, combinar una sòlida formació científica i tècnica amb el desenvolupament d'habilitats comunicatives i relacionals, així com també una actitud que generi confiança i seguretat en els pacients.

S'hauria de produir un canvi cultural a les facultats de medicina. Existeix una separació entre la formació que han rebut els metges i el que se'ls demana que facin: formats en patologia, diagnòstic i tractament, els metges d'avui han d'abordar temes de gestió, millora, finançament, legals, ètics i de comunicació. El futur demanarà al professional flexibilitat i capacitat d'adaptar-se a un entorn i a unes demandes canviants. Al llarg d'una vida professional dilatada, el professional haurà d'estar preparat per modificar la seva manera de treballar, el seu àmbit de treball, la seva especialitat. Així mateix haurà d'incorporar la noció de la transcendència econòmica de les seves decisions i identificar-se com a gestor de les necessitats del pacient i continuar ajudant el malalt a afrontar la malaltia, el dolor i la mort. Cal reorientar els currículums i combinar adequadament el perfil assistencial, científic i d'habilitats socials.

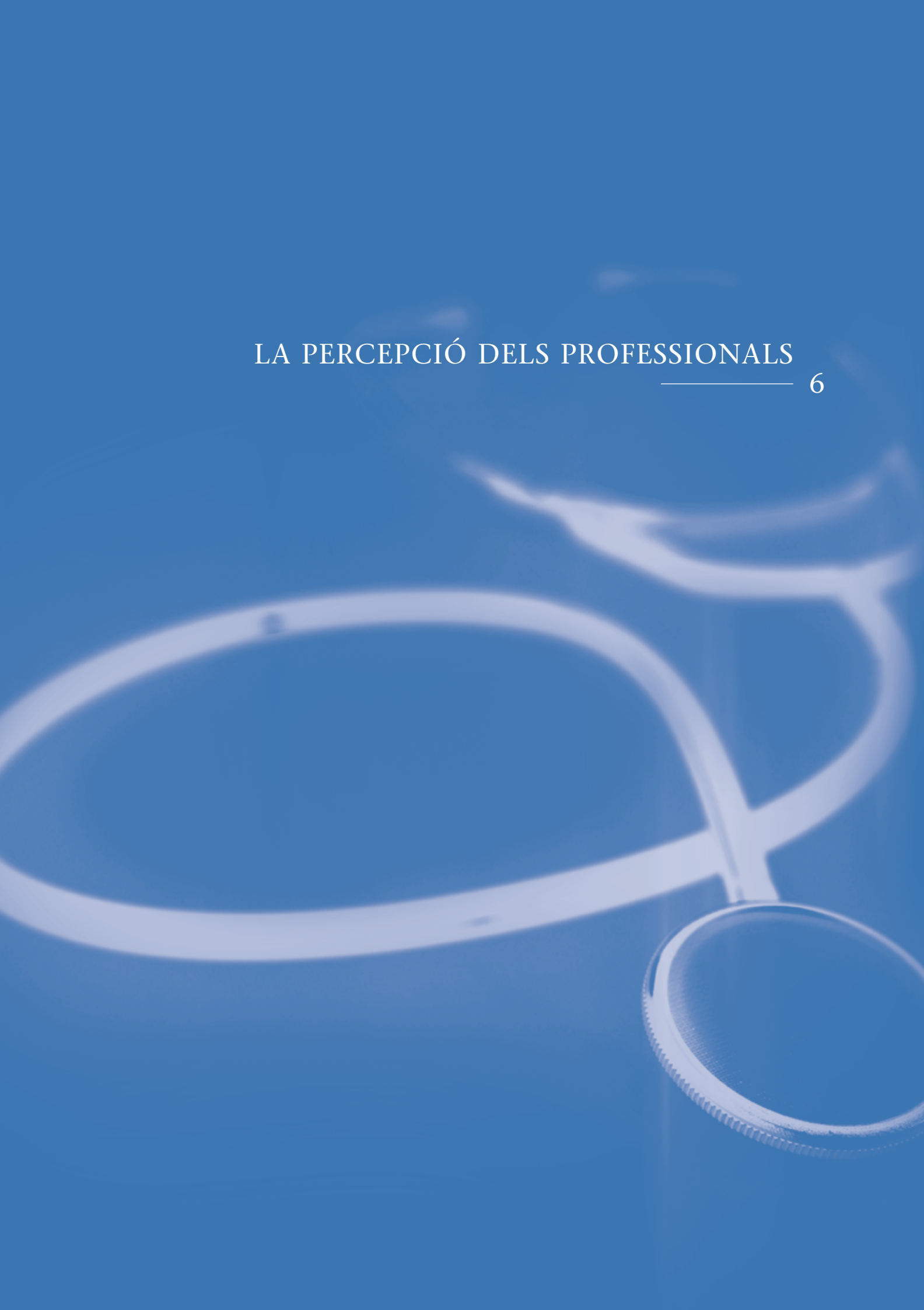
Emergeix la conveniència d'actualitzar el jurament hipocràtic i la necessitat de reflexionar al voltant de quina classe de metges necessita la societat, el fi de l'educació mèdica, el procés educatiu en les diferents fases, la relació entre formació i necessitats. D'altra banda, s'emfatitzen l'avaluació de les competències i la recerca educativa, els papers del docent i de qui aprèn, les habilitats comunicatives, el generalisme *versus* l'especialisme, els dèficits en la praxi professional i els reptes de futur, així com també altres aspectes com ara el treball en equip, el lideratge i el paper dels pacients.

El professionalisme és en la base del contracte social entre les professions sanitàries i la ciutadania, i obliga els professionals a actuar sempre en benefici dels pacients, a mantenir i millorar els estàndards de competència i d'integritat i a facilitar i posar a disposició de la societat els coneixements d'experts en l'àmbit de la salut. En aquest contracte esdevé essencial comptar amb la confiança de la ciutadania en els professionals, tant en el vessant individual com corporatiu.

Superada la interpretació corporativista del professionalisme (autoprotecció, promoció d'interessos propis, esperit gremial, cerca de poder, prestigi, prioritats i beneficis), cal avançar cap a aquella noció de professionalisme que aplegui els conceptes d'altruisme (donar prioritat als interessos dels pacients), de rendició de comptes (tant als pacients com a la societat i a la mateixa professió), d'excel·lència (millora contínua), de servei, d'honor i de respecte cap al codi deontològic i cap als altres.

# LA PERCEPCIÓ DELS PROFESSIONALS

6







L'elaboració del *Llibre blanc de les professions sanitàries* ha de comptar amb tot un seguit d'elements de reflexió procedents dels mateixos col·lectius professionals,\* que han de tenir en compte les tres fases essencials de les polítiques de recursos humans: planificació de les necessitats, formació i gestió. Els aspectes relatius a la motivació són protagonistes en aquesta última fase i totes se situen en un context de clar compromís amb les necessitats i expectatives dels ciutadans.

Són els mateixos professionals, com a protagonistes coneixedors de l'entorn immediat en què es desenvolupen les actuacions sanitàries, els que han d'incorporar, des de les perspectives cultural, ètica, organitzativa i competencial, els nous reptes de futur que s'ha de plantejar el sistema de salut. Aquesta incorporació no es produirà si entre tots no som capaços de generar, en el si dels col·lectius professionals, una dinàmica activa de canvi permanent amb importants components autocrítics. Aquesta dinàmica de canvi no es pot concebre com un element abstracte d'aplicació universal, sinó que ha de dissenyar-se i, per tant, adaptar-se als nostres professionals concrets, als de Catalunya.

Les línies anteriors ens serveixen per justificar conceptualment la importància de la percepció dels professionals amb relació a les estratègies de canvi promogudes per l'LBPS. També per encoratjar tots els responsables del seu desenvolupament operatiu posterior a mantenir un contacte i una sensibilitat d'intensitat elevada amb els col·lectius professionals, així com amb els seus líders i representants.

Les reflexions que formen aquest apartat de l'LBPS han estat extretes de les conclusions d'una jornada de treball convocada per l'òrgan tècnic de l'LBPS durant l'octubre de 2001.

Seguint les tres fases enunciades prèviament, començarem abordant els elements principals de la percepció professional pel que fa a la planificació de les necessitats.

### La planificació de les necessitats

Espanya, juntament amb Itàlia, és el país de la Unió Europea amb una major proporció de metges per habitant. Aquesta afirmació ens indica que, molt possiblement, la producció d'aquest tipus de professional sanitari ha estat excessiva durant uns quants anys (sobretot en la segona meitat dels anys setanta i la primera dels vuitanta).

La taxa d'infermeres produïdes sembla que està més ajustada a l'oferta de treball del nostre sistema sanitari. Aquest desajust quantitatiu de la producció de metges, originat per un excés d'entrada d'alumnes a les nostres facultats de Medicina, combinat amb una disminució significativa de l'abandonament estudiantil, també s'ha vist acompanyat d'un altre desajust de tipus qualitatiu més relacionat

\* Jornada de treball sobre el Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut. Octubre de 2001. (Vegeu l'annex VI.)

amb les característiques d'accés a les places de formació en les diferents especialitats per mitjà de l'anomenat sistema MIR. Tenim especialitats que podem considerar moderadament excedentàries en comparació amb d'altres clarament deficitàries. Malgrat aquest context, el sistema sanitari espanyol no pateix greus desequilibris, en la seva dotació de recursos humans, i, fins avui, la proporció de professionals aturats és tolerable. En els darrers anys s'ha restringit l'entrada de nous alumnes a les facultats de Medicina i s'han anat apropant el nombre de metges llicenciats i l'oferta de places formatives del sistema MIR. Des d'aquesta perspectiva quantitativa general es podria començar afirmant que durant els pròxims vuit o deu anys hem de continuar amb una restricció encara més important que l'actual en l'entrada d'alumnes a les facultats de Medicina i que, ateses les característiques d'edat dels metges actualment en actiu, es pot produir un canvi sobtat en la tendència de necessitats de metges a Espanya al voltant dels anys 2008-2010.

Els professionals catalans tenen una percepció bastant acurada dels problemes relatius a aquest àmbit d'anàlisi, malgrat que no hi ha estudis fiables sobre el tema. Saben que, en general, el nostre sistema sanitari no presenta greus desequilibris quant a la disponibilitat quantitativa dels principals col·lectius professionals. Però també són coneixedors de les dificultats dels complexos sistemes de serveis per adaptar-se, amb rapidesa i grau suficient de flexibilitat, als canvis en la producció de determinats tipus de professionals, tant des de la perspectiva quantitativa com qualitativa. Aquesta manca de flexibilitat a curt i mitjà termini fa imprescindible realitzar anàlisis de més llarga perspectiva sobre les necessitats en els dos vessants esmentats. A les dificultats internes inherents a aquests tipus d'anàlisis s'afegeixen, en el cas del nostre sistema sanitari, les derivades de la manca de definicions estables de les seves carteres de serveis, així com també de la variabilitat en part imprevisible dels canvis epidemiològics i de les incerteses que envolten encara els seus escenaris organitzatius, tecnològics i de finançament.

Caldria dissenyar instruments de recerca sociològica permanent que ens permetessin disposar de dades per a la presa de decisions planificadores de les necessitats quantitatives i qualitatives de professionals en el nostre àmbit concret i adaptades a les expectatives de la població i a la sostenibilitat del sistema.

Aquests instruments ens haurien de facilitar dades relatives no solament a l'evolució epidemiològica i sociodemogràfica de la nostra població, sinó també a les expectatives i demandes dels ciutadans respecte dels perfils científics i humans bàsics d'uns professionals capaços de garantir una atenció a la salut que els consideri elements centrals del sistema i no solament usuaris o clients.

El professional sanitari necessari en el futur ha de potenciar la seva competència en tots els aspectes implicats en la seva relació amb els ciutadans com a persones amb nivells cada cop més alts d'informació i de capacitat de decisió sobre la seva salut, per a les quals és necessari desenvolupar eines de negociació i pacte i que seran cada vegada més exigents en termes de competència professional i també amb relació a la transparència i claredat en les seves interaccions amb el sistema.

Des de la perspectiva dels ciutadans, cal incrementar i donar continuïtat als esforços per adequar les seves expectatives a les possibilitats reals del cycle vital natural amb relació al manteniment d'un cert nivell de salut i l'acceptació d'una mort inevitable malgrat l'increment quantitatiu o qualitatiu dels recursos humans i tecnològics dels sistemes de salut.

Des de la perspectiva de les necessitats de desenvolupament dels tres components principals dels sistemes d'atenció sanitària i social (atenció primària, atenció especialitzada i de suport social a la malaltia i a l'envelliment dependent), sembla evident la importància de potenciar a curt termini les estratègies polítiques i financeres dirigides a generar un nou equilibri d'aquests components, tot posant més èmfasi que fins ara en l'atenció primària, en la pluripotencialitat d'una part significativa dels professionals i en els recursos de suport sociosanitari.

L'atenció ambulatoria (en centres d'atenció primària) dels problemes de salut experimentarà un creixement progressiu i coherent amb la generalització de l'ús de tècniques de diagnòstic i tractament mèdic i quirúrgic per part dels professionals d'atenció primària (metges i professionals d'infermeria essencialment). Aquest fet condicionarà ja a curt i mitjà termini un creixement significatiu en termes quantitatius dels professionals citats i importants necessitats pel que fa al seu desenvolupament professional continu per poder assolir la competència necessària per a un domini òptim de les noves tècniques al seu abast i donar resposta a les demandes cada cop més importants de poder resolutori que els faran tant des del sistema com des de la mateixa població.

L'atenció hospitalària o d'internament per a processos aguts es desenvoluparà paral·lelament a les noves tecnologies de diagnòstic i tractament i se centrarà cada vegada més en les aplicacions tecnològiques i en actuacions mèdiques i quirúrgiques que originaran essencialment estades de curta durada dels malalts. Les unitats hospitalàries accentuaran el seu caràcter funcional i interdisciplinari en detriment de la territorialitat física dels serveis actuals. Aquest fet també condicionarà les necessitats de recursos humans hospitalaris que restaran concentrats al voltant dels serveis centrals de suport diagnòstic i d'aplicació de tècniques terapèutiques especialitzades en règim ambulatori i de les àrees quirúrgiques i mèdiques d'alta especialització en l'atenció de processos concrets, incloent els de cures intensives. Els hospitals comarcals hauran d'evolucionar també en aquesta mateixa perspectiva ja que perdrà importància progressivament la proximitat geogràfica de l'internament a partir de la millora de les comunicacions geogràfiques i perquè, d'altra banda, l'estada serà més curta i dominada per l'atenció especialitzada de processos aguts concrets. La resta d'hospitals comarcals es transformaran progressivament en centres de mitja i llarga estada de tipus essencialment socio-sanitari. Aquests fets faran que les necessitats de recursos humans dels hospitals d'aguts es vagin concentrant en les especialitats amb aplicacions tecnològiques, diagnòstiques i terapèutiques d'alta complexitat. Les especialitats mèdiques més troncal tindran en aquests tipus d'hospitals papers essencialment de caire coordinador i consultor. El seu protagonisme s'anirà desplaçant progressivament envers els centres d'internament de mitja i llarga estada.

Els canvis en els models familiars actuals, amb una tendència clara a la reducció dels mecanismes d'ajut perllongats en el temps entre el seus components, farà imprescindible reflexionar sobre les actuals polítiques dirigides a promoure el protagonisme del suport familiar en l'atenció de problemes socials i sanitaris. Cal trobar nous equilibris estratègics entre el subsistema familiar i els sistemes socio-sanitaris que, sens dubte, implicaran un increment molt important en el nombre i la qualificació dels professionals dedicats total o parcialment a aquestes funcions de suport.

El moviment de globalització cultural implicarà també canvis significatius en les necessitats de professionals, amb l'aparició de nous àmbits de competència com, per exemple, el de mediadors socials en les àrees amb fort component d'immigració. D'altra banda, la lliure circulació de professionals i ciutadans (per exemple a la Unió Europea) implicarà la necessitat de garantir uns nivells mínims comuns de serveis sanitaris i socials en tots els països per evitar discriminacions inadmissibles en l'accés a l'atenció i als recursos. Aquest fet farà inevitable a mitjà termini la posada en marxa d'estratègies de necessitats de recursos professionals, tecnològics i institucionals consensuades internacionalment.

Els canvis tecnològics i dels sistemes d'informació i comunicació influiran decisivament sobre les necessitats de professionals de l'àmbit sanitari, ja que generaran dinàmiques diferents de les activitats de consulta amb menys necessitats de desplaçaments i d'encontres entre el professional sanitari i el pacient. D'altra banda, originaran una major demanda de competències dels professionals en aquest camp i la incorporació al sistema d'un nombre significatiu d'experts en les aplicacions sanitàries de les noves tecnologies.

El desenvolupament de recursos d'atenció amb components compartits socials i sanitaris generarà una major necessitat de professionals sanitaris, de treball social i cuidadors familiars especialitzats en l'assistència a persones grans i amb graus significatius de dependència psíquica o física. Una part significativa dels professionals sanitaris necessaris en aquest àmbit emergent tindrà el seu origen en les titulacions actuals d'infermeria.

Els nostres professionals pensen que la planificació de les necessitats de recursos humans del nostre sistema sanitari ha de tenir en compte, entre d'altres, els següents aspectes primordials:

- L'evolució demogràfica.
- Els canvis en el concepte de salut.
- L'augment de les malalties cròniques.
- L'aparició de noves malalties, algunes de les quals estan relacionades amb la major mobilitat migratòria (infeccions).
- El creixement dels problemes de l'àrea de la salut mental i de les addiccions.
- Els canvis tecnològics mèdics i dels sistemes d'informació i comunicació.
- L'empresarització del món sanitari i la proletarització dels professionals.
- La feminització de la professió mèdica.

### La formació

Els nostres professionals tenen una sòlida, i possiblement massa àmplia, formació teòrica en l'etapa pregraduada, però en la seva formació pràctica, o millor dit, per a la pràctica, s'observen deficiències importants tant pel que fa al contingut com a la seva orientació i organització. L'establiment d'un *continuum* educatiu entre les tres fases en què clàssicament es divideix la formació –pregrau, postgrau i formació continuada–, és molt difícil en el nostre entorn, entre altres coses perquè les competències institucionals són diferents per a cadascuna de les fases. En altres països les competències pertanyen a una o dues estructures o institucions (universitats i col·legis professionals).

L'estructura curricular de les nostres facultats de Medicina i de la majoria de les escoles d'infermeria està encara molt lluny de les modernes o més avançades tendències conceptuals i d'organització d'altres països. Sembla, però, que la capacitat d'innovació i canvi de les nostres facultats i escoles es troba encara avui sota mínims i sempre per darrera de les demandes i necessitats de tots: alumnes, docents, professionals i el mateix entorn social.

En aquest marc, els professionals sanitaris catalans tenen opinions ben definides relatives als canvis principals que caldria introduir en les diferents fases del procés formatiu:

Amb relació a la formació pregraduada proposen tot un seguit de canvis per introduir en el currículum:

- Orientació cap a l'aprenentatge en lloc de cap a l'ensenyament.
- Redefinició dels currículums segons les competències finals que calgui assolir.
- Disseny i organització de l'avaluació d'acord amb aquestes competències.
- Potenciació de l'autocrítica docent i de l'*accountability* social.
- Més relleu al treball en equip, als aspectes ètics i epistemològics.

També manifesten opinions molt clares pel que fa als canvis essencials que cal introduir en les metodologies docents:

- Fomentar la creació d'unitats d'educació en ciències de la salut com a elements de suport als centres d'ensenyament.
- Potenciar la utilització de les noves tecnologies educatives.
- Potenciar el paper tutorial del professorat.
- Dissenyar els sistemes d'avaluació pensant en la seva capacitat per modificar el contingut i la metodologia de l'aprenentatge.

Un element conceptual i organitzatiu discutit freqüentment és el de la conveniència o necessitat d'establir espais comuns d'aprenentatge interprofessionals en els currículums de pregrau. Ja sabem que aquests espais existeixen en les fases de postgrau i, sobretot, en la de formació continuada. Els professionals consultats consideren unànimement que aquest establiment és convenient i necessari i que caldria afavorir la creació de crèdits comuns compartits entre els diferents ensenyaments de ciències de la salut. El treball en equip és un bon exemple de la necessitat de crear aquests espais comuns d'aprenentatge.

En el camp de la formació postgraduada el sistema MIR va significar un avenç molt important en la qualitat dels nostres professionals mèdics (posteriorment també dels psicòlegs, dels farmacèutics, de les llevadores i d'altres llicenciats (biòlegs, químics i físics) amb àrees de treball en el camp sanitari. La reforma hospitalària iniciada a Espanya a la meitat de la dècada dels anys seixanta no hauria assolit l'èxit que ha tingut sense el cabal humà procedent del sistema de formació postgraduada. El mateix val amb relació a la reforma de l'atenció primària iniciada a mitjan dècada dels anys vuitanta, un temps després de la creació de l'especialitat de Medicina de família i comunitària i la seva inclusió en el sistema MIR. Avui, després de més de 35 anys d'experiència en formació postgraduada pel sistema de residències i de 23 d'antiguitat de l'actual sistema MIR, caldria introduir reformes significatives en alguns aspectes de la seva organització i gestió, sense desvirtuar les positives característiques conceptuals que conté. La descentralització de l'oferta formativa, la instauració decidida de la troncalitat i de les àrees d'expertesa, la modificació dels sistemes d'avaluació per a l'ingrés, durant la formació i final, i el perfeccionament dels sistemes d'acreditació de centres i docents, són, entre d'altres, aspectes que cal reformar si volem mantenir l'efectivitat del sistema de formació postgraduada.

Actualment, a Espanya ens trobem en fase de definició conceptual i normativa de les àrees d'expertesa en formació postgraduada, com un desenvolupament posterior a la formació en una especialitat oficialment reconeguda. Aquest fet, inicialment positiu perquè pot afavorir la permeabilitat i flexibilitat del sistema sanitari i impedir un major grau de superespecialització, pot tenir també aspectes negatius en un país com el nostre en el qual l'obtenció d'un títol determinat sol anar lligada a l'exclusivitat per exercir en el corresponent camp i, per tant, originar efectes contraris als inicialment proposats.

D'altra banda, hi ha la percepció que algunes àrees d'expertesa es poden crear més per pressions polítiques que com a fruit d'una anàlisi acurada de la seva pertinència. L'expertesa demostrada per mitjà de l'experiència curricular en una àrea determinada hauria d'ésser la condició tècnica per exercir-hi i no el producte d'un nou títol oficial de l'Estat i generador de monopolis competencials.

La formació continuada es troba encara a Espanya en una fase de configuració institucional i organitzativa i està per definir, entre altres aspectes, el paper de les societats científiques en el seu desenvolupament i control. No disposem de sistemes de certificació i recertificació dels professionals sanitaris. Les activitats de formació continuada tenen fonts de finançament diverses, amb un protagonisme molt significatiu de la indústria farmacèutica.

Les opinions consultades en l'àmbit de l'exercici professional s'han centrat al voltant de temes com el de l'equivalència entre la titulació bàsica i especialitzada (incloent la certificació i recertificació periòdica) i la llicència o capacitat legal per a l'exercici professional. En aquest cas, l'opinió dominant però no unànime és que caldria separar els dos aspectes tal com succeeix en altres països. El desajust entre els continguts curriculars i els perfils i realitats professionals així com també les diferències entre centres docents figuren entre els arguments dels partidaris de la no-equivalència. Tampoc no hem d'oblidar que habitualment són institucions diferents les que haurien d'intervenir en els dos tipus de processos: universitats i altres entitats docents en el primer cas i col·legis professionals o associacions científiques en l'altre.

La renovació periòdica de la certificació professional hauria d'ésser una norma d'aplicació universal en el camp de les professions sanitàries i un instrument de garantia social de la qualitat de l'atenció prestada a la població. Els mecanismes i requeriments s'haurien d'adaptar a cada àmbit professional. És clar que la transició des de la situació actual (en què no existeix aquest requisit) fins a una altra de generalització voluntària o obligatòria de la norma no és un camí fàcil i requereix un canvi cultural de molts dels components del sistema, canvi que s'ha de produir en un context d'acceptació general. Per aconseguir-ho sembla necessari que l'aplicació de la nova norma es faci en un marc clar i transparent d'objectius, terminis i transcendència de les seves conseqüències i, si fos possible, en una línia d'homologació professional europea. La seva aplicació progressiva hauria d'iniciar-se amb una projecció positiva (no punitiva) sobre les persones i els col·lectius i incrementant progressivament la seva repercussió meritòria sobre el progrés professional individual. Els instruments per a la renovació periòdica de la certificació professional han de tenir un origen múltiple (activitats de formació continuada, de docència i recerca), però cal que estiguin centrades en la comprovació dels elements nuclears de la pràctica real i habitual dels professionals i, per tant, les seves característiques tècniques seran molt diferents per als diversos grups d'especialitats.

Pel que fa a quines haurien d'ésser les institucions responsables de garantir la competència professional, els nostres professionals pensen que el paper de les administracions s'hauria de situar en el terreny de la tutela, l'oficialització i l'assegurament legal dels procediments, i que serien les societats científiques les encarregades de desenvolupar els procediments tècnics de certificació de la competència professional. Els col·legis professionals serien els encarregats de donar les llicències per a la pràctica professional d'acord amb els informes procedents de les societats i de les administracions. La creació d'agències d'avaluació i/o acreditació de les professions sanitàries, amb participació de les institucions abans esmentades però situades en un marc independent de gestió, és un element instrumental considerat positivament pels nostres professionals seguint models ja experimentats en altres països del nostre entorn occidental.

### La gestió

Des de la perspectiva dels professionals sanitaris, la definició i gestió de les seves competències és un element d'importància rellevant i que cal relacionar amb les responsabilitats envers els ciutadans dels actes assistencials, docents o de recerca: la competència, en definitiva, és d'aquell que ha de donar comptes socials de les actuacions corresponents. Aquesta afirmació no vol dir, més aviat tot el contrari, que no hi hagi d'haver camps compartits de competència entre els diferents col·lectius professionals; el que cal és definir-los correctament i incloure en aquestes definicions les responsabilitats corresponents a cadascun. En definitiva, és necessari garantir la qualitat de l'atenció prestada al ciutadà i fer-ho sense generar un nombre excessiu de compartiments competencials.

El treball en equip és un model organitzatiu consolidat en els sistemes sanitaris. Els equips no poden ser generadors de dilució de les responsabilitats dels seus integrants. Cal definir l'àmbit de responsabilitat de cadascú i relacionar-lo amb el de les seves competències, i aquesta consideració binomial no sempre ha de tenir una correlació directa amb la titulació bàsica o especialitzada del professional; en

determinades i definides situacions i entorns assistencials una mateixa actuació professional podria ser assumida des de les perspectives competencials i de responsabilitats per components de diferents col·lectius; en definitiva, el que cal és explicitar els camps de competències i responsabilitats exclusives i compartides entre diferents grups professionals.

En l'àmbit de la gestió dels recursos professionals, l'equilibri del binomi generalisme-especialisme és un altre punt del major interès ja que del que en resulti poden sorgir també directrius importants relacionades amb la formació i les necessitats de diferents tipus de professionals sanitaris. L'equilibri d'aquest binomi es troba també en connexió amb el que cal desenvolupar entre els dos nivells principals del sistema i amb la troncalitat de la formació professional especialitzada. Cal revisar la vigència i estructuració de les especialitats oficialment reconegudes a l'Estat espanyol i adaptar-les al context europeu dominant així com també al desenvolupament de les àrees d'expertesa.

Els professionals sanitaris del nostre entorn semblen trobar-se en un context de pèrdua progressiva de la motivació (síndrome de desgast professional o *burn-out*) que es pot relacionar amb certa manca de perspectives professionals i socials en un context de poca autonomia i de càrregues de treball considerades excessives. Per afrontar aquest problema amb perspectives de mitjà i llarg termini caldria posar en marxa estratègies de recursos humans basades en la potenciació de l'autonomia professional, afirmació que no es contradiu amb l'existència de vincles potents entre les estructures pròpies de la gestió clínica i les gerencials. La gestió clínica (dels processos clínics) ha de tornar al camp competencial dels professionals sanitaris (delegació de poder o *empowerment*), però sempre en un context de transparència social (donar comptes o *accountability*). També és necessari planificar més acuradament l'oferta i la demanda de llocs de treball i professionals i posar en marxa els processos de reconversió tècnica que siguin necessaris.

Cal buscar alternatives coherents i viables a les propostes actuals, amb pretensions de solucions universalistes, de carrera professional i avançar en el disseny d'estratègies de desenvolupament professional més adaptades a les necessitats i característiques de cada empresa, nivell o àmbit de treball, i arribar, sempre que sigui possible, al dibuix quasi individualitzat i amb perspectiva temporal de les trajectòries professionals possibles en el si de la institució de cada un dels seus integrants. Sembla evident que en empreses proveïdores públiques molt extenses o complexes aquest tipus d'estratègies requeriran un elevat grau de descentralització de les decisions en el terreny de la gestió dels recursos humans, i que per possibilitar-les calen reformes legals que apropin aquestes institucions a les empreses que es regeixen per disposicions i convenis més propis del dret privat.

En el terreny sanitari, el progrés tecnològic condiona la necessitat de l'aparició de noves professions i de processos de reconversió de les existents davant de la seva caducitat i la interprofessionalitat creixent de molts processos assistencials. Cal dissenyar els processos de generació i desenvolupament d'aquestes noves professions i evitar que se situïn en contextos marginals o d'indefinió contractual sempre desmotivadors.

### El professionalisme i la interacció dels professionals amb la societat

El professionalisme del futur, en un context d'*empowerment* i *accountability* individual i col·lectiu, s'ha de caracteritzar per la seva capacitat d'adaptació als canvis creixents i cada cop més ràpids dels sistemes sanitaris. Aquest nou professionalisme es fonamentarà en el diàleg i el pacte entre els diferents actors amb responsabilitats gerencials i clíniques del sistema. La importància del tema ètic amb relació a l'equitat i l'accessibilitat als recursos, a la presa de decisions clíniques en situacions conflictives i a la garantia de la confidencialitat en els nous i cada vegada més potents i transversals sistemes d'informació, serà un element nuclear dels processos de desenvolupament professional continu en el sistema sanitari.



La interacció dels professionals amb la societat es caracteritzarà per una disminució de l'asimetria d'informació i capacitat decisòria actuals i per una demanda creixent de la rapidesa en l'accessibilitat als recursos i de la resolució eficient dels problemes de salut. Aquestes interaccions vindran també marcades per la integració progressiva de les actuacions dels diferents nivells i centres sanitaris i socials en un context de ràpida potenciació dels sistemes d'informació. En general cal esperar un major nivell d'exigència social pel que fa a les actuacions sanitàries.

A blurred image of a microscope, showing the eyepieces at the top, the objective lenses, and the stage. The image is set against a solid blue background.

PUNTS CRÍTICS  
I LÍNIES D'AVENÇ

---

7



**S**identifiquen vint-i-vuit punts crítics i línies d'avenç, que s'emmarquen en l'anàlisi de l'entorn (vegeu el capítol 3 i els annexos VII i VIII) i que alhora incorporen les tendències actuals sobre la formació, el desenvolupament i la gestió de les professions sanitàries, així com també les aportacions de professionals i la visió dels ciutadans sobre les professions sanitàries. Com a pas previ a l'elaboració de les propostes de l'LBPS, aquest capítol i els precedents han constituït un document preliminar que ha estat sotmès a la consideració i anàlisi de persones de reconegut prestigi o que representen institucions i organitzacions de l'àmbit sanitari (annex IX).

*Els ciutadans demanen més informació, participació i coresponsabilització en les decisions que afecten la seva salut. Encara que és inherent cert grau d'asimetria en la relació professional sanitari-pacient, aquest fet no ha d'excloure que intervingui en les decisions que l'afecten.*

El pacient ha d'estar informat per poder ser coresponsable i estar compromès amb la seva salut, l'autocura i la utilització dels serveis.

*Manca una reflexió sobre el concepte de salut i malaltia, i sobre els límits del coneixement científic i de la capacitat del sistema sanitari per donar resposta a les necessitats sanitàries. Si no s'avança en aquesta línia és difícil saber què es pot esperar dels professionals i del sistema sanitari.*

Cal generar un ampli debat social sobre el fet que el dolor, la malaltia i la mort són part de la vida, que la medicina té un poder limitat i que la salut és un dret i una responsabilitat individual i col·lectiva. Els ciutadans han de participar en aquest debat.

*El sistema sanitari no aborda prou els problemes familiars i socials que es generen en cas de malaltia, derivats en bona part dels canvis sociodemogràfics, especialment de l'envelliment de la població i dels fenòmens migratoris.*

Les polítiques sanitàries i socials hauran d'orientar-se a aconseguir un nou equilibri entre els subsistemes familiar, sociosanitari i social.

*Hi ha un creixement ràpid de les necessitats de recursos d'atenció primària i sociosanitària. L'evolució sociodemogràfica condiona necessitats creixents en àmbits concrets com el de l'atenció domiciliària, l'atenció a la població immigrant i el suport social, no professional, a l'entorn familiar.*

S'han de redistribuir les funcions i les tasques entre els diferents grups professionals (metges, professionals d'infermeria i treballadors socials) i se'ls ha de capacitar per atendre necessitats emergents per a no professionals (familiars i voluntaris).

*És difícil establir relacions equilibrades i de confiança entre professionals sanitaris i pacients. El desenvolupament tecnològic i la dificultat per a la interacció individualitzada amb els pacients en un context de massificació han comportat un significatiu deteriorament del component humà en la relació professional-usuari, que es veu agreujat per un entorn assistencial desfavorable en aspectes com l'accessibilitat, la privacitat i la identificació interpersonal, que dificulta fins i tot l'obtenció d'informació sobre el mateix procés assistencial.*

Per donar resposta a les expectatives dels ciutadans, els professionals sanitaris, a més de mantenir la competència tècnica, hauran de tenir habilitats comunicatives i relacionals.

*La seguretat de l'usuari esdevé un aspecte central en l'atenció sanitària. L'error és inherent a l'activitat humana i una contingència plausible en una activitat complexa i amb un elevat grau d'incertesa com és la pràctica professional sanitària.*

El sistema s'ha de dotar dels mecanismes necessaris per evitar i corregir els efectes indesitjables i generar transparència davant el ciutadà.

*La valoració social de les professions sanitàries ha sofert una transformació en els darrers anys. Les tecnologies de la informació i de les comunicacions estan afavorint un procés d'aproximació entre els sabers especialitzats dels professionals i els incorporats pels ciutadans i usuaris. Els professionals sanitaris estan sotmesos a un major control d'agents externs (Administració sanitària i altres entitats proveïdores de serveis i ciutadans) i, pel que fa als metges, encara que se'n reconegui l'autonomia en l'exercici, han perdut en bona part algunes de les característiques pròpies de les professions liberals.*

Cal redefinir el contracte social entre els agents implicats (institucions, professionals, ciutadans i polítics), la qual cosa comportarà que es demani compte de les actuacions individuals i col·lectives amb més exigència.

*Les tecnologies de la informació i la comunicació estan canviant els processos assistencials i generen la necessitat de noves capacitacions professionals per treballar i interrelacionar-se en el nou entorn de la societat de la informació. El ràpid desenvolupament tecnològic pot ultrapassar la capacitat de resposta del sistema sanitari i és per això que el conjunt de les organitzacions han d'estar preparades per introduir i facilitar canvis organitzatius i en les competències dels professionals.*

La formació contínua i el desenvolupament professional continuat, juntament amb una flexibilització organitzativa que permeti aprendre tecnologia i amb tecnologia, són eines clau per afrontar aquest repte.

*El fet de no disposar de dades suficients i fiables sobre recursos humans dificulta una anàlisi acurada, amb perspectives de futur, de la situació actual de les professions sanitàries. Avui per avui, en el nostre entorn no hi ha consens sobre les dades i els indicadors rellevants sobre els recursos humans que són necessaris per al sistema, la metodologia per obtenir-los, el tractament i l'anàlisi, l'adequada coordinació de les fonts d'informació i la responsabilitat en el manteniment i utilització de les diferents bases de dades.*

S'han d'articular mecanismes per disposar d'informació sobre els recursos humans en el sistema sanitari i s'ha de crear un registre de professionals que sigui fiable, continu, dinàmic, compatible i permanentment actualitzat.

*Hi ha desequilibris entre l'oferta i la demanda de determinats grups professionals i especialitats, encara que en general en el sistema sanitari català no hi ha greus problemes en la disponibilitat de professionals.*

La correcció d'aquests desequilibris és complexa, atès que implica decisions d'àmbit estatal relacionades amb la formació i les decisions dirigides a disminuir la rigidesa en la contractació laboral.

*Els objectius i continguts dels currículums de les professions sanitàries no s'adeqüen prou a les necessitats, expectatives i demandes actuals. El sistema disposa d'uns professionals amb uns bons estàndards de pràctica clínica i tècnica però amb mancances significatives en camps emergents com ara en aspectes ètics i legals, de gestió i comunicació.*

La instauració d'un procés dinàmic de canvis en les diferents fases dels processos formatius amb un compromís de cooperació intersectorial es fa imprescindible per tal que el sistema educatiu doni una resposta adequada a les necessitats.

*En la formació de pregrau, els objectius, l'organització i els continguts curriculars no són efectius per aconseguir el tipus de professional que es necessita. Els currículums de les nostres facultats i escoles universitàries segueixen encara avui un patró clàssic amb metodologies d'ensenyament centrades en el docent, teòriques i passives, són deficitàries en habilitats socials i de comunicació, i estan mancats d'espais d'aprenentatge compartits interprofessional i interdisciplinari.*

La formació pregraduada ha de viure una transformació intersectorial que tingui com a objectiu una educació més pràctica, interdisciplinària, basada en la solució de problemes i centrada en allò que s'aprèn.

*El model de formació postgraduada de les professions sanitàries, malgrat els seus aspectes positius, necessita reformes en profunditat.*

El sistema de formació postgraduada ha d'adoptar una estructura docent troncal i flexible per permetre intercanvis formatius entre les especialitats, s'ha de gestionar descentralitzadament i ha de disposar d'uns mecanismes d'avaluació del procés i dels resultats que siguin fiables, factibles i creïbles.

*Actualment no disposem de mecanismes clars i fiables per a l'acreditació de les activitats de formació contínua ni per a la certificació i recertificació periòdica dels professionals. La formació continuada és un element essencial per al desenvolupament professional continu (DPC), que tradueix la capacitat d'adaptació als canvis dels integrants del sistema. No disposem de mecanismes de garantia de la competència individual dels nostres professionals.*

El desenvolupament dels processos d'acreditació i reacreditació dels professionals i dels organismes competents per dur-los a terme ha de ser progressiu i s'ha de fonamentar en el consens professional i social.

*No estan prou definides les responsabilitats institucionals pel que fa a la garantia de la competència professional. En el nostre entorn hi ha cert grau de confusió per la dilució de la responsabilitat institucional en aquest camp. L'Administració sanitària, els col·legis professionals i les associacions científiques encara no han estat capaces de generar un grau suficient de consens per delimitar les seves responsabilitats en aquest àmbit.*

Hi ha experiències internacionals que demostren l'efectivitat de disposar d'organitzacions professionalitzades que tinguin per missió l'acreditació de la competència professional.

*No hi ha una separació clara entre competència tècnica i capacitat legal per a l'exercici professional. En el nostre país hi ha una correspondència automàtica entre aquestes dues circumstàncies. La titulació tècnica atorga el dret per a l'exercici, sense cap altre requeriment.*

La separació d'aquestes dues condicions requereix procediments diferenciats i operatius i l'assignació de responsabilitats a les institucions que correspongui.

*Les competències exclusives i compartides dels diferents grups professionals no estan clarament delimitades. La integració dels processos assistencials i el treball en equip implica necessàriament compartir actuacions entre els seus membres. La manca d'aclariment de les competències exclusives i compartides és una font significativa de conflictes i insatisfaccions i de dilució de responsabilitats individuals.*

La delimitació protocol·litzada de les competències i responsabilitats dels diferents grups professionals davant les actuacions assistencials, docents i de recerca hauria de ser una prioritat del sistema sanitari.

*El treball en equip no ha de significar la dilució de responsabilitats. Es valora com a necessari el treball en equip, però es reclama la imprescindible individualització de les responsabilitats així com també la identificació del professional amb qui l'usuari es relaciona.*

L'equip marca les responsabilitats col·lectives i el professional assumeix les responsabilitats individuals derivades de les actuacions.

*Els professionals sanitaris es troben immersos en un context d'erosió de l'autoestima i de la motivació. La manca de suport i de reconeixement institucional i social i de perspectives de desenvolupament personal i professional es troben en l'origen del problema.*

Com l'actiu més important del sistema sanitari, els professionals són imprescindibles perquè aquest sistema pugui assolir un nivell òptim d'eficiència. Les organitzacions hauran de modificar els entorns de treball, facilitar-ne el desenvolupament i reconèixer suficientment el treball.

*Els professionals sanitaris estan sotmesos a tensions laborals i professionals que sovint són causa de desmotivació. El professional es troba enmig de les exigències que els plantegen ciutadans i organitzacions i no sent que tingui el suport adequat. No s'ha resolt el conflicte que significa la demanda creixent de més qualitat en un context de limitació important de recursos, elements que no han evolucionat harmònicament.*

És necessari dotar de més transparència l'establiment de prioritats en l'assignació dels recursos i les prestacions sanitàries, per tal d'aconseguir més acceptació de tots els agents implicats.

*No hi ha prou mecanismes clars de promoció professional. Una causa important del deteriorament de la motivació és la falta d'estructuració dels processos de progrés professional.*

Les polítiques de recursos humans de les institucions haurien d'incloure sistemes operatius i motivadors de reconeixement del progrés professional.

*La càrrega burocràtica del sistema sanitari continua sent excessiva i és viscuda negativament tant pels professionals com pels ciutadans. Els professionals sanitaris es veuen obligats a invertir una gran part del seu temps en tasques burocràtiques i administratives que repercuteixen negativament en l'atenció del pacient.*

Les institucions sanitàries han d'introduir els canvis organitzatius necessaris per facilitar l'accessibilitat del ciutadà als serveis i redimensionar les càrregues burocràtiques del sistema.

*L'escassa integració dels objectius, dels processos assistencials i de comunicació institucional i personal entre els nivells del sistema sanitari, ha generat problemes que graviten sobre els professionals. En l'atenció primària, la major accessibilitat al professional es veu minvada per la manca de temps suficient per atendre cada pacient. En l'àmbit hospitalari, la major dificultat recau en l'accessibilitat al metge i en aquest cas és el professional d'infermeria el que manté la continuïtat de la relació amb el pacient.*

Tant des de la perspectiva de les organitzacions com des de la perspectiva dels professionals, s'han d'introduir canvis significatius en els objectius dels processos assistencials, que permetin millorar el *continuum* assistencial i els resultats del sistema.



*Es detecta un conflicte important entre la cultura clínica i de gestió. Sovint els objectius, prioritats i discursos dels gestors i dels clínics segueixen rutes paral·leles. Els gestors no incorporen la perspectiva clínica i els professionals sanitaris no senten com a propis els problemes lligats a l'eficiència del sistema.*

Gestors i clínics han d'apropar el seu discurs i compartir objectius per garantir la qualitat dels serveis sanitaris i la sostenibilitat del sistema.

*En l'entorn sanitari, hi ha noves professions que creixen progressivament i que no tenen un encaix clar en el context dels recursos humans del sistema i les institucions. Les noves professions sanitàries amb àmbit d'actuació en el sistema de salut plantegen problemes importants de reconeixement, contractació i disseny de trajectòries professionals.*

La flexibilització i la diversificació de les ofertes de treball de les institucions sanitàries són elements importants per abordar aquest problema.

*Les organitzacions vinculen d'una manera excessivament rígida les titulacions als llocs de treball.*

Les organitzacions haurien de definir les competències necessàries per desenvolupar un lloc de treball determinat i seleccionar el professional idoni tenint en compte la seva expertesa i sense dependre exclusivament de la titulació.

*Els processos de selecció i incorporació dels professionals al sistema sanitari públic són obsolets. En el nostre entorn aquests processos estan basats en metodologies que valoren, de manera poc discriminada i poc predictiva, els mèrits i les capacitats professionals (els barems/concurs-oposició), i que finalitzen amb la incorporació del professional a l'organització sense que hi hagi mecanismes que n'assegurin la integració.*

És necessari incorporar al sistema públic mètodes de selecció de professionals més individualitzats i predictius quant a les capacitats competencials reals dels aspirants amb relació als llocs de treball. Les organitzacions han de preveure els mecanismes per aconseguir la incorporació adequada dels professionals a les seves missions i objectius.

*Els tractaments no convencionals no estan regulats. El Comitè Permanent de Metges Europeus defensa la teoria que la millor garantia per als pacients és una professió ben formada, amb una estructura organitzativa que compti amb un codi d'ètica i mecanismes autoreguladors i que estigui autoritzada legalment.*

La utilització de les teràpies complementàries per la població fa necessari abordar-ne la regulació ètica i professional amb l'objecte de garantir la seguretat de l'usuari.

LES COMPETÈNCIES  
I EL CONTRACTE SOCIAL.  
EIXOS ESTRATÈGICS

---

8

156	SYS mmHg
98	DIA mmHg
99	PULS /min



**E**n aquest capítol es presenten les que es consideren estratègies prioritàries per orientar, amb un plantejament de mitjà i llarg termini, el futur de les professions sanitàries a Catalunya. Són propostes de diferent naturalesa i abast que s'articulen al voltant d'elements essencials presents en l'atenció a la salut: els ciutadans, els professionals, les organitzacions i el model sanitari.

## 8.1 Els ciutadans

### Escenari de futur

El sistema sanitari es justifica en la mesura que dóna resposta segura, efectiva i de qualitat a les necessitats i expectatives dels ciutadans.

Les característiques del perfil de ciutadà del futur són:

- **La capacitat de participació** en les decisions individuals i col·lectives relacionades amb el sistema de salut i les seves actuacions.
- **La disponibilitat d'informació** en relació amb les possibilitats i límits de les actuacions preventives, diagnòstiques, terapèutiques i de rehabilitació i reinserció social del sistema sanitari i els seus professionals.
- **La responsabilitat i el compromís** en la cura de la pròpia salut i en l'ús racional dels recursos sanitaris.

**L'exigència**, pel que fa a l'accessibilitat, la seguretat, la qualitat i la rapidesa de les actuacions sanitàries en un context de tracte personal adequat i de garantia de la confidencialitat.

### Repte: un nou contracte social

Cal assumir que la societat és capaç d'articular-se a si mateixa i de dissenyar el propi futur. La societat del segle XXI s'ha de construir sobre la base de la participació dels ciutadans en el seu disseny. S'ha d'avançar cap a un concepte de ciutadà adult i madur, no filial ni protegit, que assumeixi les seves quotes de responsabilitat, i cap a una cultura que incorpori la transparència i la necessitat de retre compte tant de les actuacions individuals com de les col·lectives i institucionals.

Els valors socioeconòmics i culturals condicionen tant la visió de la salut i la malaltia com la manera com la societat s'organitza davant les necessitats de salut. El ciutadà cada cop més es veu a si mateix com a consumidor de serveis, es mostra més informat i exigent i adquireix cons-

ciència dels seus drets i deures, tant en el vessant individual com en el col·lectiu. L'evolució del concepte de ciutadà fa preveure que les futures generacions incrementaran les exigències potencials d'atenció a la salut i que creixerà la probabilitat que els ciutadans mateixos exercixin, directament o indirectament, pressió per forçar reformes en el model sanitari.

L'accés a la informació i a les noves tecnologies de la comunicació està fent evolucionar la relació entre el professional i el pacient, considerada fins ara com una relació asimètrica per la distància entre el coneixement expert i el profà, cap a una relació en què caldrà compartir la informació per poder prendre decisions.

Hi ha una tendència a identificar el concepte de salut amb el de benestar total i els problemes de la vida amb els problemes de salut, i a oblidar la importància de desenvolupar la capacitat d'adaptar-se a les dificultats. S'espera del sistema sanitari la capacitat d'afrontar i resoldre la major part dels problemes sense limitacions de coneixements ni de recursos. Cal generar un ampli debat social sobre la salut i la malaltia i sobre els límits del coneixement científic i del sistema sanitari, amb l'objectiu de redefinir el contracte social i amb la participació d'institucions, professionals, ciutadans i polítics.

### Propostes per a l'acció

- **Establir polítiques transversals d'informació i educació del ciutadà.**
- **Establir línies de treball i de col·laboració amb els mitjans de comunicació, per mantenir la qualitat de la informació que es transmet al ciutadà amb relació a la salut i els serveis.**
- **Dissenyar els instruments necessaris per a la millora de la seguretat dels pacients i aprofundir en l'anàlisi sobre els efectes indesitjables generats en el sistema.**
- **Introduir mecanismes que afavoreixin la transparència en l'assignació dels recursos i de les prestacions sanitàries i que facin que la societat prengui consciència de les limitacions científiques i tecnològiques i dels límits del sistema.**
- **Potenciar la participació de les associacions de ciutadans en el disseny i la decisió de polítiques adreçades a la satisfacció de l'usuari.**
- **Ampliar les estratègies i polítiques de suport a les famílies dels malalts crònics i discapacitats orientades a aconseguir un nou equilibri entre els subsistemes familiar, sociosanitari i social, per tal de dissenyar polítiques socials i educatives que garanteixin l'accés dels usuaris a les noves tecnologies de la comunicació.**

### Instruments

Per contribuir a centrar el sistema sanitari en el ciutadà, per iniciativa del Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb la col·laboració del Departament de la Presidència, del Departament d'Ensenyament, del Departament de Benestar i Família i del Departament de Treball, Indústria, Comerç i Turisme, i amb la participació de les associacions de ciutadans, s'ha de reforçar i s'ha d'afavorir activament la col·laboració dels ciutadans en els òrgans de participació formals existents (consells de salut) i s'ha de crear un observatori sanitari del ciutadà com a òrgan de consulta i de participació ciutadana que doni suport al disseny, la implantació i l'avaluació de les polítiques sanitàries adreçades a la satisfacció i seguretat del ciutadà.

## 8.2 Els professionals

### Escenari de futur

El professionalisme tindrà una orientació més social, ja que centrarà el servei en els interessos del ciutadà i optimitzarà la competència per garantir actuacions segures i de qualitat.

El perfil del professional del futur ha de complir els requisits següents:

- Tenir una bona capacitat de treball i una actitud positiva, en el si d'equips interdisciplinaris i multiprofessionals.
- Adquirir el compromís amb l'aprenentatge permanent per aconseguir l'excel·lència.
- Mostrar dedicació i servei als interessos del pacient.
- Tenir consciència de l'abast de les seves decisions quant a la distribució i ús dels recursos.
- Tenir capacitat per liderar la gestió clínica.

### Repte: els valors del professionalisme

Necessitem uns professionals capaços d'actuar amb el compromís de l'excel·lència, que prioritzin el benestar del pacient i les necessitats de salut de la població.

### Propostes per a l'acció

- **Incorporar a la formació els valors del professionalisme.**
- **Garantir la qualitat i la seguretat de les actuacions professionals.**
- **Promoure la capacitat d'autoaprenentatge per a l'adaptació als canvis de l'entorn.**
- **Desenvolupar estratègies intersectorials que permetin la integració dels objectius del sistema sanitari i educatiu.**

### Instruments

Els sistemes sanitari i educatiu, a petició del primer, establiran polítiques formatives transversals amb pressupostos compartits i que explicitin els objectius, els recursos i els mecanismes d'avaluació de la funció productiva del sistema docent.

Les polítiques transversals hauran de prioritzar:

- La regulació d'un espai universitari propi de les ciències de la salut.
- La reorientació dels ensenyaments cap a les competències rellevants, cap a l'aprenentatge i la resolució de problemes, emfatitzant el treball en equip i els aspectes ètics i relacionals.
- La promoció de la innovació de les metodologies docents i dels sistemes d'avaluació, incorporant instruments d'avaluació coherents amb els objectius.

### **Repte: canvis en la formació bàsica**

Cal introduir canvis en la formació bàsica dels professionals sobre la base d'un ensenyament:

- Centrat en qui aprèn.
- Organitzat sota una perspectiva multiprofessional.
- Orientat als resultats.
- Basat en l'evidència.
- Vehiculat en entorns d'autoaprenentatge diversificats i amigables.

#### **Propostes per a l'acció**

- **Establir les estratègies necessàries per al desenvolupament dels nous paradigmes i perquè els professionals s'hi adaptin.**
- **Orientar l'educació multiprofessional i l'aprenentatge actiu, basat en la comunitat i que complementa l'adquisició de coneixements amb la d'habilitats i actituds.**
- **Facilitar els itineraris formatius de les diplomatures sanitàries al tercer cicle universitari per poder aconseguir el màxim desenvolupament de les capacitats dels professionals.**
- **Dissenyar uns sistemes d'avaluació coherents amb els objectius educatius i que fomentin el procés de canvi.**

#### **Instruments**

Els departaments d'Ensenyament, Sanitat i Seguretat Social i Universitats, Recerca i Societat de la Informació, dissenyaran els instruments legislatius i tècnics, amb l'assignació pressupostària corresponent, que siguin necessaris per a la posada en marxa dels canvis, amb caràcter pilot o bé general.

## **Repte: actualitzar la formació professional postgraduada**

Actualitzar el model de formació professional postgraduada incorporant-hi flexibilitat, troncalitat, amplitud de base, formació complementària, reforçament tutorial i avaluació de resultats.

### **Propostes per a l'acció**

- **Dissenyar un model troncal de formació postgraduada que afavoreixi una formació global i la flexibilitat dels professionals.**
- **Adequar els objectius, el procediment i la metodologia del sistema d'accés a la formació postgraduada. El sistema d'accés ha de ser distributiu i no selectiu, per tal de no condicionar ni dirigir la formació bàsica a la superació de la prova d'accés.**
- **Dissenyar programes formatius marc que delimitin els perfils competencials.**
- **Posar en marxa, amb assignació pressupostària, sistemes d'acreditació i reacreditació de tutors que incorporin instruments i mecanismes de reconeixement de l'acció tutorial.**
- **Definir un sistema d'avaluació que constitueixi un instrument per a la millora de la qualitat de la formació.**
- **Establir un sistema d'acreditació per a l'exercici professional posterior al període de formació.**

### **Instruments**

El Departament de Sanitat i Seguretat Social analitzarà i proposarà la transferència de l'àmbit de la formació d'especialistes en ciències de la salut a les comunitats autònomes.

La distribució actual de competències dins el marc constitucional i estatutari en l'àmbit educatiu i sanitari, i la necessitat d'evitar disfuncions en els àmbits assistencials i docents dels centres sanitaris aconsellen donar la màxima prioritat a aquests canvis.



### **Repte: prioritzar el desenvolupament professional continu (DPC)**

Els professionals s'han d'adaptar als canvis de l'entorn competencial i organitzatiu, cosa que exigeix un esforç d'aprenentatge permanent. En aquest sentit, és especialment rellevant la formació en l'àmbit de les tecnologies de la informació i la comunicació.

#### **Propostes per a l'acció**

**Dissenyar sistemes de desenvolupament professional continuat que responguin als criteris següents:**

- **Accessibilitat.**
- **Reconeixement.**
- **Pertinença.**

#### **Instruments**

A petició del Departament de Sanitat i Seguretat Social es crearà, en l'àmbit català, una agència de les professions sanitàries que s'ocuparà de les ofertes formatives i l'avaluació del seu impacte en les competències professionals.

## Repte: evitar els desajusts en la disponibilitat de professionals

Per evitar desajusts en el sistema i donar resposta a les necessitats de salut de la població, cal disposar del nombre adient dels diferents tipus de professional i incorporar els mecanismes que permetin realimentar el procés. Els sistemes sanitari i educatiu han de dissenyar les estratègies de planificació, formació i gestió de recursos humans en ciències de la salut.

### Propostes per a l'acció

- **Avançar en el disseny d'instruments i mecanismes de recerca i avaluació sociològica permanent (canvis demogràfics, epidemiològics) que permetin la presa de decisions amb relació a les necessitats quantitatives i qualitatives de professionals sanitaris.**
- **Situar els processos de planificació de recursos humans en l'àmbit sanitari dins el context nacional i europeu.**
- **Disposar d'un sistema d'informació sobre els recursos humans en el sistema sanitari que sigui fiable, continu, dinàmic i compatible, que estigui permanentment actualitzat i que permeti la presa de decisions àgil.**
- **Generar processos formatius de reconversió de grups professionals excedentaris per afavorir el seu pas a àmbits més deficitaris.**
- **Determinar, a partir d'anàlisis fiables a curt i mitjà termini, les necessitats dels professionals sanitaris:**

### Metges

Sembla adequat restringir el ritme actual d'entrada d'alumnes en les facultats de Medicina durant els propers vuit o deu anys i, posteriorment, iniciar un ritme expansiu que permeti el recanvi generacional del col·lectiu, que arribarà a l'edat de jubilació.

Cal plantejar canvis significatius en la proporció de la tipologia de professionals, per donar resposta a les necessitats de salut creixents en l'àmbit de la població envellida.

S'han de preservar les capacitats nuclears d'una formació més global en el context d'una evolució creixent cap a l'especialització.

Cal analitzar els desequilibris puntuals en la dotació de determinades especialitats medicoquirúrgiques, com a conseqüència de canvis tecnològics, competencials i organitzatius.

Actualment, els desequilibris que han emergit especialment han estat dèficits d'anestesiòlegs, oftalmòlegs, radiòlegs, psiquiatres i geriatres, entre d'altres; aquest és un fenomen dinàmic i, per tant, subjecte a variacions importants en el futur. Cal establir mesures correctives d'aquests desequilibris, com són, a curt termini, la reconversió d'especialitats excedentàries cap a les deficitàries, la incidència en els procediments d'incorporació de professionals d'altres països i la redistribució del treball entre grups professionals amb la garantia de la capacitat; a mitjà i llarg termini, l'avanç cap al model troncal en la formació especialitzada i la modulació de l'accés a la formació bàsica i de l'oferta de places de formació especialitzada.

D'altra banda, cal disminuir la rigidesa actual de provisió de llocs de treball identificats amb titulacions concretes.

### Farmacèutics

Es detecten mancances qualitatives de farmacèutics, tant pel que fa a la formació com pel que fa a la planificació de les necessitats relacionades amb els diferents camps d'actuació: oficines de farmàcia, especialitzacions farmacèutiques hospitalàries, treball en la indústria farmacèutica i suport a l'atenció primària.

### Odontòlegs

Si es manté el ritme actual de producció de professionals en odontologia i no se'n modifica la cartera de serveis del sistema públic, s'arribarà a una situació clarament excedentària en aquest sector.

### Psicòlegs clínics

S'ha d'ajustar la producció de psicòlegs clínics a les necessitats creixents en l'atenció a la salut mental que haurà d'afrontar el sistema sanitari.

### Biòlegs

Cal emmarcar la necessitat de biòlegs en la necessitat de les especialitats sanitàries reconegudes a les quals tenen accés formatiu i laboral (anàlisis clíniques, bioquímica clínica, microbiologia i parasitologia i immunologia).

### Infermeres

En el col·lectiu d'infermeria s'observa una davallada en la demanda dels estudis i un envelleïment dels professionals en actiu, així com també un fenomen emergent d'emigració cap a països de l'entorn, fets que fan preveure que a mitjà termini es pot produir un dèficit d'aquests professionals, amb una especial incidència en àmbits com el sociosanitari, la salut mental, l'atenció a crònics, l'atenció domiciliària i els col·lectius vulnerables.

Cal articular mesures correctives que flexibilitzin les condicions d'exercici professional i els sistemes de reclutament i promoció de la professió, per tal d'incentivar la permanència dels professionals en el sistema i la demanda d'estudis d'infermeria.

També cal dissenyar estratègies per aconseguir la reconversió de professionals cap a nous àmbits d'expertesa.

### Llevadores

Es constata un envelleïment d'aquest col·lectiu professional i dèficit de dotació. Cal dissenyar estratègies de formació especialitzada que garanteixin una disponibilitat suficient d'aquests professionals.

### **Dietistes i nutricionistes**

És previsible que en l'àmbit de la dietètica i la nutrició hi hagi un increment de la necessitat d'assessorament en centres hospitalaris, atenció primària i recursos socio-sanitaris. Cal avançar en la delimitació de les competències exclusives i compartides dels diplomats i dels tècnics de formació professional.

### **Fisioterapeutes**

Cal posar la necessitat de professionals en fisioteràpia, que es deriva, entre altres factors, de l'envelliment de la població, en relació amb l'evolució creixent de les carteres de serveis en el camp de la rehabilitació.

### **Òptics i optometristes**

Des d'una perspectiva sanitària, cal analitzar la col·laboració i coordinació dels diplomats en òptica i optometria amb la resta de professions sanitàries relacionades amb la prevenció i el diagnòstic dels problemes visuals.

### **Podòlegs**

No disposem de dades significatives que permetin delimitar la necessitat de podòlegs professionals. Malgrat això, cal considerar la creixent demanda de serveis preventius i terapèutics en les edats extremes de la vida.

### **Logopedes**

Cal posar la necessitat de logopedes en relació amb una previsible evolució creixent de les carteres de serveis en el camp de la logopèdia, tant en l'àmbit públic com en el privat.

### **Tècnics especialistes en radioteràpia**

La formació reglamentada dels tècnics especialistes en radioteràpia correspon a la formació professional de grau superior. Es preveu una tendència cap a l'increment en la necessitat d'aquests professionals, per poder donar resposta als requeriments tecnològics i de qualitat en el futur. Cal potenciar el treball en equip d'aquests tècnics amb els professionals de la radioteràpia.

### **Auxiliars d'infermeria**

La formació reglamentada des auxiliars d'infermeria s'emmarca en la formació professional, i hi ha certa confusió amb la formació ocupacional. Sobre la base d'una definició clara de competències, cal potenciar el treball en equip entre els professionals d'infermeria i els auxiliars d'infermeria.

La planificació de professionals sanitaris haurà de preveure l'aparició de noves professions sanitàries en el futur (gestors sanitaris i d'informació sanitària...) i la reconversió i canvi de les existents.<sup>1</sup>

### Instruments

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb la col·laboració del Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació i del Departament d'Ensenyament, constituirà un consell català de les professions sanitàries, com a òrgan permanent, amb els objectius següents: identificar els dèficits actuals en les capacitats disponibles de professionals sanitaris, analitzar les tendències previsibles segons les variacions de la demanda (llocs de treball que cal crear) i de les tendències d'oferta dels sistemes educatius, i establir els criteris per al reconeixement dels grups professionals emergents.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb la cooperació dels agents del sector, crearà l'observatori de recursos humans del sistema sanitari.

Cal donar la màxima prioritat a la constitució del consell com a òrgan participatiu i de l'observatori com a instrument necessari per a la presa de decisions.

---

<sup>1</sup> Les professions sanitàries no esmentades en el present document seran incorporades a mesura que es disposi d'informació sobre aquestes.

## Repte: canvis en l'entorn de l'exercici professional

L'entorn de l'exercici de les professions sanitàries està canviant acceleradament en els àmbits següents:

- Treball en equips.
- Capacitat de resolució i assignació de funcions.
- Seguretat i qualitat de les actuacions.
- Feminització progressiva de les professions sanitàries.

### Propostes per a l'acció

- **Afavorir el treball en equips organitzativament flexibles, que permetin l'adequació a les necessitats de l'entorn, liderats per professionals mèdics i d'infermeria.**
- **Desenvolupar les relacions de competències exclusives, compartides i delegades, en un context de divisió funcional del treball, que tinguin en compte els diferents nivells de responsabilitat de cada professional.**
- **Prioritzar la seguretat i qualitat de les actuacions a partir de l'acreditació de la competència professional, procés que cal diferenciar del de titulació acadèmica.**
- **Considerar els aspectes relacionats amb la suficiència dels recursos i les condicions organitzatives que han de possibilitar un exercici professional de qualitat.**
- **Diversificar les fórmules de contractació i dedicació laboral dels professionals per donar resposta, entre altres factors, a la progressiva feminització del sistema sanitari.**
- **Disminuir les càrregues burocràtiques per tal que els professionals es puguin centrar en l'atenció al pacient.**

### Instruments

El Departament de Sanitat i Seguretat Social ha de prioritzar els objectius següents:

- Establir mecanismes que possibilitin una distribució més eficient dels recursos de l'entorn organitzatiu i competencial del treball.
- Facilitar recursos que possibilitin actuacions professionals segures i de qualitat.
- Portar a terme la flexibilització de les condicions de treball.

## **Repte: potenciar el lideratge clínic dels professionals**

Els professionals han de liderar la gestió clínica i han de participar activament en la planificació i l'avaluació de la utilització dels recursos i dels resultats.

### **Propostes per a l'acció**

- **Generar noves i potents estructures de comandament funcional, institucional i territorial, centrades en la gestió clínica (dels problemes i dels processos) i que siguin responsabilitat dels professionals.**
- **Potenciar la descentralització de la gestió dels centres, serveis i equips, amb una perspectiva de més autonomia professional i en un context de responsabilització amb els resultats obtinguts.**

### **Instruments**

Cal que el Departament de Sanitat i Seguretat Social i les entitats proveïdores de serveis generin nous dissenys de les estructures de comandament dels centres i territoris i noves fórmules de gestió dels centres i equips.

### 8.3 Les organitzacions

#### Escenari de futur

Les organitzacions professionals tenen la delegació social de garantir la seguretat i la qualitat de les actuacions dels professionals. Els seus esforços prioritaris s'han d'adreçar al compliment d'aquest objectiu essencial.

Les organitzacions proveïdores de serveis actuen cada vegada amb més autonomia de gestió i més responsabilitat sobre els resultats en un context definit de descentralització.

En el futur, els objectius característics de les organitzacions professionals seran els següents:

- Prioritzar els mecanismes de control de la qualitat competencial dels seus membres i donar-los suport quan calgui.
- Mantenir registres professionals competencials.
- Establir codis d'ètica professional, vigilar-ne el compliment i intervenir en la resolució de conflictes.

En el futur, l'objectiu característic de les organitzacions proveïdores serà el següent:

- Exercir l'autonomia de disseny i gestió de processos en un context de responsabilitat social i contractual en relació amb els resultats.

#### **Repte: avançar en la garantia de la seguretat dels pacients i dels valors ètics en l'exercici professional**

Cal que les organitzacions de professionals assumeixin la responsabilitat de garantir la seguretat dels pacients i l'ètica i qualitat dels serveis que presten els seus membres, i que les societats científiques assumeixin la responsabilitat de promoure el progrés del coneixement teòric i pràctic. Aquestes organitzacions actuen com a fedatàries del nou contracte social dels professionals.

#### Propostes per a l'acció

- **Facilitar els mecanismes necessaris per al manteniment i la millora de les competències professionals.**
- **Garantir la qualitat competencial dels seus membres.**
- **Mantenir registres actualitzats dels elements que defineixen el perfil competencial dels seus membres.**
- **Promoure actuacions formatives i de difusió dels progressos del coneixement teòric i pràctic (societats científiques).**

#### Instruments

Les organitzacions de professionals i les societats científiques han de reorientar i prioritzar els objectius i redefinir les seves estructures, a fi d'incorporar el ciutadà en els seus òrgans de govern i de control.



### **Repte: aprofundir en l'autonomia i la responsabilitat**

Situar les organitzacions proveïdores en un nou context d'autonomia pel que fa a l'estructura i als processos, i de responsabilitat en relació amb els resultats obtinguts en l'atenció a les necessitats i expectatives de salut de la societat.

#### **Propostes per a l'acció**

- **Avançar en la contractació de la provisió de serveis en un marc financer de sostenibilitat i d'exigència en termes d'equitat, efectivitat i eficiència, en relació amb la distribució dels recursos, la qualitat dels processos i l'avaluació dels resultats obtinguts.**
- **Prioritzar l'avaluació dels resultats i l'efectivitat clínica de les organitzacions i dels professionals individuals en un context de participació de tots els actors implicats.**

#### **Instruments**

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, mitjançant el CatSalut, ha de dissenyar i implementar nous instruments de contractació i avaluació.

Les entitats proveïdores han de promoure l'apropament de les cultures gerencial i clínica.

## 8.4 El model sanitari

### Escenari de futur

Continuen vigents els principis que inspiren el model sanitari català, basat en la garantia de la protecció de la salut del ciutadà d'acord amb els principis d'universalització de l'assistència, d'equitat, d'eficàcia i d'eficiència.

En les projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya es preveu una accentuació de l'envel·liment de la població catalana, una intensificació a curt termini del creixement demogràfic produït per l'augment de la migració externa i certa recuperació de la natalitat. Sobre la base d'aquests supòsits es preveu que Catalunya tindrà uns 6,5 milions d'habitants en acabar el primer decenni del segle XXI.

Els principals problemes de salut que haurà d'afrontar el sistema sanitari seran els derivats de l'envel·liment, el càncer, les malalties cardiovasculars i respiratòries, els trastorns mentals i les lesions i incapacitats derivades dels accidents, així com també problemes emergents relacionats amb l'entorn socioeconòmic, els estils de vida i el medi ambient. Les situacions d'incapacitat i de dependència incrementaran la demanda de serveis sanitaris i socials.

Cal considerar l'impacte que les noves tecnologies i els tractaments tindran en la despesa sanitària i en els models organitzatius de les entitats proveïdores de serveis.

La sostenibilitat del sistema sanitari exigirà que es plantegin noves fórmules de contribució dels ciutadans en el seu finançament.

### **Repte: avançar cap a un sistema més sostenible transparent i participatiu**

Cal aconseguir un sistema sostenible, més transparent i participatiu, i cal considerar detingudament quines millores s'han d'introduir en el model de les professions sanitàries per fer-lo viable i adequat a les noves realitats i a les possibles necessitats futures.

### Propostes per a l'acció

- **Potenciar a curt i mitjà termini les estratègies polítiques i financeres destinades a generar un nou equilibri entre l'atenció primària i l'especialitzada, afavorint una major assignació de recursos a la primera per tal que pugui desplegar el seu potencial resolutiu i donar resposta als nous reptes que plantegen les necessitats de salut de la població.**
- **Reconèixer l'atenció primària com a porta d'entrada al sistema, i el paper d'agents de salut de l'equip d'atenció primària, la necessitat d'establir espais de treball conjunt que contribueixin a la col·laboració i coordinació amb altres nivells i serveis (especialment de l'atenció sociosanitària i de salut mental) i la necessitat de fomentar nivells funcionals intermedis d'atenció.**
- **Fer possible que se satisfacin les necessitats encara que els recursos siguin limitats i establir prioritats en els àmbits de l'atenció, les tecnologies, la formació i la recerca.**
- **Avançar en la cultura de retre compte a la societat pel que fa a la utilització dels recursos i en l'assoliment dels resultats positius en termes de salut, de satisfacció i de cost.**

- **Atorgar als ciutadans i professionals més protagonisme, autonomia i coresponsabilitat amb relació a l'atenció a la salut.**
- **Desplegar noves fórmules de gestió en la provisió de serveis com els que ofereixen les entitats de base associativa i avaluar-ne els resultats.**
- **Dur a terme una coordinació intersectorial efectiva entre les institucions amb responsabilitat en l'àmbit de la salut, i cercar noves fórmules de relació i cooperació entre proveïdors.**

The background of the page is a solid blue color. Overlaid on this background are several petri dishes containing bacterial cultures. The dishes are arranged in a way that some are in sharp focus while others are blurred, creating a sense of depth. The cultures inside the dishes appear as white, fuzzy, and sometimes streaked patterns on the agar surface. The lighting is soft, highlighting the edges of the dishes and the texture of the bacterial growth.

## CONSIDERACIONS FINALS

— 9



## Contracte social

Es reconeix la necessitat d'un nou contracte social entre els ciutadans i les professions sanitàries. La seguretat, la informació, l'educació i la participació efectiva dels ciutadans amb relació a la salut s'han de consolidar com a objectius clau del sistema sanitari que reforcin la confiança dels ciutadans en els serveis sanitaris i en els seus professionals. Si s'avança en l'objectiu de retre compte a la societat, s'avançarà també cap a un ciutadà cada cop més adult i madur i més coresponsable pel que fa a la salut i a la utilització dels serveis.

Les organitzacions i els professionals han d'estar al servei dels ciutadans i han de donar resposta a les seves demandes en termes d'accessibilitat, d'informació, de competència i qualitat tècniques i d'humanització en el tracte.

La participació real i efectiva dels ciutadans en els òrgans formals de participació i la creació d'un observatori sanitari del ciutadà són dues propostes a favor de la voluntat de situar el ciutadà en el centre del sistema sanitari.

## Professionalisme

Els valors del professionalisme exigeixen als professionals actuar en benefici dels pacients, millorar i mantenir els estàndards de competència i d'integritat, posar a disposició de la societat el coneixement d'experts i retre compte tant als pacients i a la societat com a la professió mateixa. Cal que els processos formatius i l'exercici professional fomentin l'adquisició d'aquests valors considerats cabdals per al bon funcionament del sector sanitari.

## Desenvolupament professional continuat

El manteniment i la millora de la competència professional i el desenvolupament professional continuat són una necessitat i una exigència per a l'optimització de la qualitat de l'atenció sanitària.

## Reorientació dels processos formatius

Els processos de formació han d'orientar-se cap a l'obtenció de professionals que reuneixin el perfil científic i assistencial i també habilitats que els permetin desenvolupar l'esperit crític i la capacitat de judici, l'interès per la descoberta i l'autoaprenentatge, l'adequada gestió de la incertesa i del canvi i la motivació per aprendre al llarg de tota la vida.

## Polítiques formatives transversals

L'establiment de polítiques formatives transversals amb pressupostos compartits, la certificació i re-certificació de la competència professional i l'avaluació de la qualitat professional orientada a la seguretat i satisfacció dels pacients són tres propostes que, mitjançant la creació d'una agència de les professions sanitàries i d'una comissió interdepartamental de formació sanitària, han de contribuir a reforçar els valors del professionalisme en el marc de la planificació de recursos humans del servei nacional de salut de Catalunya.

## Adequació quantitativa i qualitativa a les necessitats

L'ajustament entre les necessitats i la disponibilitat de recursos humans en el sistema sanitari exigeix una previsió prospectiva amb un horitzó temporal mínim de cinc a deu anys, d'acord amb les necessitats previsibles, de la distribució del treball i de l'impacte de les noves tecnologies.

L'establiment d'un sistema d'informació dinàmic, compatible i permanentment actualitzat sobre recursos humans del sistema sanitari, així com també el disseny d'instruments i mecanismes de recerca i d'avaluació sociològica permanent esdevenen elements imprescindibles per a la planificació quantitativa i qualitativa de les professions sanitàries.

Les organitzacions professionals, corporacions que apleguen i representen els diferents col·lectius, han de dotar-se de l'autoritat que els permetrà garantir a la societat la qualitat i seguretat en les actuacions professionals dels seus membres i mantenir registres permanentment actualitzats dels professionals capacitats per a l'exercici de la professió.

La creació d'un observatori de les professions sanitàries en què participin tots els agents implicats i d'una oficina de les professions sanitàries que corelacioni la informació, coordini les actuacions departamentals i doni suport interdepartamental, són instruments que han de fer possible que la planificació de professionals sanitaris sigui quantitativament i qualitativament adequada.

## Innovacions organitzatives i redisseny d'estructures i de processos

Les organitzacions proveïdores de serveis han d'equilibrar els objectius de gestió i els objectius clínics per mitjà del disseny d'estructures i processos que afavoreixin el treball en equip. D'aquesta manera podran donar una resposta eficient i de qualitat a les necessitats de la població i podran oferir uns bons resultats en termes de salut, satisfacció i cost.

## Treball en equip interdisciplinari i multiprofessional

El treball en equip multidisciplinari i multiprofessional exigeix la distribució prèvia de les competències exclusives, compartides i delegables i, si és el cas, el consens en la definició de les condicions en què es deleguen, a fi d'aconseguir eficiència en els serveis i implicació i motivació en els professionals.

## Competències i responsabilitat

Els avenços tecnològics del sector sanitari, especialment en el camp del diagnòstic i el tractament, acceleraran la necessitat d'implementar innovacions pel que fa a l'organització i a l'assignació de tasques i de responsabilitats en els equips de treball. Aquestes innovacions s'hauran de fonamentar en la idea que la capacitat resolutiva és la qualitat que aporta més eficiència clínica i organitzativa.

Els sistemes formatius i les organitzacions assistencials hauran de deixar de banda les actuals estructures per especialitats, a fi d'incorporar les necessitats formatives i organitzatives que facin possible el treball en equips interdisciplinaris i multiprofessionals.

### **Espai d'anàlisi, debat i consens**

L'Administració haurà de fomentar espais per a la reflexió multiprofessional del sector i s'haurà de dotar de les estructures indispensables per poder actuar com a motor dels canvis que permetin establir polítiques transversals que abastin la complexitat del sistema sanitari.

La creació d'un consell català de les professions sanitàries com a òrgan de trobada per a l'anàlisi i el consens dels àmbits competencials i d'actuació de les professions sanitàries és una proposta que caldrà desplegar des de l'Administració i amb la cooperació de la societat catalana.



A stethoscope is shown in a light blue, semi-transparent style against a solid blue background. The stethoscope is positioned diagonally, with the chest piece on the left and the ear pieces on the right. The text is centered in the upper right quadrant of the image.

CIUTADANS,  
PROFESSIONALS  
I INSTITUCIONS  
PARTICIPANTS

---



Francesc Abel, Marina Aguilera, Ramona Albaladejo, José Alonso, Marta Alonso, Joana Arbues, Armand Arilla, Roser Artal, Joan J. Artells, Montserrat Artigas, M. Àngel Asenjo, Assumpta Atienza, Jaume Aubia, David Ballabriga, Carles Ballús, Óscar Barceló, Lourdes Bascones, Teresa Bassons, Núria Benedicto, Raimon Bergós, Josep M. Bertran, Èric Bertran, Joan Bigorra, Carmen Biosca, Julián de Blas, Rosa Blasco, Carles Blay, Josep Boatella, J. Antoni Bombí, Joaquim Bonal, Eudald Bonet, Carme Bonet, Elena Botella, Josep Bras, Emília Briones, Miquel Bruguera, Francesc Busquets, Carmen Buxeres, Luis Cabado, Concepció Cabanes, Carmen Caja, Jordi Camí, Josep Cararach, Alejandro Carpintero, Carles Casabayó, Caterina Casado, Maria Casado, Agustina Casanova, Esperança Castell, Arantxa Catalán, David Cerezo, Pilar Cervera, Anna Civit, Josep M. Clemente, Rosa Climent, Joan Colom, Margarita Coll, José Costa, Dolors Costa, Xavier Crespo, Rosa Creus, Beatriu Cruañas, Daniel Cruells, Belén Cruzado, Eva M. Cruzado, Emili Cuenca, Núria Cuxart, Martí Dalmases, Juana M. del Molino, Xavier Demestre, Assumpció Dernís, Mariola Díaz, Núria Díaz, Milagros Domínguez, Jordi Doltra, Carme Dotras, Màrius Duran, Joan Duran, M. Neus Duran, Josep Àngel Duró, Sílvia de Echegaray, Àngels Elias, Joan Escarrabill, Elena Esponera, Natividad Esteve, Margarita Esteve, Isabel Fernández, Roser Fernández, Victòria Fernández, Inmaculada Fernández, Montserrat Ferraro, Carme Ferré, M. Assumpta Fontanills, Carles Fontcuberta, Dolors Forés, Josep M. Fornells, Maite Forner, Lluís Forniés, Maria Fornos, Joan Francesch, Jaume Gala, Fernando García, M. Pilar Gascón, Josep Geli, Joan Gené, Manel Giménez, Josep M. Giné, Victòria Girona, Carme Gomar, Antoni Gómez, Carmen Gómez, Sergi González, Assumpció González, Pilar González, Olga González, Amparo González, M. Pau González, Emília González, Alícia Granados, Diana Grandi, Rita Grané, Anna Gratacós, Margarida Gual, Pilar Gullí, Verónica Herrero, Ana Herrero, Josep M. Ibáñez, Mercè Ibarz, Miquel Inglès, Lupicinio Íñiguez, Carla Jané, Raimon Jané, Daniel Jiménez, Rosa Jiménez, Albert J. Jovell, Cristina Juanpera, J. Lluís Lafarga, M. José A. Lafuente, Ramón Llibre, Amparo Longares, Mónica López, Joan López, Guillem López, Daniel López, Núria Lupón, J. Francisco Luque, Josep Maeso, Maria Maestre, Manel Maños, Carles Manté, Isaura Marciñach, M. Luisa Marín, Esperança Marsó, Jordi Martí, Núria Martí, Esperança Martí, Josep M. Martínez, Valentí Martínez, M. José Martínez, Francesc Martínez, Eulàlia Masachs, Alfons Mascaró, Lluís Masferrer, Viçenç Masià, Enric Mauri, Antònia Medina, Josep M. Meliz, Jaume Milian, Francesc Monné, Rosabel Monné, Pere Monrás, Lluís Monset, Josep Montero, M. Lluïsa Morató, Ramón Morera, Màrius Morlans, Agustina Muñoz, Xavier Muñoz, Juli de Nadal, Gemma Nadal, Antonio Narbona, Anna Navarro, Josep Lluís Navarro, Àlvar Net, Maria Nolla, Virgínia Novel, Albert Núñez, Sònia Obach, Vicente Ortún, Jaume Pagès, Jordi Palés, Joan Palet, Amat Palou, Hèlios Pardell, Isabel Pera, M. Dolors Pérez, Margarida Peya, Joan Lluís Piquè, Carles Pla, Josep Pladellorens, Joan Antoni Ponsà, Joan Pons, Montserrat Porta, Antoni Portela, Joan Prat, Ramón Pujol, Martí Pumarola, Carmen Quereda, Àlex Ramos, Joaquina Ribot, Roser Ricomà, Josep Ramón Riera, Ignasi Riera, Meritxell Rigola, Pilar Rius, Josep Rodríguez, F. Xavier Roca, Pilar Rodríguez, Carlos Rojas, Joan Roma, Montserrat Romagosa, Anna Roman, Elisenda Ros, Manel Rosell, Núria Rosell, Ciril Rozman, Boi Ruiz, M. Carme Sabater, Maria Sáez, Yolanda Sala, Antoni Salvà, Margarita Salvador, Magdalena Sananton, Adela Sananton, Lluís Sán-

chez, Jordi Sanz, Ramón Sarrias, Elisa Séculi, Andreu Segura, Helena Segura, Gloria Seguranyes, Carme Serarols, Agustí Serés, Joan Serra, Jordi Serra, Ramón Solà, Sacramento Solé, Marc Solé, Joaquim Soler, Mercedes Sora, Joan Subirats, Glòria Tarín, Montserrat Teixidor, Josep M. Teniente, Susana Terán, Núria Terribas, Xavier Trias, Victor Tuneu, Josep M. Ustrell, Lluís Valero, Ana M. Vargas, Miquel Vilardell, Andreu Viloca i Joan Viñas.

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya, Consell de Col·legis Veterinaris de Catalunya, Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, Col·legi Nacional d'Òptics-Optometristes a Catalunya, Col·legi Oficial de Químics de Catalunya, Col·legi de Biòlegs de Catalunya, Col·legi Oficial de Protètics Dentals de Catalunya, Col·legi de Logopedes de Catalunya, Col·legi Oficial de Podòlegs de Catalunya, Consell Assessor de Sanitat, Xarxa de Comissions de Docència i Assessors de Catalunya, Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, Associació Catalana d'Infermeria, Associació Catalana de Llevadores, Associació Espanyola de Dietistes i Nutricionistes, Associació de Directors d'Escoles d'Infermeria de Catalunya, Associació de Professionals de Teràpia Ocupacional de Catalunya, Unió Catalana d'Hospitals, Consorci Hospitalari de Catalunya, Institut Català de la Salut, Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris, Consell Català de la Formació Mèdica Continuada, Comissió d'Infermeria del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, Consell Assessor d'Infermeria, Sindicat Mèdic de Catalunya, Sindicat d'Infermeria de Catalunya, Sindicat d'Auxiliars d'Infermeria, Sindicat d'Auxiliars d'Infermeria de Catalunya, Federació d'Associacions de Metges d'Hospitals de Catalunya, Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat, Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia, Associació Catalana per a la Promoció de les Persones Sordes, Associació de Malalts d'Hepatitis C, Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer de Barcelona, Associació de Suport als Afectats de Cardiopaties Congènites, Associació Asmatològica Catalana, Associació Ciutadana Antisida de Catalunya, Associació Rauxa, Acció Psoriasi, Fundació Catalana Síndrome de Down, Facultat de Farmàcia (UB), Facultat de Medicina (UdL), Facultat de Veterinària (UAB), Facultat de Psicologia (UAB), Escola Universitària d'Òptica i Optometria (UPC), Escola Universitària d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna (URL), Escola Universitària de Ciències de la Salut (UAB), Escola Universitària d'Infermeria (UB), Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica (UB), Escola Universitària d'Infermeria (URV), Escola Universitària d'Infermeria (UG), Escola Universitària de Podologia (UB), Institut Borja de Bioètica, Fundació Salut, Innovació i Societat, Fundació IMIM, Centre de Recerca en Economia i Salut (UPF), Institut Català d'Oncologia, Hospital General de Vic, Fundació Biblioteca Josep Laporte, Fundació Puigvert, Corporació Parc Taulí, Associació Economia de la Salut i Centre Cívic Pati Llimona de Barcelona.

A stethoscope is shown in a light blue, semi-transparent style against a solid blue background. The stethoscope is positioned diagonally, with the chest piece on the left and the ear pieces on the right. The text is centered in the upper right quadrant of the image.

REFERÈNCIES  
BIBLIOGRÀFIQUES

---



- ABBOTT A. The future of occupation: occupation and expertise in the age of organizations. *Research in Sociology of Organizations* 8: 17, 1991.
- ABELSON J., EYLES J. *Participation du public et rôle des citoyens dans la gouvernance du système de santé canadien*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étude n° 7. 2002. Disponible a <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index.html>.
- ALONSO E. *La mirada cualitativa*. Madrid: Fundamentos, 1998.
- ANÍA O., BRUGULAT P. *Els ciutadans i les professions sanitàries: cap a un nou contracte social*. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut. Col·lecció "Monografies" núm. 9. Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona 2003.
- ASSOCIACIÓ CATALANA D'ENTITATS PROFESSIONALS D'AUXILIARS D'INFERMERIA (ACEPAI). *Competències i línies generals d'actuació de les auxiliars d'infermeria*. Barcelona: ACEPAI, 2003.
- ASSOCIACIÓ DE DIRECTORS D'ESCOLES D'INFERMERIA DE CATALUNYA (ADEIC). Document d'anàlisi i conclusió en relació amb la societat, el mercat laboral, els professionals i la formació (informe). Barcelona.
- BOGDAN R., BIKLEN SK. *Qualitative research for education: an introduction to theory and methods*. Londres: Allyn and Bacon, 1982.
- BOURGUEIL Y., DURR U., ROCAMORA-HOUZARD S. La regulation demographique de la profession medicale en Allemagne, Belgique, Royaume-Uni, Quebec et Etats-Unis: Etude Monographique. *Cah Socio Démo Méd* 41 (2): 195-220 (abril-juny 2001).
- BRITTEN N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311: 251-253.
- CALMAN KC. *Tue Potencial for Health*. Oxford University Press, 1998.
- CAMINAL J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
- CAN MEDS 2000 PROJECT. *Societat Needs Working Group Report*. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Ottawa. Disponible a <http://repse.medical.org>.
- CAPMBELL S.M., HANN M., HACKER J., BURNS C., OLIVER D., THAPAR A., MEAD N., GELB SAFRAN D., ROLAND M.O. Identifying predictors of high quality in English general practice: observational study. *BMJ* 2001; 323: 784-7.
- CITIZEN ADVOCACY CENTER. *Measuring continuing competence of health care practitioners: where are we now - where are we headed?* Proceedings of a Citizen Advocacy Center Conference. June 2000. Disponible a <http://www.cacenter.org/pronet401.html>.

- CODINA I COLS. *Les competències professionals en ciències de la salut*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'Estudis de la Salut (IES), Barcelona, 1997.
- CODINA J., LLOVERAS G., MAURI E., ORIOL A. *Estudi sobre tendències i escenaris que actuen sobre les competències professionals en ciències de la salut. Resultats de l'estudi de prospectiva que se sotmeten a la consulta institucional*. Institut d'Estudis de la Salut (IES). Barcelona, 1994.
- COL·LEGI DE LOGOPEDES DE CATALUNYA. *Fòrum de les Professions Sanitàries* (informe). Barcelona, 2001.
- COMISSIÓ COORDINADORA PER A L'ORIENTACIÓ D'ESTUDIS DE LA PROFESSION MÈDICA. Acte de presentació del document "Numerus clausus" (informe). Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 1997.
- COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada*. Rapport final. 2002.  
Disponible a <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index.html>.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. Evolution du metier de medecin. França, 2001. Disponible a <http://www.conseil-national.medecin.fr>
- CONSELL DE COL·LEGIS FARMACÈUTICS DE CATALUNYA i DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. *Llibre blanc per a la integració de les activitats preventives a l'oficina de farmàcia*. Barcelona, 1997.
- CORPORACIÓ PARC TAULÍ. *Model de desenvolupament professional*. Papers del Parc Taulí. L'Hospitalet de Llobregat: Corporació Parc Taulí i Fundació Salut i Societat, 1991.
- COULTER A. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ* 2002; 324: 648-651.
- CREUS M. La profesión a debate. Conferència: La implicación social de las enfermeras (informe) FOSBA 2000. Barcelona, 2000.
- CRUESS R.L., CRUESS S.R., JOHNSTON S.E. Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet* 2000, 356: 156-159.
- CUENCA E., GÓMEZ A., CASALS E., SUBIRÀ C. *L'odontologia a Catalunya 2002*. Col·legi Oficial d'Odontòlegs de Catalunya. Barcelona, 2002.
- DANG HA DOAN, B. *Els recursos humans del sistema sanitari: situació i evolució als països industrials*. Estudi per a l'Institut d'Estudis de la Salut, per a l'elaboració del *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. París, 2002.
- DANG HA DOAN, B. *Les ressources humaines du système de santé: perspectives locales et régionales*. París: Centre de Sociologie et de Démographie Médicales, 2003.
- DENZIN N.K., LINCOLN Y.S. *Handbook of qualitative research*. Londres: Sage Publication, 1994.
- DI BLASI *et al.* Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-62.
- DOMINGO A., MARCOS J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria* 1989; 3: 320-326.
- DRUCKER P., Gutenberg, la máquina de vapor, Internet... y más allá. *Quark* 2000; núm. 18.
- DUNNING. Status of the doctor: present and future. *Lancet* 354 (supl.) SIV 18, 1999.
- DUALKO, K., BARANEK P., LAMOTHE L., RONDEAU K. *La planification des ressources humaines en santé au Canada. Les enjeux des professions médicale et infirmière*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Rapport Sommaire. 2002.  
Disponible a <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index.html>.



- EDWARDS N., KORNACKI M.J., SILVERSIN J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002; 324: 835-838.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. *Health Care Systems in Transition*. Spain, 2000.
- FEDERACIÓ MUNDIAL PER A L'EDUCACIÓ MÈDICA. *Educació Mèdica Bàsica. Estàndards globals de la WFME per a la millora de la qualitat*. Universitat de Copenhaguen. Dinamarca, 2003.
- FISH D., COLES C. *Developing Professional Judgement in Health Care. Learning through the critical appreciation of practice*. Butterworth, Heinemann, 1998.
- FREIDSON, E. *Professionalism: The Third Logic*. Polity Press, 2001.
- FUNDACIÓ BIBLIOTECA JOSEP LAPORTE. *The future patient project*. Focus Group Research. Juliol 2000.
- FUNDACIÓ BIBLIOTECA JOSEP LAPORTE. *The future patient project* (informe). Focus Group Research. Barcelona, 2001.
- FUNDACIÓN PRIVADA VILA CASAS. *Opini3n Quiral. Sostenibilidad del sistema sanitario*. Barcelona, 2001.
- FUTURE PRACTICE. *Proposals of an Advisori Group Comissioned by the Scottish Executive to Review the Scottish Medical Workforce*. Edimburg: Scottish Executive Health Department, 2002.
- GAMINDE I. *La interacci3n en el sistema sanitario: m3dicos y pacientes*. Informe SESPAS. Saragossa, 2001.
- GELONCH A. *Característiques bàsiques de les professions sanitàries*. Barcelona, 1996.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Pla general de formaci3n professional a Catalunya*. Barcelona: Consell Català de Formaci3n Professional, 2002.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Llibre blanc de la gent gran amb depend3ncia*. Barcelona: Departament de Benestar Social, 2002.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Grup de treball en matèria de medicines no convencionals a Catalunya. Document per presentar a la Comissi3n Assessora de Bioètica. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcci3n General de Recursos Sanitaris: 2001.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Enquesta de salut de Catalunya, 1994. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut, 1996.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Les compet3ncies professionals en ci3ncies de la salut*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'Estudis de la Salut, 1997.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *La salut i els serveis sanitaris a Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcci3n General de Salut Pùblica, 2002.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *La professi3n infermera: qüestions per repensar el futur*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'Estudis de la Salut, 2003.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Catalunya demà. La política de salut més enllà del 2000* (informe). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Document marc per a l'elaboraci3n del Pla de Salut de Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Pla de salut de Catalunya, 1993-1995*. Barcelona: Departament de Sanitat y Seguretat Social, 1993.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Pla de salut de Catalunya, 1996-1998*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Pla de salut de Catalunya, 1999-2001*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
- GENERALITAT VALENCIANA. Informe SESPAS 2002. *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Volumen I, II. València: Conselleria de Sanitat, Subsecretaria per a l'Agència Valenciana de la Salut, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), 2002.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. *Gaceta Sanitaria* 2000; 14 (3): 237-246.
- GOTRIK, J.K. *L'exercice de la médecine en Europe: vers de nouveaux métiers*. Europe Blanche XXIV. Copenhague, 2002.
- GRUPE DE TRAVAIL MINISTÉRIEL SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES RELATIONS HUMAINES. *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines. Rapport d'étape. Sommaire et liste des suggestions et des recommandations*. Québec, 2001.
- GUAL, M. *Els biòlegs a Catalunya*. Barcelona: Col·legi de Biòlegs de Catalunya, 2002.
- HALVORSEN J. Professionalism Reconsidered: Priorities for Physicians. *Arch Fam Med* 8: 173; 1999.
- HAM C, ALBERTI KG. The medical profession, the public and the government. *BMJ* 2002; 324: 838-842.
- HAVEL, V. La sociedad civil y sus nuevos enemigos. *El País*, 21 de maig de 2000.
- HEALTH POLICY AND ECONOMIC RESEARCH UNIT. *Core values for the medical profession in the 21th century. Survey report*. Londres: British Medical Association, 1996.
- IBÁÑEZ J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI, 1997.
- AGÈNCIA D'AVALUACIÓ DE TECNOLOGIA I RECERCA MÈDIQUES (AATM). *Informatiu. Equivocar-se és d'humans, però prevenir els errors encara ho ha de ser més*. Barcelona, 2000. núm. 19. Disponible a <http://www.aatm.es>.
- Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'Aproximació a la situació de l'atenció primària a la salut a Catalunya. *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya* núm. 345 de 24 d'octubre de 2002.
- IÑIGUEZ L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria* 1999; 23: 496-502.
- INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA. SERVEI DE PREVENCIÓ I CONTROL DEL CÀNCER. *Factors relacionats amb la planificació de la radioteràpia a Catalunya* (Informe). Barcelona: Institut Català d'Oncologia, 2002.
- IRÍBAR, A. Enfermeras sin fronteras. *El País*, 18 de febrer de 2001.
- IRVINE. The performance of doctors: professionalism and self regulation in a changing world. *BMJ* 1997; 314: 1540.
- JOVELL, A. *El futuro de la profesión médica: Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI*. Barcelona: Biblioteca Josep Laporte, 2001.
- KOHN, L.T., CORRIGAN J.M., DONALDSON M.S. *To Err Is Human. Building a Safer Health System Committee on Quality of Health Care in America*. Institute of Medicine. Executive Summary. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- LEAPE, L. Institute of Medicine Medical. Error Figures Are Not Exaggerated. *Jama Controversies* 2000; 284, 1.

- Ley 4/1986, de 25 de abril, general de sanidad, BOE núm. 101 i 102, de 28 i 29 d'abril de 1986.
- Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. DOGC núm. 1324, de 30 de juliol de 1990.
- LÓPEZ G. *La provisió pública de béns privats al tombant del segle: la sanitat a Catalunya*. Barcelona: Societat Catalana d'Economia, 1999.
- LÓPEZ G., RICO A. *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el estado de las autonomías*. Volum I, II. Barcelona: Fundación BBV, 2001.
- MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT. *The individual health care professions act (BIG)*. Fact Sheet. Netherland: 1994.
- MINOGUE B. The two fundamental duties of the physician. *Acad Med* 2000 May; 75 (5): 431-442.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. *Office of Community Liaison*.  
Disponible a <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index.html>.
- NEUFELD V.R., MAUDSLEY R.F., PICKERING R.J., TURNBULL J.M., WESTON W.W., BROWN M.G., SIMPSON J.C. La formación de los futuros médicos en Ontario. *Educación Médica* 2000; 2: 77-95.
- ORIOL A. *Reflexions epistemològiques inacabades sobre el coneixement i la competència professional*. Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona: 1997. Disponible a <http://www.iesalut.es>
- ORIOL, A. *Reflexions sobre el professionalisme*. Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona: 1998. Disponible a <http://www.iesalut.es>.
- PELLEGRINO E. J Amer Board Family Practice 13: 147, 2000.
- PLA M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24: 295-300.
- Project of the ABIM FOUNDATION, ACP-ASIM FOUNDATION, AND EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE. Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-246.
- REGUANT M. ¿Qué espera la gente de nosotros? *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 1999; 5: 77-87.
- Resolució del Conseller de Sanitat i Seguretat Social de 25 de maig de 2000, per la qual es crea l'Òrgan tècnic per a l'elaboració del *Llibre blanc de les professions sanitàries*. DOGC núm. 3160, de 14 de juny de 2000.
- ROIGÉ J., SARRIAS R. *Fer de metge a Catalunya*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, any?  
RUIZ OLABUÉNAGA J.L. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. 1995: 112-113.
- SALTER B. *The Politics of Change in the Health Service*. Londres: Macmillan Press Ltd, 1998.
- SALTER B. *Regulación y confianza en la profesión médica. Una revisión internacional*. Kings Fund Publishing 2001, versió castellana autorizada per a les Jornades "El Futuro de la Profesión Médica. Un reto para los profesionales". Barcelona: 2001.
- SALTMAN R.B., FERROUSSIER-DAVIS O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000, 78 (6).
- Sanidad, la reforma possible*. Barcelona: ESADE, 1997.
- SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. *Professionals de la salut. Marc per a la política de recursos humans*. Recomanacions i propostes de la Comissió Assessora per a l'elaboració del Pla de serveis sanitaris i socio-sanitaris de Catalunya. Barcelona, 1998.

SINDICAT D'AUXILIARS D'INFERMERIA DE CATALUNYA. *Buscando el espacio profesional*. V Congreso de Auxiliares de Enfermería en Catalunya. Barcelona, 2002.

Sindicat d'Infermeria de Catalunya. *Reflexions del Sindicat d'Infermeria (SATSE) (informe)*. Barcelona, 2001.

SMITH R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001; 322: 1073-1074.

*Sobre errores médicos*. Editorial Jano 2000; Vol. LVIII. 1331.

STAKE R.E. *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication, 1995.

SUBCOMISSIÓ DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA. *Definició de les necessitats teòriques d'especialistes en medicina familiar i comunitària a Catalunya (Informe)*. Barcelona: Consell d'Especialistes en Ciències de la Salut.

SUBIRATS J. Gràcies, doctor Sachs. *Annals de Medicina* 2000; 83: 296-297.

SUBIRATS J. Els consells ciutadans. Nous mecanismes participatius i democràcia: promeses i amenaces. *Àmbits*, gener de 1998.

SWICH, HM. Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Acad Med* 2000; 75: 612-616.

THE AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Project Professionalism 1999.

Disponible a "index.htm">http://www.abim.org/pubs/P"/>"index.htm.

VALLÈS S.M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología, 1994.

WORLD HEALTH ORGANISATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO, 1999.

A stethoscope is shown in a light blue, semi-transparent style against a solid blue background. The stethoscope is positioned diagonally, with the chest piece on the left and the ear pieces on the right. The text 'ANNEXOS' is centered to the right of the stethoscope's tubing.

ANNEXOS

---





ANNEX I

---

ELS FÒRUMS DE DISCUSSIÓ  
DE LES PROFESSIONS SANITÀRIES  
(WEB: <FDPS.ORG>)

El mes de gener de 2001 es va presentar el web <<http://fdps.org>>, creat amb el doble objectiu de facilitar la participació de les institucions i organitzacions professionals i ser un instrument que proporcioni transparència a tot el procés.

El web es va plantejar de lliure accés per a la seva consulta i restringit quant a la participació. Aquesta es va operativitzar a través de claus d'accés facilitades a les institucions convidades que es relacionen a continuació, les quals van subscriure el corresponent protocol d'adhesió.

Institucions convidades a participar en el Fòrum de les professions sanitàries	Institucions subscriptores del protocol d'adhesió
COL·LEGIS PROFESSIONALS I CONSELLS DE COL·LEGIS	
Consell de Col·legis de Metges de Catalunya	
Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya	
Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya	
Consell de Col·legis de Veterinaris de Catalunya	
Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya	
Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya	
Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de Catalunya	
Col·legi Oficial d'Òptics-Optometristes i Òptiques-Optometristes de Catalunya	
Col·legi Oficial de Químics de Catalunya	
Col·legi Oficial de Biòlegs de Catalunya	
Col·legi Oficial de Protètics Dentals de Catalunya	
Col·legi Oficial de Logopedes de Catalunya	
Col·legi Oficial de Podòlegs de Catalunya	
Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya	
Consell de Col·legis de d'Advocats de Catalunya	
Col·legi d'Economistes de Catalunya	

.../...



(Continuació)

Institucions convidades a participar en el Fòrum de les professions sanitàries	Institucions subscriptores del protocol d'adhesió
<b>ASSOCIACIONS PROFESSIONALS</b>	
Associació Catalana d'Infermeria	
Fundació Acadèmica de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears	
Associació Catalana de Llevadores	
Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas	
Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia	
Associació Espanyola de Tècnics en Radiologia	
Associació de Directores d'Escoles d'Infermeria de Catalunya (ADEIC)	
Associació de Professionals de Teràpia Ocupacional de Catalunya	
Asociación Nacional de Audioprotesistas	
<b>PATRONALS</b>	
Unió Catalana d'Hospitals	
Consorti Hospitalari de Catalunya	
Institut Català de la Salut	
Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris	
<b>CONSELLS ASSESSORS</b>	
Consell Assessor sobre la Diabetis a Catalunya	
Consell Assessor sobre Laboratoris Clínics	
Consell Assessor sobre la Salut Dental a Catalunya	
Consell Assessor d'Al·lèrgologia i Immunologia Clínica	
Consell Assessor en Psicogeriatría	
Consell Assessor sobre Esclerosi Múltiple	
Consell Català de la Formació Mèdica Continuada	
Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS)	
Comissió d'Infermeria del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut	
Xarxa de Comissions de Docència i Assessors	
Consell Assessor d'Infermeria	
Consell Assessor de Sanitat	
Consell de Formació Postgraduada del Personal Sanitari	
Comitè de Bioètica de Catalunya	
Consell Assessor de Qualitat Assistencial	
Consell Assessor d'Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental	

.../...

(Continuació)

Institucions convidades a participar en el Fòrum de les professions sanitàries	Institucions subscriptores del protocol d'adhesió
<b>SINDICATS</b>	
Sindicato Médico de Cataluña	
Unión General de Trabajadores. Delegació a Catalunya	
Comisiones Obreras. Delegació a Catalunya	
Sindicat d'Infermeria de Catalunya	
Sindicato de Auxiliares de Enfermería	
Sindicat d'Auxiliars d'Infermeria de Catalunya	
Federació d'Associacions de Metges d'Hospitals de Catalunya	
<b>ASSOCIACIONS DE PACIENTS I USUARIS</b>	
Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat	
Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia	
Asociación de Trasplantados Hepáticos de Catalunya	
Associació Catalana d'Ajuda al Malalt Depressiu	
Associació Catalana d'Ajut als Malalts amb Lupus	
Associació Catalana de Malalts de Huntington	
Associació d'Ajuda a Famílies amb Ludòpates	
Associació Catalana per a la Promoció de Persones Sordes	
Asociación de Enfermos de Hepatitis C	
Associació Catalana "La Il·lar" de l'Afectat d'Esclerosi Múltiple	
Associació de Malalts d'Escoliosi	
Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer de Barcelona	
Associació de Persones que Vivim amb VIH	
Associació de Suport als Afectats per Cardiopaties Congènites	
Associació dels Grups de Suport de l'Esclerosi Lateral Amiotròfica	
Associació de Malalts Reumàtics (Associació MAR)	
Comité Ciudadano de Lucha contra el Sida de Barcelona	
Stop Sida	
Sociedad Española de Atención al Usuario	
Confederación Estatal de Pacientes de España	
Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa	
Asociación de Integración Sanitaria del Usuario	
Asociación Española contra la Fibrosis Quística	

.../...

(Continuació)

Institucions convidades a participar en el Fòrum de les professions sanitàries	Institucions subscriptores del protocol d'adhesió
ASSOCIACIONS DE PACIENTS I USUARIS (continuació)	
Asociación Española de Enfermedades Musculares	
Associació Asmatològica Catalana	
Associació Catalana de Malalts Epilèptics	
Associació Catalana del Càncer	
Associació Catalana per al Parkinson	
Associació Catalana de Traumàtics Cranioencefàlics	
Federació Catalana de Familiars de Malalts Mentals	
Trasplantados Asociados de Corazón en Cataluña	
Associació de Malalts del Ronyó	
Associació Catalana per a la Recerca Oncològica i les seves implicacions sanitàries i socials	
Associació de Diabètics de Catalunya	
Associació de Donants Voluntaris de Sang	
Associació Ciutadana Antisida de Catalunya	
Federació Catalana d'Esports per a Minusvàlids	
Asociación Española de Laringectomizados y Mutilados de la Voz	
Associació dedicada a les Alteracions Genètiques Minoritàries	
Associació Rauxa	
Acció Psoriasi	
Associació Joia	
Associació de Familiars i Amics de Nens Oncològics	
Fundació Catalana Síndrome de Down	
Federación Española de Asociaciones de Lucha contra el Sida	
Celíacs de Catalunya	
ASPAYM Catalunya	
ASPACE	
FACULTATS I ESCOLES UNIVERSITÀRIES	
Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona. Barcelona	
Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès	
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat Rovira i Virgili. Reus	
Facultat de Farmàcia, Universitat de Barcelona. Barcelona	

.../...

(Continuació)

Institucions convidades a participar en el Fòrum de les professions sanitàries	Institucions subscriptores del protocol d'adhesió
<b>FACULTATS I ESCOLES UNIVERSITÀRIES (continuació)</b>	
Facultat de Medicina, Universitat de Lleida. Lleida	
Facultat de Veterinària, Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès	
Facultat Universitària d'Òptica i Optometria, Universitat Politècnica de Catalunya. Terrassa	
Facultat d'Odontologia, Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat	
E.U. d'Infermeria i Fisioteràpia Gimbernat, Universitat Autònoma de Barcelona. Sant Cugat del Vallès	
E.U. d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna, Universitat Ramon Llull. Barcelona	
Facultat de Ciències de la Salut, Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat del Vallès	
E.U. de Ciències de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona. Manresa. Fisioteràpia	
E.U. de Ciències de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona. Manresa. Podologia	
E.U. d'Infermeria, Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat	
Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica, Universitat de Barcelona	
E.U. d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona	
E.U. de Podologia, Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat	
<b>STAKEHOLDERS</b>	
Grup d'Estudis de Professions i Organitzacions	
Fundació Biblioteca Josep Laporte	
Fundación Salud, Innovación y Sociedad	
Fundació Salut, Empresa i Economia	
Col·laboració Cochrane	
Relacions externes de Metges sense Fronteres	
Fundació Privada Vila Casas	
Institut Borja de Bioètica	
Organització Mundial de la Salut, European Centre for Integrated Health Care Services	
Fundació IMIM (Institut Municipal d'Investigació Mèdica)	
Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra	



ANNEX II  

---

LEGISLACIÓ

En aquest apartat no pretenem ressenyar totes les referències normatives d'interès, sinó només de les més significatives per la seva relació amb les professions sanitàries i les seves modificacions més rellevants.

<b>A. Marc competencial</b>	
<b>1. Constitució espanyola</b>	<p><b>a) Article 9.</b> Respecte a la llei. Llibertat, igualtat i garanties jurídiques.</p> <p><b>b) Article 15.</b> Dret de la vida a la integritat física i moral.</p> <p><b>c) Article 43.</b> Protecció de la salut. És un dret i competeix als poders públics organitzar i tutelar aquest dret mitjançant els serveis i les prestacions sanitàries.</p> <p><b>d) Article 139.</b> Igualtat en tot el territori nacional.</p> <p><b>e) Article 148.</b> Competències de les comunitats autònomes. A l'apartat 21 es preveu assumir les competències sobre sanitat i higiene.</p> <p><b>f) Article 149.</b> Competències exclusives de l'Estat. A l'apartat 1, per a garantir la igualtat. En el 7, per a dictar la legislació laboral. En el 13, per a dictar les bases i la coordinació i planificació general de l'activitat econòmica. En el 16, per a regular la sanitat exterior, les bases i la coordinació general de la sanitat i la legislació sobre productes farmacèutics. En el 17, per a dictar la legislació bàsica i el règim econòmic de la Seguretat Social. Finalment, en el 18 es regula la competència exclusiva per a dictar les bases del règim jurídic de les administracions públiques i el règim estatutari dels funcionaris públics.</p>
<b>2. Estatut d'autonomia de Catalunya</b>	<p><b>Article 9.</b> Competències exclusives de la Generalitat de Catalunya. A l'apartat 11, en matèria d'higiene. A l'apartat 23, sobre col·legis professionals i exercici de les professions titulades, sens perjudici dels articles 36 i 139 de la CE.</p>
<b>3. Llei 12/1983, de 14 de juliol, d'administració institucional de la sanitat, de l'assistència i els serveis socials de Catalunya, modificada per la Llei 10/1998, de 27 de juliol, i refosa pel Decret Legislatiu 17/1994, de 16 de novembre.</b>	
<b>4. Reial Decret 1517/1981, de 8 de juliol, de traspàs de serveis de la Seguretat Social corresponents a l'Institut Nacional de la Salut i a l'Institut Nacional de Serveis Socials.</b>	
<b>5. Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat.</b>	
<b>6. Llei 30/1984, de 2 d'agost, de mesures per a la reforma de la funció pública, modificada per la Llei 23/1988, de 28 de juliol.</b>	
<b>7. Decret Legislatiu 1/1997, de 31 d'octubre, pel qual s'aprova la refosa en un text únic dels preceptes de determinats textos legals vigents a Catalunya en matèria de funció pública.</b>	

## B. Marc sanitari

1. Reial Decret Legislatiu, de 20 de juny. Text refós de la Llei general de la Seguretat Social.
2. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, modificada, bàsicament, per la Llei 11/1995, de 29 de setembre.
3. Llei 31/1991, de 13 de desembre, d'ordenació farmacèutica de Catalunya.
4. Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre el dret d'informació que concerneix la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
5. Llei de coordinació general de la sanitat (projecte).
6. Pla de salut de Catalunya.
7. Decret 55/1990, de 5 de març, i Ordre de 25 d'abril de 1990, que regulen l'extensió de la cobertura de l'assistència sanitària de la Seguretat Social a les persones sense recursos econòmics suficients.
8. Decret 345/2001, de 24 de desembre, pel qual es regula l'establiment dels convenis i contractes de gestió de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut.
9. Decret 36/1997, de 18 de febrer, pel qual s'estableixen normes en relació amb els estàndards de qualitat per a la contractació de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut i les diverses ordres que amb posterioritat han fixat aquests estàndards en els diferents serveis.
10. Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya. Decret 129/1990, de 28 de maig, de mesures complementàries per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya. Decret 104/1998, de 28 d'abril, pel qual es dicten normes per impulsar la implantació progressiva del model de reforma a l'atenció primària de salut.
11. Decret 284/1990, de 21 de novembre, sobre normes per a la reordenació de l'atenció de les especialitats mèdiques.
12. Decret 169/1996, de 23 de maig, pel qual s'estableixen els aspectes necessaris per determinar els estàndards de qualitat exigibles a cada tipologia de centres, serveis i establiments sanitaris.

<b>C. Marc organitzatiu</b>	
<b>1. Estructura del Departament de Sanitat i Seguretat Social</b>	<p>a) <b>Decret 262/2000</b>, de 31 de juliol, de reestructuració del Departament de Sanitat i Seguretat Social.</p> <p>b) <b>Decret 209/2001</b>, de 24 de juliol, de modificació del Decret 262/2000, de 31 de juliol, de reestructuració del Departament de Sanitat i Seguretat Social.</p>
<b>2. Estructura del Servei Català de la Salut (CatSalut)</b>	<p>a) <b>Decret 260/2000</b>, de 31 de juliol, pel qual es despleguen l'estructura i l'organització centrals de l'ens públic CatSalut.</p> <p>b) <b>Empreses del CatSalut</b></p>
<b>3. Estructura de l'Institut Català de la Salut (ICS)</b>	<p>a) <b>Decret 276/2001</b>, de 23 d'octubre, de reestructuració de l'Institut Català de la Salut.</p> <p>b) <b>Decret 277/2001</b>, de 23 d'octubre, pel qual es regulen les estructures de direcció, gestió i administració sanitàries en l'àmbit de l'atenció primària de l'Institut Català de la Salut.</p> <p>c) <b>Ordre de 8 d'octubre de 1985</b> sobre fixació de criteris per a la determinació de les plantilles orgàniques dels equips d'atenció primària.</p> <p>d) <b>Decret 282/1999</b>, de 13 d'octubre, sobre fixació de criteris per a la determinació dels recursos humans dels equips d'atenció primària.</p> <p>e) <b>Ordre de 10 de juliol de 1991</b> per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris.</p> <p>f) <b>Ordre de 18 de novembre de 1985</b>, modificada per l'Ordre de 16 de juliol de 1987, que regula l'estructura orgànica de direcció, gestió i administració de les institucions hospitalàries de la Seguretat Social a Catalunya.</p>
<b>4. Decret 133/1997, de 27 de maig, pel qual es modifica l'annex del Decret 202/1985, de 15 de juliol, de creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública.</b>	
<b>5. Decret 242/1999, de 31 d'agost, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments sociosanitaris d'utilització pública a Catalunya.</b>	
<b>6. Decret 213/1999, de 27 de juliol, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública de Catalunya.</b>	
<b>7. Col·legis professionals.</b>	



## D. Relacions laborals

1. Reial Decret Legislatiu 1/1995, de 24 de març. Text refós de la Llei de l'estatut dels treballadors.

2. Estatuts del personal estatutari de la Seguretat Social

- a) **Decret 3160/1966**, de 23 de desembre, estatut del personal facultatiu de la Seguretat Social, i les seves modificacions parcials posteriors.
- b) **Ordre de 26 d'abril de 1973**, estatut del personal sanitari no facultatiu de les institucions sanitàries de la Seguretat Social, i les seves modificacions parcials posteriors.
- c) **Ordre de 5 de juliol de 1971**, estatut del personal no sanitari de les institucions sanitàries de la Seguretat Social, i les seves modificacions parcials posteriors.

3. Directiva 89/391/CE del Consell, de 12 de juny de 1989, relativa a l'aplicació de mesures per promoure la millora de la seguretat i la salut dels treballadors en el treball.

4. Directiva 93/104/CE del Consell, de 23 de novembre de 1993, relativa a determinats aspectes de l'ordenació del temps de treball.

5. Directiva 2000/34/CE del Parlament Europeu i del Consell, de 22 de juny de 2000, per la qual es modifica la Directiva 93/104/CE, a fi d'incloure els sectors i les activitats exclosos de l'esmentada directiva.

6. Convenis col·lectius

- a) Xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya. Resolució de 15 d'abril de 1999, on es disposa la inscripció i la publicació del Conveni col·lectiu de treball per al sector dels hospitals concertats de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya per als anys 1998-2000.
- b) Hospitals.
- c) Centres sociosanitaris.
- d) Centres d'atenció psiquiàtrica i salut mental.
- e) Altres serveis sanitaris.

7. Incompatibilitats

- a) **Llei 53/1984**, de 26 de desembre, d'incompatibilitats del personal al servei de les Administracions Públiques.
- b) **Llei 21/1987**, de 26 de novembre, d'incompatibilitats del personal al servei de l'Administració de la Generalitat.
- c) **Decret 307/1985**, de 31 d'octubre, sobre les normes i procediments per a l'aplicació de les incompatibilitats al personal sanitari al servei de la Generalitat, modificat pel **Decret 166/1997**, de 22 de juliol.

8. Representació sindical

- a) **Llei Orgànica 11/1985**, de 2 d'agost, de llibertat sindical.
- b) **Llei 9/1987**, de 12 de maig, d'òrgans de representació, determinació de les condicions de treball i participació del personal al servei de les Administracions públiques, modificada parcialment per la Llei 7/1990, de 19 de juliol.

9. Reial Decret Legislatiu 5/2000, de 4 d'agost. Text refós de la Llei d'infraccions i sancions en l'ordre social.

10. Llei 29/1999, de 16 de juliol, de modificació de la Llei 14/1994, d'1 de juny, d'empreses de treball temporal.



ANNEX III

---

DADES DE PROFESSIONALS  
SANITARIS

## TAULES

Taula 1.	Metges col·legiats a Catalunya per especialitat i sexe. 2001 .....	186	Taula 14.	Personal sanitari de la Regió Sanitària Girona. 2001 .....	246
Taula 2.	Metges col·legiats a Barcelona per especialitat, edat i sexe. 2001 .....	190	Taula 15.	Personal sanitari de la Regió Sanitària Costa de Ponent. 2001 .....	247
Taula 3.	Metges col·legiats a Girona per especialitat, edat i sexe. 2001 .....	194	Taula 16.	Personal sanitari de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme. 2001 .....	248
Taula 4.	Metges col·legiats a Lleida per especialitat i edat. 2001 .....	198	Taula 17.	Personal sanitari de la Regió Sanitària Centre. 2001 .....	249
Taula 5.	Metges col·legiats a Tarragona per especialitat i sexe. 2001 .....	202	Taula 18.	Personal sanitari del Consorci Sanitari de Barcelona. 2001 .....	250
Taula 6.	Professionals de la xarxa reformada d'atenció primària de Catalunya per regions sanitàries. 2001 .....	233	Taula 19.	Personal sanitari de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya. 2001 .....	251
Taula 7.	Metges de la xarxa no reformada d'atenció primària de Catalunya per especialitat, edat i sexe. 2001 ....	235	Taula 20.	Personal sanitari de Catalunya no adscrit a la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (privat). 2001 .....	252
Taula 8.	Metges del hospitals de l'Institut Català de la salut per especialitat, edat i sexe. 2001 .....	238	Taula 21.	Personal sanitari de Catalunya en centres d'aguts. 2001 .....	253
Taula 9.	Personal sanitari de les empreses públiques del Catsalut. 2001 .....	241	Taula 22.	Personal sanitari de Catalunya en centres de llarga estada. 2001 .....	254
Taula 10.	Personal sanitari públic i privat a Catalunya. 2001 .....	242	Taula 23.	Personal sanitari de Catalunya en centres psiquiàtrics. 2001 .....	255
Taula 11.	Personal sanitari de la Regió Sanitària Lleida. 2001 ....	243	Taula 24.	Personal sanitari de Catalunya en centres mixtos. 2001 .....	256
Taula 12.	Personal sanitari de la Regió Sanitària Tarragona. 2001 .....	244			
Taula 13.	Personal sanitari de la Regió Sanitària Tortosa. 2001 .....	245			

## GRÀFICS

Gràfic 1.	Metges col·legiats a Catalunya. 2001 .....	184	Gràfic 8.	Metges col·legiats a Lleida per especialitat. 2001 .....	197
Gràfic 2.	Metges col·legiats a Catalunya per especialitat. 2001 .....	185	Gràfic 9.	Metges col·legiats a Tarragona. 2001 .....	200
Gràfic 3.	Metges col·legiats a Barcelona. 2001 .....	188	Gràfic 10.	Metges col·legiats a Tarragona per especialitat. 2001 .....	201
Gràfic 4.	Metges col·legiats a Barcelona per especialitat. 2001 .....	189	Gràfic 11.	Piràmides d'edat dels metges especialistes de Barcelona per especialitat. 2001 .....	204
Gràfic 5.	Metges col·legiats a Girona. 2001 ....	192	11.1	Al·lèrgologia .....	204
Gràfic 6.	Metges col·legiats a Girona per especialitat. 2001 .....	193	11.2	Anàlisis clíniques .....	204
Gràfic 7.	Metges col·legiats a Lleida. 2001 .....	196	11.3	Anatomia patològica .....	204

11.4	Anestesiologia i reanimació ..	204
11.5	Angiologia i cirurgia .....	204
11.6	Aparell digestiu .....	204
11.7	Bioquímica clínica.....	205
11.8	Cardiologia .....	205
11.9	Cirurgia cardiovascular.....	205
11.10	Cirurgia general i aparell digestiu .....	205
11.11	Cirurgia maxil·lofacial .....	205
11.12	Cirurgia pediàtrica .....	205
11.13	Cirurgia plàstica i reparadora .....	206
11.14	Cirurgia toràctica .....	206
11.15	Dermatologia i venereologia ..	206
11.16	Endocrinologia i nutrició .....	206
11.17	Estomatologia .....	206
11.18	Farmacologia clínica .....	206
11.19	Geriatría .....	207
11.20	Hematologia i hemoteràpia....	207
11.21	Hidrologia.....	207
11.22	Immunologia.....	207
11.23	Medicina de l'educació física i l'esport .....	207
11.24	Medicina familiar i comunitària.....	207
11.25	Medicina intensiva.....	208
11.26	Medicina interna .....	208
11.27	Medicina legal i forense .....	208
11.28	Medicina nuclear.....	208
11.29	Medicina preventiva i salut pública.....	208
11.30	Medicina del treball.....	208
11.31	Microbiologia i parasitologia ..	209
11.32	Nefrologia .....	209
11.33	Neurocirurgia .....	209
11.34	Neurofisiologia clínica .....	209
11.35	Neurologia .....	209
11.36	Obstetrícia i ginecologia .....	209
11.37	Oftalmologia .....	210
11.38	Oncologia mèdica .....	210
11.39	Oncologia radioteràpica .....	210
11.40	Otorinolaringologia.....	210
11.41	Pediatria i àrees específiques .....	210
11.42	Pneumologia .....	210
11.43	Psiquiatria .....	211
11.44	Radiodiagnòstic.....	211
11.45	Rehabilitació.....	211
11.46	Reumatologia .....	211
11.47	Traumatologia i cirurgia ortopèdica.....	211
11.48	Urologia .....	211

Gràfic 12. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Girona per especialitat. 2001 .....		212
12.1	Anàlisis clíniques .....	212
12.2	Anatomia patològica .....	212
12.3	Anestesiologia i reanimació....	212
12.4	Angiologia i cirurgia vascular .....	212
12.5	Aparell digestiu .....	212
12.6	Aparell respiratori i circulatori .....	212
12.7	Bioquímica clínica.....	213
12.8	Cardiologia .....	213
12.9	Cirurgia cardiovascular .....	213
12.10	Cirurgia general i aparell digestiu .....	213
12.11	Cirurgia maxil·lofacial .....	213
12.12	Cirurgia pediàtrica .....	213
12.13	Cirurgia plàstica i reparadora .....	214
12.14	Cirurgia toràctica .....	214
12.15	Dermatologia i venereologia ..	214
12.16	Estomatologia .....	214
12.17	Geriatría .....	214
12.18	Hematologia i hemoteràpia ....	214
12.19	Medicina de l'educació física i l'esport .....	215
12.20	Medicina familiar i comunitària.....	215
12.21	Medicina intensiva.....	215
12.22	Medicina preventiva i salut pública.....	215
12.23	Medicina del treball.....	215
12.24	Microbiologia i parasitologia .....	215
12.25	Nefrologia .....	216
12.26	Neurocirurgia .....	216
12.27	Neurofisiologia clínica .....	216
12.28	Neurologia .....	216
12.29	Obstetrícia i ginecologia.....	216
12.30	Oftalmologia .....	216
12.31	Oncologia mèdica .....	217
12.32	Otorinolaringologia.....	217
12.33	Pediatria i àrees específiques .....	217
12.34	Pneumologia .....	217
12.35	Psiquiatria .....	217
12.36	Radiodiagnòstic.....	217
12.37	Radioteràpia .....	218
12.38	Rehabilitació.....	218
12.39	Reumatologia .....	218
12.40	Traumatologia i cirurgia ortoprotètica .....	218
12.41	Urologia .....	218

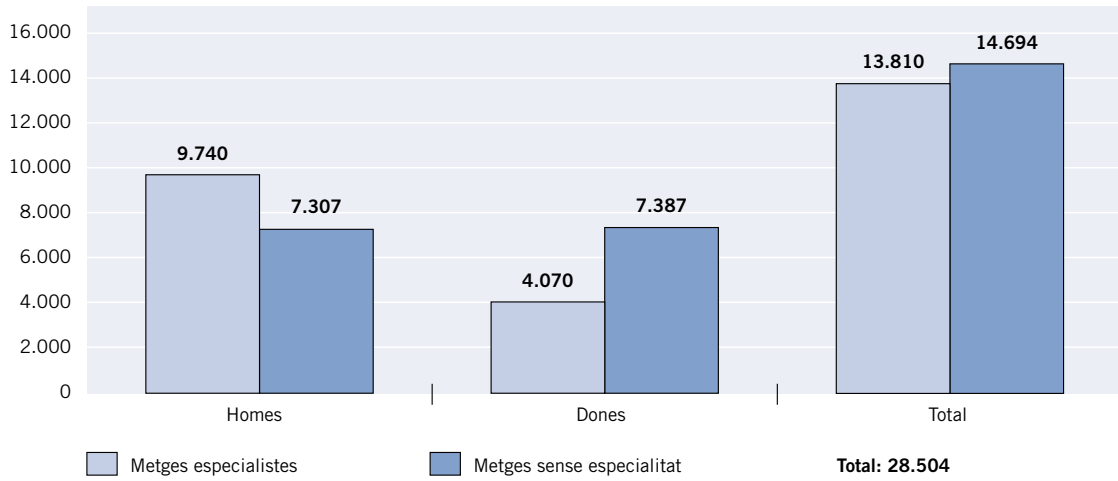
Gràfic 13. Metges especialistes de Lleida per edat i especialitat. 2001 .....	219
13.1 Al·lèrgologia .....	219
13.2 Anàlisis clíniques .....	219
13.3 Anatomia patològica i histopatologia .....	219
13.4 Anestesiologia i reanimació....	219
13.5 Angiologia i cirurgia vascular .....	219
13.6 Aparell digestiu .....	219
13.7 Bioquímica clínica.....	220
13.8 Cardiologia .....	220
13.9 Cirurgia cardiovascular.....	220
13.10 Cirurgia general i aparell digestiu .....	220
13.11 Cirurgia maxil·lofacial .....	220
13.12 Cirurgia plàstica i reparadora .....	220
13.13 Dermatologia i venereologia....	221
13.14 Endocrinologia i nutrició .....	221
13.15 Estomatologia .....	221
13.16 Geriatria .....	221
13.17 Hematologia i hemoteràpia ....	221
13.18 Medicina de l'educació física i l'esport .....	221
13.19 Medicina familiar i comunitària.....	222
13.20 Medicina intensiva.....	222
13.21 Medicina interna .....	222
13.22 Medicina nuclear.....	222
13.23 Medicina preventiva i salut pública .....	222
13.24 Medicina del treball.....	222
13.25 Microbiologia .....	223
13.26 Nefrologia .....	223
13.27 Neurocirurgia .....	223
13.28 Neurofisiologia clínica .....	223
13.29 Neurologia .....	223
13.30 Obstetrícia i ginecologia.....	223
13.31 Oftalmologia .....	224
13.32 Oncologia mèdica .....	224
13.33 Otorinolaringologia.....	224
13.34 Pediatria i àrees específiques .....	224
13.35 Pneumologia .....	224
13.36 Psiquiatria .....	224
13.37 Radiodiagnòstic.....	225
13.38 Rehabilitació.....	225
13.39 Reumatologia .....	225
13.40 Traumatologia i cirurgia ortoprotètica .....	225
13.41 Urologia .....	225

Gràfic 14. Odontòlegs-estomatòlegs col·legiats de Catalunya per edat i sexe. 2001 .....	226
Gràfic 15. Farmacèutics col·legiats de Barcelona per edat i sexe. 2001 .....	226
Gràfic 16. Farmacèutics col·legiats de Lleida per edat i sexe. 2001.....	227
Gràfic 17. Biòlegs col·legiats de Catalunya per edat i sexe, i àmbit de treball. 2001 .....	227
Gràfic 18. Diplomats en infermeria col·legiats de Barcelona per edat i sexe. 2001.....	228
Gràfic 19. Diplomats en infermeria col·legiats de Girona per edat i sexe. 2001.....	228
Gràfic 20. Diplomats en infermeria col·legiats de Tarragona per edat. 2001 .....	229
Gràfic 21. Llevadores de Catalunya per edat i províncies. 2001 .....	229
Gràfic 22. Òptics-optometristes col·legiats de Catalunya per edat i sexe. 2001 .....	230
Gràfic 23. Podòlegs col·legiats de Catalunya per edat i sexe. 2001 .....	230
Gràfic 24. Fisioterapeutes col·legiats de Catalunya. 2001 .....	231
24.1 Evolució de la col·legiació. 1996-2001 .....	231
24.2 Distribució per províncies.....	231
24.3 Distribució per sexes .....	231
24.4 Distribució per edats .....	231
Gràfic 25. Protètics dentals col·legiats de Catalunya per edat i sexe. 2001 .....	232
Gràfic 26. Professionals de la xarxa reformada d'atenció primària de Catalunya. 2001 .....	232
Gràfic 27. Metges de la xarxa no reformada d'atenció primària de Catalunya per especialitat i sexe. 2001.....	234
Gràfic 28. Metges dels hospitals de l'Institut Català de la Salut per especialitat i sexe. 2001.....	236
Gràfic 29. Dispositius assistencials i recursos humans de la Xarxa d'atenció a les drogodependències. 2001.....	240
Gràfic 30. Personal sanitari públic i privat a Catalunya. 2001.....	242
Gràfic 31. Personal sanitari públic i privat a Catalunya (en percentatges). 2001 .....	242
Gràfic 32. Personal sanitari de la Regió Sanitària Lleida. 2001 .....	243

Gràfic 33. Personal sanitari de la Regió Sanitària Lleida (en percentatges). 2001 .....	243	Gràfic 51. Personal sanitari de Catalunya no adscrit a la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (privat) (en percentatges). 2001 .....	252
Gràfic 34. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tarragona. 2001 .....	244	Gràfic 52. Personal sanitari de Catalunya en centres d'aguts. 2001 .....	253
Gràfic 35. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tarragona (en percentatges). 2001 .....	244	Gràfic 53. Personal sanitari de Catalunya en centres d'aguts (en percentatges). 2001 .....	253
Gràfic 36. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tortosa. 2001 .....	245	Gràfic 54. Personal sanitari de Catalunya en centres de llarga estada. 2001 .....	254
Gràfic 37. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tortosa (en percentatges). 2001 .....	245	Gràfic 55. Personal sanitari de Catalunya en centres de llarga estada (en percentatges). 2001 .....	254
Gràfic 38. Personal sanitari de la Regió Sanitària Girona. 2001 .....	246	Gràfic 56. Personal sanitari de Catalunya en centres psiquiàtrics. 2001 .....	255
Gràfic 39. Personal sanitari de la Regió Sanitària Girona (en percentatges). 2001 .....	246	Gràfic 57. Personal sanitari de Catalunya en centres psiquiàtrics (en percentatges). 2001 .....	255
Gràfic 40. Personal sanitari de la Regió Sanitària Costa de Ponent. 2001 .....	247	Gràfic 58. Personal sanitari de Catalunya en centres mixtos. 2001 .....	256
Gràfic 41. Personal sanitari de la Regió Sanitària Costa de Ponent (en percentatges). 2001 .....	247	Gràfic 59. Personal sanitari de Catalunya en centres mixtos (en percentatges). 2001 .....	256
Gràfic 42. Personal sanitari de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme. 2001 .....	248	Gràfic 60. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya. 1997-2001 .....	258
Gràfic 43. Personal sanitari de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme (en percentatges). 2001 .....	248	Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001 .....	258
Gràfic 44. Personal sanitari de la Regió Sanitària Centre. 2001 .....	249	61.1 Al·lèrgologia .....	258
Gràfic 45. Personal sanitari de la Regió Sanitària Centre (en percentatges). 2001 .....	249	61.2 Anàlisis clíniques .....	258
Gràfic 46. Personal sanitari del Consorci Sanitari de Barcelona. 2001 .....	250	61.3 Anatomia patològica .....	259
Gràfic 47. Personal sanitari del Consorci Sanitari de Barcelona (en percentatges). 2001 .....	250	61.4 Anestesiologia i reanimació....	259
Gràfic 48. Personal sanitari de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya. 2001 .....	251	61.5 Angiologia i cirurgia vascular .....	259
Gràfic 49. Personal sanitari de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (en percentatges). 2001 .....	251	61.6 Aparell digestiu .....	259
Gràfic 50. Personal sanitari de Catalunya no adscrit a la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (privat). 2001 .....	252	61.7 Bioquímica clínica.....	259
		61.8 Cardiologia .....	259
		61.9 Cirurgia cardiovascular .....	260
		61.10 Cirurgia general i aparell digestiu .....	260
		61.11 Cirurgia maxil·lofacial .....	260
		61.12 Cirurgia pediàtrica .....	260
		61.13 Cirurgia plàstica i reparadora ..	260
		61.14 Cirurgia toràcica .....	260
		61.15 Dermatologia medicoquirúrgica i venereologia .....	261
		61.16 Endocrinologia i nutrició .....	261
		61.17 Farmàcia hospitalària.....	261
		61.18 Farmacologia clínica .....	261

61.19 Geriatria .....	261	61.35 Oftalmologia .....	264
61.20 Hematologia i hemoteràpia ....	261	61.36 Oncologia mèdica .....	264
61.21 Immunologia .....	262	61.37 Oncologia radioteràpica .....	264
61.22 Infermeria en salut mental ....	262	61.38 Otorinolaringologia.....	264
61.23 Llevadores .....	262	61.39 Pediatria i àrees específiques .....	265
61.24 Medicina familiar i comunitària.....	262	61.40 Pneumologia .....	265
61.25 Medicina intensiva.....	262	61.41 Psicologia clínica.....	265
61.26 Medicina interna .....	262	61.42 Psiquiatria .....	265
61.27 Medicina nuclear.....	263	61.43 Radiodiagnòstic.....	265
61.28 Medicina preventiva i salut pública .....	263	61.44 Radiofarmàcia .....	265
61.29 Microbiologia i parasitologia ..	263	61.45 Radiofísica hospitalària .....	266
61.30 Nefrologia .....	263	61.46 Rehabilitació.....	266
61.31 Neurocirurgia .....	263	61.47 Reumatologia .....	266
61.32 Neurofisiologia clínica .....	263	61.48 Traumatologia i cirurgia ortoprotètica .....	266
61.33 Neurologia .....	264	61.49 Urologia .....	266
61.34 Obstetrícia i ginecologia .....	264		

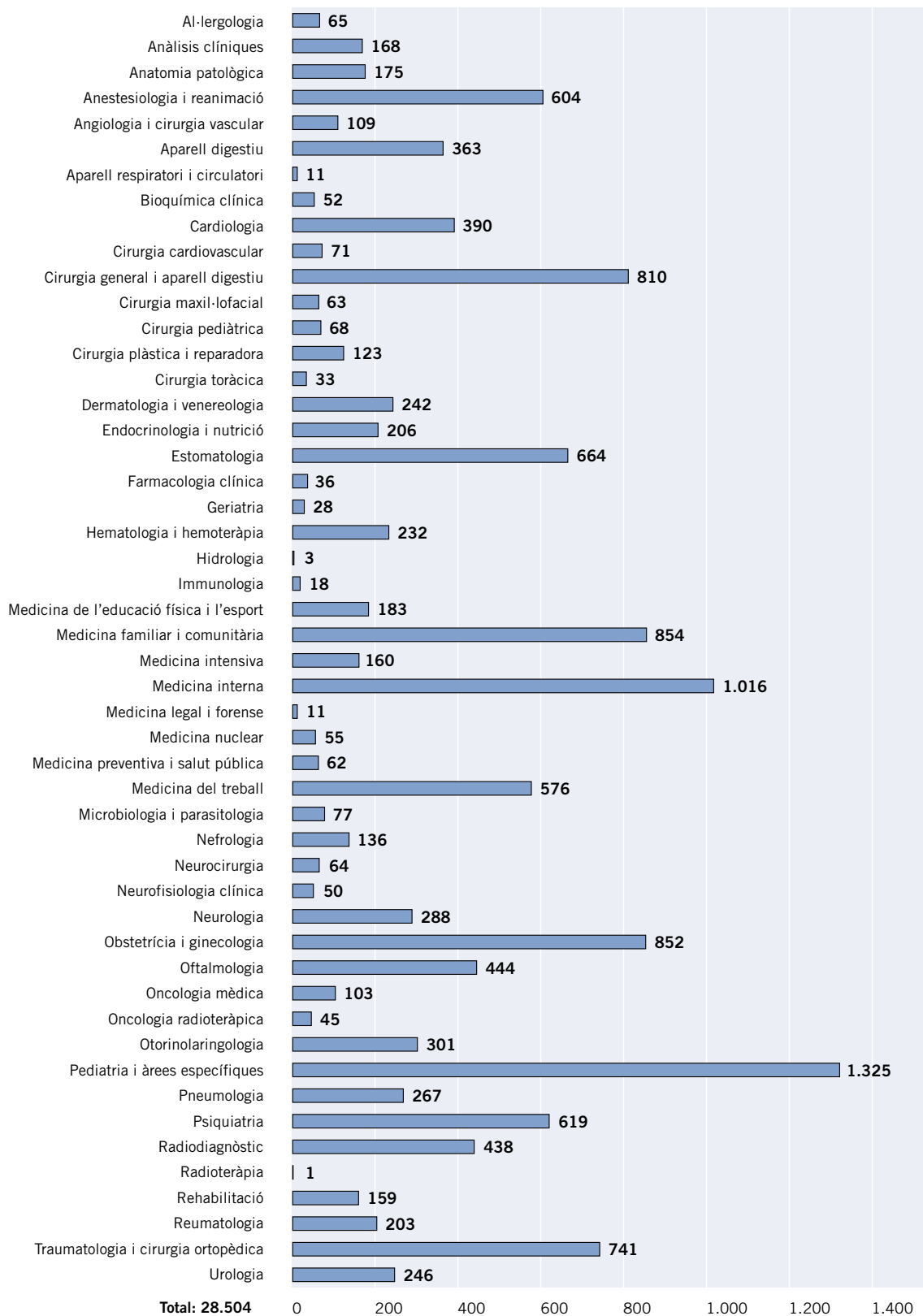
**Gràfic 1. Metges col·legiats a Catalunya. 2001**



Font: Col·legis oficials de metges de Catalunya.



Gràfic 2. Metges col·legiats a Catalunya per especialitat. 2001



Font: Col·legis oficials de metges de Catalunya.

Taula 1. Metges col·legiats a Catalunya per especialitat i sexe. 2001 (1a part)

Especialitat	Barcelona		Tarragona		Lleida		Girona		Catalunya						
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total			
Al·lèrgologia	34	21	55	5	4	9	1	0	1	0	0	0	40	25	65
Anàlisis clíniques	79	51	130	10	6	16	7	0	7	10	5	15	106	62	168
Anatomia patològica	75	68	143	6	9	15	6	1	7	3	7	10	90	85	175
Anestesiologia i reanimació	254	250	504	31	17	48	13	6	19	23	10	33	321	283	604
Angiologia i cirurgia vascular	84	9	93	8	0	8	2	0	2	5	1	6	99	10	109
Aparell digestiu	247	45	292	23	1	24	21	2	23	21	3	24	312	51	363
Aparell respiratori i circulatori	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2	11	9	2	11
Bioquímica clínica	20	27	47	0	1	1	0	2	2	1	1	2	21	31	52
Cardiologia	269	58	327	24	2	26	19	1	20	15	2	17	327	63	390
Cirurgia cardiovascular	66	2	68	0	0	0	2	0	2	1	0	1	69	2	71
Cirurgia general i aparell digestiu	579	69	648	59	5	64	43	6	49	45	4	49	726	84	810
Cirurgia maxil·lofacial	48	6	54	3	0	3	4	0	4	2	0	2	57	6	63
Cirurgia pediàtrica	43	18	61	2	1	3	0	0	0	2	2	4	47	21	68
Cirurgia plàstica i reparadora	93	22	115	2	0	2	2	0	2	4	0	4	101	22	123
Cirurgia toràctica	28	3	31	1	0	1	0	0	0	1	0	1	30	3	33
Dermatologia i venerologia	109	83	192	14	4	18	6	2	8	13	11	24	142	100	242
Endocrinologia i nutrició	123	62	185	10	3	13	6	2	8	0	0	0	139	67	206
Estomatologia	398	156	554	34	2	36	42	8	50	18	6	24	492	172	664
Farmacologia clínica	22	14	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	14	36
Geriatría	10	13	23	1	1	2	1	0	1	0	2	2	12	16	28
Hematologia i hemoteràpia	116	85	201	7	4	11	8	5	13	6	1	7	137	95	232
Hidrologia	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Immunologia	11	7	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	7	18
Medicina de l'educació física i l'esport	104	47	151	2	4	6	11	0	11	11	4	15	128	55	183
Medicina familiar i comunitària	288	336	624	26	28	54	70	26	96	47	33	80	431	423	854
Medicina intensiva	100	40	140	7	0	7	10	1	11	2	0	2	119	41	160
Medicina interna	685	229	914	50	8	58	36	8	44	0	0	0	771	245	1.016

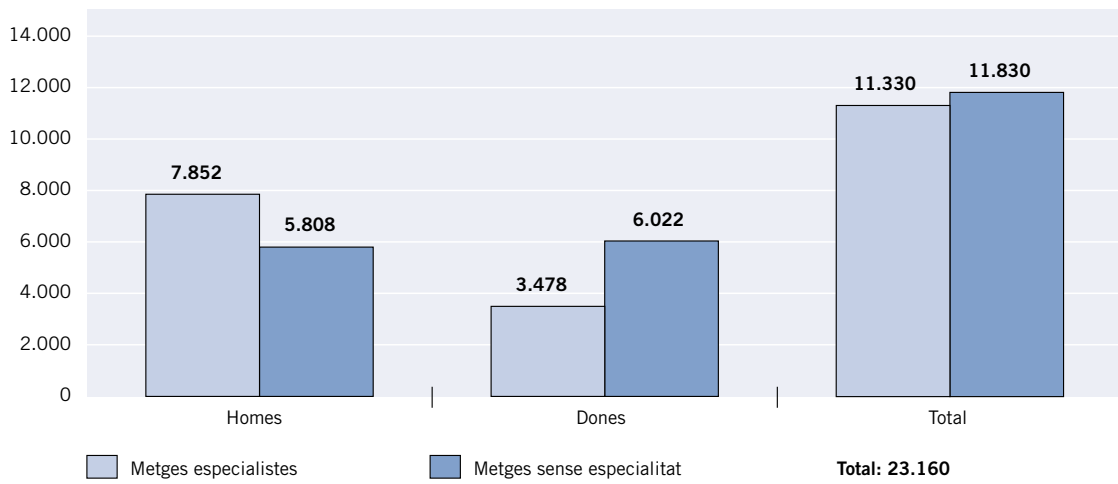
.../...

**Taula 1. Metges col·legiats a Catalunya per especialitat i sexe. 2001 (2a part)**

Especialitat	Barcelona		Tarragona		Lleida		Girona		Catalunya			
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Medicina legal i forense	6	3	9	1	1	2	0	0	0	7	4	11
Medicina nuclear	27	24	51	1	2	3	0	1	1	28	27	55
Medicina preventiva i salut pública	36	17	53	0	2	2	3	2	5	39	23	62
Medicina del treball	332	160	492	14	5	19	34	19	53	386	190	576
Microbiologia i parasitologia	26	43	69	2	0	2	2	0	2	32	45	77
Nefrologia	80	32	112	3	3	6	2	2	4	98	38	136
Neurocirurgia	48	5	53	1	0	1	2	0	2	58	6	64
Neurofisiologia clínica	20	24	44	0	0	0	3	2	5	24	26	50
Neurologia	182	58	240	19	4	23	10	2	12	221	67	288
Obstetrícia i ginecologia	459	222	681	54	10	64	33	8	41	597	255	852
Oftalmologia	239	93	332	36	10	46	17	8	25	324	120	444
Oncologia mèdica	48	30	78	3	6	9	4	3	7	63	40	103
Oncologia radioteràpica	29	16	45	0	0	0	0	0	0	29	16	45
Otorinolaringologia	164	62	226	24	2	26	16	1	17	231	70	301
Pediatría i àrees específiques	590	464	1.054	75	38	113	36	25	61	766	559	1.325
Pneumologia	164	62	226	12	1	13	19	2	21	199	68	267
Psiquiatria	348	179	527	24	14	38	17	3	20	412	207	619
Radiodiagnòstic	252	98	350	22	12	34	16	6	22	312	126	438
Radioteràpia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Rehabilitació	68	64	132	5	6	11	4	2	6	84	75	159
Reumatologia	120	50	170	12	1	13	8	2	10	145	58	203
Traumatologia i cirurgia ortopèdica	553	39	592	53	1	54	42	0	42	689	52	741
Urologia	175	10	185	25	1	26	16	0	16	235	11	246
<b>Metges especialistes</b>	<b>7.852</b>	<b>3.478</b>	<b>11.330</b>	<b>711</b>	<b>219</b>	<b>930</b>	<b>594</b>	<b>158</b>	<b>752</b>	<b>583</b>	<b>215</b>	<b>798</b>
<b>Metges sense especialitat</b>	<b>5.808</b>	<b>6.022</b>	<b>11.830</b>	<b>694</b>	<b>683</b>	<b>1.377</b>	<b>366</b>	<b>333</b>	<b>699</b>	<b>439</b>	<b>349</b>	<b>788</b>
<b>Total de metges a Catalunya</b>	<b>13.660</b>	<b>9.500</b>	<b>23.160</b>	<b>1.405</b>	<b>902</b>	<b>2.307</b>	<b>960</b>	<b>491</b>	<b>1.451</b>	<b>1.022</b>	<b>564</b>	<b>1.586</b>

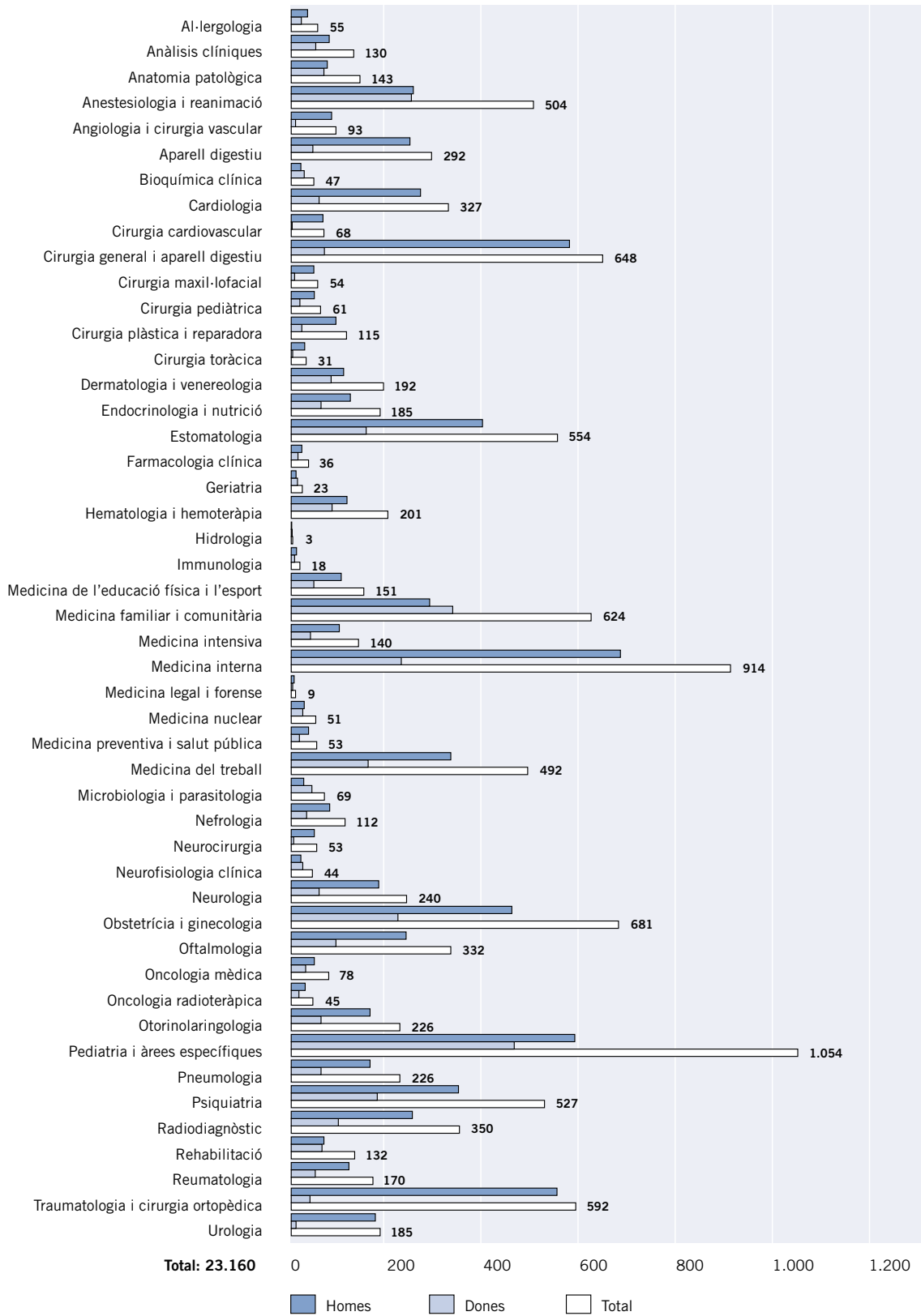
Font: Col·legis oficials de metges de Catalunya.

Gràfic 3. Metges col·legiats a Barcelona. 2001



Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Gràfic 4. Metges col·legiats a Barcelona per especialitat. 2001



Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 28 de juny de 2001.

Taula 2. Metges col·legiats a Barcelona per especialitat, edat i sexe. 2001 (1a part)

Especialitat	22-26 anys			27-31 anys			32-36 anys			37-41 anys			42-46 anys			47-51 anys			52-56 anys			57-61 anys			62-66 anys			67-71 anys			Total		
	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	Homes	Dones	Total
Al·lèrgologia	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	5	11	2	1	3	4	5	9	8	5	13	8	0	8	4	1	5	2	0	2	34	21	55
Anàlisis clíniques	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	5	7	7	9	16	16	11	27	16	7	23	16	11	27	13	3	16	9	3	12	79	51	130
Anatomia patològica	0	0	0	1	1	1	4	7	11	10	10	20	14	20	34	16	15	31	12	8	20	11	5	16	3	2	5	5	0	5	75	68	143
Anestesiologia i reanimació	0	0	0	2	2	2	14	25	39	24	50	74	67	53	120	54	68	122	40	31	71	25	11	36	23	5	28	7	5	12	254	250	504
Angiologia i cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	5	4	9	13	1	14	15	1	16	18	3	21	18	0	18	4	0	4	7	0	7	4	0	4	84	9	93
Aparell digestiu	0	0	0	0	0	0	11	7	18	22	8	30	28	12	40	53	15	68	55	3	58	41	0	41	28	0	28	9	0	9	247	45	292
Bioquímica clínica	0	0	0	0	0	0	3	4	7	4	9	13	4	12	16	1	2	3	1	0	1	6	0	6	0	0	0	1	0	1	20	27	47
Cardiologia	0	0	0	1	0	1	9	2	11	15	5	20	30	11	41	68	20	88	54	17	71	43	2	45	22	1	23	27	0	27	269	58	327
Cirurgia cardiovascular	0	0	0	1	0	1	2	0	2	4	0	4	3	1	4	10	0	10	27	1	28	9	0	9	7	0	7	3	0	3	66	2	68
Cirurgia general i aparell digestiu	0	0	0	1	0	1	17	17	34	38	12	50	95	16	111	139	16	155	129	6	135	66	2	68	51	0	51	43	0	43	579	69	648
Cirurgia maxil·lofacial	0	0	0	0	0	0	9	3	12	9	2	11	7	0	7	6	1	7	10	0	10	5	0	5	2	0	2	0	0	0	48	6	54
Cirurgia pediàtrica	0	0	0	0	0	0	1	4	5	0	1	1	5	5	10	12	4	16	13	3	16	3	1	4	5	0	5	4	0	4	43	18	61
Cirurgia plàstica i reparadora	0	0	0	1	2	3	6	3	9	20	4	24	17	8	25	11	4	15	19	0	19	12	1	13	6	0	6	1	0	1	93	22	115
Cirurgia toràcica	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	5	0	5	6	2	8	8	0	8	5	0	5	1	0	1	1	0	1	28	3	31
Dermatologia i venereologia	0	0	0	2	1	3	14	12	26	11	11	22	16	18	34	30	27	57	14	7	21	10	4	14	7	3	10	5	0	5	109	83	192
Endocrinologia i nutrició	0	0	0	2	1	3	7	10	17	8	5	13	10	7	17	21	17	38	25	14	39	22	6	28	20	2	22	8	0	8	123	62	185
Estomatologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	24	51	150	70	220	86	35	121	51	23	74	34	2	36	34	1	35	16	1	17	398	156	554
Farmacologia clínica	0	0	0	0	0	0	1	3	4	5	6	11	4	3	7	5	1	6	4	1	5	1	0	1	2	0	2	0	0	0	22	14	36
Geriatría	0	0	0	0	0	0	0	7	7	3	2	5	0	2	2	3	1	4	2	1	3	0	0	0	2	0	2	0	0	0	10	13	23
Hematologia i hemoteràpia	0	0	0	1	1	1	8	15	23	12	14	26	14	6	20	24	21	45	31	16	47	9	8	17	13	2	15	5	2	7	116	85	201
Hidrològia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Immunologia	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	3	3	1	4	1	1	2	1	1	2	2	2	4	1	0	1	0	0	0	11	7	18
Medicina de l'educació física i l'esport	0	0	0	0	0	0	1	6	7	44	24	68	39	12	51	3	3	6	1	1	2	6	0	6	3	1	4	7	0	7	104	47	151
Medicina familiar i comunitària	0	0	0	2	12	14	42	105	147	74	114	188	85	79	164	46	21	67	13	3	16	11	1	12	5	1	6	10	0	10	288	336	624
Medicina intensiva	0	0	0	0	0	0	4	7	11	6	7	13	16	10	26	40	11	51	21	3	24	10	2	12	2	0	2	1	0	1	100	40	140
Medicina interna	0	0	0	0	0	0	21	25	46	46	21	67	99	46	145	198	85	283	147	38	185	76	10	86	61	4	65	37	0	37	685	229	914
Medicina legal i forense	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3	3	0	3	1	0	1	1	0	1	0	0	0	6	3	9

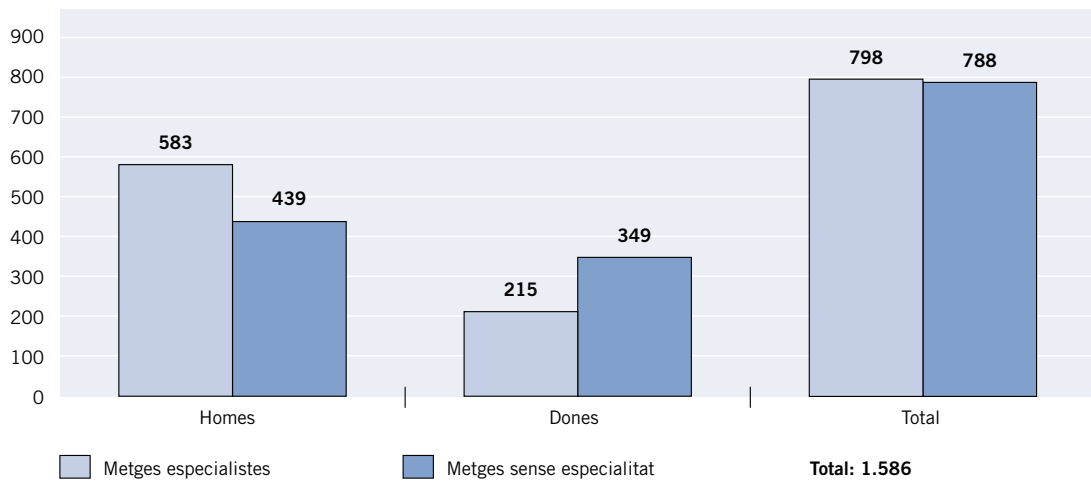
.../...

Taula 2. Metges col·legiats a Barcelona per especialitat, edat i sexe. 2001 (2a part)

Especialitat	22-26 anys			27-31 anys			32-36 anys			37-41 anys			42-46 anys			47-51 anys			52-56 anys			57-61 anys			62-66 anys			67-71 anys			Total		
	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T	Homes	Dones	Total
Medicina nuclear	0	0	0	0	0	0	1	4	5	6	7	13	6	6	12	4	5	9	3	1	4	2	0	2	1	1	2	4	0	4	27	24	51
Medicina preventiva i salut pública	0	0	0	1	0	1	1	3	4	4	4	8	12	5	17	9	3	12	3	1	4	2	1	3	2	0	2	2	0	2	36	17	53
Medicina del treball	0	0	0	0	0	0	2	12	14	21	37	58	91	63	154	61	36	97	61	7	68	40	5	45	35	0	35	21	0	21	332	160	492
Microbiologia i parasitologia	0	0	0	0	0	0	3	2	5	4	15	19	4	11	15	4	6	10	4	8	12	4	1	5	2	0	2	1	0	1	26	43	69
Nefrologia	0	0	0	0	0	0	7	4	11	10	5	15	9	2	11	15	15	30	19	5	24	12	1	13	6	0	6	2	0	2	80	32	112
Neurocirurgia	0	0	0	0	0	0	2	2	4	3	1	4	9	1	10	16	0	16	10	0	10	5	1	6	1	0	1	2	0	2	48	5	53
Neurofisiologia clínica	0	0	0	0	0	0	0	6	6	1	5	6	1	1	2	6	4	10	4	3	7	2	4	6	3	1	4	3	0	3	20	24	44
Neurologia	0	0	0	1	1	1	16	5	21	16	8	24	23	14	37	32	14	46	45	10	55	26	6	32	11	0	11	13	0	13	182	58	240
Obstetrícia i ginecologia	0	0	0	2	5	7	19	41	60	27	37	64	78	65	143	99	53	152	92	15	107	77	4	81	42	2	44	23	0	23	459	222	681
Oftalmologia	0	0	0	3	3	6	22	7	29	35	14	49	52	30	82	38	23	61	29	12	41	31	2	33	17	1	18	12	1	13	239	93	332
Oncologia mèdica	0	0	0	0	0	0	4	5	9	8	7	15	11	6	17	9	6	15	6	4	10	5	2	7	3	0	3	2	0	2	48	30	78
Oncologia radioteràpica	0	0	0	0	0	0	3	5	8	8	3	11	10	5	15	2	2	4	2	0	2	0	0	0	2	0	2	2	1	3	29	16	45
Otorinolaringologia	0	0	0	1	1	1	15	16	31	18	7	25	37	18	55	34	17	51	26	1	27	13	1	14	13	1	14	8	0	8	164	62	226
Pediatria i àrees específiques	0	0	0	1	2	3	22	34	56	22	56	78	58	102	160	122	159	281	114	64	178	99	31	130	84	8	92	68	8	76	590	464	1.054
Pneumologia	0	0	0	1	1	1	4	11	15	19	13	32	18	14	32	34	17	51	36	6	42	26	0	26	14	0	14	13	0	13	164	62	226
Psiquiatria	0	0	0	2	1	3	23	21	44	27	16	43	52	40	92	82	46	128	70	25	95	48	15	63	31	10	41	13	5	18	348	179	527
Radiodiagnòstic	0	0	0	1	1	2	19	21	40	22	16	38	49	30	79	64	23	87	41	5	46	24	2	26	22	0	22	10	0	10	252	98	350
Rehabilitació	0	0	0	1	1	1	3	10	13	2	20	22	11	8	19	12	14	26	17	9	26	13	1	14	9	1	10	1	0	1	68	64	132
Reumatologia	0	0	0	1	1	1	6	8	14	7	11	18	22	11	33	30	11	41	23	7	30	12	1	13	11	0	11	9	0	9	120	50	170
Traumatologia i cirurgia ortopèdica	0	0	0	2	0	2	33	7	40	42	5	47	115	16	131	143	8	151	90	3	93	55	0	55	44	0	44	29	0	29	553	39	592
Urologia	0	0	0	1	0	1	15	2	17	25	4	29	31	1	32	35	1	36	36	2	38	10	0	10	9	0	9	13	0	13	175	10	185
<b>Metges especialistes</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>37</b>	<b>60</b>	<b>401</b>	<b>499</b>	<b>900</b>	<b>734</b>	<b>634</b>	<b>1.368</b>	<b>1.434</b>	<b>854</b>	<b>2.288</b>	<b>1.723</b>	<b>854</b>	<b>2.577</b>	<b>1.454</b>	<b>377</b>	<b>1.831</b>	<b>942</b>	<b>146</b>	<b>1.088</b>	<b>685</b>	<b>51</b>	<b>736</b>	<b>456</b>	<b>26</b>	<b>482</b>	<b>7.852</b>	<b>3.478</b>	<b>11.330</b>
<b>Metges sense especialitat</b>	<b>127</b>	<b>321</b>	<b>448</b>	<b>903</b>	<b>1.568</b>	<b>2.471</b>	<b>842</b>	<b>1.084</b>	<b>1.926</b>	<b>902</b>	<b>986</b>	<b>1.888</b>	<b>1.546</b>	<b>1.371</b>	<b>2.917</b>	<b>652</b>	<b>409</b>	<b>1.061</b>	<b>373</b>	<b>173</b>	<b>546</b>	<b>215</b>	<b>76</b>	<b>291</b>	<b>147</b>	<b>25</b>	<b>172</b>	<b>101</b>	<b>9</b>	<b>110</b>	<b>5.808</b>	<b>6.022</b>	<b>11.830</b>
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>321</b>	<b>448</b>	<b>926</b>	<b>1.605</b>	<b>2.531</b>	<b>1.243</b>	<b>1.583</b>	<b>2.826</b>	<b>1.636</b>	<b>1.620</b>	<b>3.256</b>	<b>2.980</b>	<b>2.225</b>	<b>5.205</b>	<b>2.375</b>	<b>1.263</b>	<b>3.638</b>	<b>1.827</b>	<b>550</b>	<b>2.377</b>	<b>1.157</b>	<b>222</b>	<b>1.379</b>	<b>832</b>	<b>76</b>	<b>908</b>	<b>557</b>	<b>35</b>	<b>592</b>	<b>13.660</b>	<b>9.500</b>	<b>23.160</b>

Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 28 de juny de 2001.

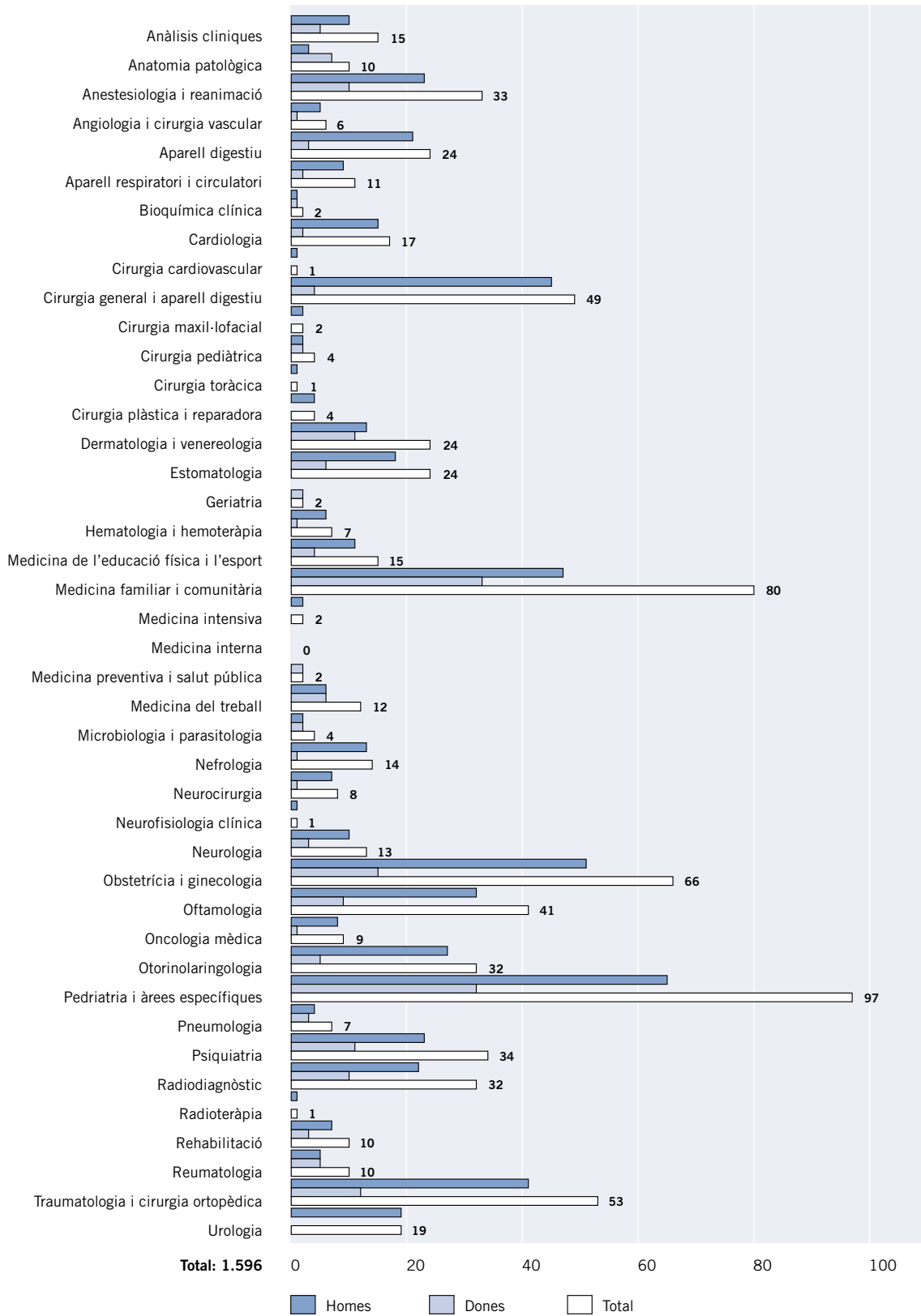
Gràfic 5. Metges col·legiats a Girona. 2001



Font: Col·legi Oficial de Metges de Girona, octubre de 2001.



Gràfic 6. Metges col·legiats a Girona per especialitat. 2001



Font: Col·legi Oficial de Metges de Girona, octubre de 2001.

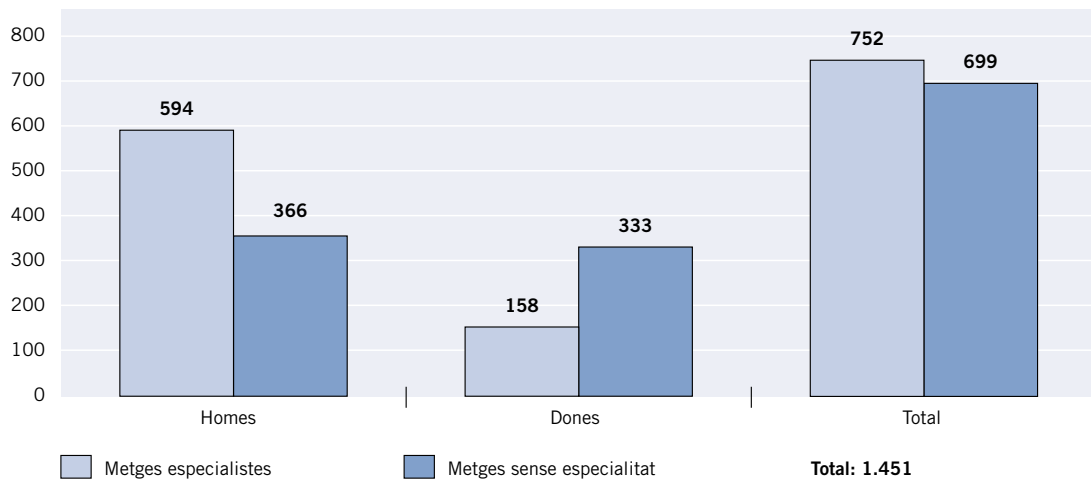
Taula 3. Metges col·legiats a Girona per especialitat, edat i sexe. 2001 (1a part)

Especialitat	25-30 anys		30-35 anys		35-40 anys		40-45 anys		45-50 anys		50-55 anys		55-60 anys		>60 anys		Total				
	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	Homes	Dones	Total		
Anàlisis clíniques	0	0	0	0	0	0	4	3	7	3	2	5	0	0	3	0	3	10	5	15	
Anatomia patològica	0	0	1	2	3	0	2	3	5	0	2	2	0	0	0	0	0	3	7	10	
Anestesiologia i reanimació	0	0	1	0	1	5	3	8	7	5	12	7	0	0	5	0	5	23	10	33	
Angiologia i cirurgia vascular	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	1	0	1	0	1	5	1	6	
Aparell digestiu	0	0	0	0	2	0	2	1	3	2	0	2	6	2	8	4	0	21	3	24	
Aparell respiratori i ciculari	0	0	2	1	3	3	1	4	0	2	0	2	2	0	2	0	0	9	2	11	
Bioquímica clínica	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	
Cardiologia	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	3	4	0	4	2	0	15	2	17	
Cirurgia cardiovascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	
Cirurgia general i aparell digestiu	0	0	0	0	7	1	8	11	2	13	9	0	7	0	7	0	7	45	4	49	
Cirurgia maxil·lofacial	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	
Cirurgia pediàtrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	1	1	0	2	2	2	4	
Cirurgia toràcica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	
Cirurgia plàstica i reparadora	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	1	0	4	0	4	4	
Dermatologia i venereologia	0	0	0	0	2	2	4	1	2	3	2	6	8	0	1	1	3	0	13	11	24
Estomatologia	0	0	4	2	6	2	4	4	0	4	3	2	5	2	0	2	0	18	6	24	
Geriatría	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
Hematologia i hemoteràpia	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	0	3	0	3	0	6	1	7	7	
Medicina de l'educació física i l'esport	0	0	0	0	3	1	4	8	3	11	0	0	0	0	0	0	11	4	15	15	
Medicina familiar i comunitària	10	9	19	5	8	13	6	10	16	9	4	13	7	2	9	3	0	47	33	80	
Medicina intensiva	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	
Medicina interna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Medicina preventiva i salut pública	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
Medicina del treball	0	0	1	4	5	2	2	4	1	0	1	0	0	1	0	1	6	6	12	12	
Microbiologia i parasitologia	0	0	1	2	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	4	
Nefrologia	0	0	2	0	2	3	0	3	4	1	5	1	0	1	2	0	13	1	14	14	
Neurocirurgia	0	0	0	0	2	1	3	4	0	4	0	1	0	1	0	0	7	1	8	8	

.../...

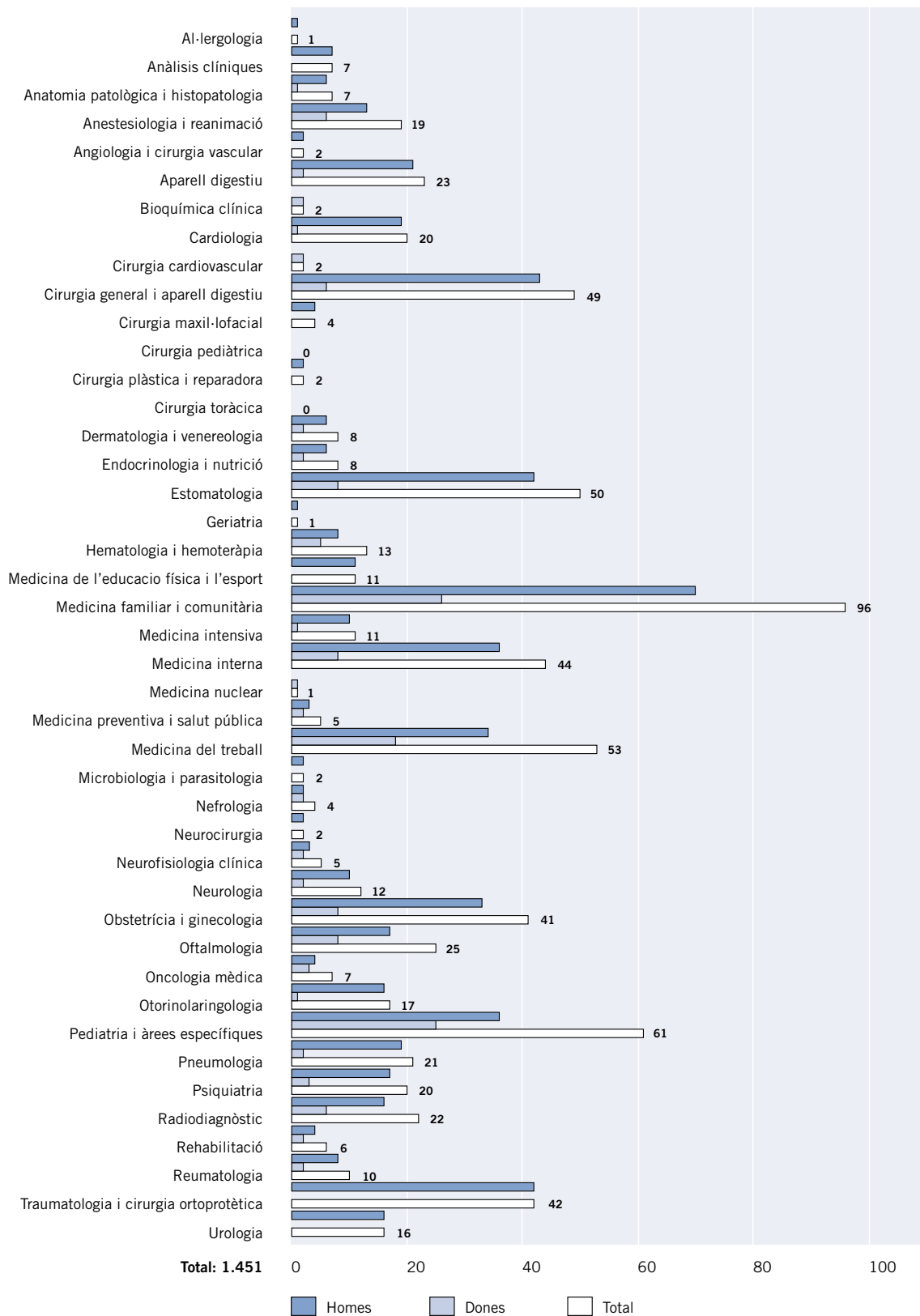


Gràfic 7. Metges col·legiats a Lleida. 2001



Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

Gràfic 8. Metges col·legiats a Lleida per especialitat. 2001



Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

Taula 4. Metges col·legiats a Lleida, per especialitat i edat. 2001 (1a part)

Especialitat	26-30 anys	31-35 anys	36-40 anys	41-45 anys	46-50 anys	51-55 anys	56-60 anys	61-65 anys	66-70 anys	71-75 anys	76-80 anys	81-85 anys	> 85 anys	Homes	Dones	Total
Al·lèrgologia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Anàlisis clíniques	0	0	0	3	0	1	2	0	0	0	0	0	1	7	0	7
Anatomia patològica i histopatologia	0	0	1	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	6	1	7
Anestesiologia i reanimació	0	0	1	5	2	5	2	0	2	2	0	0	0	13	6	19
Angiologia i cirurgia vascular	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Aparell digestiu	0	2	2	3	2	3	3	1	3	2	1	1	0	21	2	23
Bioquímica clínica	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Cardiologia	0	1	0	1	4	3	2	1	2	3	1	1	1	19	1	20
Cirurgia cardiovascular	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Cirurgia general i aparell digestiu	0	0	4	9	10	8	4	4	4	5	1	0	0	43	6	49
Cirurgia maxil·lofacial	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4	0	4
Cirurgia pediàtrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirurgia plàstica i reparadora	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Cirurgia toràcica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dermatologia i venerologia	0	0	0	1	3	1	1	0	0	1	0	0	1	6	2	8
Endocrinologia i nutrició	0	1	1	0	1	1	3	0	0	0	1	0	0	6	2	8
Estomatologia	0	0	1	18	11	5	3	4	3	4	1	0	0	42	8	50
Geriatría	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Hematologia i hemoteràpia	0	1	3	0	2	2	4	0	0	0	0	0	1	8	5	13
Medicina de l'educació física i l'esport	0	0	0	2	3	0	0	0	3	2	1	0	0	11	0	11
Medicina familiar i comunitària	1	12	9	10	19	11	9	10	7	4	3	0	1	70	26	96
Medicina intensiva	0	1	0	3	3	3	0	1	0	0	0	0	0	10	1	11
Medicina interna	0	0	3	5	12	4	6	1	5	4	2	0	2	36	8	44
Medicina nuclear	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Medicina preventiva i salut pública	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3	2	5
Medicina del treball	0	3	11	12	7	1	2	3	5	6	2	1	0	34	19	53
Microbiologia i parasitologia	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2

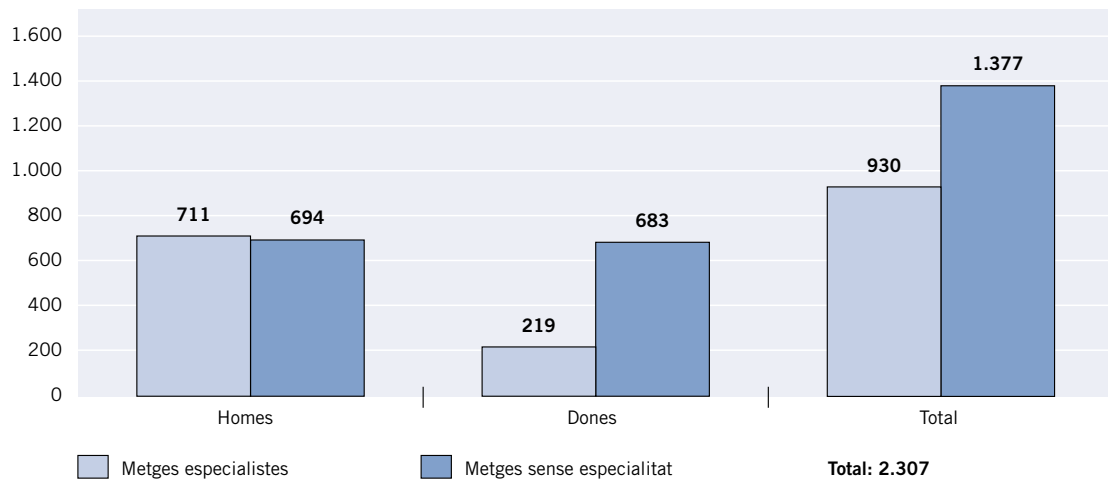
.../...

**Taula 4. Metges col·legiats a Lleida, per especialitat i edat. 2001 (2a part)**

Especialitat	26-30 anys	31-35 anys	36-40 anys	41-45 anys	46-50 anys	51-55 anys	56-60 anys	61-65 anys	66-70 anys	71-75 anys	76-80 anys	81-85 anys	> 85 anys	Homes	Dones	Total
Nefrologia	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	2	4
Neurocirurgia	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Neurofisiologia clínica	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3	2	5
Neurologia	0	1	0	1	3	0	3	0	2	1	0	1	0	10	2	12
Obstetrícia i ginecologia	0	4	3	2	8	7	3	4	6	3	1	0	0	33	8	41
Oftalmologia	0	1	2	5	4	5	3	2	1	1	0	0	1	17	8	25
Oncologia mèdica	0	0	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	7
Otorinolaringologia	0	0	1	3	3	3	1	3	1	1	0	0	1	16	1	17
Pediatria i àrees específiques	0	7	8	6	10	5	10	6	1	3	1	2	2	36	25	61
Pneumologia	0	1	0	2	4	4	2	1	2	3	1	1	0	19	2	21
Psiquiatria	0	1	2	3	1	3	2	2	3	2	0	1	0	17	3	20
Radiodiagnòstic	0	0	3	4	4	5	2	1	0	1	2	0	0	16	6	22
Rehabilitació	0	0	0	1	1	0	1	2	1	0	0	0	0	4	2	6
Reumatologia	0	0	1	3	0	1	0	2	1	1	0	0	1	8	2	10
Traumatologia i cirurgia ortopèdica	0	1	5	5	9	4	5	3	4	4	2	0	0	42	0	42
Urologia	0	1	0	0	5	5	2	1	0	0	0	1	1	16	0	16
<b>Metges especialistes</b>	<b>1</b>	<b>39</b>	<b>71</b>	<b>117</b>	<b>141</b>	<b>94</b>	<b>81</b>	<b>54</b>	<b>58</b>	<b>53</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>594</b>	<b>158</b>	<b>752</b>
<b>Metges sense especialitat</b>	<b>89</b>	<b>150</b>	<b>106</b>	<b>216</b>	<b>77</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>366</b>	<b>333</b>	<b>699</b>
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>189</b>	<b>177</b>	<b>333</b>	<b>218</b>	<b>118</b>	<b>87</b>	<b>57</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>960</b>	<b>491</b>	<b>1.451</b>

Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

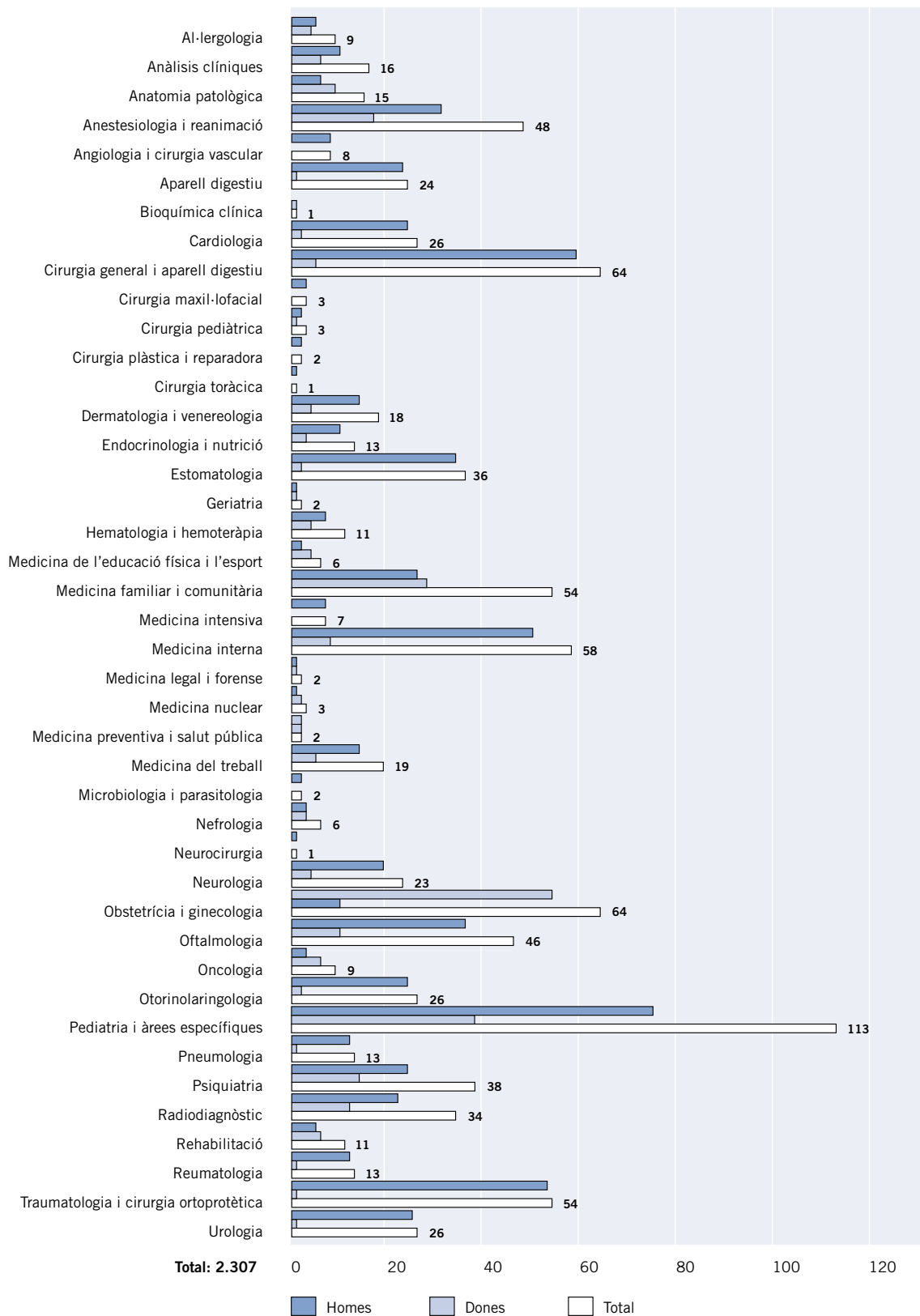
Gràfic 9. Metges col·legiats a Tarragona. 2001



Font: Col·legi Oficial de Metges de Tarragona, 7 de setembre de 2001.



Gràfic 10. Metges col·legiats a Tarragona per especialitat. 2001



Font: Col·legi Oficial de Metges de Tarragona, 7 de setembre de 2001.

Taula 5. Metges col·legiats a Tarragona per especialitat i sexe. 2001 (1a part)

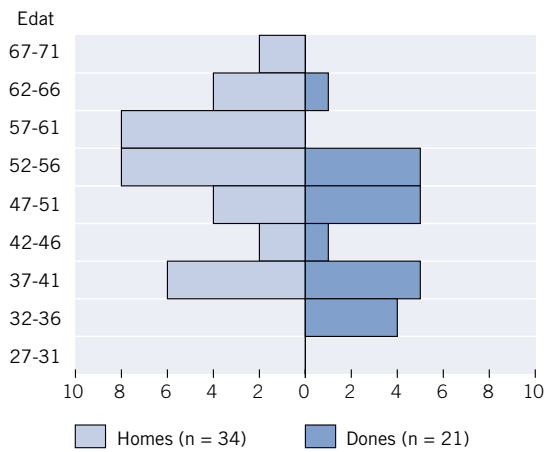
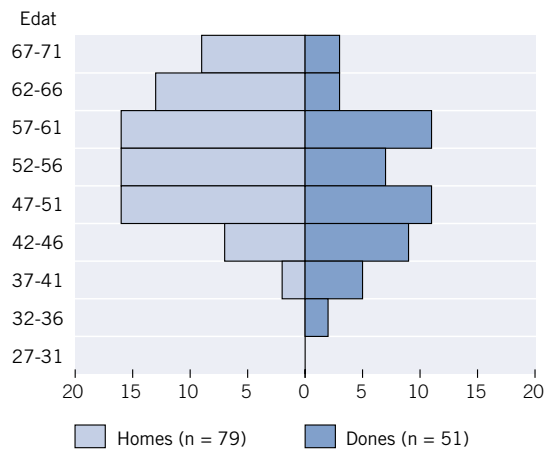
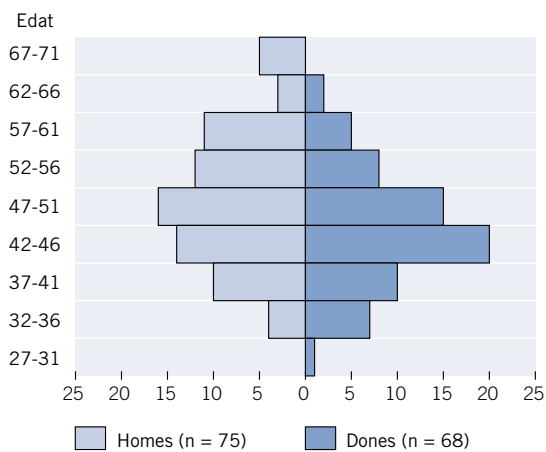
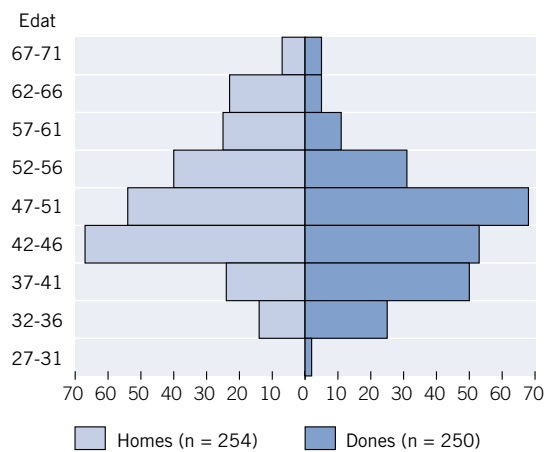
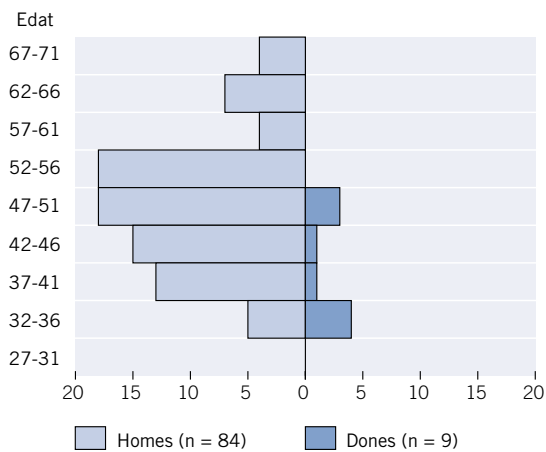
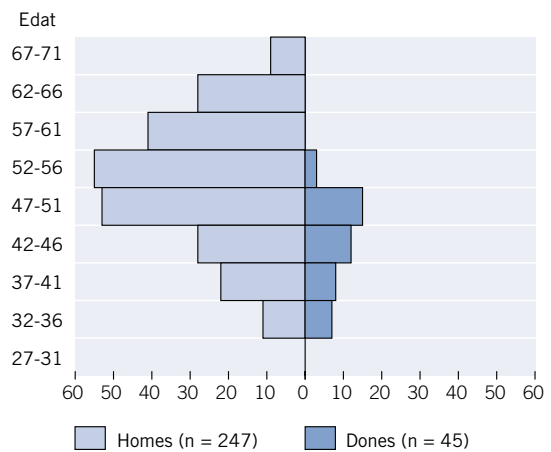
Especialitat	Homes	Dones	Total
Al·lèrgologia	5	4	9
Anàlisis clíniques	10	6	16
Anatomia patològica	6	9	15
Anestesiologia i reanimació	31	17	48
Angiologia i cirurgia vascular	8	0	8
Aparell digestiu	23	1	24
Bioquímica clínica	0	1	1
Cardiologia	24	2	26
Cirurgia general i aparell digestiu	59	5	64
Cirurgia maxil·lofacial	3	0	3
Cirurgia pediàtrica	2	1	3
Cirurgia plàstica i reparadora	2	0	2
Cirurgia toràcica	1	0	1
Dermatologia i venereologia	14	4	18
Endocrinologia i nutrició	10	3	13
Estomatologia	34	2	36
Geriatría	1	1	2
Hematologia i hemoteràpia	7	4	11
Medicina de l'educació física i l'esport	2	4	6
Medicina familiar i comunitària	26	28	54
Medicina intensiva	7	0	7
Medicina interna	50	8	58
Medicina legal i forense	1	1	2
Medicina nuclear	1	2	3
Medicina preventiva i salut pública	0	2	2
Medicina del treball	14	5	19
Microbiologia i parasitologia	2	0	2
Nefrologia	3	3	6
Neurocirurgia	1	0	1
Neurologia	19	4	23
Obstetrícia i ginecologia	54	10	64
Oftalmologia	36	10	46
Oncologia	3	6	9
Otorinolaringologia	24	2	26
Pediatría i àrees específiques	75	38	113
Pneumologia	12	1	13
Psiquiatria	24	14	38
Radiodiagnòstic	22	12	34
Rehabilitació	5	6	11

.../...

**Taula 5. Metges col·legiats a Tarragona per especialitat i sexe. 2001 (2a part)**

<b>Especialitat</b>	<b>Homes</b>	<b>Dones</b>	<b>Total</b>
Reumatologia	12	1	13
Traumatologia i cirurgia ortoprotètica	53	1	54
Urologia	25	1	26
<b>Metges especialistes</b>	<b>711</b>	<b>219</b>	<b>930</b>
<b>Metges sense especialitat</b>	<b>694</b>	<b>683</b>	<b>1.377</b>
<b>Total</b>	<b>1.405</b>	<b>902</b>	<b>2.307</b>

Font: Col·legi Oficial de Metges de Tarragona, 7 de setembre de 2001.

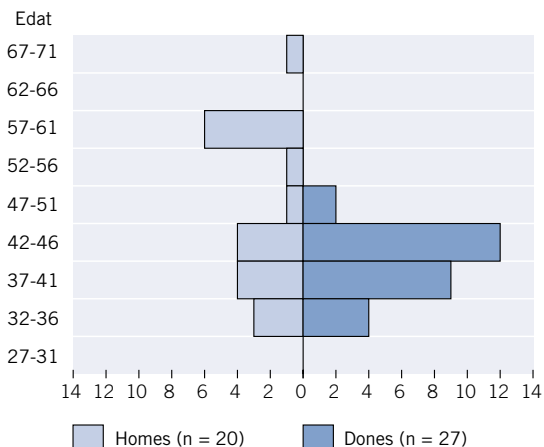
**Gràfic 11. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Barcelona per especialitat. 2001****11.1 Al·lergologia****11.2 Anàlisis clíniques****11.3 Anatomia patològica****11.4 Anestesiologia i reanimació****11.5 Angiologia i cirurgia****11.6 Aparell digestiu**

Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 28 de juny de 2001.

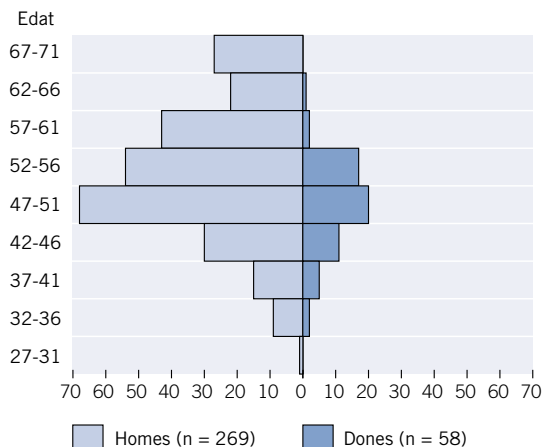
.../...

**Gràfic 11. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Barcelona per especialitat. 2001**

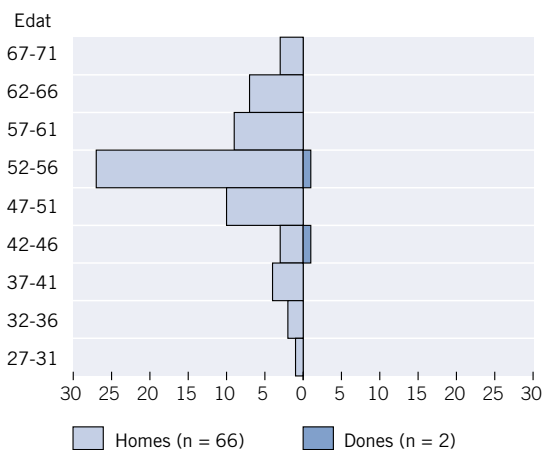
**11.7 Bioquímica clínica**



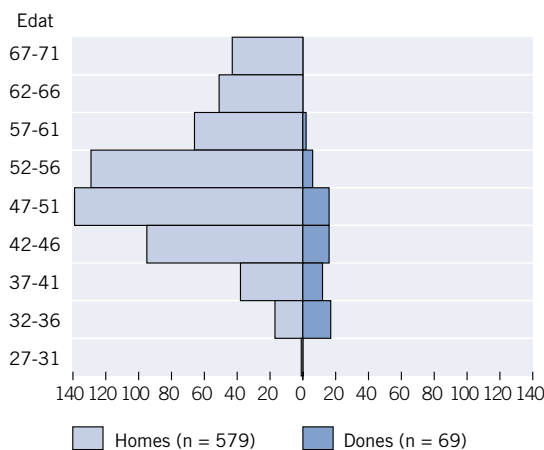
**11.8 Cardiologia**



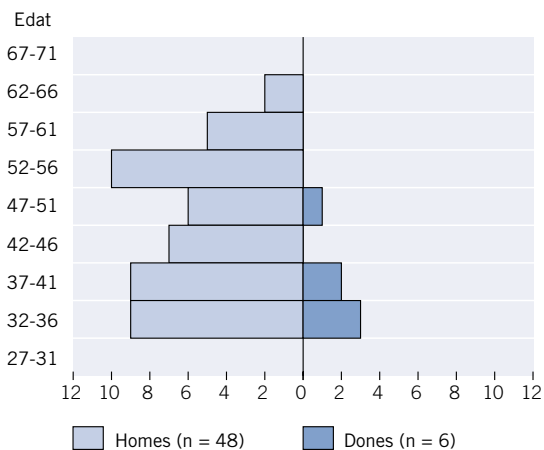
**11.9 Cirurgia cardiovascular**



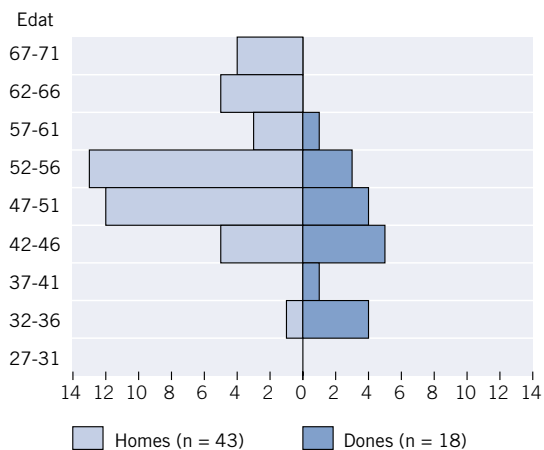
**11.10 Cirurgia general i aparell digestiu**



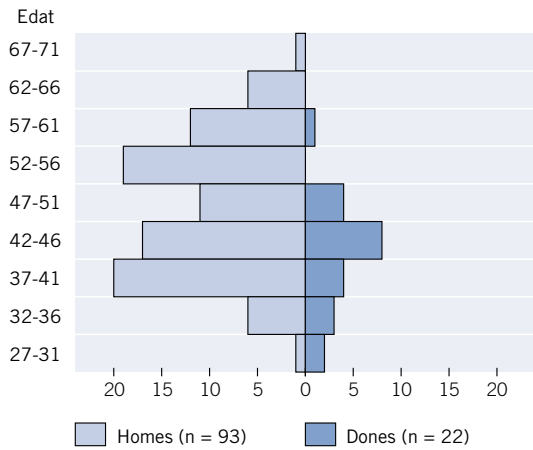
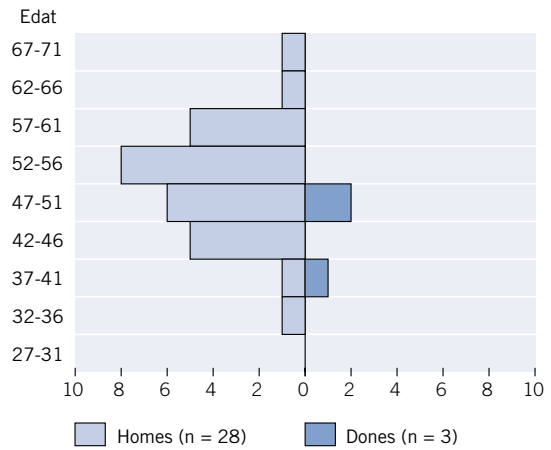
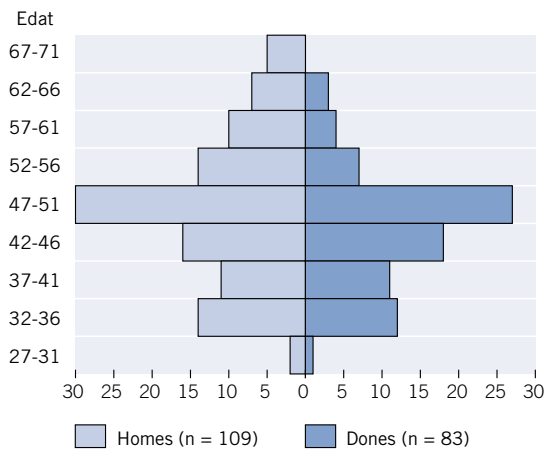
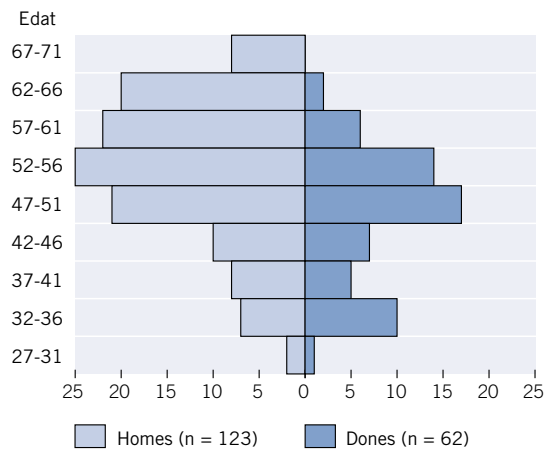
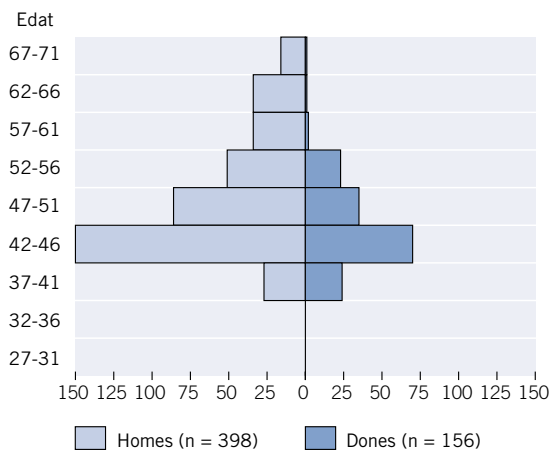
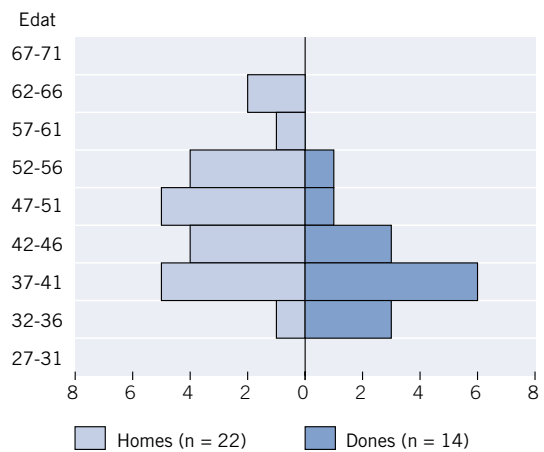
**11.11 Cirurgia maxil·lofacial**



**11.12 Cirurgia pediàtrica**

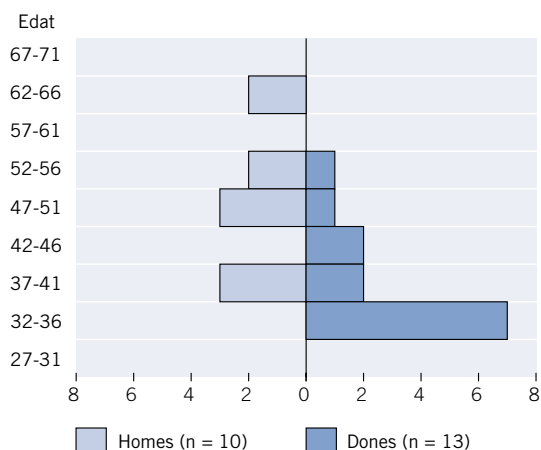
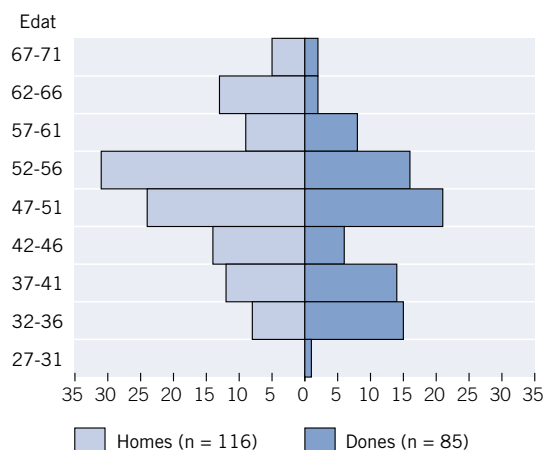
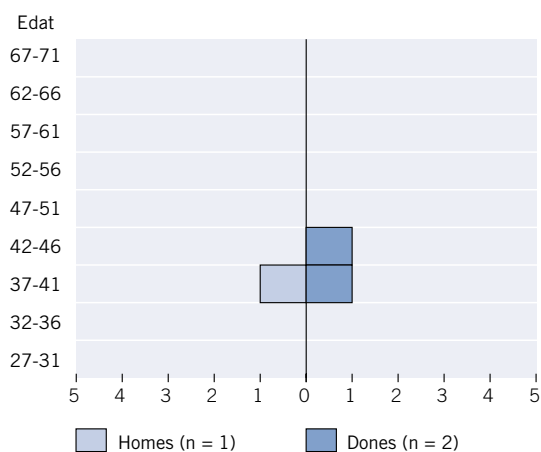
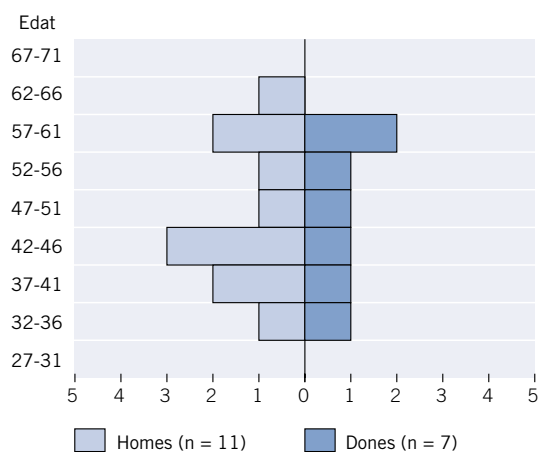
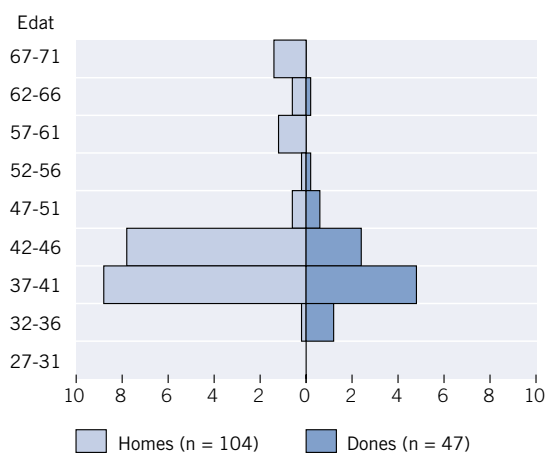
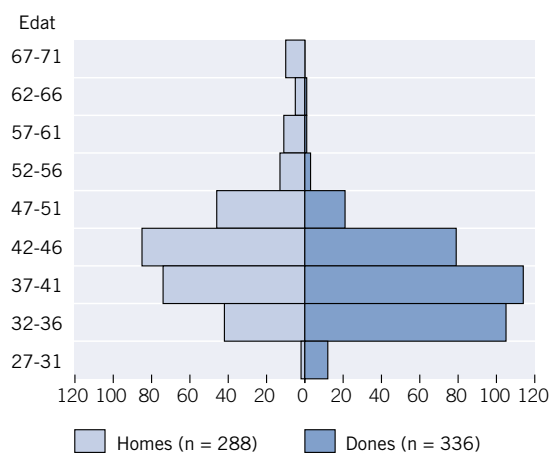


Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 28 de juny de 2001.

**Gràfic 11. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Barcelona per especialitat. 2001****11.13 Cirurgia plàstica i reparadora****11.14 Cirurgia toràcica****11.15 Dermatologia i venereologia****11.16 Endocrinologia i nutrició****11.17 Estomatologia****11.18 Farmacologia clínica**

Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 28 de juny de 2001.

.../...

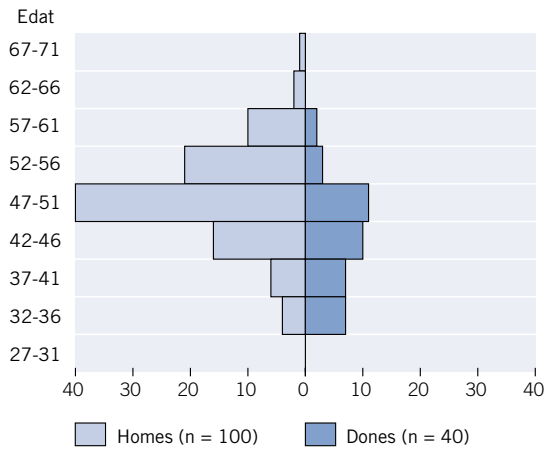
**Gràfic 11. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Barcelona per especialitat. 2001****11.19 Geriatria****11.20 Hematologia i hemoteràpia****11.21 Hidrologia****11.22 Immunologia****11.23 Medicina de l'educació física i l'esport****11.24 Medicina familiar i comunitària**

Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 28 de juny de 2001.

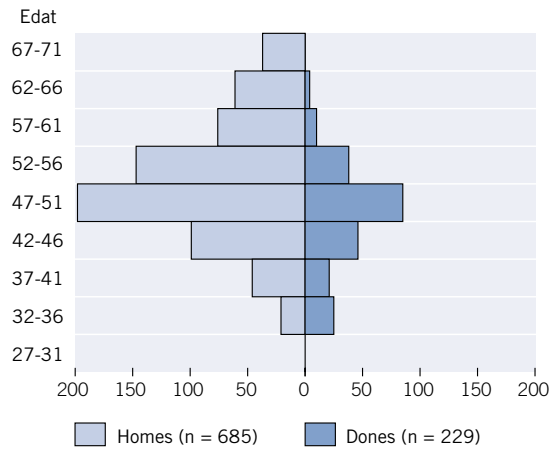
.../...

**Gràfic 11. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Barcelona per especialitat. 2001**

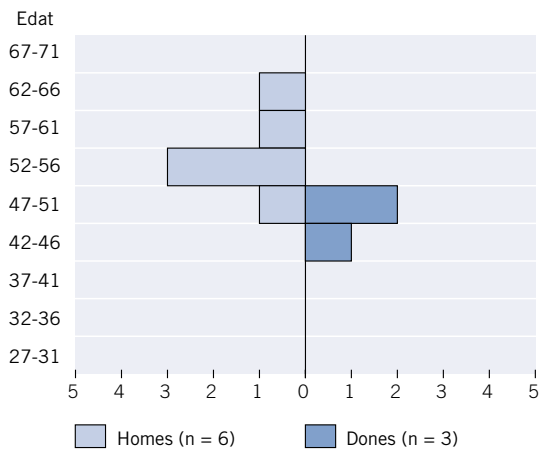
**11.25 Medicina intensiva**



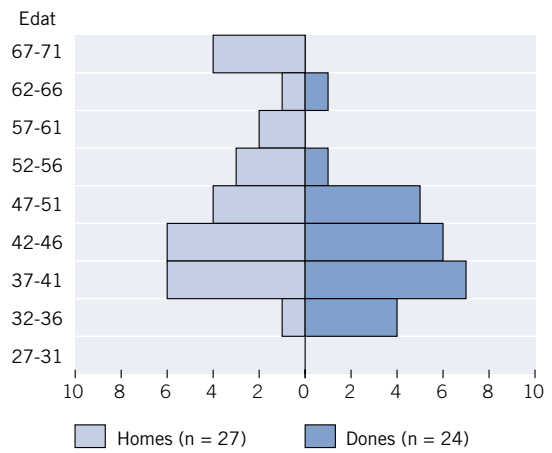
**11.26 Medicina interna**



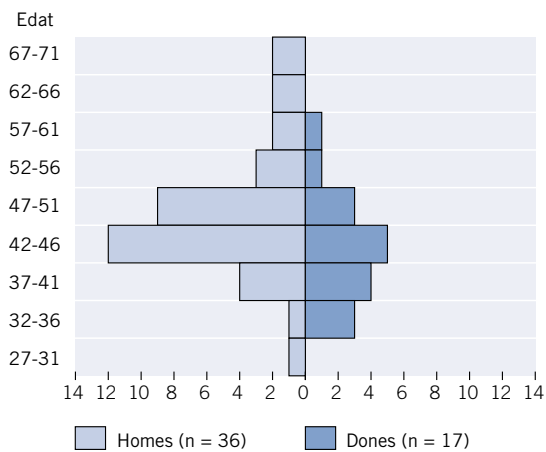
**11.27 Medicina legal i forense**



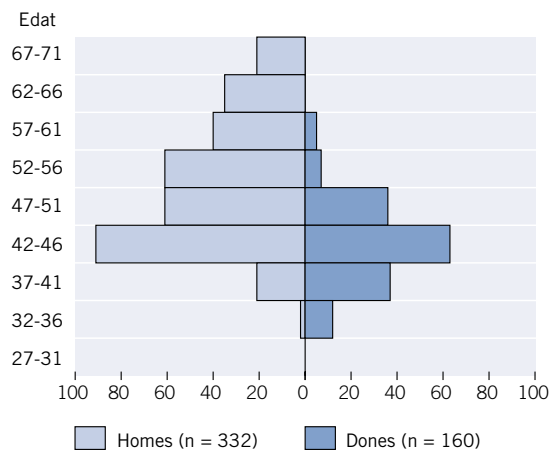
**11.28 Medicina nuclear**



**11.29 Medicina preventiva i salut pública**



**11.30 Medicina del treball**

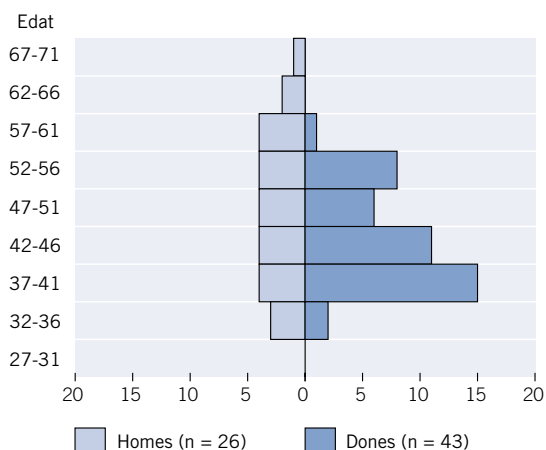


Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 28 de juny de 2001.

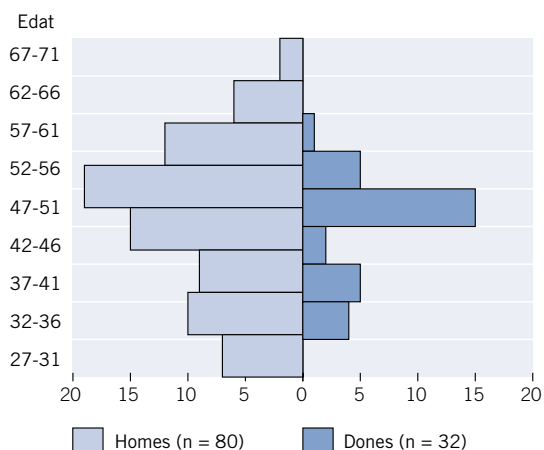


**Gràfic 11. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Barcelona per especialitat. 2001**

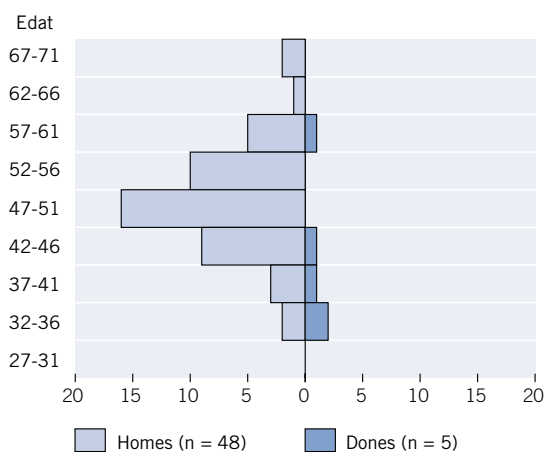
**11.31 Microbiologia i parasitologia**



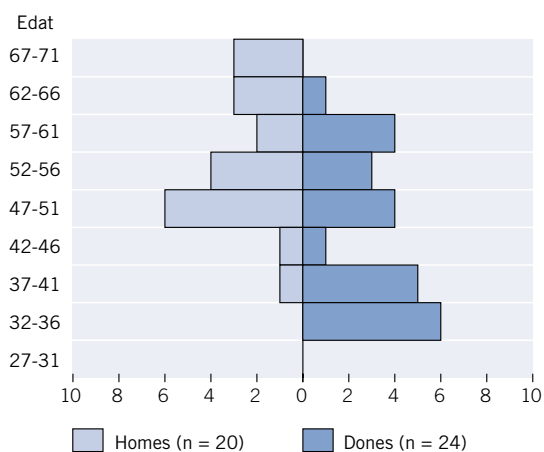
**11.32 Nefrologia**



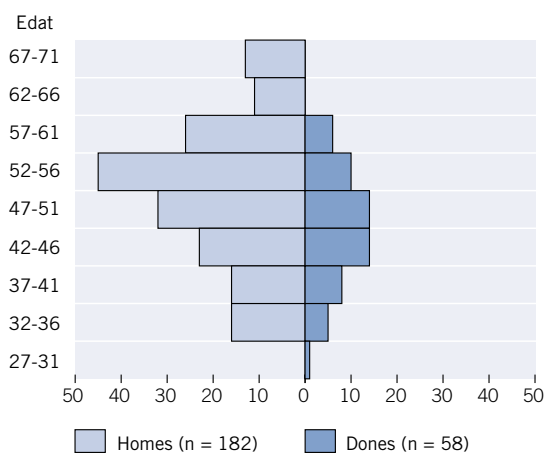
**11.33 Neurocirurgia**



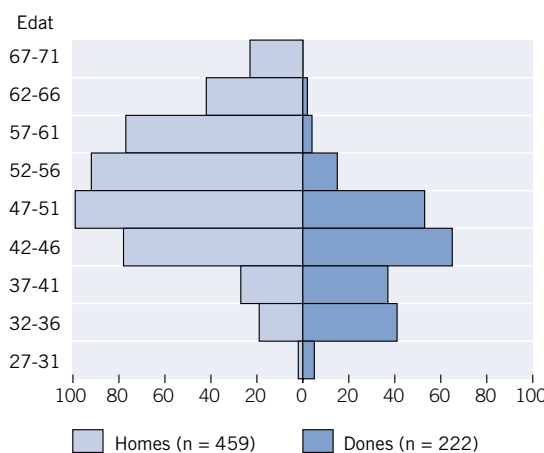
**11.34 Neurofisiologia clínica**



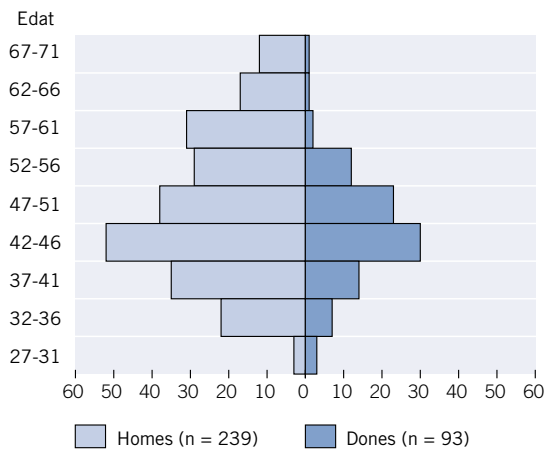
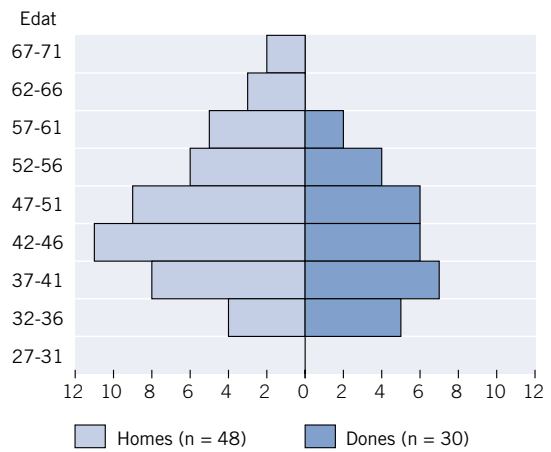
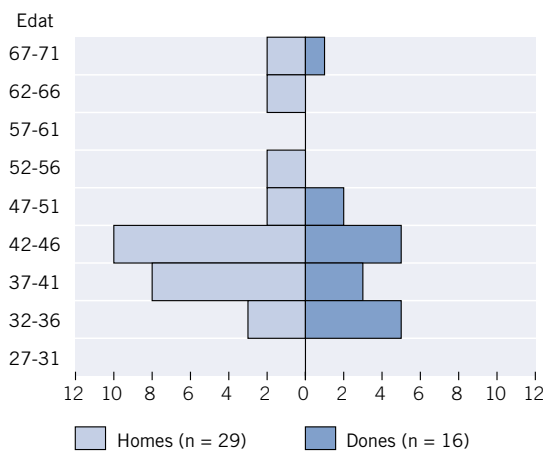
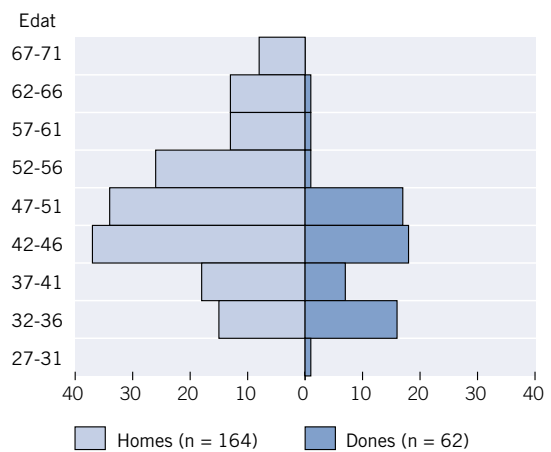
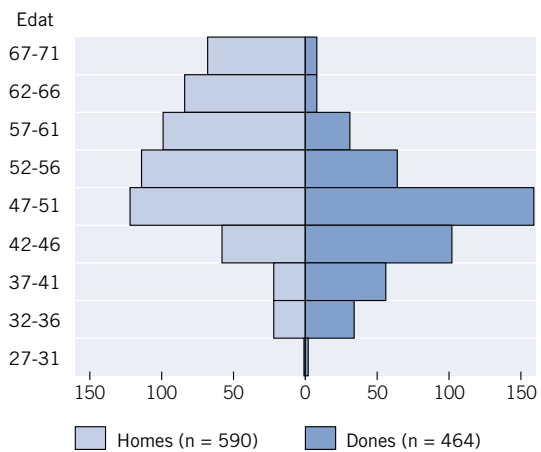
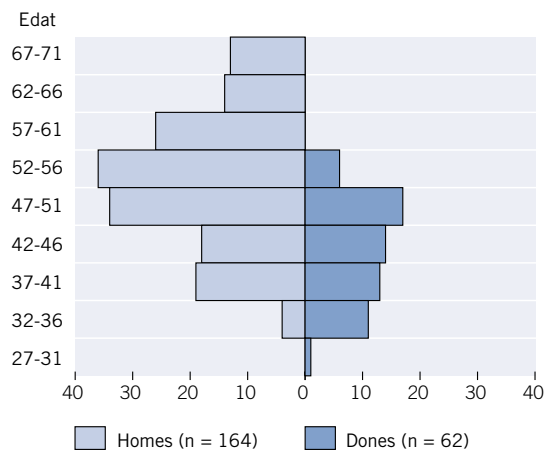
**11.35 Neurologia**



**11.36 Obstetrícia i ginecologia**

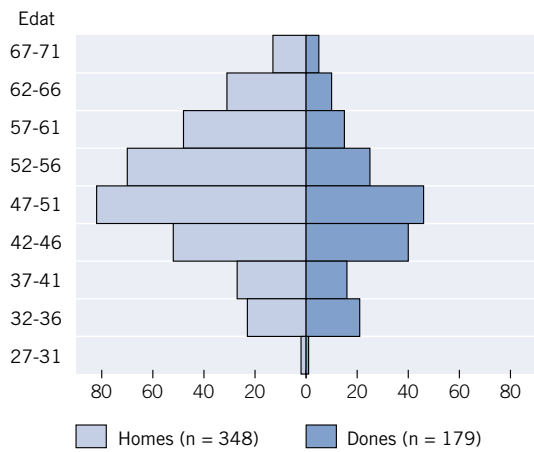


Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 28 de juny de 2001.

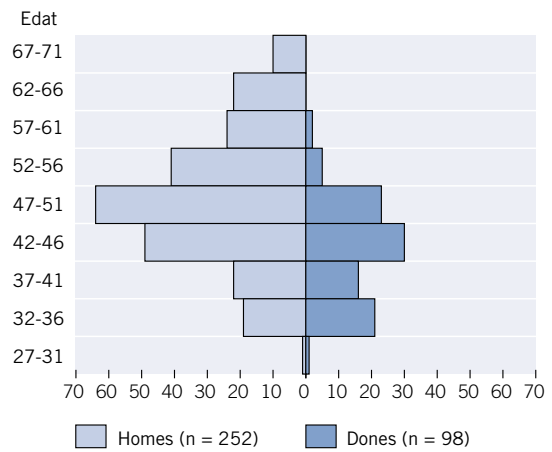
**Gràfic 11. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Barcelona per especialitat. 2001****11.37 Oftalmologia****11.38 Oncologia mèdica****11.39 Oncologia radioteràpica****11.40 Otorinolaringologia****11.41 Pediatria i àrees específiques****11.42 Pneumologia**

**Gràfic 11. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Barcelona per especialitat. 2001**

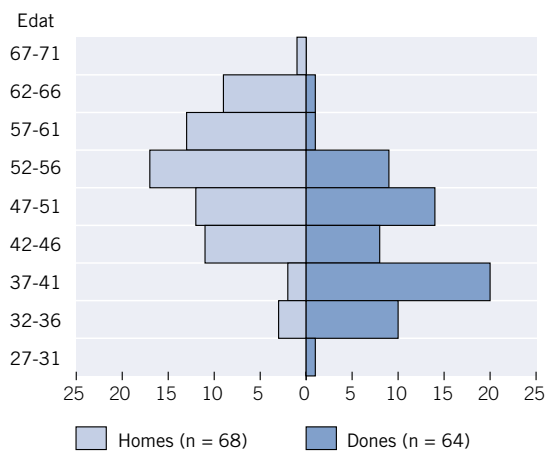
**11.43 Psiquiatria**



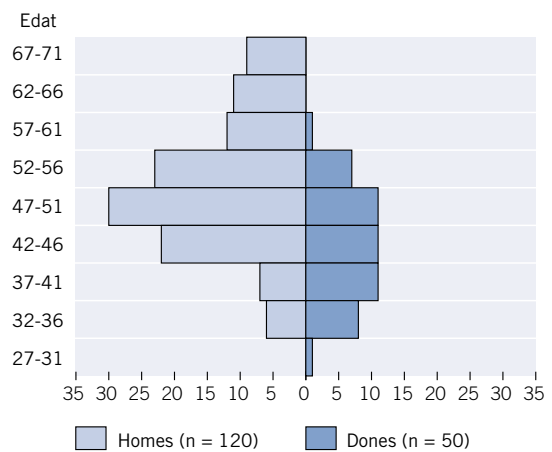
**11.44 Radiodiagnòstic**



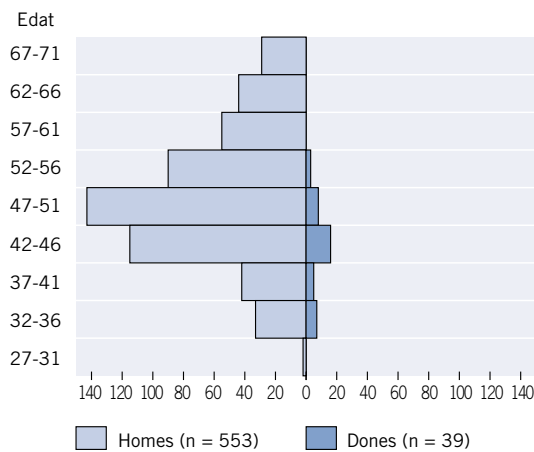
**11.45 Rehabilitació**



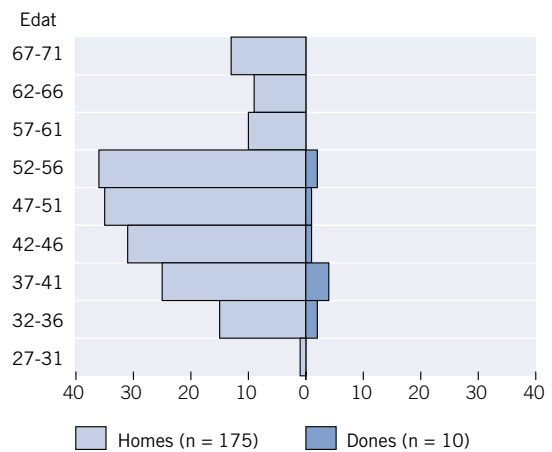
**11.46 Reumatologia**



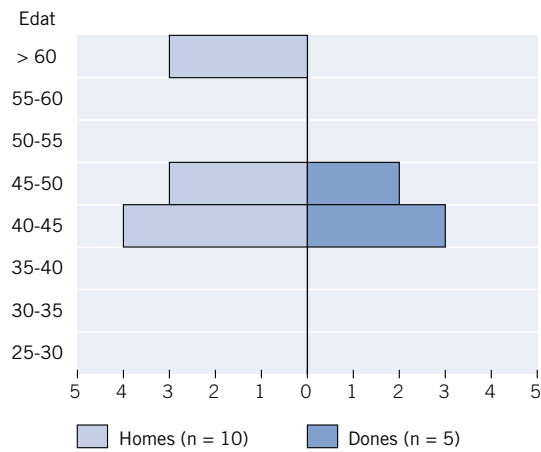
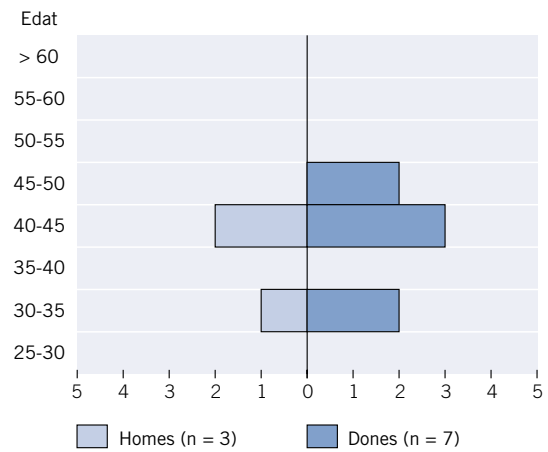
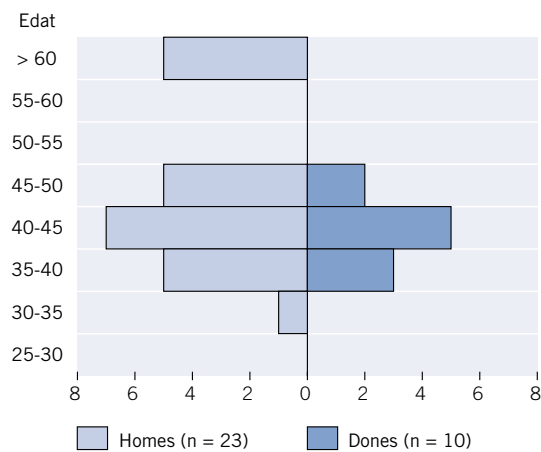
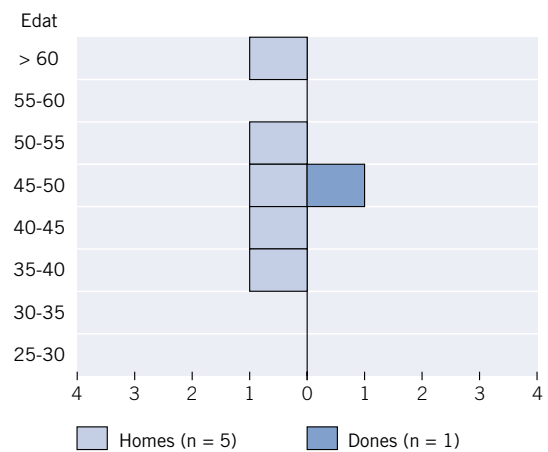
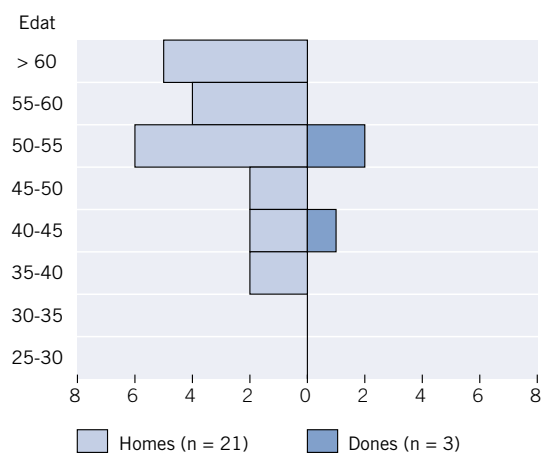
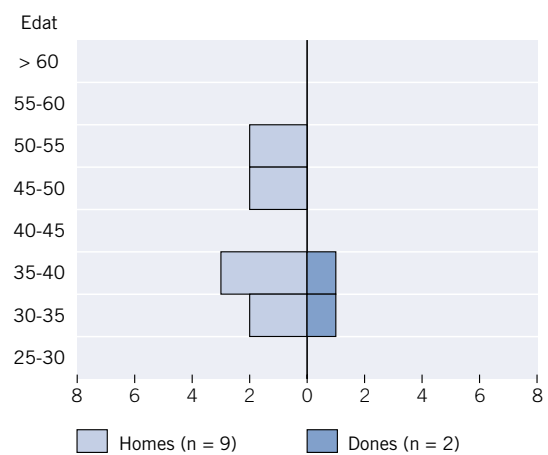
**11.47 Traumatologia i cirurgia ortoprotètica**



**11.48 Urologia**



Font: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 28 de juny de 2001.

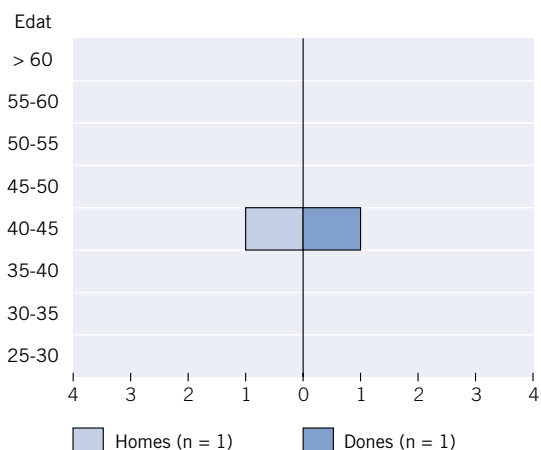
**Gràfic 12. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Girona per especialitat. 2001****12.1 Anàlisis clíniques****12.2 Anatomia patològica****12.3 Anestesiologia i reanimació****12.4 Angiologia i cirurgia vascular****12.5 Aparell digestiu****12.6 Aparell respiratori i circulatori**

Font: Col·legi Oficial de Metges de Girona, octubre de 2001.

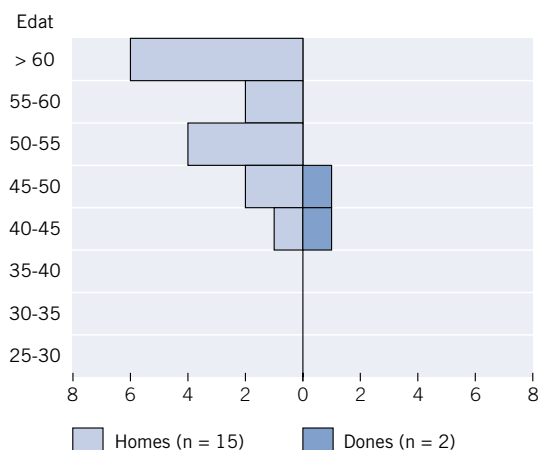
.../...

Gràfic 12. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Girona per especialitat. 2001

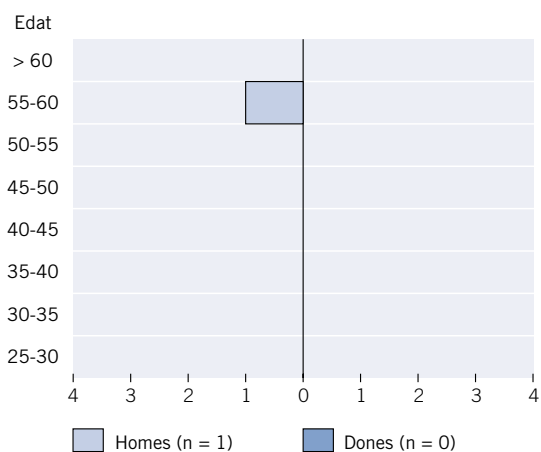
12.7 Bioquímica clínica



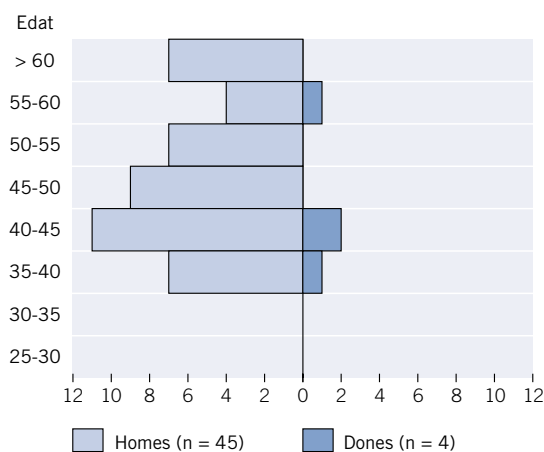
12.8 Cardiologia



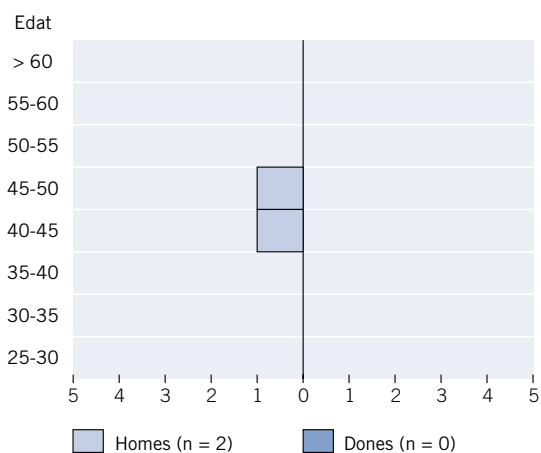
12.9 Cirurgia cardiovascular



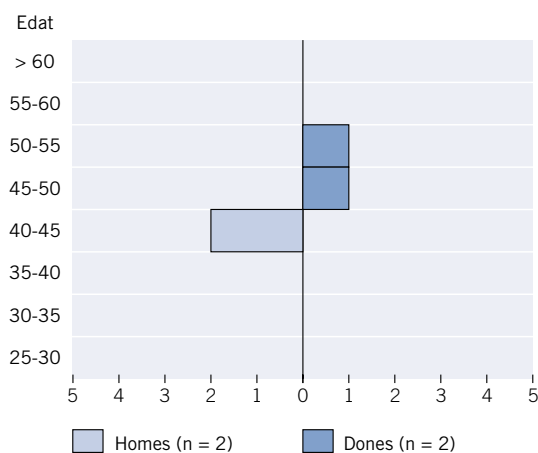
12.10 Cirurgia general i aparell digestiu



12.11 Cirurgia maxil·lofacial



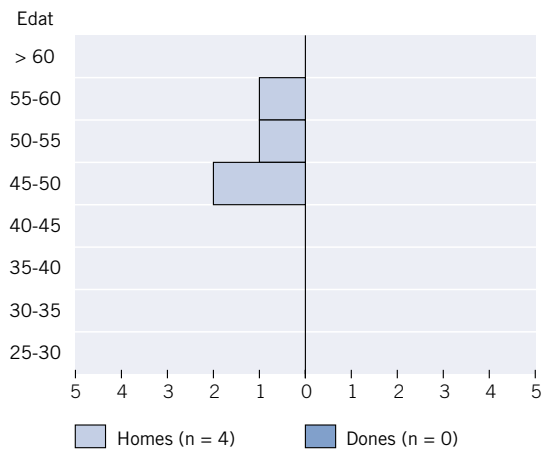
12.12 Cirurgia pediàtrica



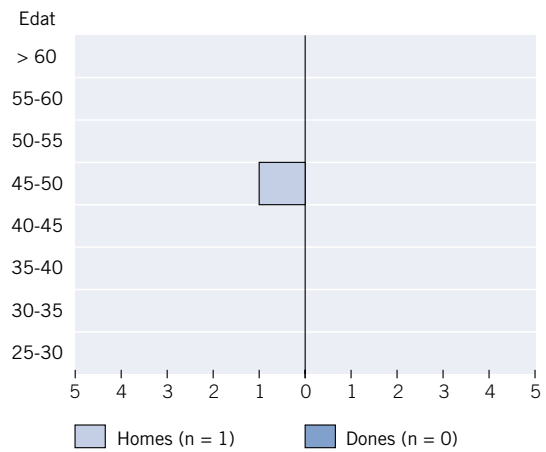
Font: Col·legi Oficial de Metges de Girona, octubre de 2001.

Gràfic 12. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Girona per especialitat. 2001

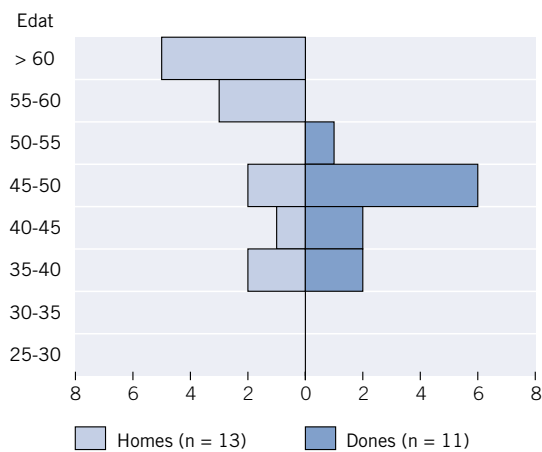
## 12.13 Cirurgia plàstica i reparadora



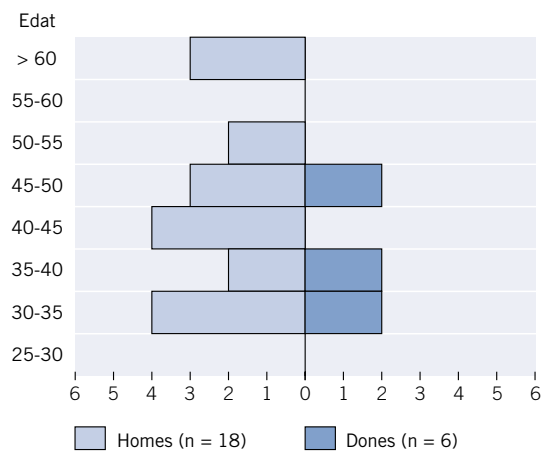
## 12.14 Cirurgia toràcica



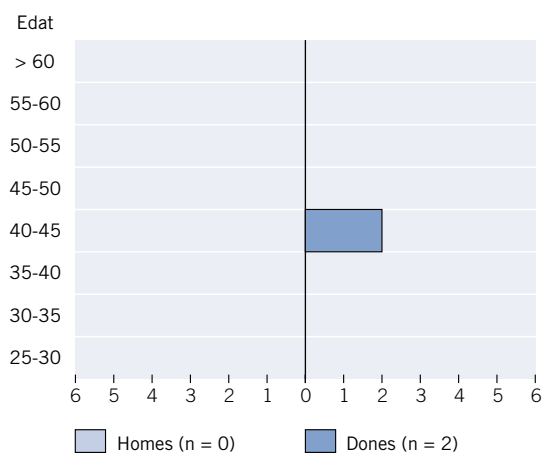
## 12.15 Dermatologia i venereologia



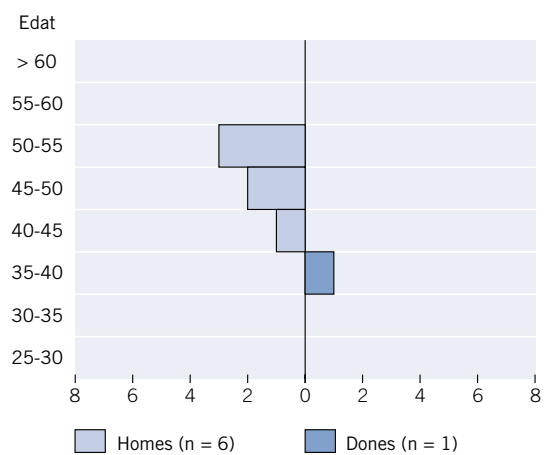
## 12.16 Estomatologia



## 12.17 Geriatria

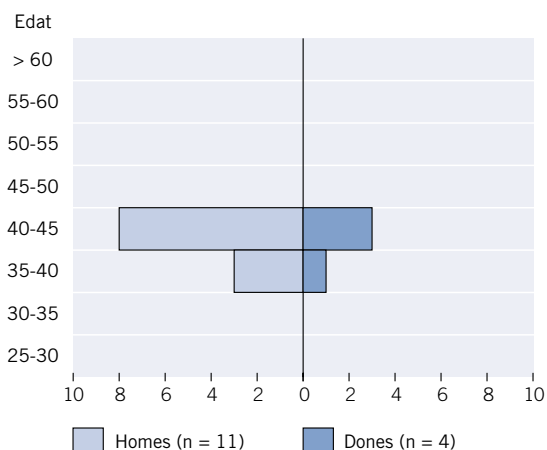
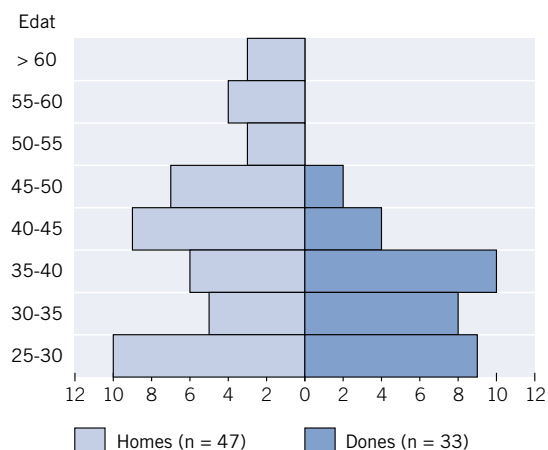
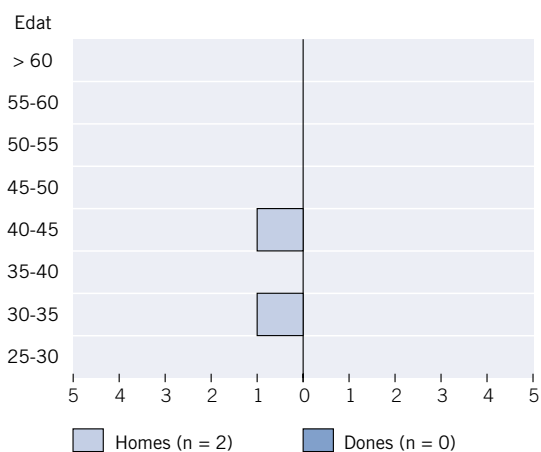
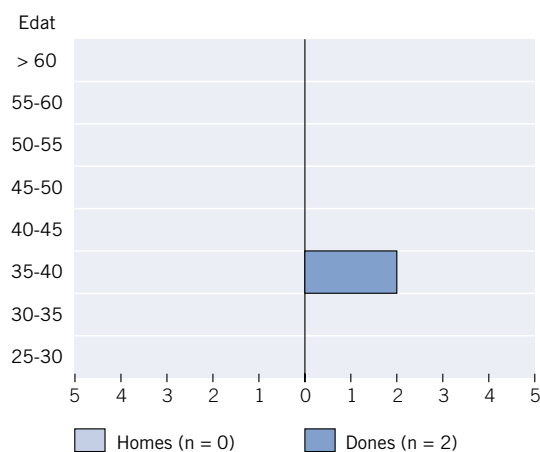
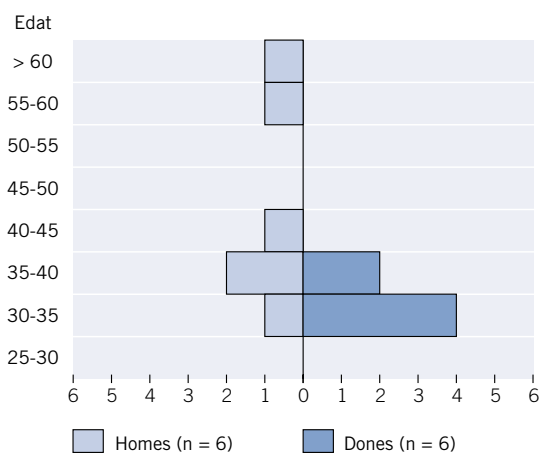
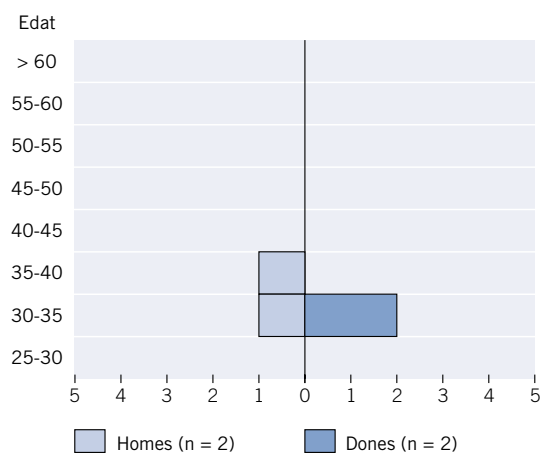


## 12.18 Hematologia i hemoteràpia



Font: Col·legi Oficial de Metges de Girona, octubre de 2001.

.../...

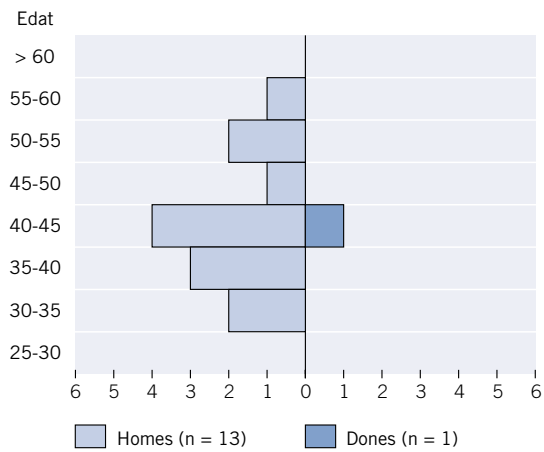
**Gràfic 12. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Girona per especialitat. 2001****12.19 Medicina de l'educació física i l'esport****12.20 Medicina familiar i comunitària****12.21 Medicina intensiva****12.22 Medicina preventiva i salut pública****12.23 Medicina del treball****12.24 Microbiologia i parasitologia**

Font: Col·legi Oficial de Metges de Girona, octubre de 2001.

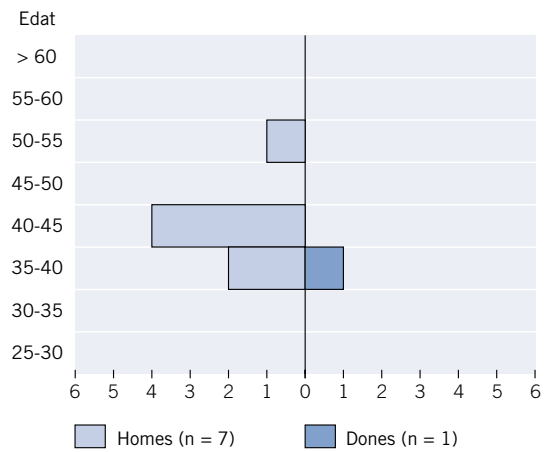
.../...

Gràfic 12. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Girona per especialitat. 2001

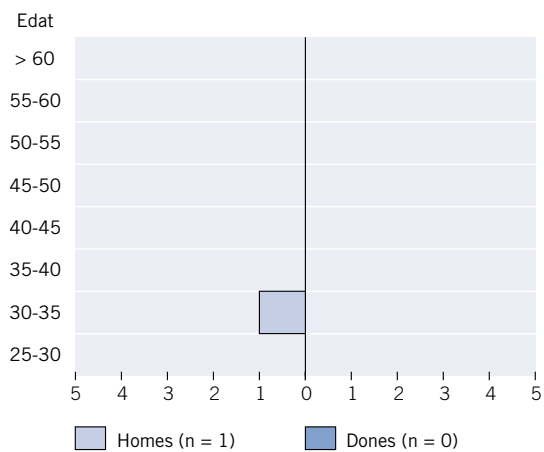
## 12.25 Nefrologia



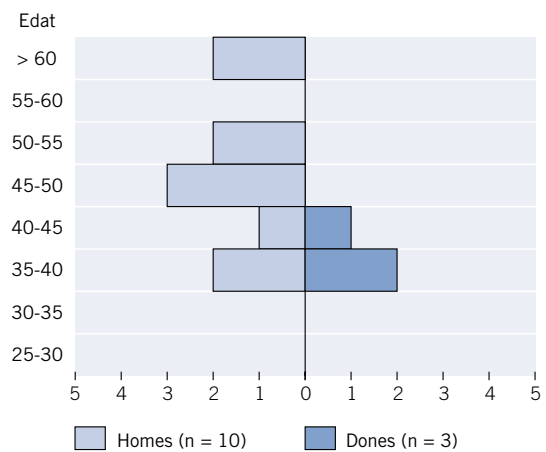
## 12.26 Neurocirurgia



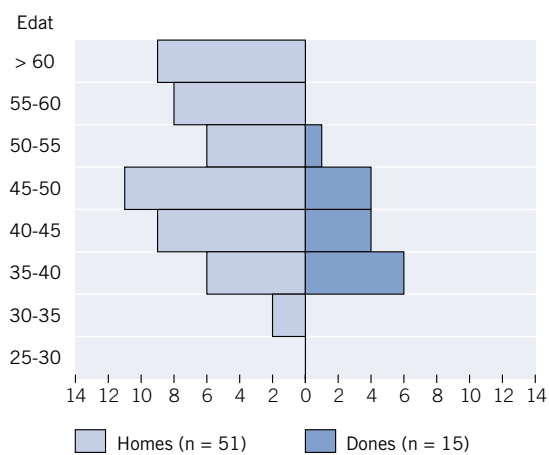
## 12.27 Neurofisiologia clínica



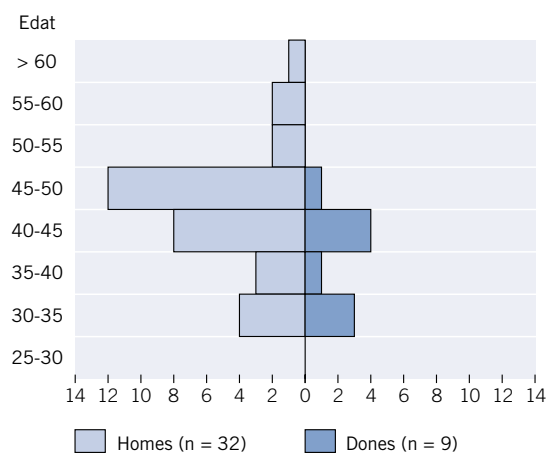
## 12.28 Neurologia



## 12.29 Obstetrícia i ginecologia



## 12.30 Oftalmologia



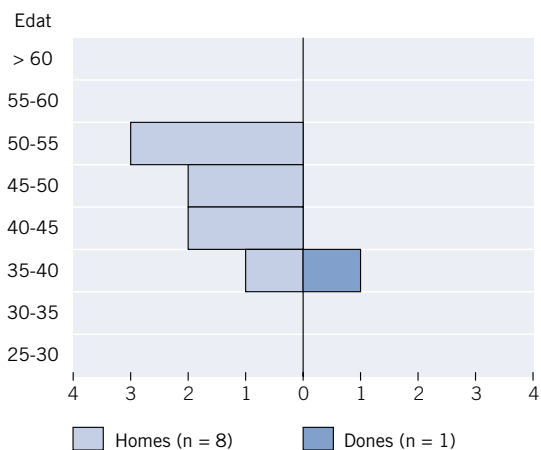
Font: Col·legi Oficial de Metges de Girona, octubre de 2001.

.../...

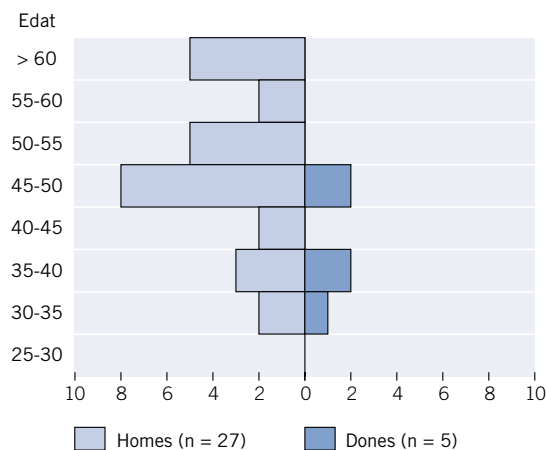


**Gràfic 12. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Girona per especialitat. 2001**

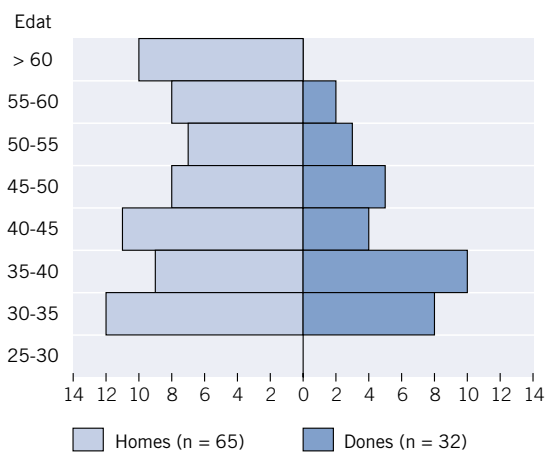
**12.31 Oncologia mèdica**



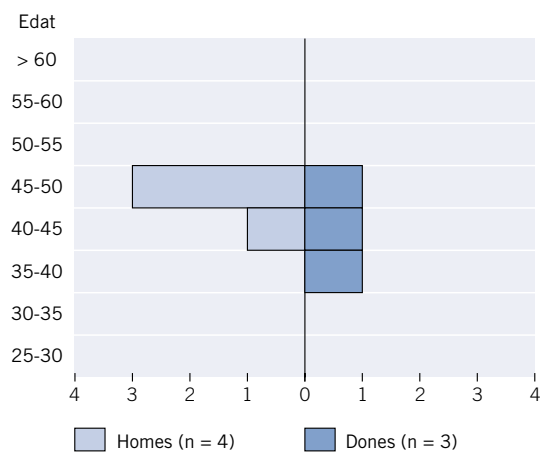
**12.32 Otorinolaringologia**



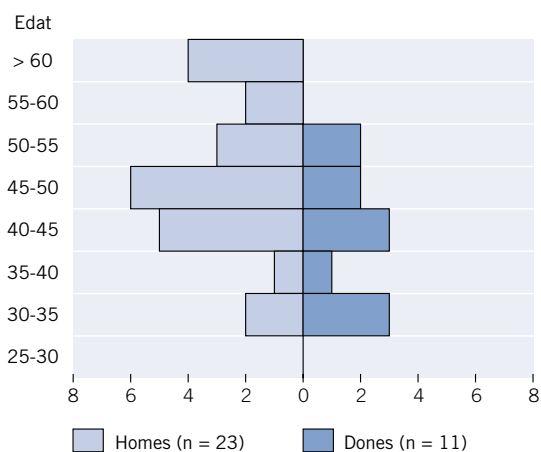
**12.33 Pediatria i àrees específiques**



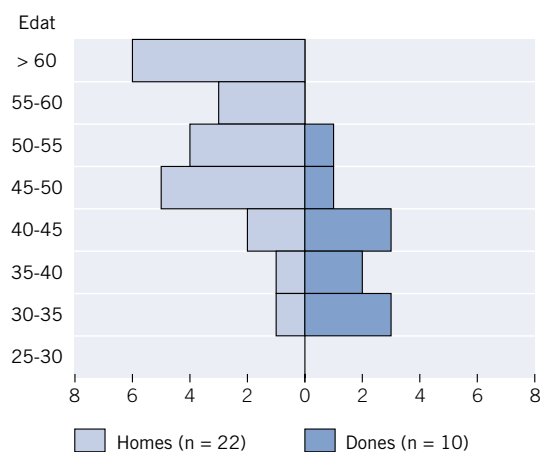
**12.34 Pneumologia**



**12.35 Psiquiatria**



**12.36 Radiodiagnòstic**

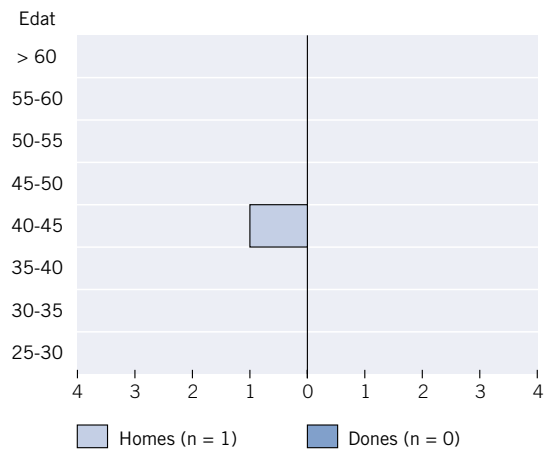


Font: Col·legi Oficial de Metges de Girona, octubre de 2001.

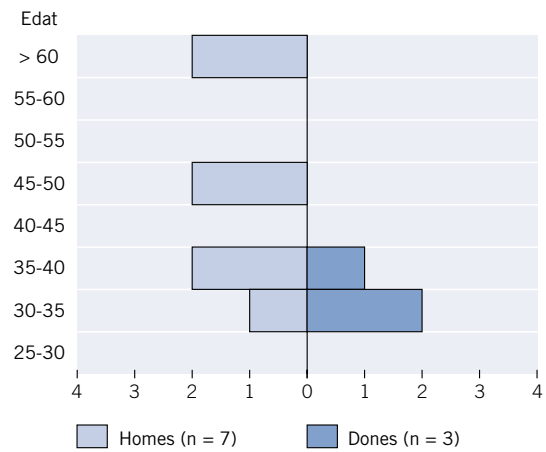
.../...

Gràfic 12. Piràmides d'edat dels metges especialistes de Girona per especialitat. 2001

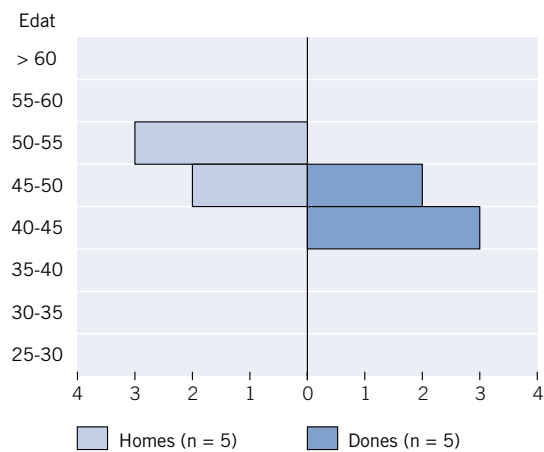
## 12.37 Radioteràpia



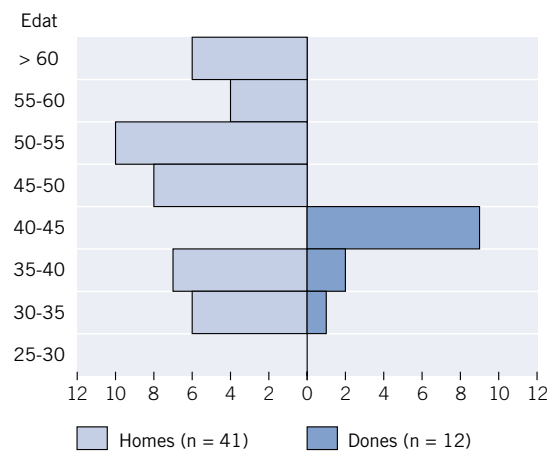
## 12.38 Rehabilitació



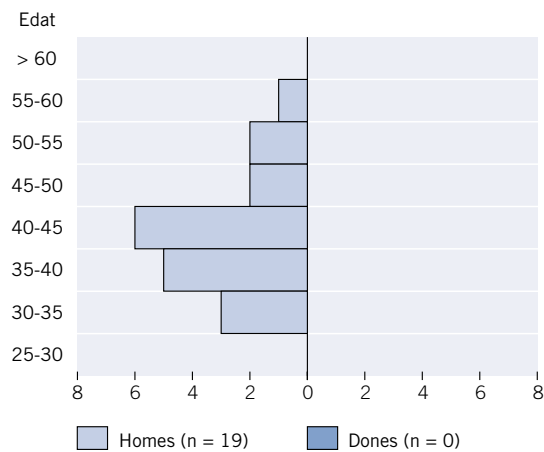
## 12.39 Reumatologia



## 12.40 Traumatologia i cirurgia ortopèdica



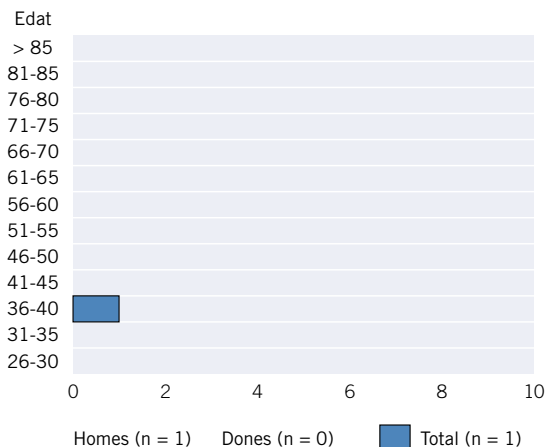
## 12.41 Urologia



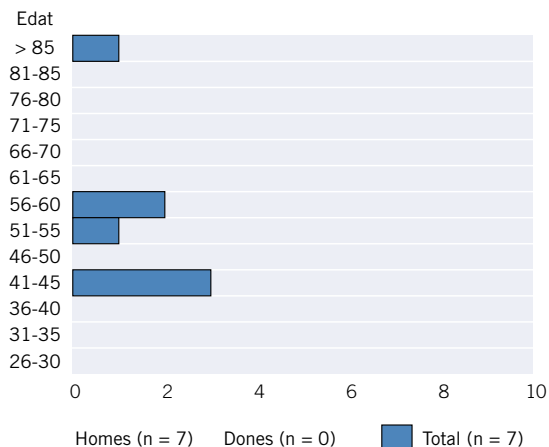
Font: Col·legi Oficial de Metges de Girona, octubre de 2001.

**Gràfic 13. Metges especialistes de Lleida per edat i especialitat. 2001**

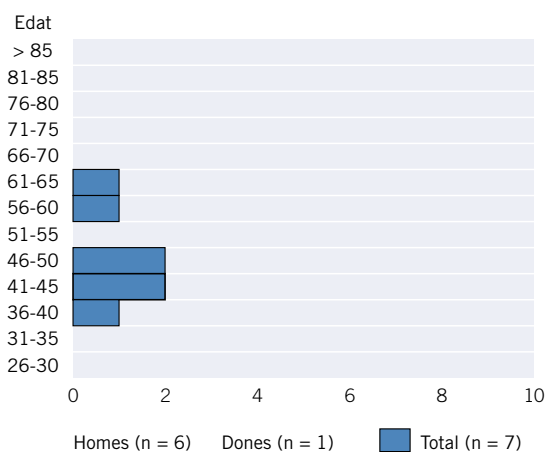
**13.1 Al·lergologia**



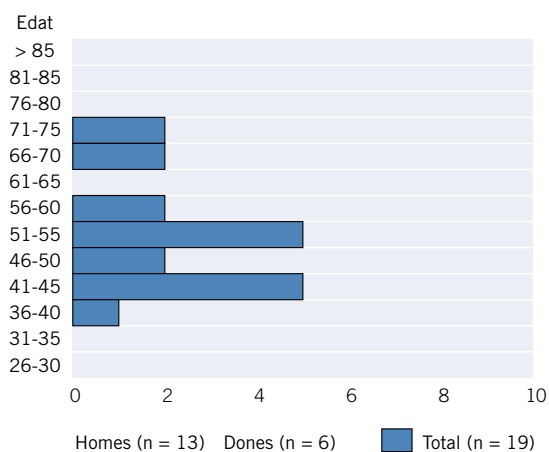
**13.2 Anàlisis clíniques**



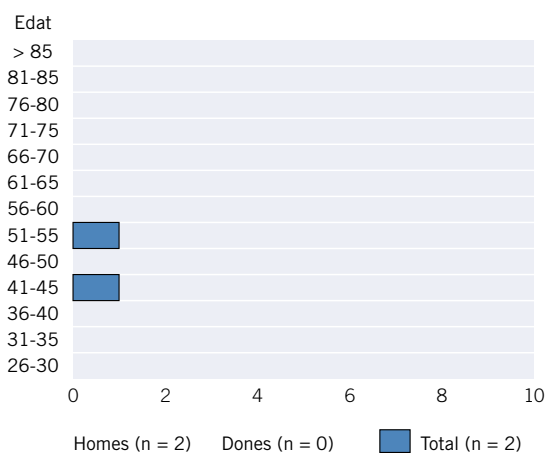
**13.3 Anatomia patològica i histopatologia**



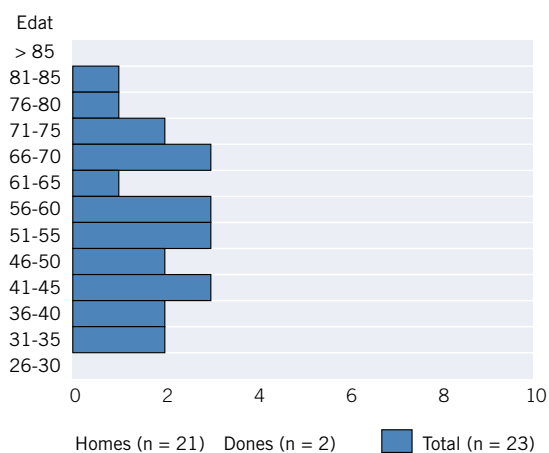
**13.4 Anestesiologia i reanimació**



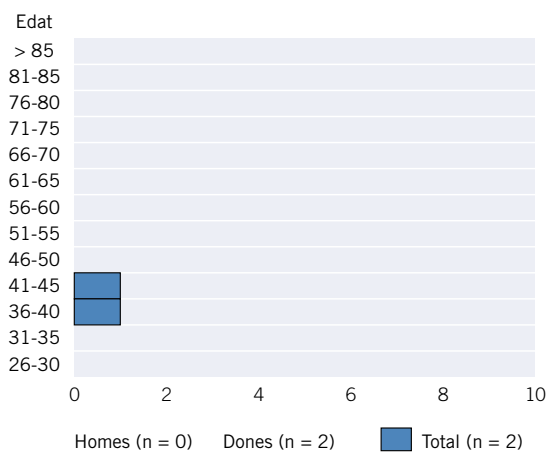
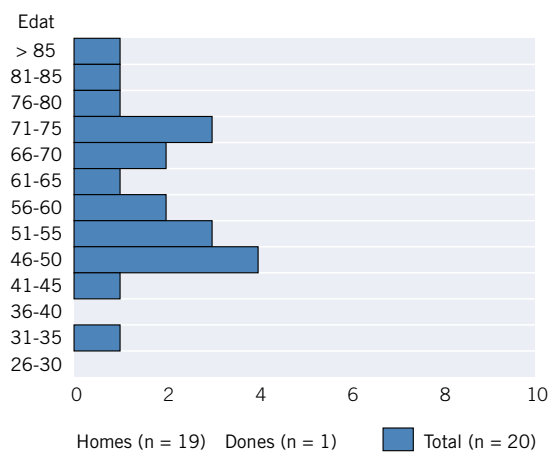
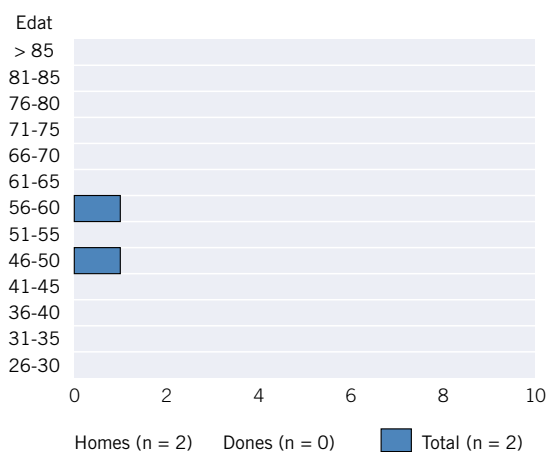
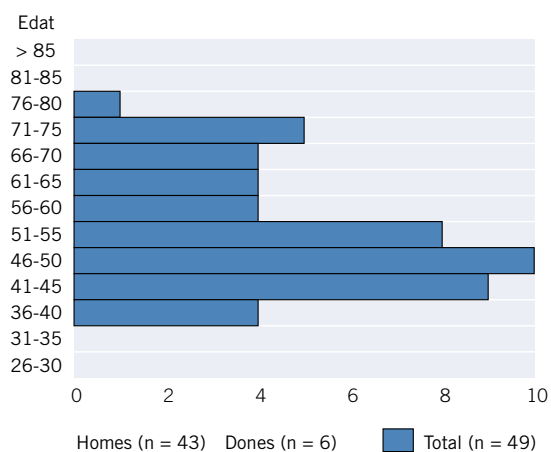
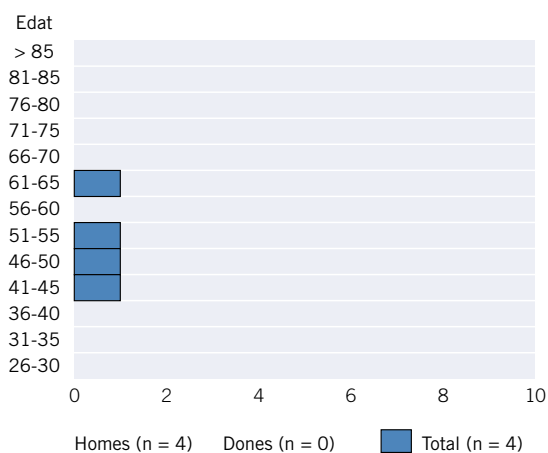
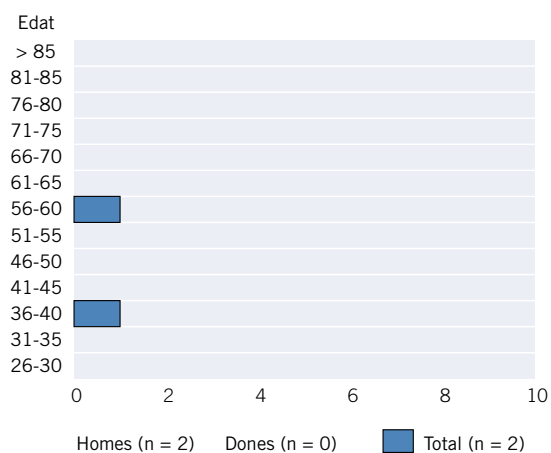
**13.5 Angiologia i cirurgia vascular**



**13.6 Aparell digestiu**



Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

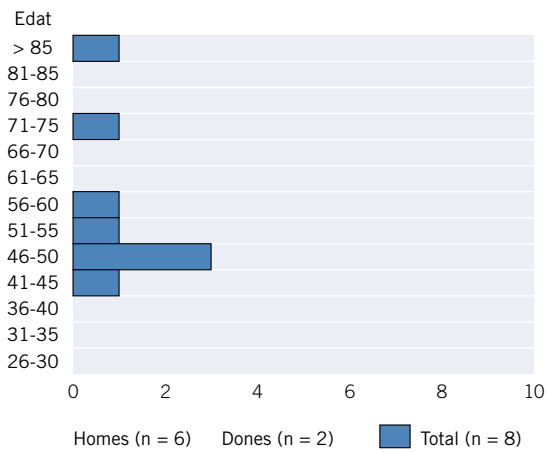
**Gràfic 13. Metges especialistes de Lleida per edat i especialitat. 2001****13.7 Bioquímica clínica****13.8 Cardiologia****13.9 Cirurgia cardiovascular****13.10 Cirurgia general i aparell digestiu****13.11 Cirurgia maxil·lofacial****13.12 Cirurgia plàstica i reparadora**

Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

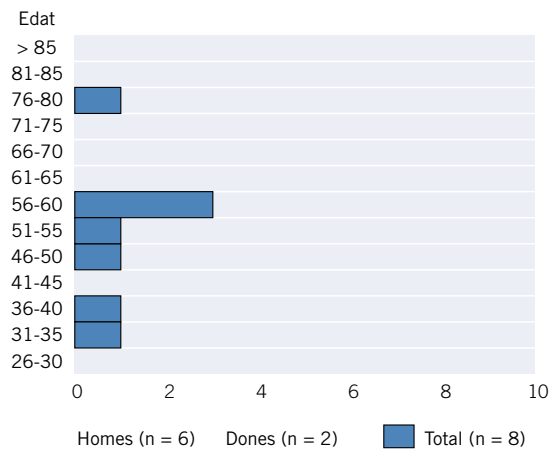
.../...

**Gràfic 13. Metges especialistes de Lleida per edat i especialitat. 2001**

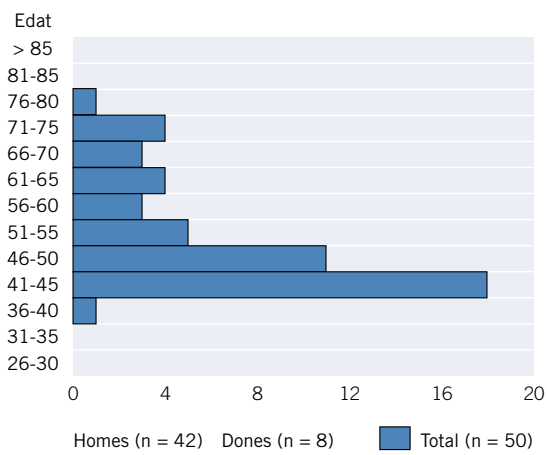
**13.13 Dermatologia i venereologia**



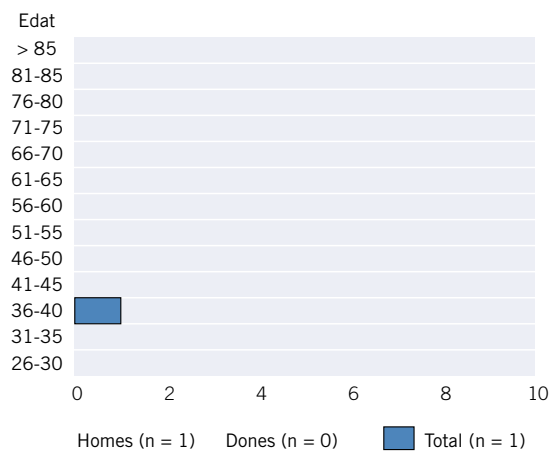
**13.14 Endocrinologia i nutrició**



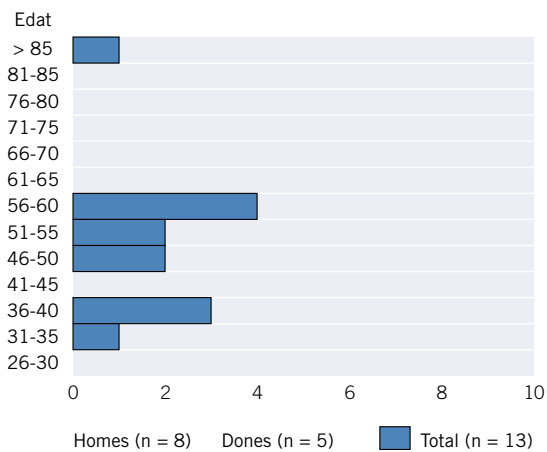
**13.15 Estomatologia**



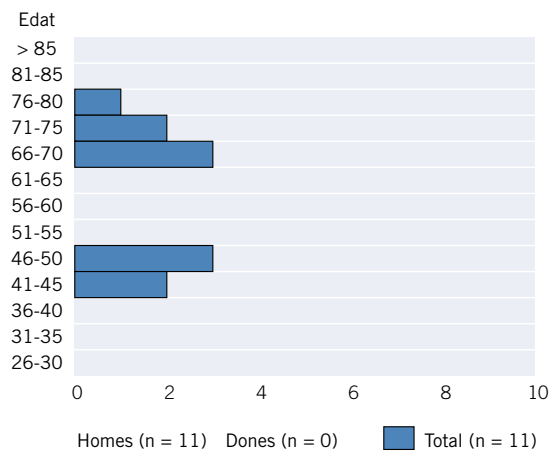
**13.16 Geriatria**



**13.17 Hematologia i hemoteràpia**

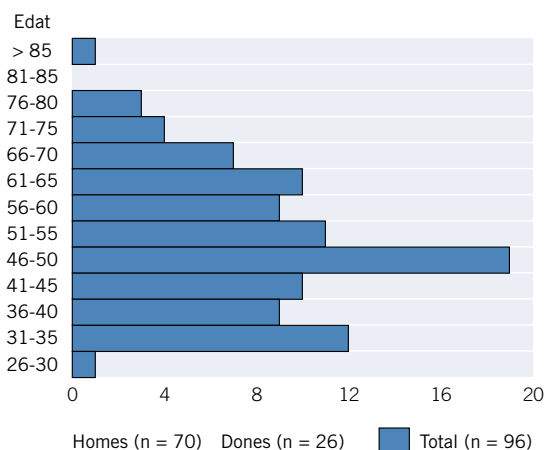
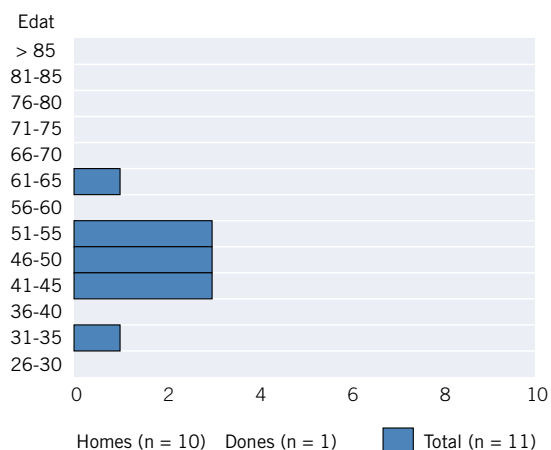
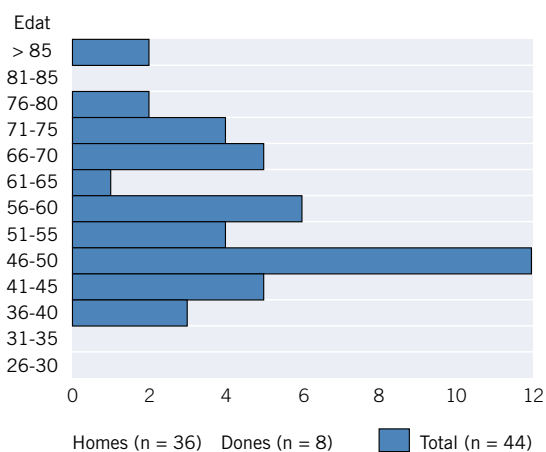
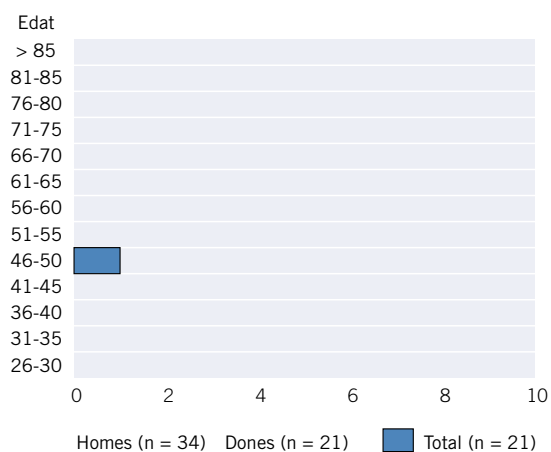
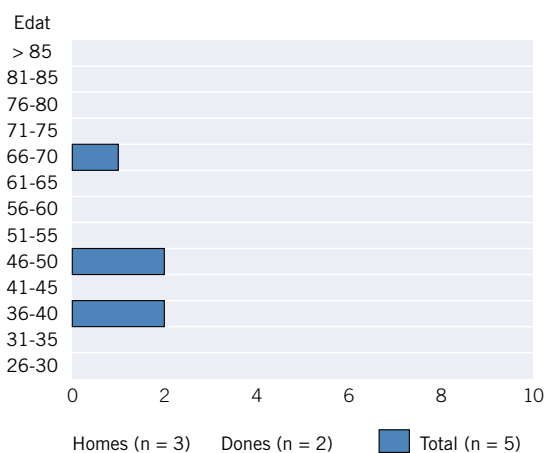
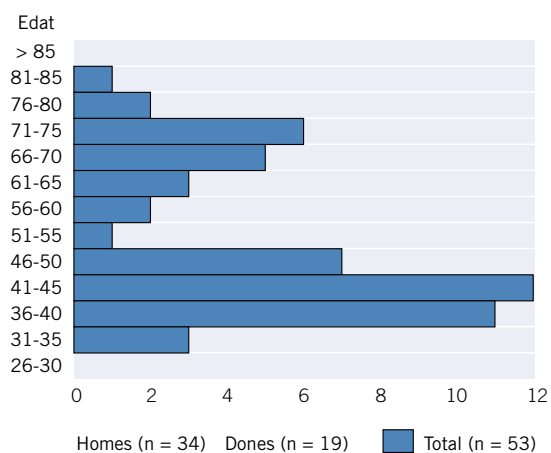


**13.18 Medicina de l'educació física i l'esport**



Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

.../...

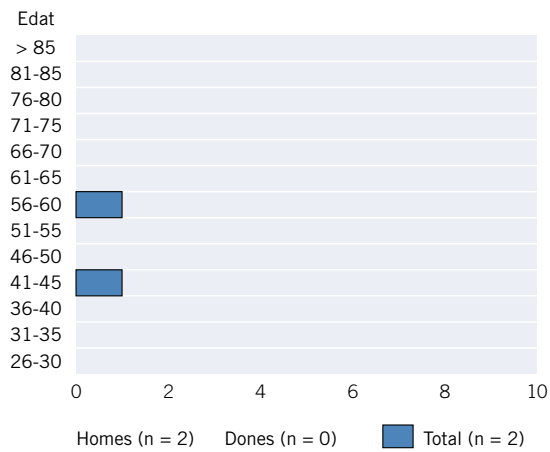
**Gràfic 13. Metges especialistes de Lleida per edat i especialitat. 2001****13.19 Medicina familiar i comunitària****13.20 Medicina intensiva****13.21 Medicina interna****13.22 Medicina nuclear****13.23 Medicina preventiva i salut pública****13.24 Medicina del treball**

Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

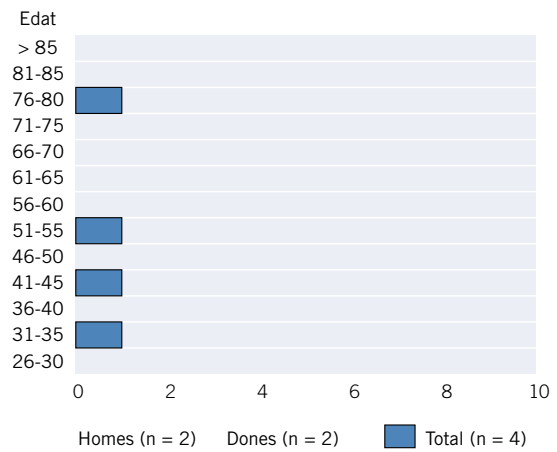
.../...

**Gràfic 13. Metges especialistes de Lleida per edat i especialitat. 2001**

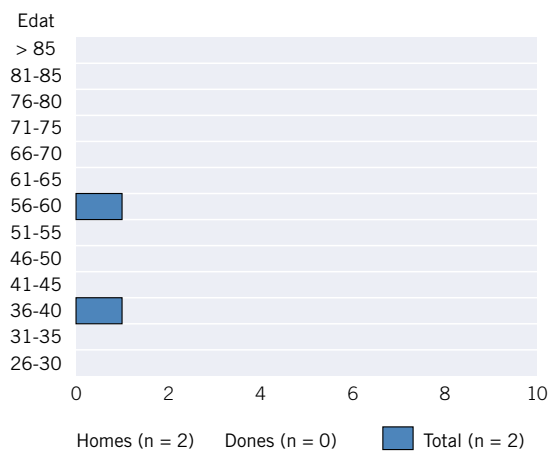
**13.25 Microbiologia**



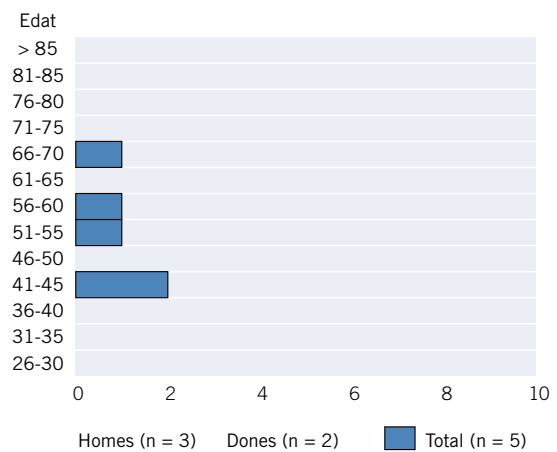
**13.26 Nefrologia**



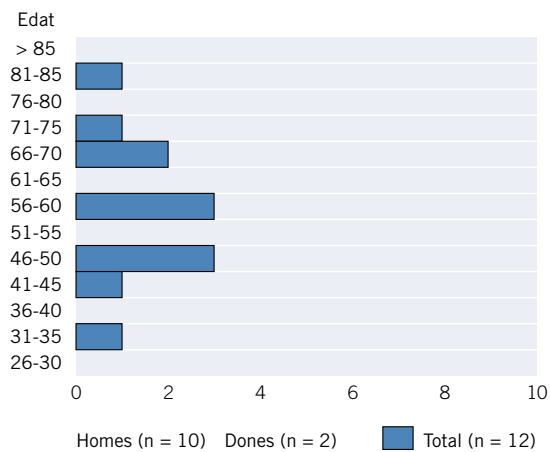
**13.27 Neurocirurgia**



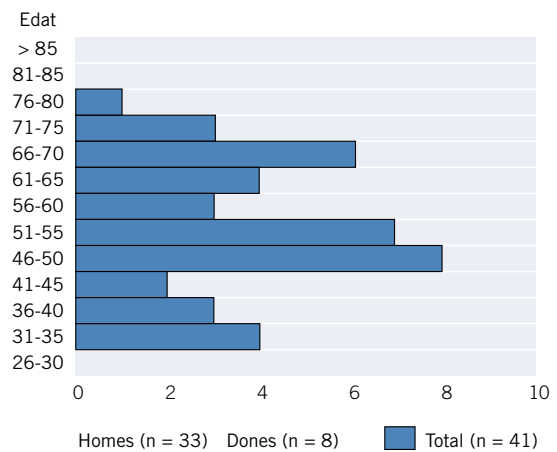
**13.28 Neurofisiologia clínica**



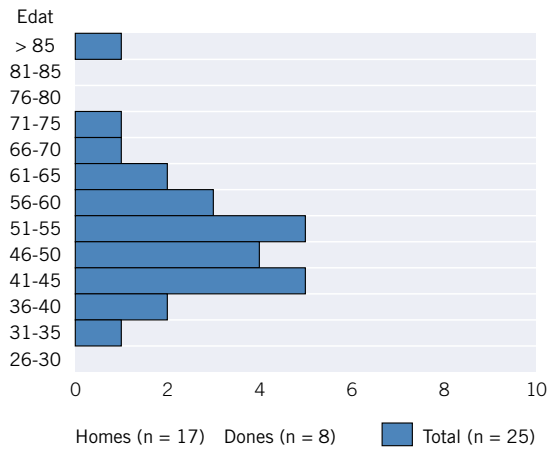
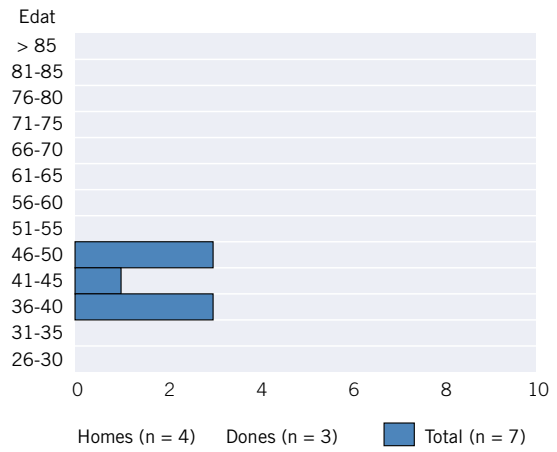
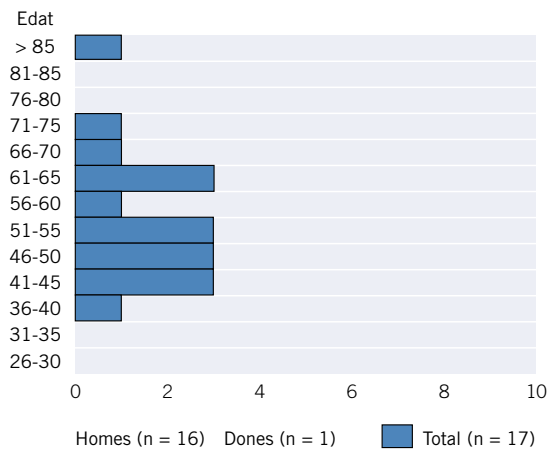
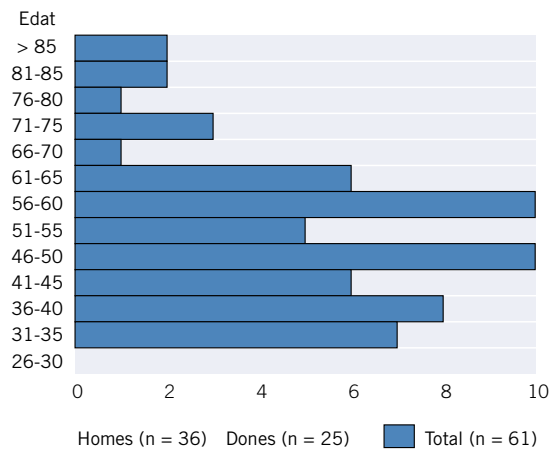
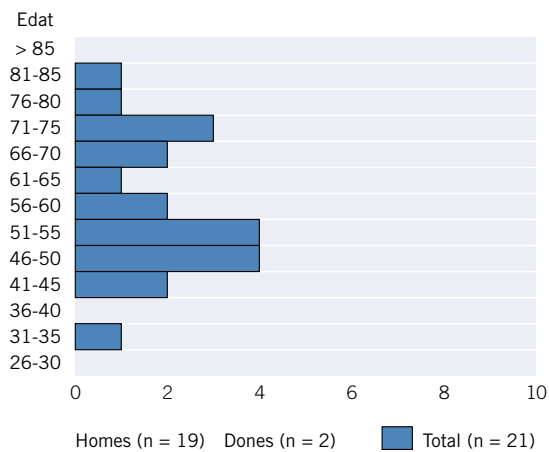
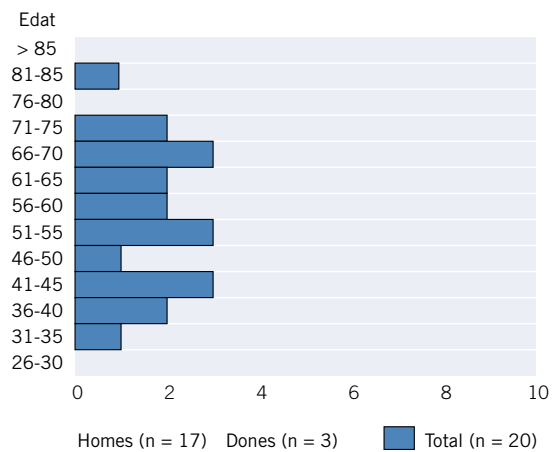
**13.29 Neurologia**



**13.30 Obstetrícia i ginecologia**



Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

**Gràfic 13. Metges especialistes de Lleida per edat i especialitat. 2001****13.31 Oftalmologia****13.32 Oncologia mèdica****13.33 Otorinolaringologia****13.34 Pediatria i àrees específiques****13.35 Pneumologia****13.36 Psiquiatria**

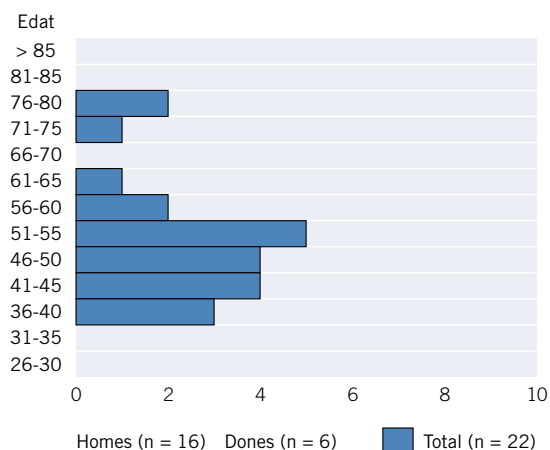
Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

.../...

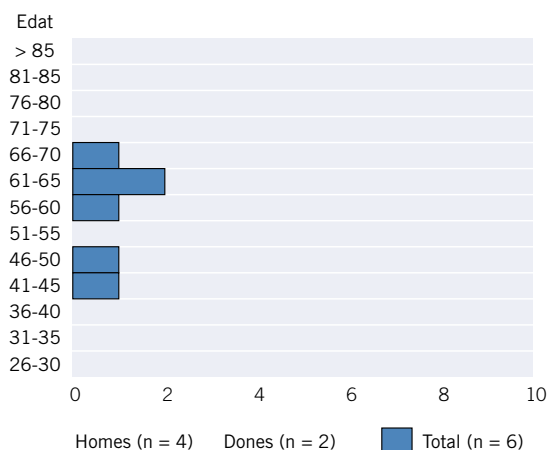


**Gràfic 13. Metges especialistes de Lleida per edat i especialitat. 2001**

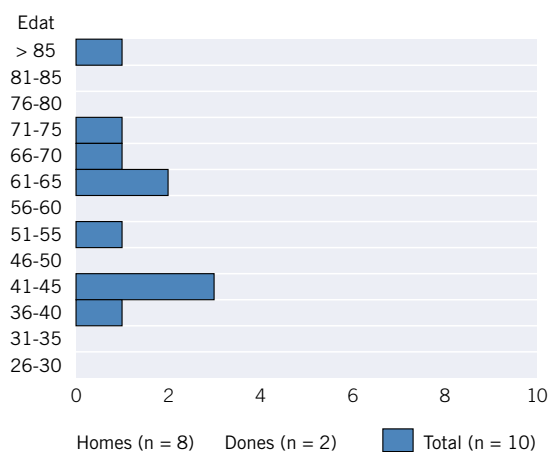
**13.37 Radiodiagnòstic**



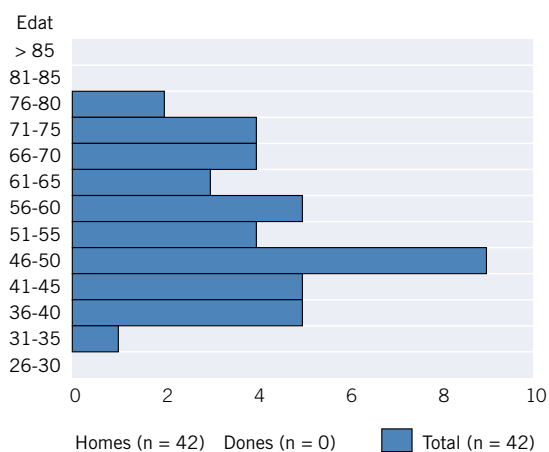
**13.38 Rehabilitació**



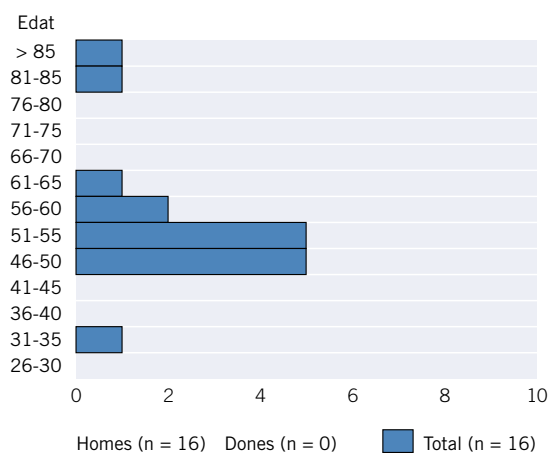
**13.39 Reumatologia**



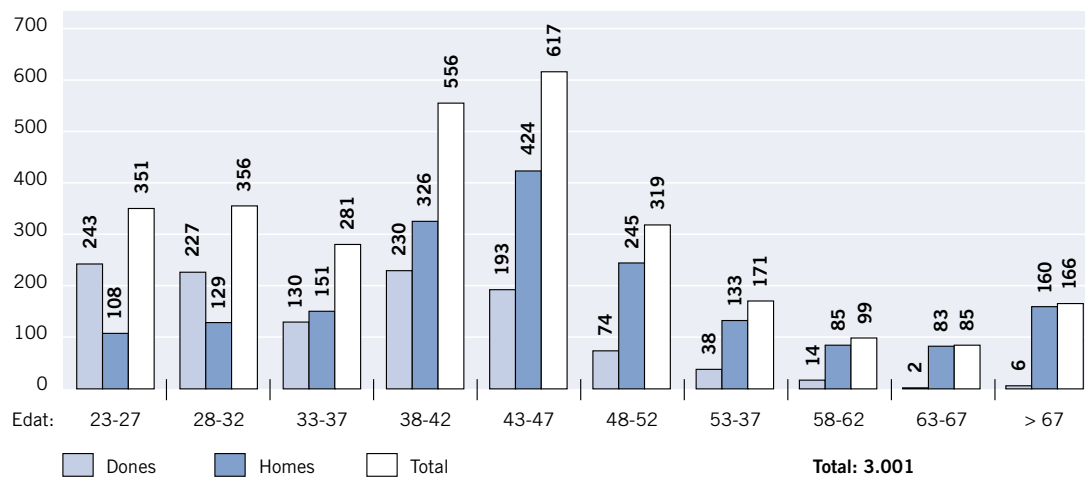
**13.40 Traumatologia i cirurgia ortopèdica**



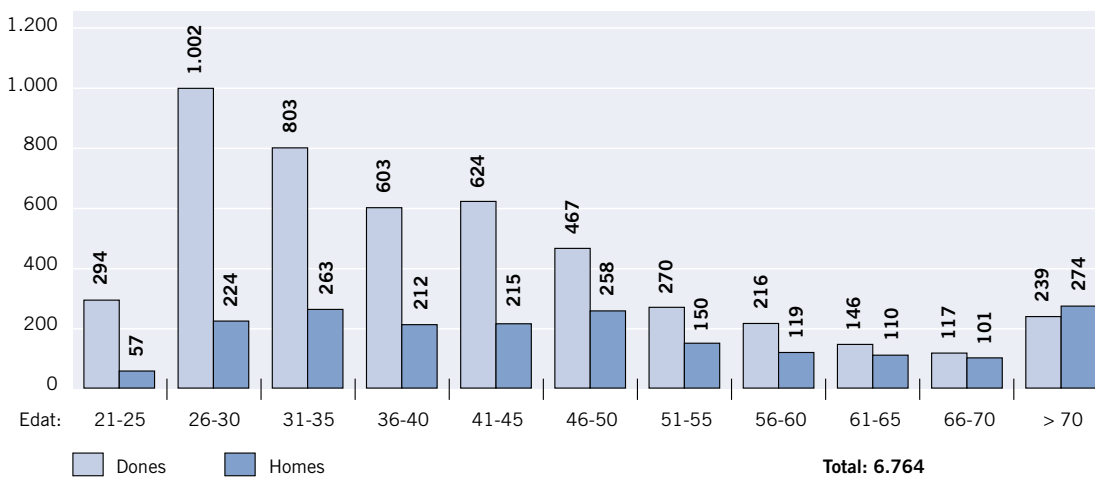
**13.41 Urologia**



Font: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 31 de juny de 2001.

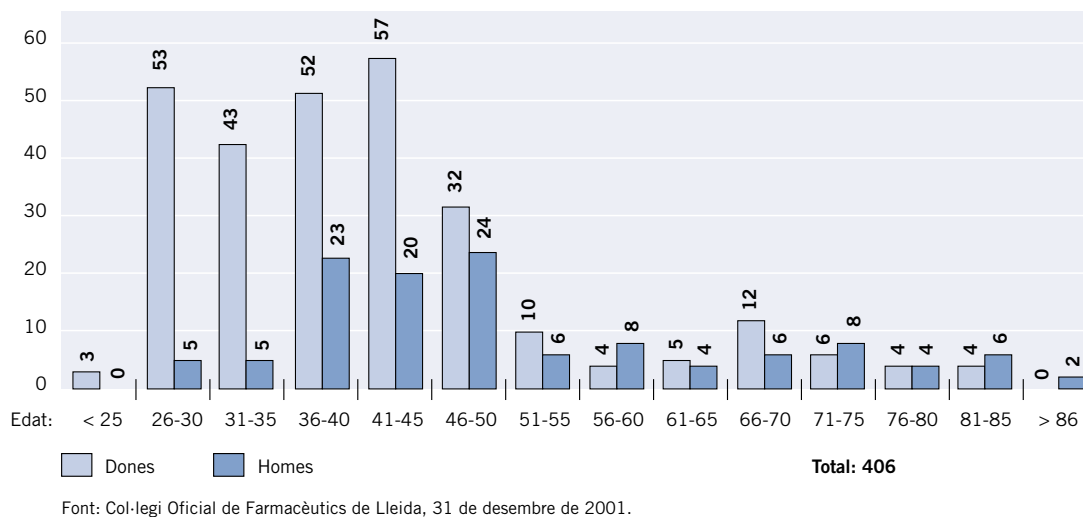
**Gràfic 14. Odontòlegs-estomatòlegs col·legiats a Catalunya per edat i sexe. 2001**

Font: Col·legi Oficial d'Odontòlegs-Estomatòlegs de Catalunya, octubre de 2001.

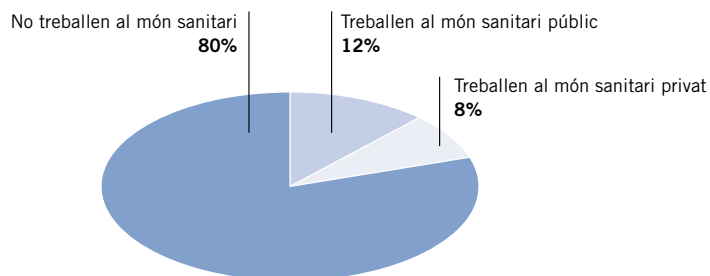
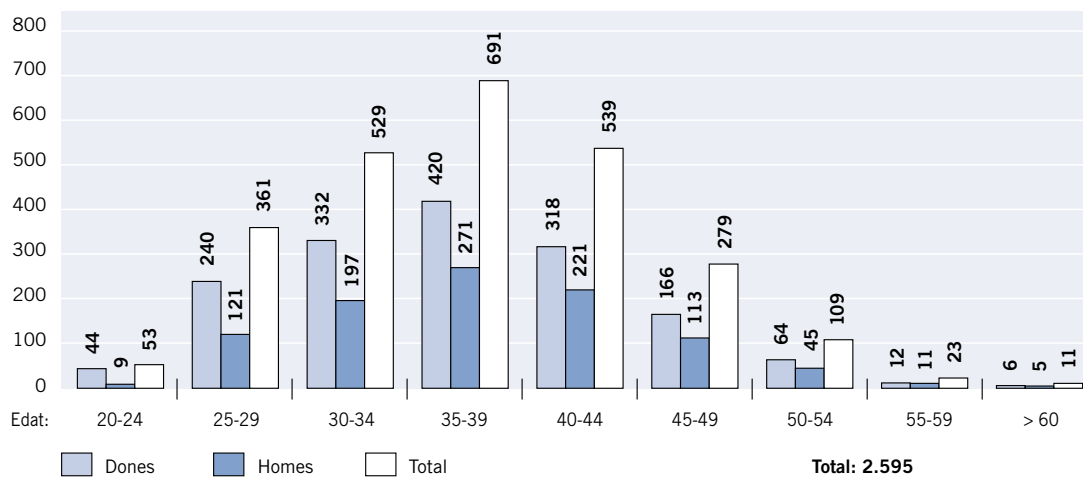
**Gràfic 15. Farmacèutics col·legiats de Barcelona per edat i sexe. 2001**

Font: Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona, 24 de desembre de 2001.

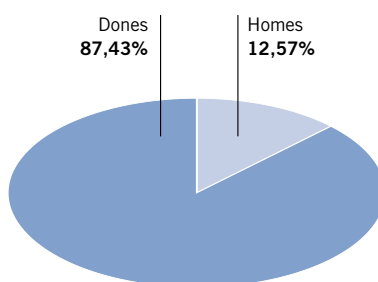
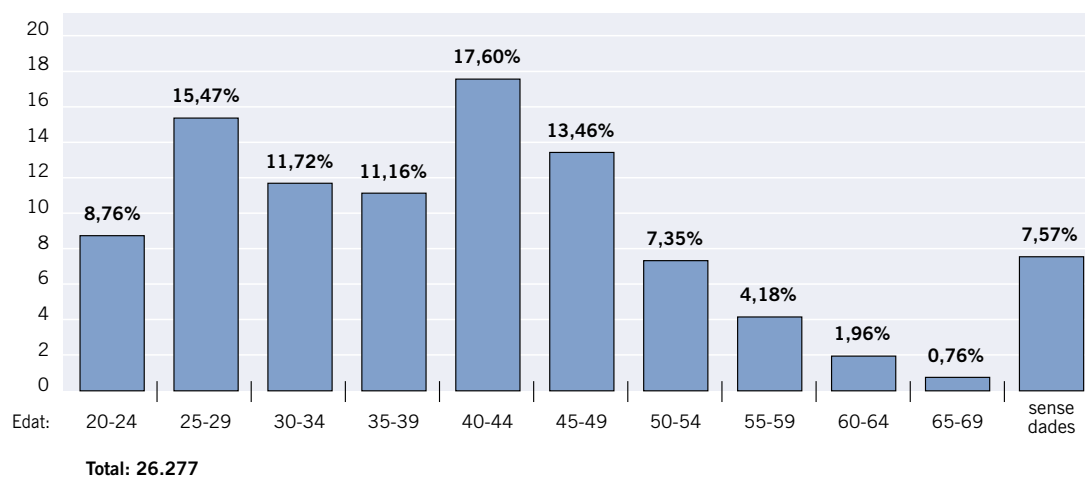
Gràfic 16. Farmacèutics col·legiats de Lleida per edat i sexe. 2001



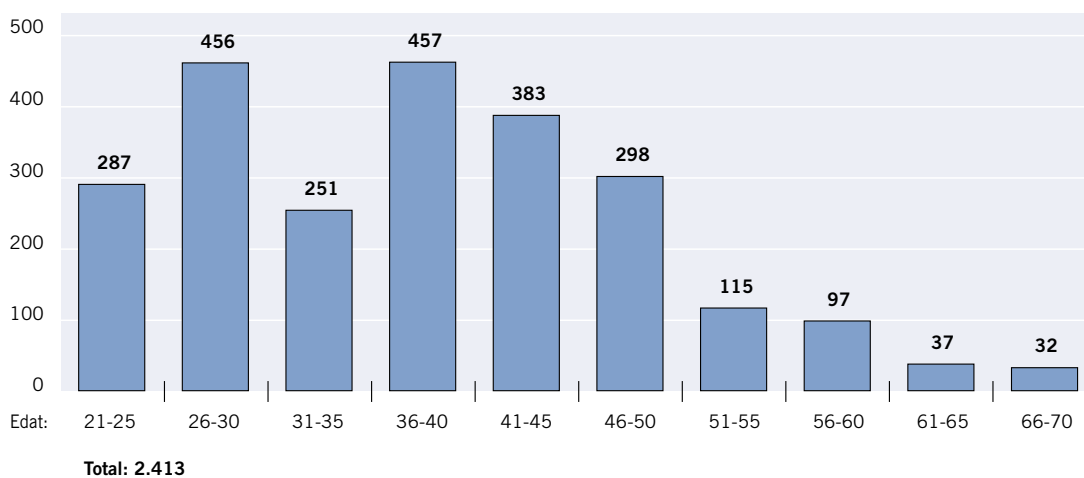
Gràfic 17. Biòlegs col·legiats de Catalunya per edat i sexe, i àmbit de treball. 2001



Font: Col·legi Oficial de Biòlegs de Catalunya, 16 de setembre de 2001.

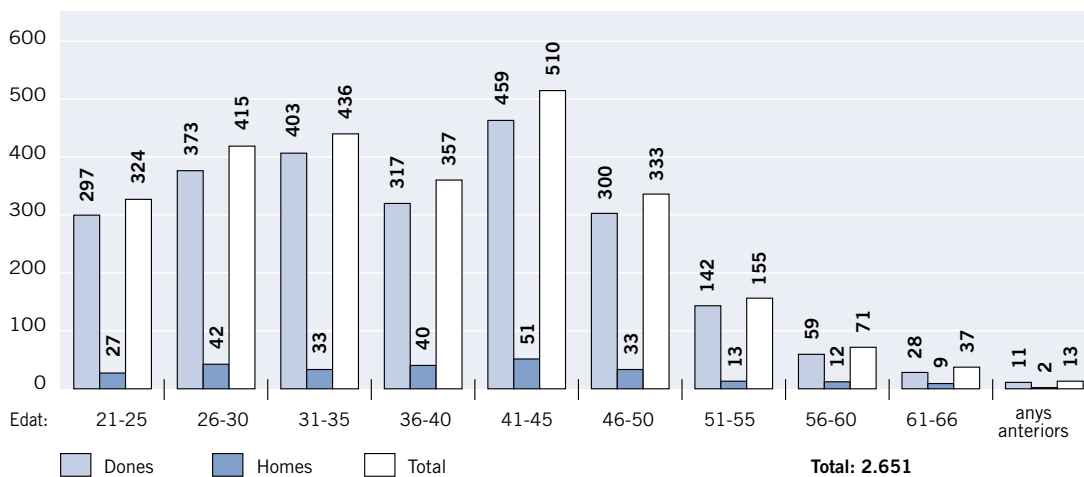
**Gràfic 18. Diplomats en infermeria col·legiats de Barcelona per edat i sexe. 2001**

Font: Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Barcelona, 20 de novembre de 2001.

**Gràfic 19. Diplomats en infermeria col·legiats de Girona per edat. 2001**

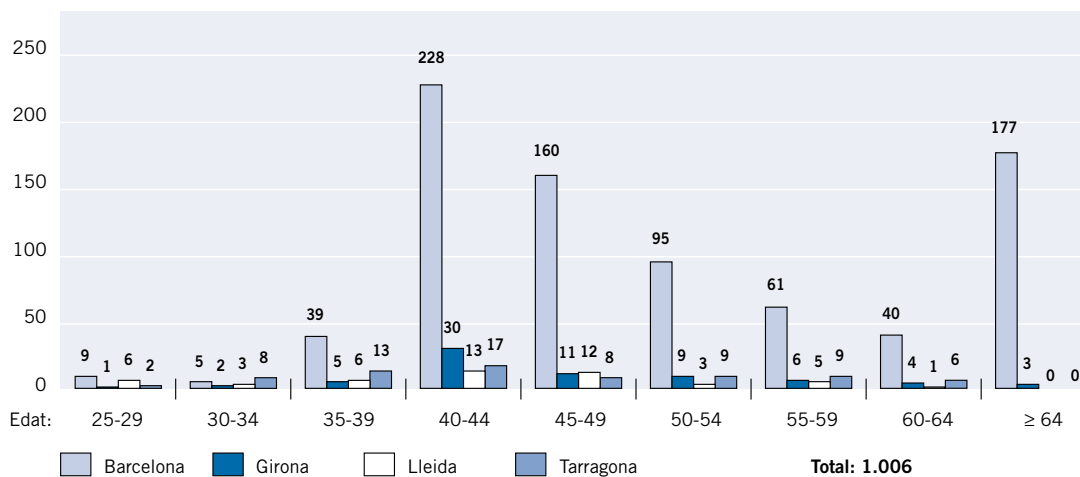
Font: Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Girona, 20 de novembre de 2001.

Gràfic 20. Diplomats en infermeria col·legiats de Tarragona per edat i sexe. 2001

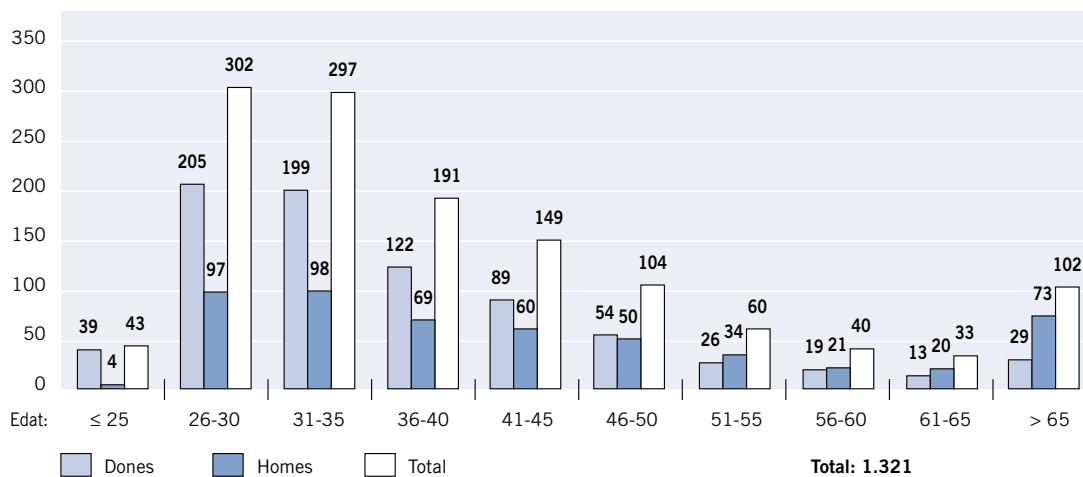


Font: Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Tarragona, 20 de novembre de 2001.

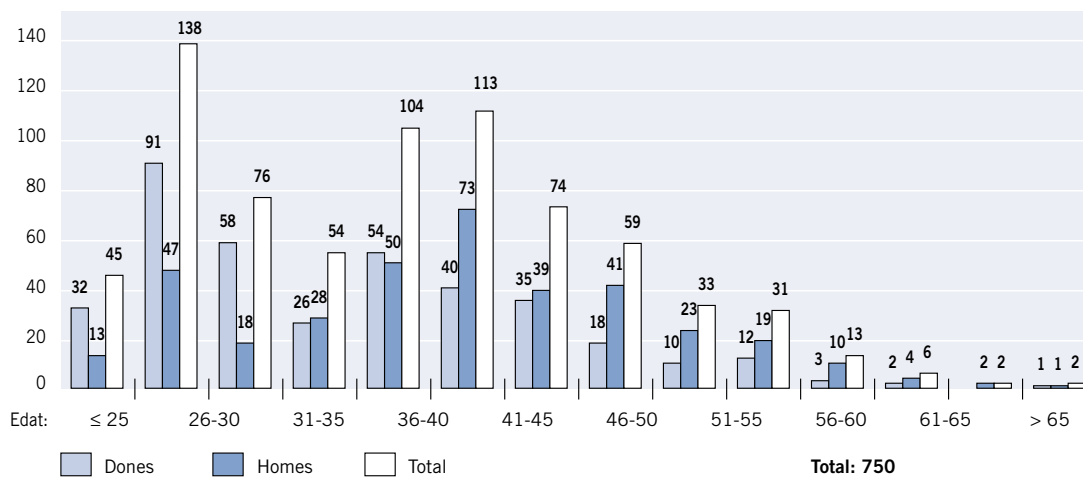
Gràfic 21. Llevadores de Catalunya per edat i províncies. 2001



Font: Associació Catalana de Llevadores, 19 de novembre de 2001.

**Gràfic 22. Òptics-optometristes col·legiats de Catalunya per edat i sexe. 2001**

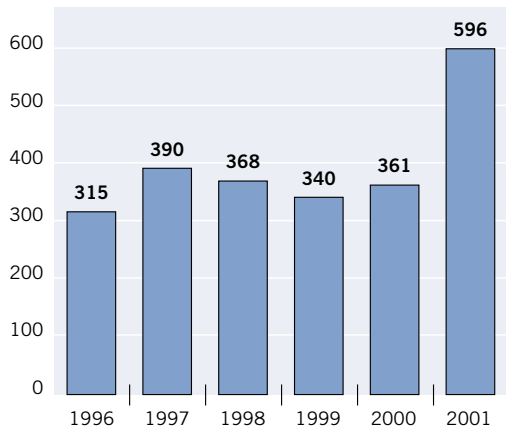
Font: Col·legi d'Òptics-optometristes i Òptiques-optometristes de Catalunya, octubre de 2001.

**Gràfic 23. Podòlegs col·legiats de Catalunya per edat i sexe. 2001**

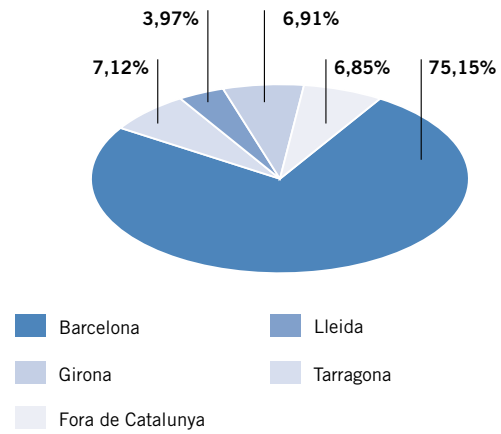
Font: Col·legi de Podòlegs de Catalunya, novembre de 2001.

**Gràfic 24. Fisioterapeutes col·legiats de Catalunya. 2001**

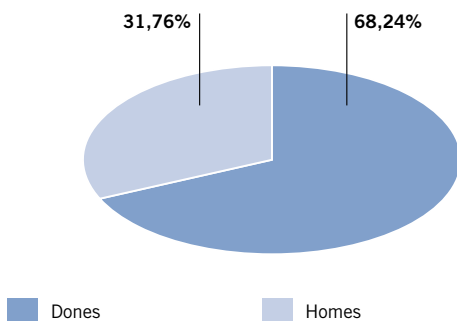
**24.1 Evolució de la col·legiació. 1996-2001**



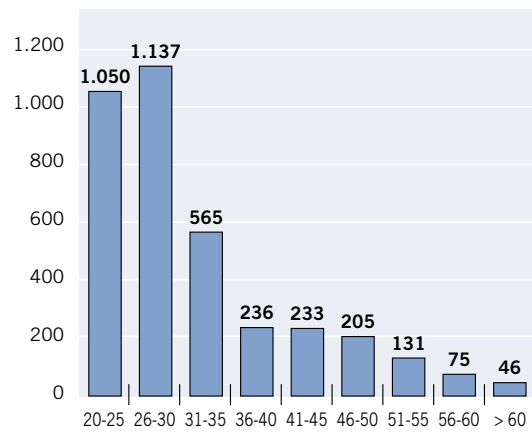
**24.2 Distribució per províncies**



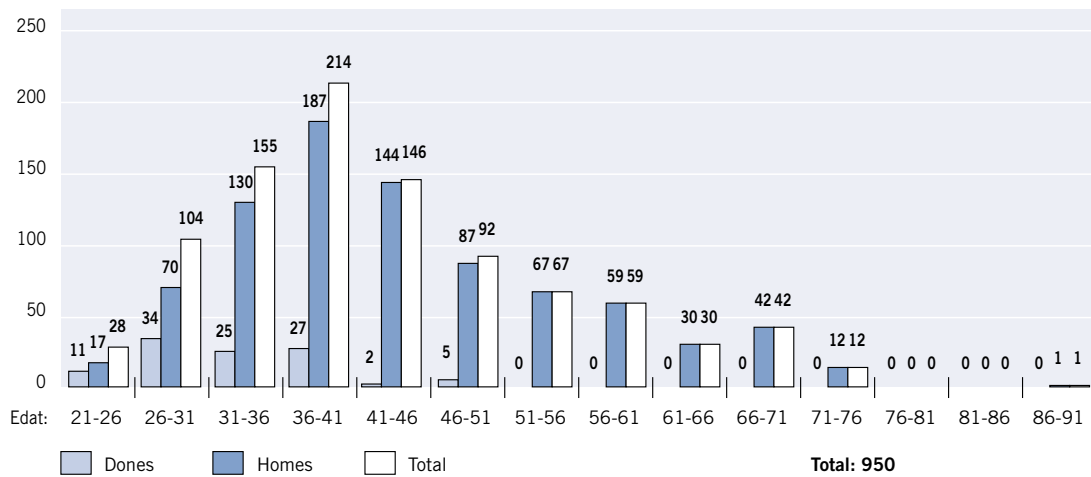
**24.3 Distribució per sexes**



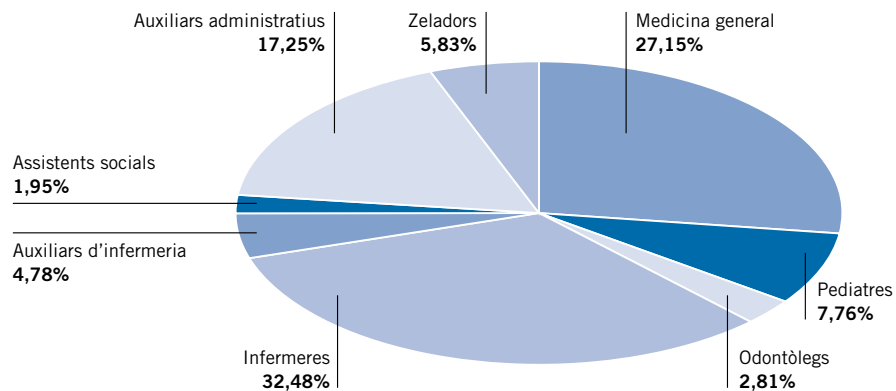
**24.4 Distribució per edats**



Font: Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, 14 de desembre de 2001.

**Gràfic 25. Protètics dentals col·legiats de Catalunya per edat i sexe. 2001**

Font: Col·legi Oficial de Protèsics Dentals de Catalunya, octubre de 2001.

**Gràfic 26. Professionals de la xarxa reformada d'atenció primària de Catalunya. 2001**

Font: CatSalut, 31 de desembre de 2001.

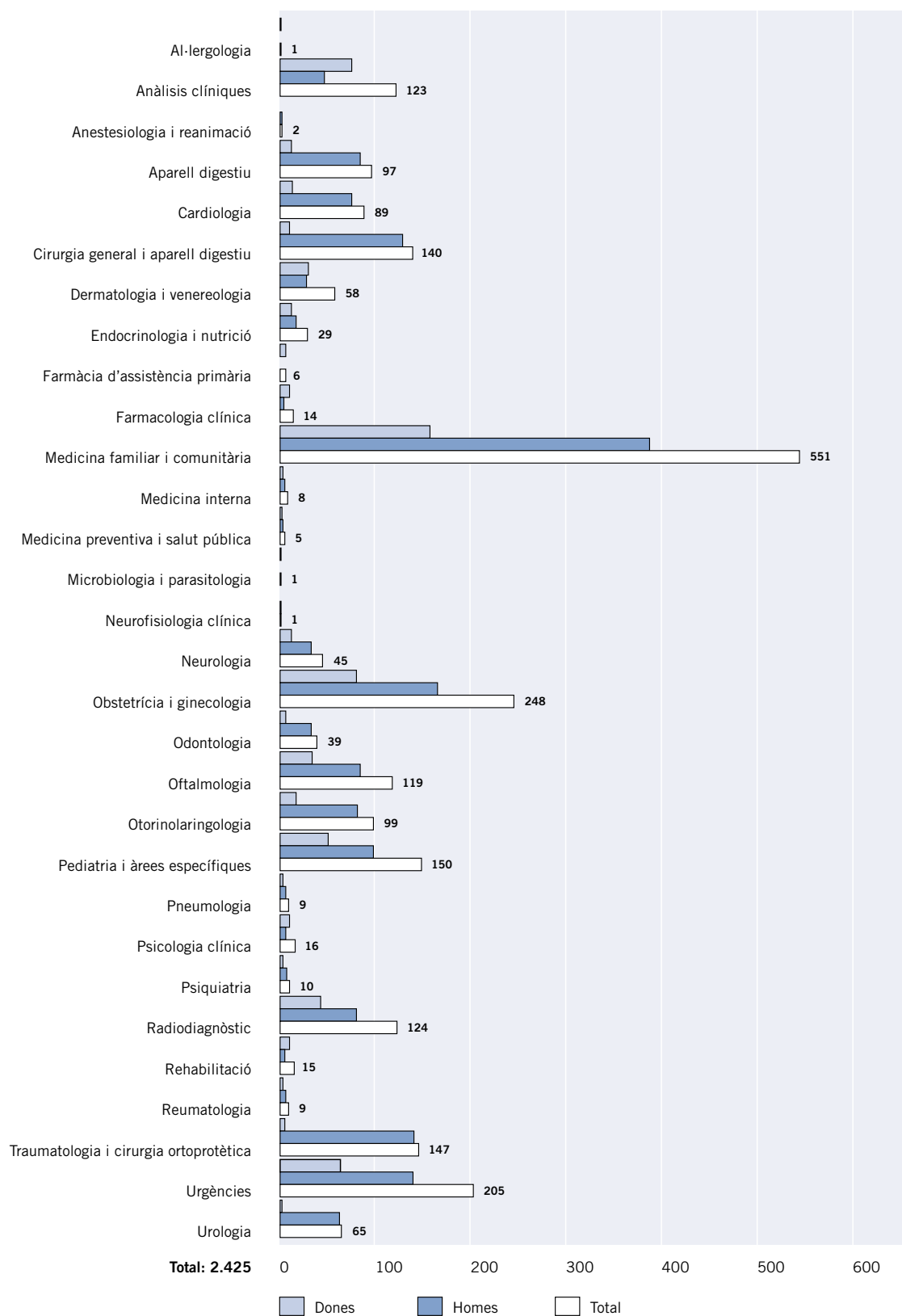


**Taula 6. Professionals de la xarxa reformada d'atenció primària de Catalunya per regions sanitàries. 2001**

	Catalunya		Lleida		Tarragona		Tortosa		Girona		Costa de Ponent		Barcelonès Nord i Maresme		Centre		Consorci Sanitari de Barcelona	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicina general	2.669	27,15	187	29,13	255	28,15	82	29,29	299	29,09	499	25,42	269	25,82	556	25,61	522	29,00
Pediatres	763	7,76	42	6,54	62	6,84	21	7,50	82	7,98	160	8,15	87	8,35	185	8,52	124	6,89
Odontòlegs	276	2,81	26	4,05	28	3,09	6	2,14	34	3,31	53	2,70	27	2,59	55	2,53	47	2,61
Infermeres	3.193	32,48	219	34,11	285	31,46	95	33,93	363	35,31	639	32,55	333	31,96	681	31,37	578	32,11
Auxiliars d'infermeria	470	4,78	23	3,58	30	3,31	3	1,07	53	5,16	103	5,25	45	4,32	138	6,36	75	4,17
Assistents socials	192	1,95	22	3,43	10	1,10	0	0	11	1,07	39	1,99	23	2,21	55	2,53	32	1,78
Auxiliars administratius	1.696	17,25	79	12,31	192	21,19	44	15,71	164	15,95	334	17,01	191	18,33	390	17,96	302	16,78
Zeladors	573	5,83	44	6,85	44	4,86	29	10,36	22	2,14	136	6,93	67	6,43	111	5,11	120	6,67
<b>Total</b>	<b>9.832</b>	<b>100</b>	<b>642</b>	<b>100</b>	<b>906</b>	<b>100</b>	<b>280</b>	<b>100</b>	<b>1.028</b>	<b>100</b>	<b>1.963</b>	<b>100</b>	<b>1.042</b>	<b>100</b>	<b>2.171</b>	<b>100</b>	<b>1.800</b>	<b>100</b>

Font: CatSalut, 31 de desembre de 2001.

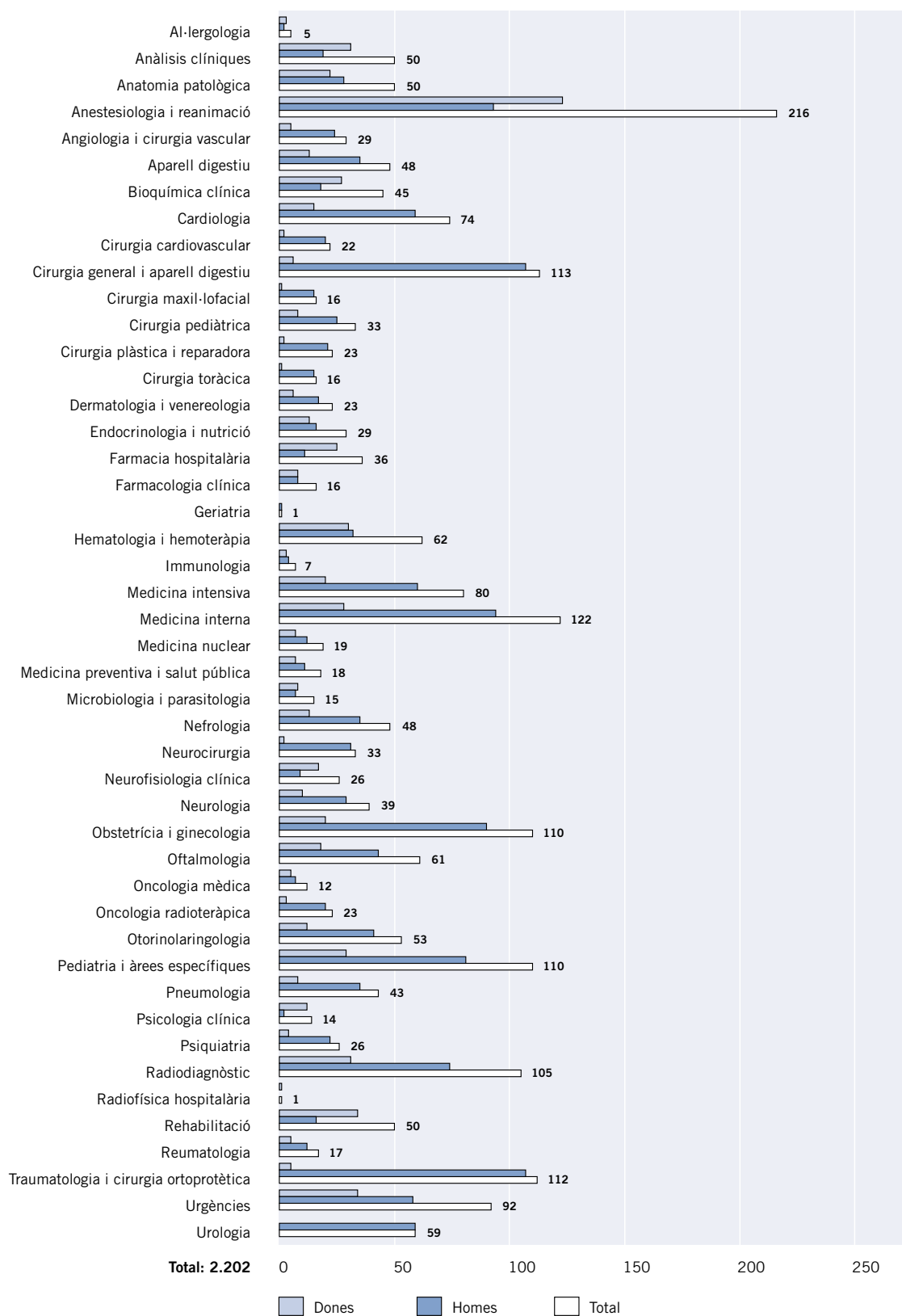
Gràfic 27. Metges de la xarxa no reformada d'atenció primària de Catalunya per especialitat i sexe. 2001



Font: Institut Català de la Salut. Divisió d'Atenció Primària, juny de 2001.



Gràfic 28. Metges dels hospitals de l'Institut Català de la Salut per especialitat i sexe. 2001



Font: Institut Català de la Salut. Divisió d'Atenció Hospitalària, maig de 2001.



Taula 8. Metges dels hospitals de l'Institut Català de la Salut per especialitat, edat i sexe. 2001 (1a part)

Especialitat	65-70 anys		60-64 anys		55-59 anys		50-54 anys		45-49 anys		40-44 anys		35-39 anys		30-34 anys		25-29 anys		20-24 anys		Total						
	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	D	T	H	D	T	Homes	Dones	Total		
Al·lèrgologia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	3	2	5		
Anàlisis clíniques	0	3	3	1	1	2	4	7	11	6	1	7	5	2	7	3	2	5	1	0	1	0	31	19	50		
Anatomia patològica	1	1	2	1	5	6	3	2	5	3	4	7	4	9	13	1	1	2	2	0	2	0	22	28	50		
Anestesiologia i reanimació	5	12	17	4	12	16	17	9	26	22	12	34	23	16	39	22	13	35	8	6	14	0	0	123	93	216	
Angiologia i cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	6	7	1	5	6	1	2	3	2	1	3	0	0	5	24	29	
Aparell digestiu	0	0	0	0	2	2	1	7	8	3	8	11	4	10	14	2	3	5	2	1	3	0	0	13	35	48	
Bioquímica clínica	1	2	3	3	3	6	9	4	13	5	1	6	3	3	6	1	2	3	0	0	0	0	27	18	45		
Cardiologia	0	1	1	0	5	5	2	8	10	2	14	16	3	9	12	3	6	9	1	5	6	0	0	15	59	74	
Cirurgia cardiovascular	0	0	0	0	4	4	0	4	4	0	3	3	1	2	3	1	1	2	0	2	2	0	0	2	20	22	
Cirurgia general i aparell digestiu	0	3	3	0	11	11	0	18	18	0	23	23	1	21	22	3	8	11	1	5	6	0	0	6	107	113	
Cirurgia maxil·lofacial	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	3	3	0	4	4	1	3	4	0	1	1	0	0	1	15	16	
Cirurgia pediàtrica	0	2	2	0	4	4	3	5	8	1	4	5	2	4	6	2	3	5	0	0	0	0	0	8	25	33	
Cirurgia plàstica i reparadora	0	1	1	0	0	0	1	5	6	0	2	2	1	5	6	0	4	4	0	3	3	0	1	1	2	21	23
Cirurgia toràcica	0	0	0	0	1	1	0	6	6	1	2	3	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	15	16	
Dermatologia i venereologia	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	2	2	1	3	4	2	3	5	3	3	6	0	4	4	6	17	23
Endocrinologia i nutrició	0	1	1	1	0	1	0	2	2	2	1	3	4	5	9	3	2	5	2	2	4	0	0	0	13	16	29
Farmàcia hospitalària	2	0	2	1	0	1	3	0	3	3	1	4	4	4	8	6	3	9	2	0	2	0	0	25	11	36	
Farmacologia clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	2	3	2	1	3	4	0	4	0	0	8	8	16	
Geriatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Hematologia i hemoteràpia	3	0	3	3	3	6	7	5	12	8	11	19	1	1	2	3	4	7	2	1	3	0	0	30	32	62	
Immunologia	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	1	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	3	4	7	
Medicina intensiva	0	0	0	0	3	3	1	14	15	5	19	24	3	3	6	3	8	11	1	1	2	0	0	20	60	80	
Medicina interna	0	2	2	0	6	6	1	19	20	3	14	17	5	22	27	8	11	19	2	0	2	0	0	28	94	122	
Medicina Nuclear	0	0	0	0	3	3	0	1	1	3	2	5	3	2	5	0	2	2	1	0	1	0	0	7	12	19	
Medicina preventiva i salut pública	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	2	3	3	6	3	2	5	0	1	1	0	0	7	11	18	
Microbiologia i parasitologia	0	2	2	0	0	0	0	2	2	4	1	5	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	8	7	15	
Nefrologia	0	0	0	0	8	8	0	5	5	3	12	15	3	6	9	1	3	4	3	1	4	3	0	13	35	48	

.../...

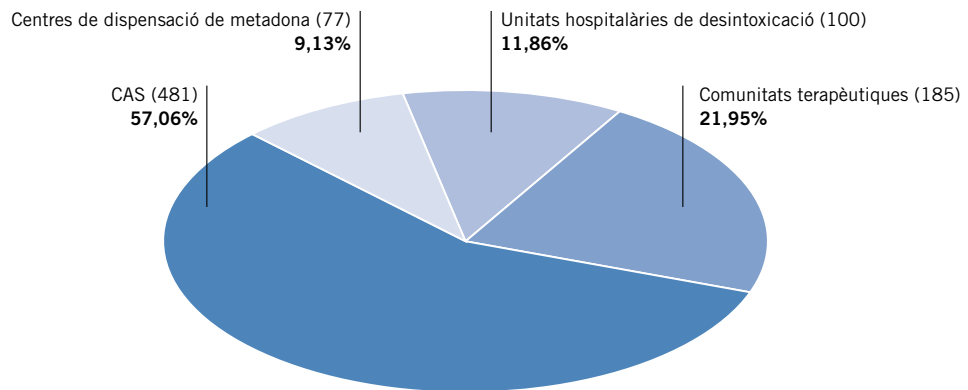
**Taula 8. Metges dels hospitals de l'Institut Català de la Salut per especialitat, edat i sexe. 2001 (2a part)**

Especialitat	65-70 anys		60-64 anys		55-59 anys		50-54 anys		45-49 anys		40-44 anys		35-39 anys		30-34 anys		25-29 anys		20-24 anys		Total								
	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	Homes	Dones	Total						
Neurocirurgia	0	3	3	0	1	1	0	3	3	0	5	5	0	4	4	1	2	3	1	4	5	0	0	0	2	31	33		
Neurofisiologia clínica	0	1	1	2	3	5	4	4	8	4	1	5	2	0	2	4	0	4	0	0	0	0	0	0	17	9	26		
Neurologia	0	2	2	0	3	3	2	4	6	3	3	6	1	5	6	2	2	4	2	2	4	0	0	0	10	29	39		
Obstetrícia i ginecologia	1	10	11	0	16	16	0	23	23	2	20	22	3	11	14	4	4	8	5	3	8	5	3	8	0	0	20	90	110
Oftalmologia	0	1	1	0	3	3	2	7	9	2	5	7	3	2	5	5	7	12	2	11	13	4	7	11	0	0	18	43	61
Oncologia mèdica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	1	1	2	3	3	6	0	1	1	0	0	0	5	7	12
Oncologia radioteràpica	0	1	1	0	2	2	0	2	2	0	3	3	1	4	5	2	5	7	0	1	1	0	0	0	0	3	20	23	
Otorinolaringologia	0	2	2	1	3	4	0	6	6	7	9	16	2	7	9	1	4	5	1	6	7	0	0	0	12	41	53		
Pediatria i àrees específiques	0	10	10	2	13	15	7	24	31	9	13	22	6	10	16	0	6	6	5	4	9	0	1	1	0	0	29	81	110
Pneumologia	0	0	0	0	2	2	1	8	9	0	8	8	2	7	9	1	6	7	3	3	6	1	1	2	0	0	8	35	43
Psicologia clínica	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	4	0	4	2	0	2	2	2	4	1	0	1	0	0	12	2	14
Psiquiatria	0	0	0	1	5	6	1	5	6	0	4	4	1	3	4	0	2	2	0	3	3	1	0	1	0	0	4	22	26
Radiodiagnòstic	0	1	1	0	8	8	1	6	7	6	20	26	5	13	18	7	11	18	6	11	17	5	4	9	1	0	31	74	105
Radiofísica hospitalària	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Rehabilitació	0	1	1	0	4	4	6	5	11	7	5	12	12	1	13	7	0	7	1	0	1	1	0	1	0	0	34	16	50
Reumatologia	0	2	2	0	0	0	0	1	1	1	3	4	0	0	0	2	6	8	1	0	1	1	0	1	0	0	5	12	17
Traumatologia i cirurgia ortopèdica	0	4	4	0	9	9	0	11	11	0	24	24	1	19	20	2	18	20	2	17	19	0	5	5	0	0	5	107	112
Urgències	0	0	0	0	1	1	0	4	4	6	7	13	8	30	38	11	15	26	8	1	9	1	0	1	0	0	34	58	92
Urologia	0	6	6	0	2	2	0	7	7	0	17	17	0	10	10	0	4	4	0	7	7	0	6	6	0	0	0	59	59
<b>Metges especialistes</b>	<b>13</b>	<b>76</b>	<b>89</b>	<b>21</b>	<b>148</b>	<b>169</b>	<b>77</b>	<b>250</b>	<b>327</b>	<b>124</b>	<b>302</b>	<b>426</b>	<b>135</b>	<b>270</b>	<b>405</b>	<b>124</b>	<b>240</b>	<b>364</b>	<b>124</b>	<b>166</b>	<b>290</b>	<b>58</b>	<b>73</b>	<b>131</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>677</b>	<b>1.525</b>	<b>2.202</b>

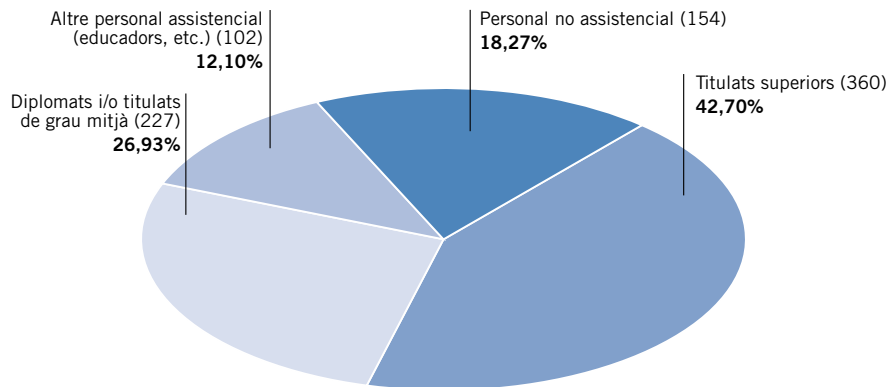
Font: Institut Català de la Salut. Divisió d'Atenció Hospitalària, maig de 2001.

**Gràfic 29. Dispositius assistencials i recursos humans de la Xarxa d'atenció a les drogodependències. 2001**

**Dispositius assistencials: 843**



**Recursos humans: 843 persones**



Font: Direcció General de Drogodependències i Sida. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 24 de gener de 2002.



Taula 9. Personal sanitari de les Empreses Públiques del CatSalut. 2001

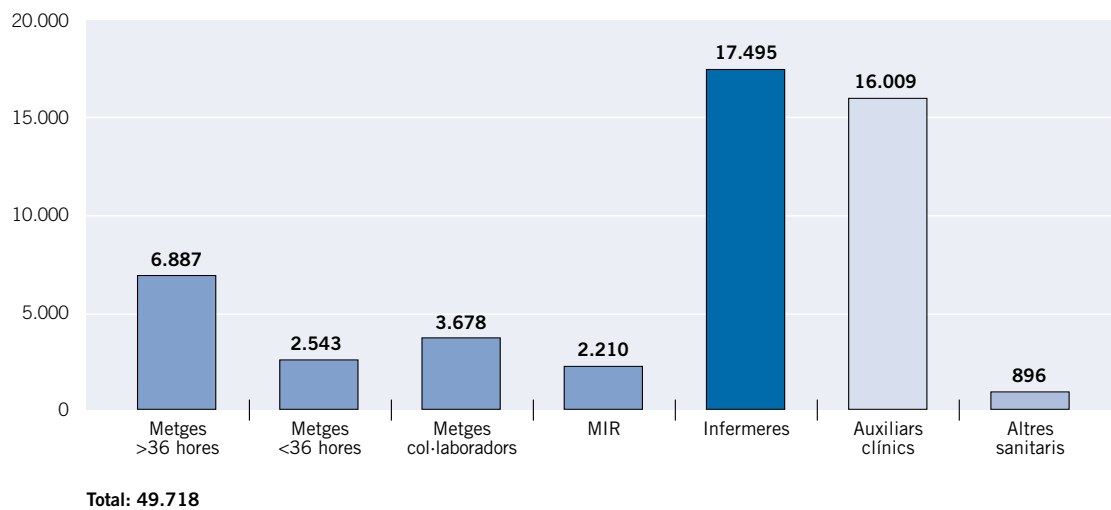
<b>Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM)</b>		<b>Parc Sanitari Pere Virgili</b>	
Tècnics avaluadors	11	<b>Grup 1:</b>	<b>10</b>
Tècnics no avaluadors	4	Metges	8
Personal administratiu	8	Farmacèutics	2
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>Grup 2:</b>	<b>47</b>
<b>Sistema d'Emergències Mèdiques (SEMSA)</b>		Assistents social	1
Metges	55	Infermers	42
Infermers	34	Dietistes	1
<b>Total</b>	<b>89</b>	Fisioterapeutes	3
<b>Centre de Transfusió i Banc de Teixits (CTBT)</b>		<b>Grup 3:</b>	<b>3</b>
Facultatius	28	Caps administratius	3
Personal sanitari	129	<b>Grup 4:</b>	<b>22</b>
<b>Total</b>	<b>157</b>	Tècnics especialistes	5
<b>Institut Català d'Oncologia (ICO)</b>		Operadors d'ordinadors	2
Facultatius III	58	Oficial de conservació, manteniment i oficis	15
Diplomats en Infermeria	111	<b>Grup 5:</b>	<b>58</b>
Tècnics especialistes	20	Oficial administratiu	12
Auxiliars d'infermeria	56	Cuiners	4
<b>Total</b>	<b>245</b>	Auxiliars d'infermeria	42
<b>Gestió i Prestació de Serveis de Salut (GPSS)</b>		<b>Total</b>	<b>137</b>
Grup I (titulats de grau superior)	25	<b>Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI)</b>	
Grup II (titulats de grau mitjà)	31	Facultatius	32
Grup III (batxiller o FP II)	2	Supervisors d'infermeria	5
Grup IV (graduats escolars o FP I)	20	Diplomats en infermeria	37
<b>Total</b>	<b>78</b>	Tècnics radiòlegs	18
<b>Institut d'Assistència Sanitària (IAS)</b>		<b>Total</b>	<b>92</b>
Facultatius TGS	44	<b>Gestió de Serveis Sanitaris (GSS)</b>	
Facultatius en formació	7	Grup 1	81
Diplomats d'infermeria	29	Grup 2	120
Infermeria en formació	1	Grup 3	97
Assistents socials	8	<b>Total</b>	<b>298</b>
Educadors psiquiàtrics	1		
Curadors psiquiàtrics	146		
Monitors de laborteràpia	3		
<b>Total</b>	<b>239</b>		

Font: Empreses públiques adscrites al CatSalut en resposta a la pregunta parlamentària NT 314-05680/06, març de 2001.

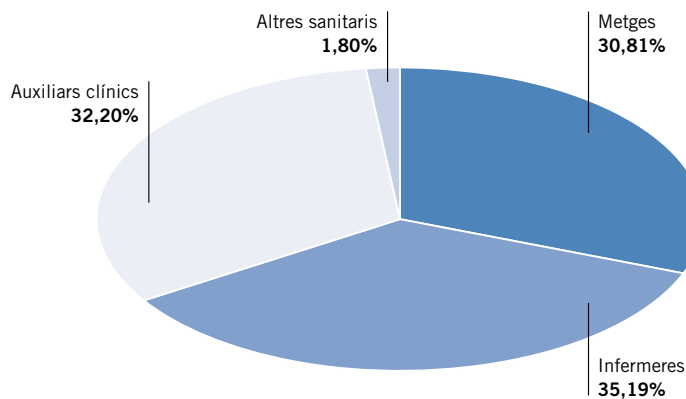
**Taula 10. Personal sanitari públic i privat a Catalunya. 2001**

<b>Metges</b>	<b>15.318</b>	<b>30,81%</b>
Metges > 36 hores	6.887	13,85%
Metges < 36 hores	2.543	5,11%
Metges col·laboradors	3.678	7,40%
MIR	2.210	4,45%
<b>Infermeres</b>	<b>17.495</b>	<b>35,19%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>16.009</b>	<b>32,20%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>896</b>	<b>1,80%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>49.718</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>16.787</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>66.505</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 30. Personal sanitari públic i privat a Catalunya. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

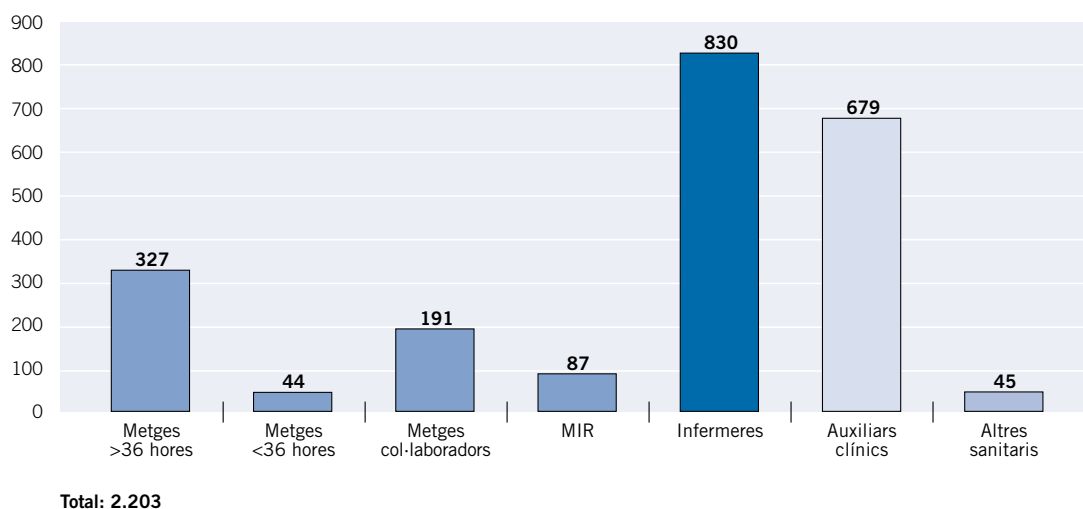
**Gràfic 31. Personal sanitari públic i privat a Catalunya (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

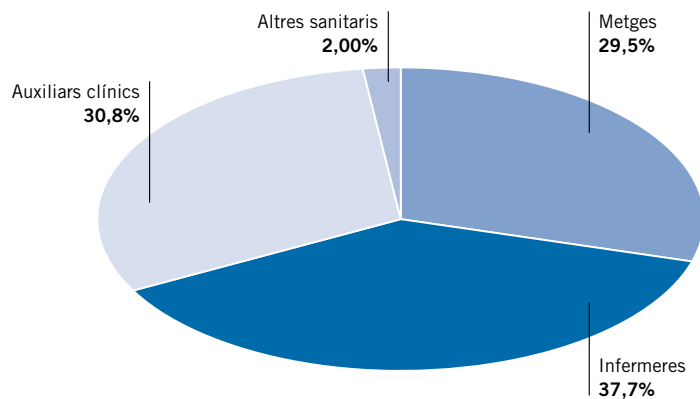
**Taula 11. Personal sanitari de la Regió Sanitària Lleida. 2001**

<b>Metges</b>	<b>649</b>	<b>29,5%</b>
Metges > 36 hores	327	14,8%
Metges < 36 hores	44	2,0%
Metges col·laboradors	191	8,7%
MIR	87	3,9%
<b>Infermeres</b>	<b>830</b>	<b>37,7%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>679</b>	<b>30,8%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>45</b>	<b>2,0%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>2.203</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>697</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>2.900</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 32. Personal sanitari de la Regió Sanitària Lleida. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

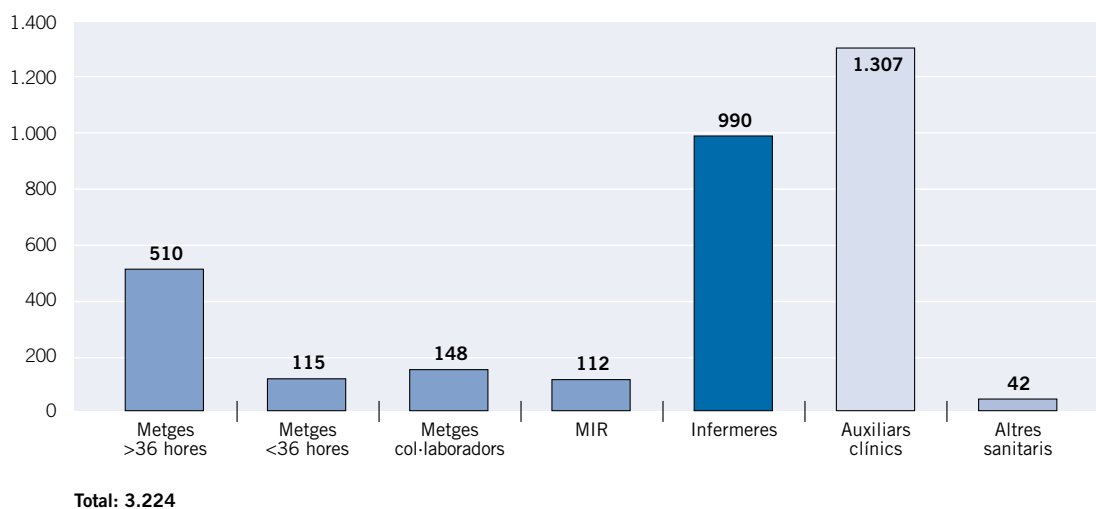
**Gràfic 33. Personal sanitari de la Regió Sanitària Lleida (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

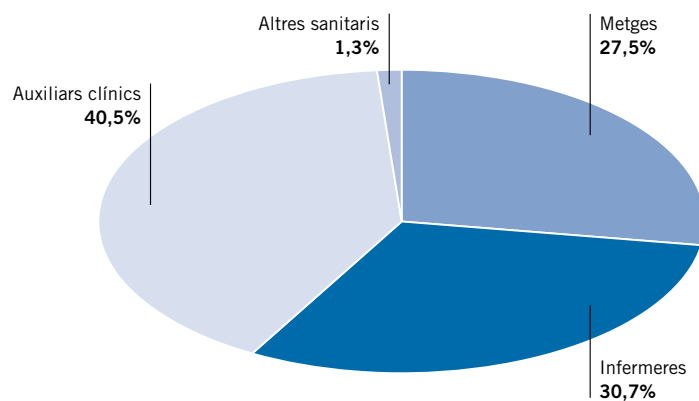
**Taula 12. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tarragona. 2001**

<b>Metges total</b>	<b>885</b>	<b>27,5%</b>
Metges > 36 hores	510	15,8%
Metges < 36 hores	115	3,6%
Metges col·laboradors	148	4,6%
MIR	112	3,5%
<b>Infermeres</b>	<b>990</b>	<b>30,7%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>1.307</b>	<b>40,5%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>42</b>	<b>1,3%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>3.224</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>915</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>4.139</b>	

Font: Enquesta d'Establiments Sanitaris en Règim d'Internament (EESRI). 2001

**Gràfic 34. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tarragona. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

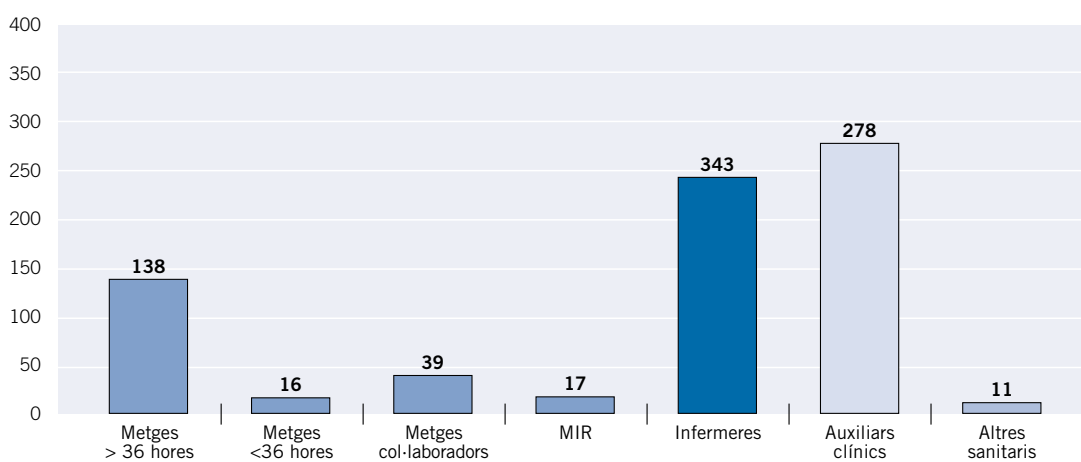
**Gràfic 35. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tarragona (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Taula 13. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tortosa. 2001**

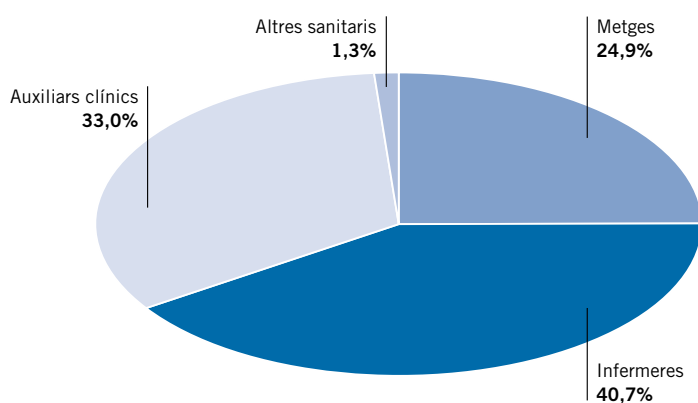
<b>Metges total</b>	<b>210</b>	<b>24,9%</b>
Metges > 36 hores	138	16,4%
Metges < 36 hores	16	1,9%
Metges col·laboradors	39	4,6%
MIR	17	2,0%
<b>Infermeres</b>	<b>343</b>	<b>40,7%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>278</b>	<b>33,0%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>11</b>	<b>1,3%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>842</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>331</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>1.173</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 36. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tortosa. 2001**

Total: 842

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

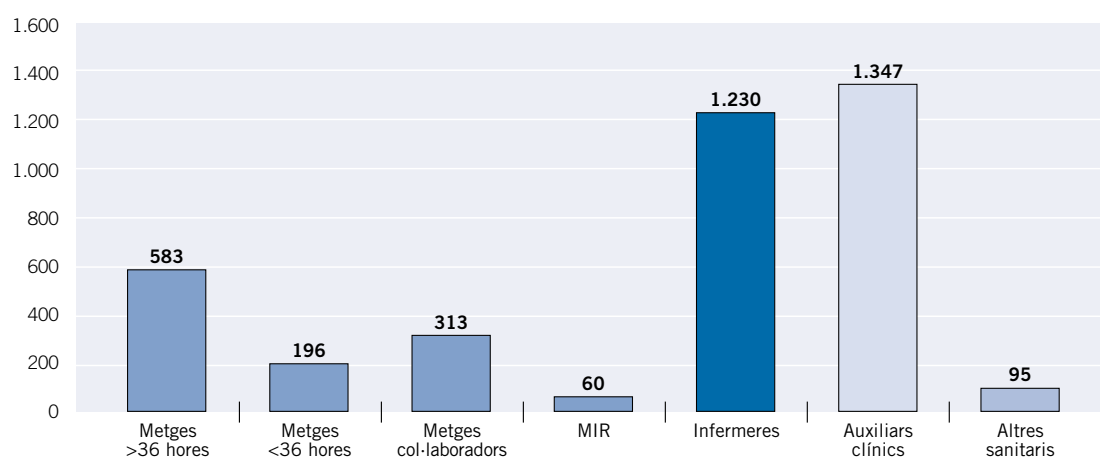
**Gràfic 37. Personal sanitari de la Regió Sanitària Tortosa (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Taula 14. Personal sanitari de la Regió Sanitària Girona. 2001**

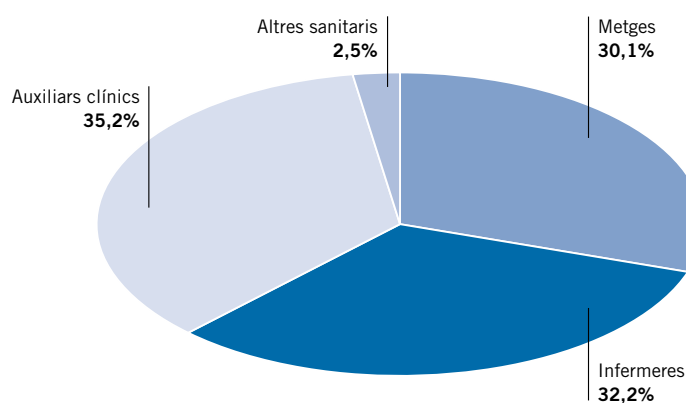
<b>Metges</b>	<b>1.152</b>	<b>30,1%</b>
Metges > 36 hores	583	15,2%
Metges < 36 hores	196	5,1%
Metges col·laboradors	313	8,2%
MIR	60	1,6%
<b>Infermeres</b>	<b>1.230</b>	<b>32,2%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>1.347</b>	<b>35,2%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>95</b>	<b>2,5%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>3.824</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>1.184</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>5.008</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 38. Personal sanitari de la Regió Sanitària Girona. 2001**

**Total: 3.824**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

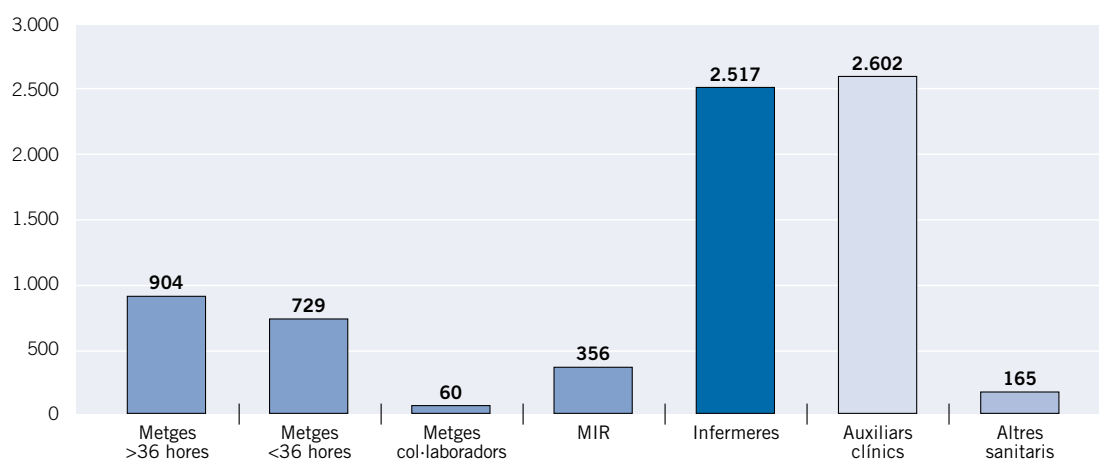
**Gràfic 39. Personal sanitari de la Regió Sanitària Girona (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Taula 15. Personal sanitari de la Regió Sanitària Costa de Ponent. 2001**

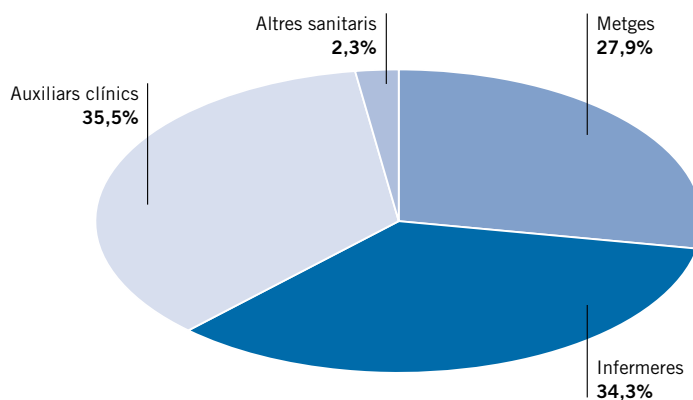
<b>Metges</b>	<b>2.049</b>	<b>27,9%</b>
Metges > 36 hores	904	12,3%
Metges < 36 hores	729	9,9%
Metges col·laboradors	60	0,8%
MIR	356	4,9%
<b>Infermeres</b>	<b>2.517</b>	<b>34,3%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>2.602</b>	<b>35,5%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>165</b>	<b>2,3%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>7.333</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>2.479</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>9.812</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 40. Personal sanitari de la Regió Sanitària Costa de Ponent. 2001**

Total: 7.333

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

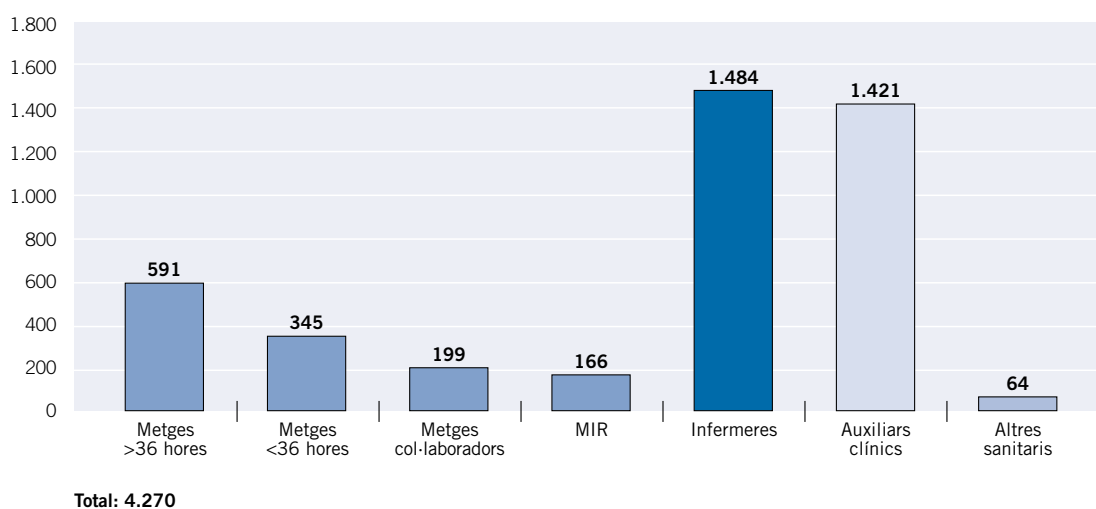
**Gràfic 41. Personal sanitari de la Regió Sanitària Costa de Ponent (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

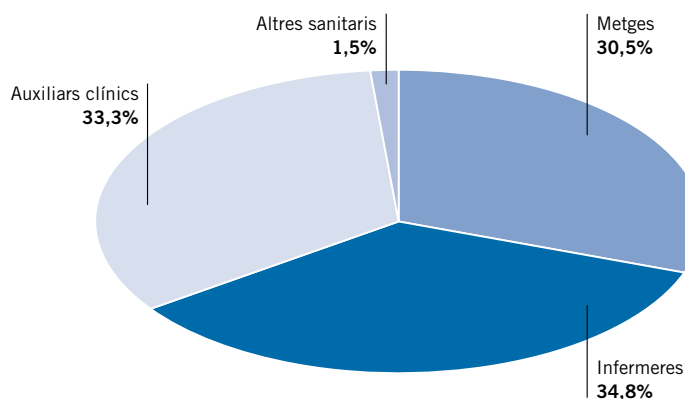
**Taula 16. Personal sanitari de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme. 2001**

<b>Metges</b>	<b>1.301</b>	<b>30,5%</b>
Metges > 36 hores	591	13,8%
Metges < 36 hores	345	8,1%
Metges col·laboradors	199	4,7%
MIR	166	3,9%
<b>Infermeres</b>	<b>1.484</b>	<b>34,8%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>1.421</b>	<b>33,3%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>64</b>	<b>1,5%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>4.270</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>1.232</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>5.502</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 42. Personal sanitari de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 43. Personal sanitari de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

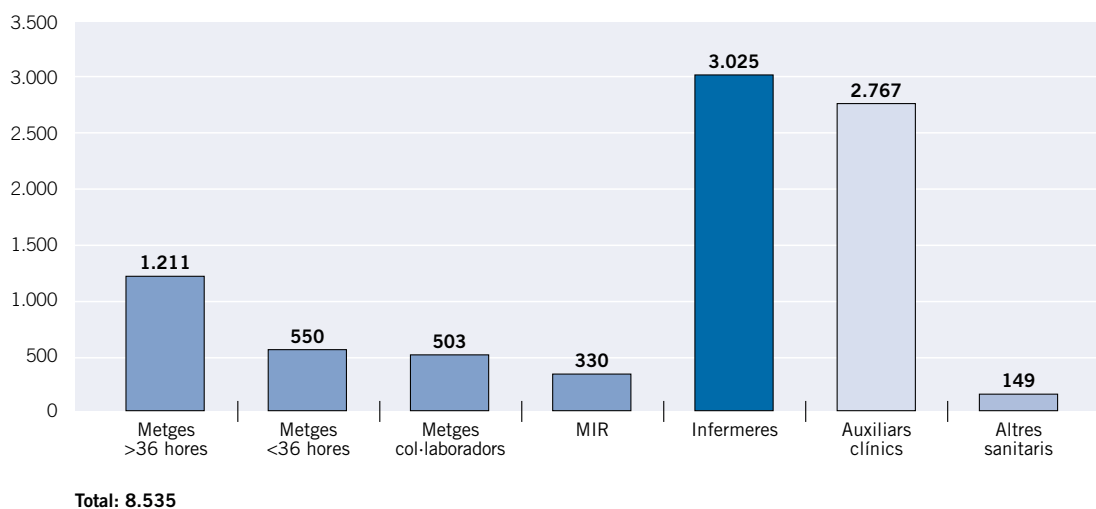


Taula 17. Personal sanitari de la Regió Sanitària Centre. 2001

<b>Metges</b>	<b>2.594</b>	<b>30,4%</b>
Metges > 36 hores	1.211	14,2%
Metges < 36 hores	550	6,4%
Metges col·laboradors	503	5,9%
MIR	330	3,9%
<b>Infermeres</b>	<b>3.025</b>	<b>35,4%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>2.767</b>	<b>32,4%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>149</b>	<b>1,7%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>8.535</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>3.019</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>11.554</b>	

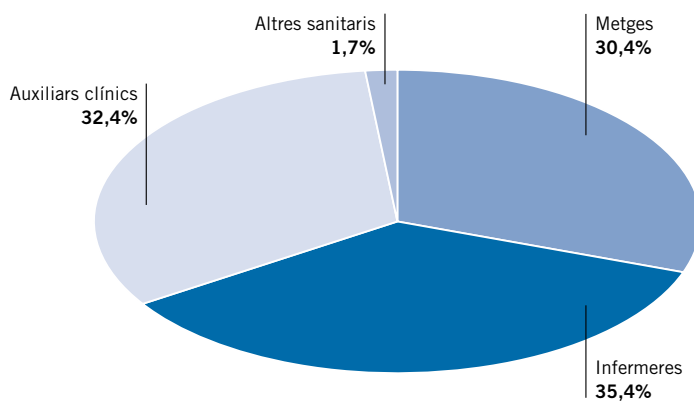
Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

Gràfic 44. Personal sanitari de la Regió Sanitària Centre. 2001



Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

Gràfic 45. Personal sanitari de la Regió Sanitària Centre (en percentatges). 2001

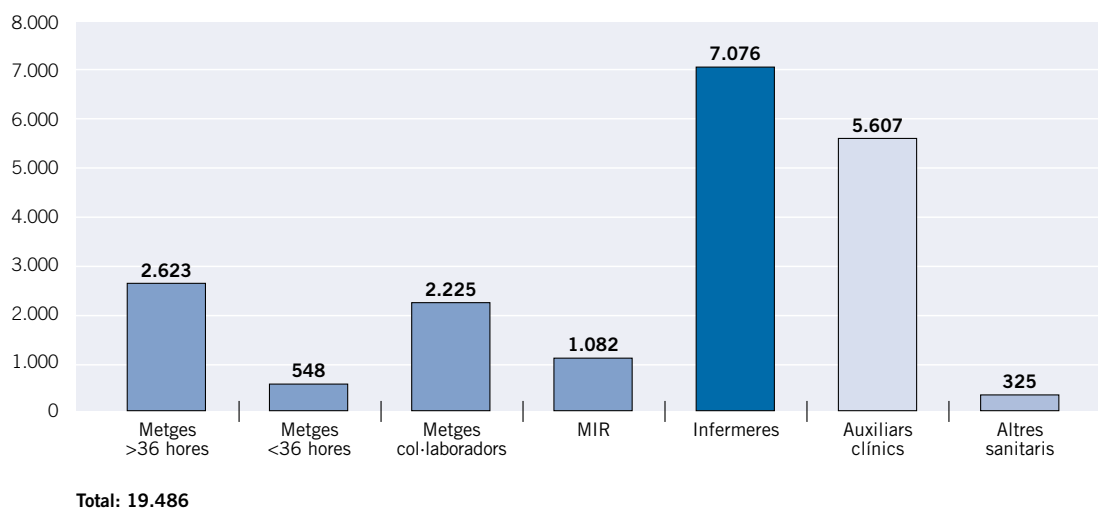


Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

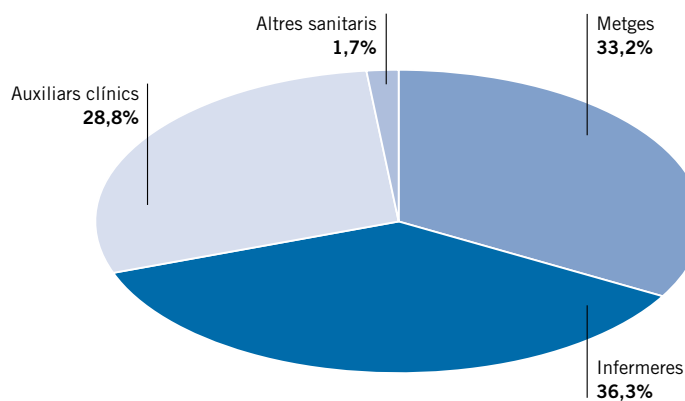
**Taula 18. Personal sanitari del Consorci Sanitari de Barcelona. 2001**

<b>Metges</b>	<b>6.478</b>	<b>33,2%</b>
Metges > 36 hores	2.623	13,5%
Metges < 36 hores	548	2,8%
Metges col·laboradors	2.225	11,4%
MIR	1.082	5,6%
<b>Infermeres</b>	<b>7.076</b>	<b>36,3%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>5.607</b>	<b>28,8%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>325</b>	<b>1,7%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>19.486</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>6.929</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>26.415</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 46. Personal sanitari del Consorci Sanitari de Barcelona. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

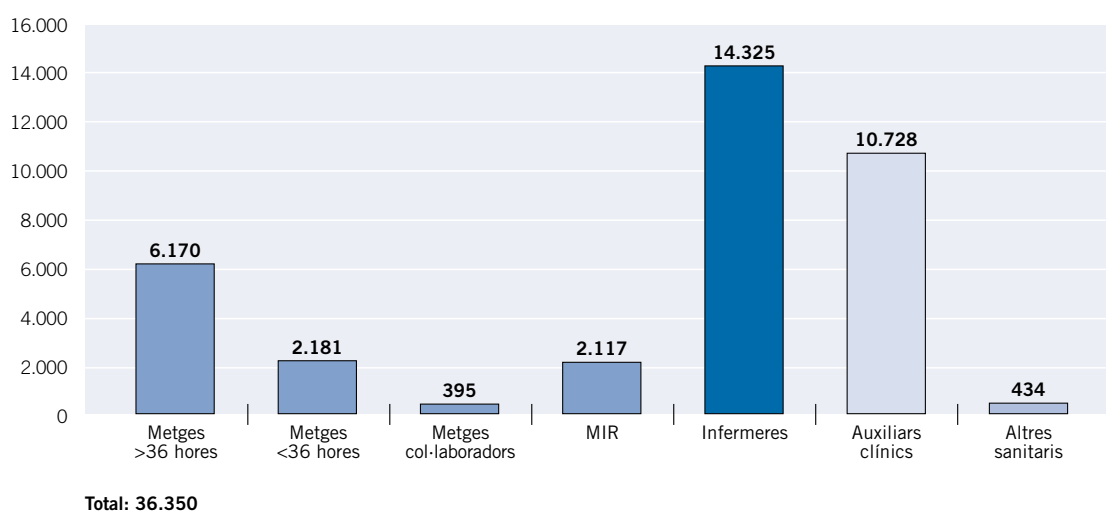
**Gràfic 47. Personal sanitari del Consorci Sanitari de Barcelona (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

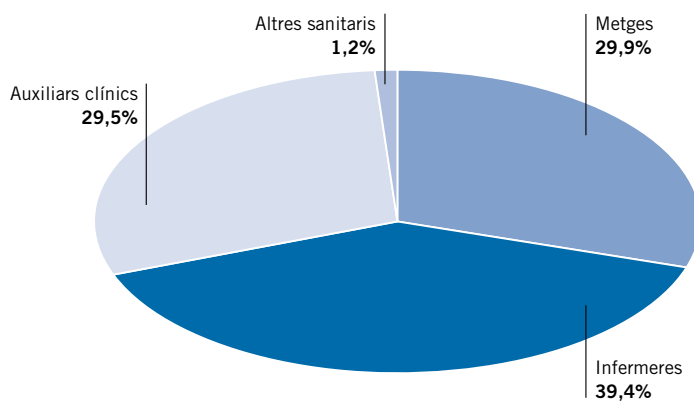
**Taula 19. Personal sanitari de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya. 2001**

<b>Metges</b>	<b>10.863</b>	<b>29,9%</b>
Metges > 36 hores	6.170	17,0%
Metges < 36 hores	2.181	6,0%
Metges col·laboradors	395	1,1%
MIR	2.117	5,8%
<b>Infermeres</b>	<b>14.325</b>	<b>39,4%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>10.728</b>	<b>29,5%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>434</b>	<b>1,2%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>36.350</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>12.520</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya privat</b>	<b>48.870</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 48. Personal sanitari de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 49. Personal sanitari de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (en percentatges). 2001**

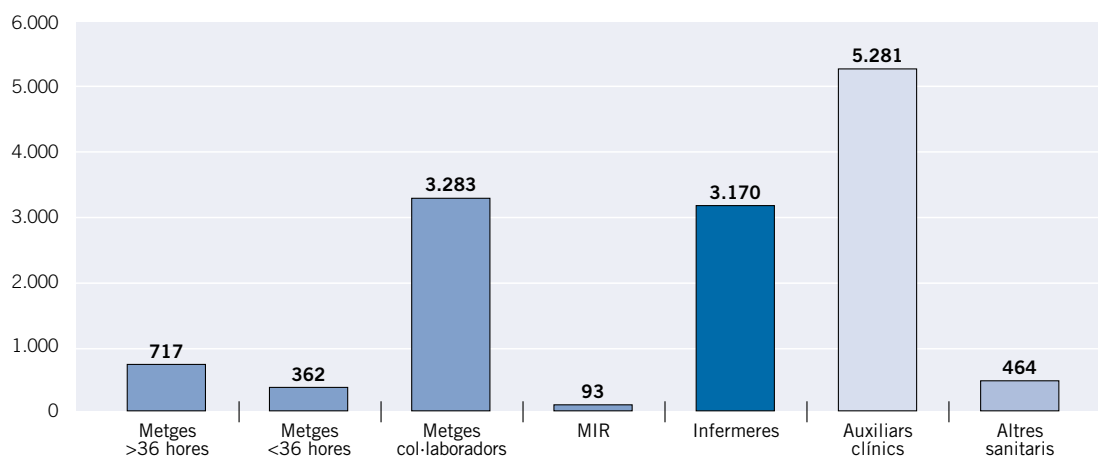
Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Taula 20. Personal sanitari de Catalunya no adscrit a la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (privat). 2001**

<b>Metges</b>	<b>4.455</b>	<b>33,3%</b>
Metges > 36 hores	717	5,4%
Metges < 36 hores	362	2,7%
Metges col·laboradors	3.283	24,6%
MIR	93	0,7%
<b>Infermeres</b>	<b>3.170</b>	<b>23,7%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>5.281</b>	<b>39,5%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>462</b>	<b>3,5%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>13.368</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>4.267</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic</b>	<b>17.635</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

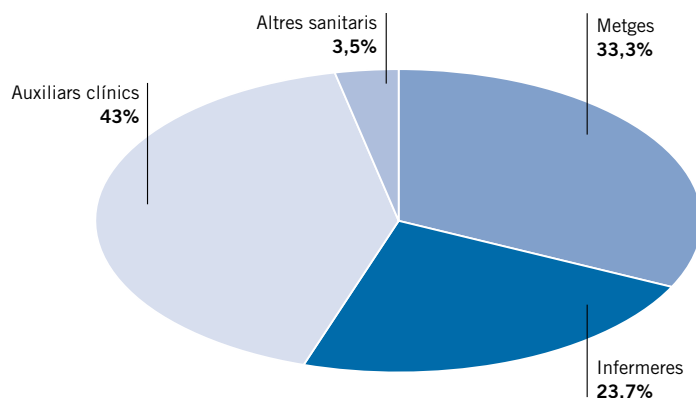
**Gràfic 50. Personal sanitari de Catalunya no adscrit a la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (privat). 2001**



**Total: 13.368**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 51. Personal sanitari de Catalunya no adscrit a la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (privat) (en percentatges). 2001**

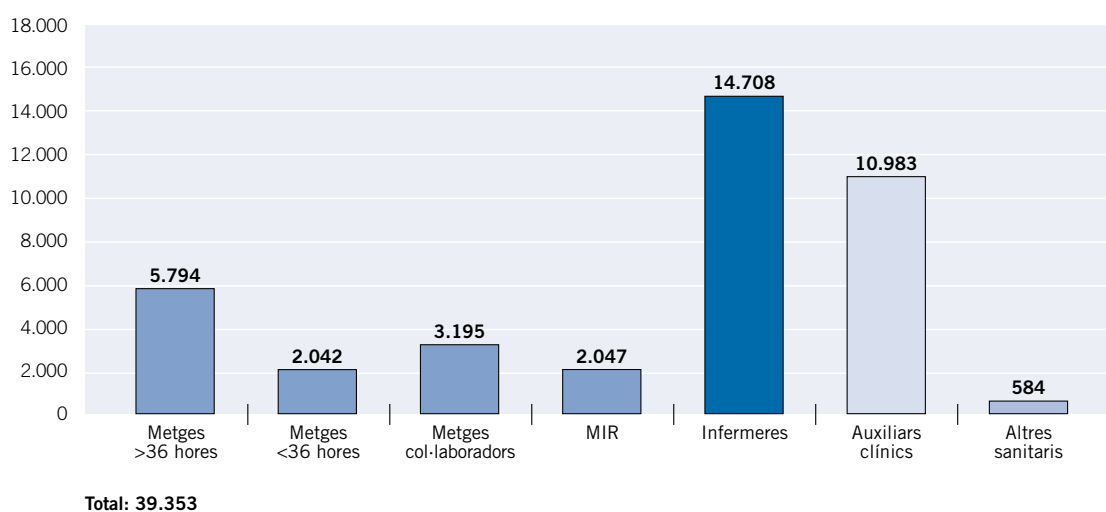


Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

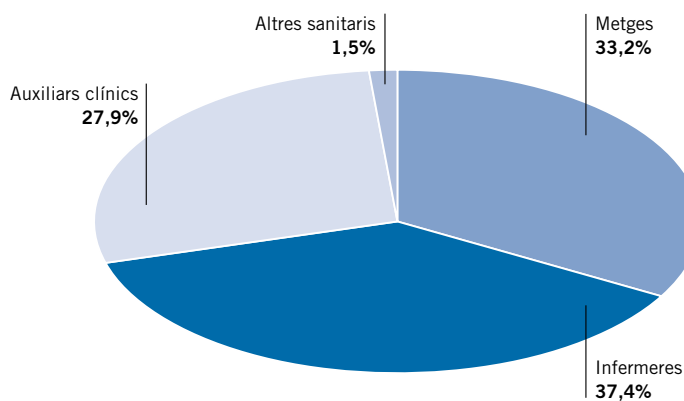
**Taula 21. Personal sanitari de Catalunya en centres d'aguts. 2001**

<b>Metges</b>	<b>13.078</b>	<b>33,2%</b>
Metges > 36 hores	5.794	14,7%
Metges < 36 hores	2.042	5,2%
Metges col·laboradors	3.195	8,1%
MIR	2.047	5,2%
<b>Infermeres</b>	<b>14.708</b>	<b>37,4%</b>
<b>Auxiliar clínics</b>	<b>10.983</b>	<b>27,9%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>584</b>	<b>1,5%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>39.353</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>13.153</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>52.506</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 52. Personal sanitari de Catalunya en centres d'aguts. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

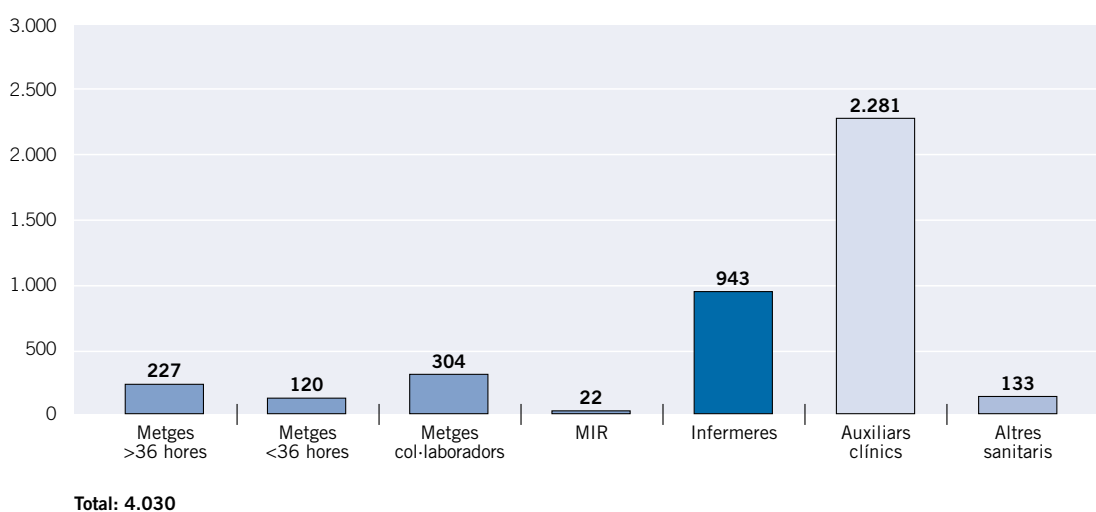
**Gràfic 53. Personal sanitari de Catalunya en centres d'aguts (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

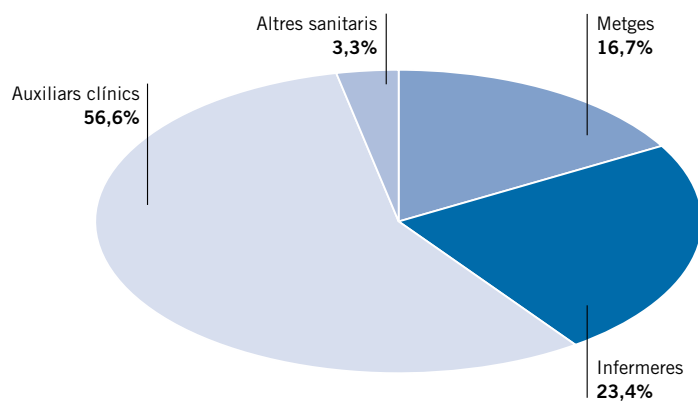
**Taula 22. Personal sanitari de Catalunya en centres de llarga estada. 2001**

<b>Metges</b>	<b>673</b>	<b>16,7%</b>
Metges > 36 hores	227	5,6%
Metges < 36 hores	120	3,0%
Metges col·laboradors	304	7,5%
MIR	22	0,5%
<b>Infermeres</b>	<b>943</b>	<b>23,4%</b>
<b>Auxiliar clínic</b>	<b>2.281</b>	<b>56,6%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>133</b>	<b>3,3%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>4.030</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>1.313</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>5.343</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 54. Personal sanitari de Catalunya en centres de llarga estada. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

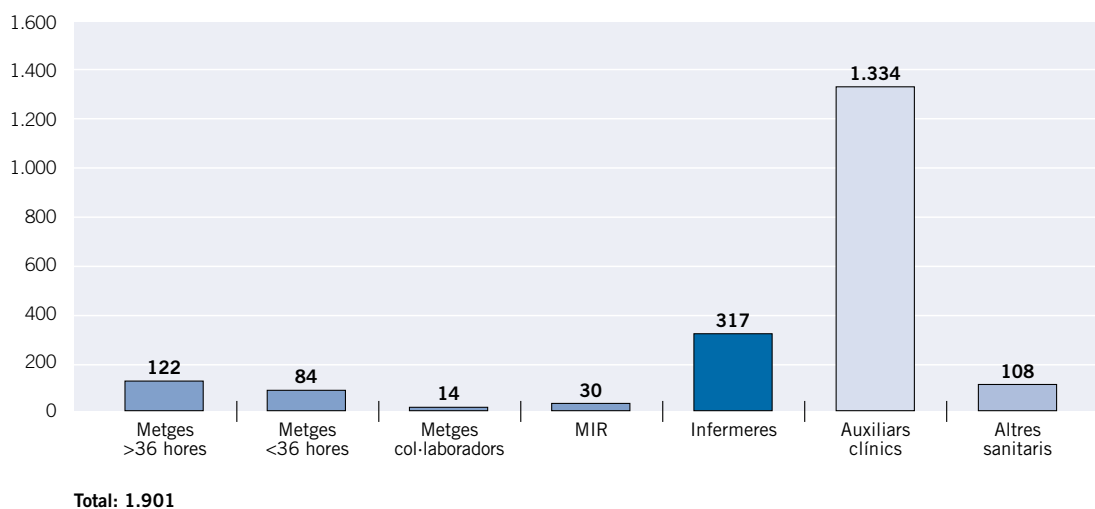
**Gràfic 55. Personal sanitari de Catalunya en centres de llarga estada (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

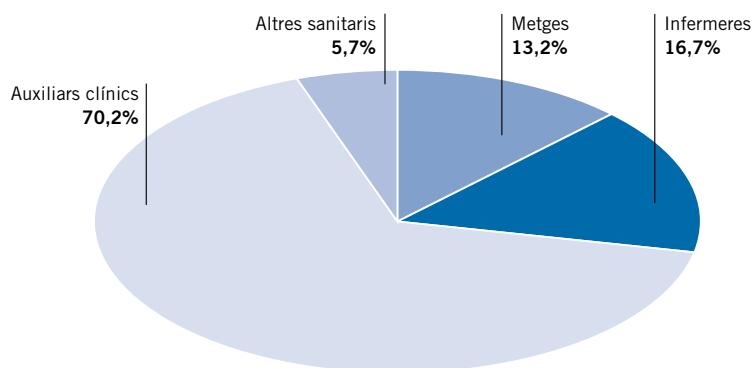
**Taula 23. Personal sanitari de Catalunya en centres psiquiàtrics. 2001**

<b>Metges</b>	<b>250</b>	<b>13,2%</b>
Metges > 36 hores	122	6,4%
Metges < 36 hores	84	4,4%
Metges col·laboradors	14	0,7%
MIR	30	1,6%
<b>Infermeres</b>	<b>317</b>	<b>16,7%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>1.334</b>	<b>70,2%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>108</b>	<b>5,7%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>1.901</b>	<b>106%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>575</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>2.476</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 56. Personal sanitari de Catalunya en centres psiquiàtrics. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

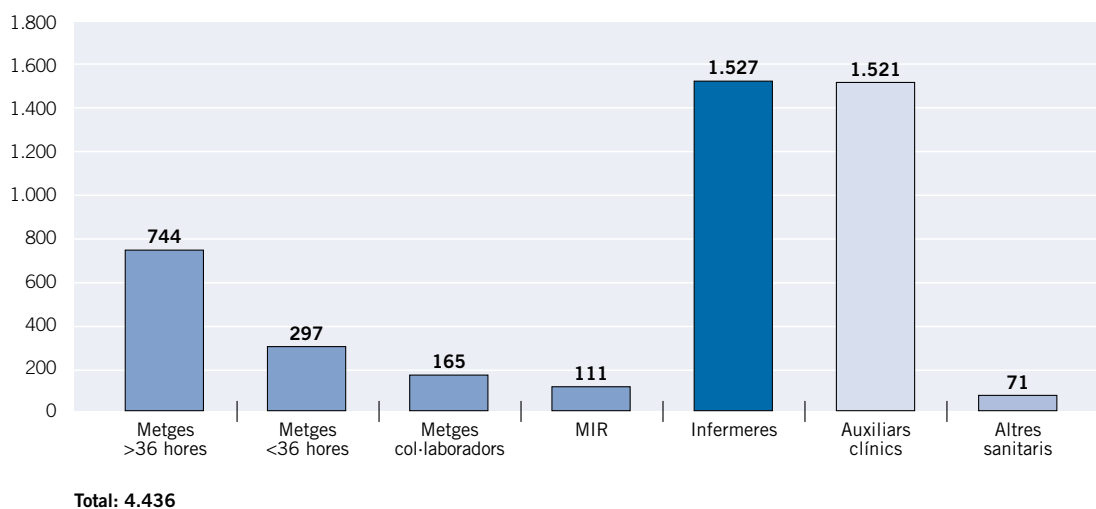
**Gràfic 57. Personal sanitari de Catalunya en centres psiquiàtrics (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

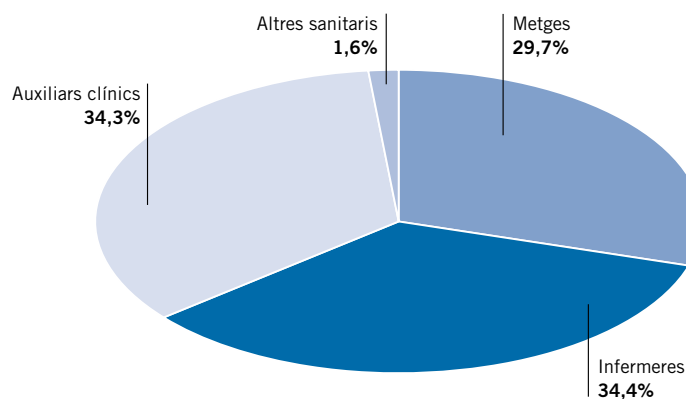
**Taula 24. Personal sanitari de Catalunya en centres mixtos. 2001**

<b>Metges</b>	<b>1.317</b>	<b>29,7%</b>
Metges > 36 hores	744	16,8%
Metges < 36 hores	297	6,7%
Metges col·laboradors	165	3,7%
MIR	111	2,5%
<b>Infermeres</b>	<b>1.527</b>	<b>34,4%</b>
<b>Auxiliars clínics</b>	<b>1.521</b>	<b>34,3%</b>
<b>Altres sanitaris</b>	<b>71</b>	<b>1,6%</b>
<b>Total personal sanitari</b>	<b>4.436</b>	<b>100%</b>
<b>Total personal no sanitari</b>	<b>1.747</b>	
<b>Total personal sanitari a Catalunya públic i privat</b>	<b>6.183</b>	

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 58. Personal sanitari de Catalunya en centres mixtos. 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

**Gràfic 59. Personal sanitari de Catalunya en centres mixtos (en percentatges). 2001**

Font: Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI).

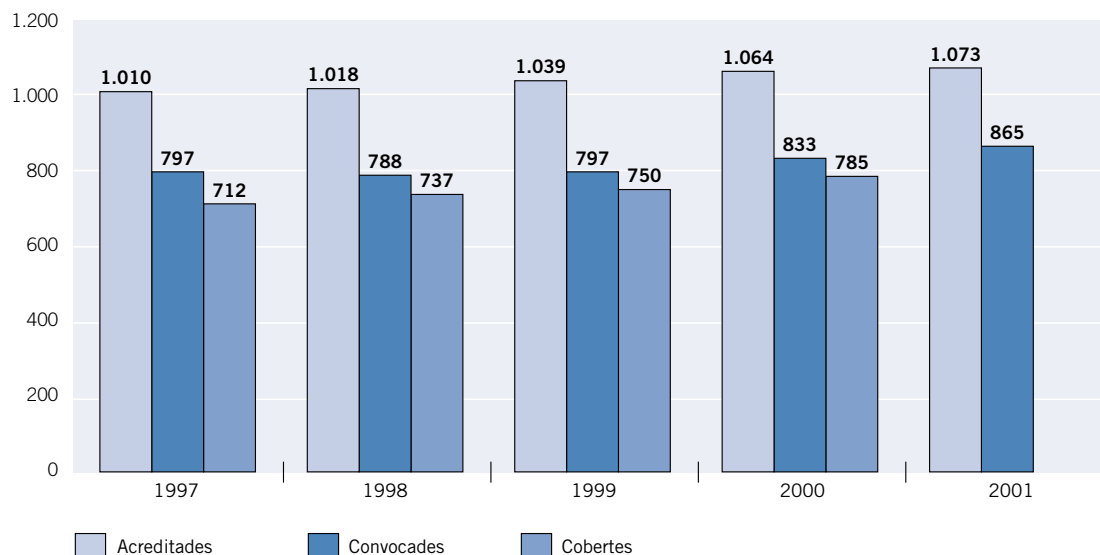


## Evolució del total de places per especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya en els darrers cinc anys

En aquests gràfics s'assenyalen, globalment i per a cadascuna de les especialitats de titulats superiors i d'infermeria, el total de places acreditades, convocades i cobertes a Catalunya els darrers cinc anys. El nombre de **places acreditades** assenyala quina és la capacitat màxima docent que té el nostre sistema sanitari per ofertar cada any. El nombre de **places convocades** assenyala el nombre de places que Catalunya oferta per als especialistes en formació i que en els centres gestionats per l'Institut Català de la Salut no coincideix amb el nombre de places que poden ser adjudicades, per l'existència del que s'anomena quota general, que estableix la comissió interministerial Ministeri d'Educació, Cultura i Esports i Ministeri de Sanitat i Consum, per a determinades especialitats, a manera de *numerus clausus*, que impedeix que s'adjudiquin places en una determinada especialitat una vegada coberta la quota establerta per aquesta. Aquesta quota general no s'aplica cada any a les mateixes especialitats, ni el nombre establert és el mateix. Les comunitats autònomes no participen en el procés de determinació de les quotes generals. El total de **places cobertes** assenyala els efectius incorporats a la formació sanitària especialitzada. Varia en relació amb les places ofertades, no només per l'aplicació de la quota general, sinó també, en ocasions, perquè centres que tenen reconegut —per l'Administració de l'Estat— el dret de prèvia conformitat, no han donat aquesta conformitat, bé perquè no hi ha hagut candidats, bé perquè el centre no els ha considerats idonis.

Els anys que consten al peu de les gràfiques es corresponen als anys de publicació de les convocatòries al *Butlletí Oficial de l'Estat*, si bé la incorporació dels residents es realitza l'any següent. És per això que l'any 2001 no hi ha dades de nombre de places cobertes, atès que els residents provinents d'aquesta convocatòria s'incorporaren el mes de juny de 2002.

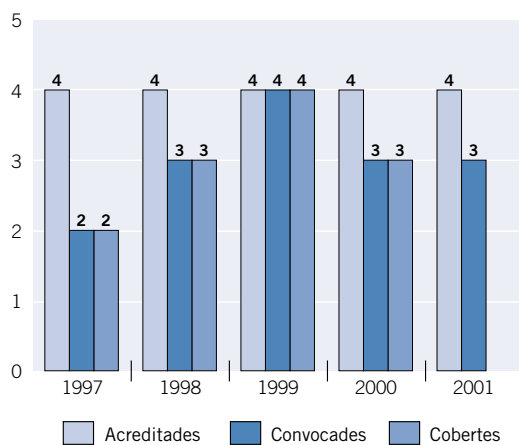
**Gràfic 60. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya. 1997-2001**



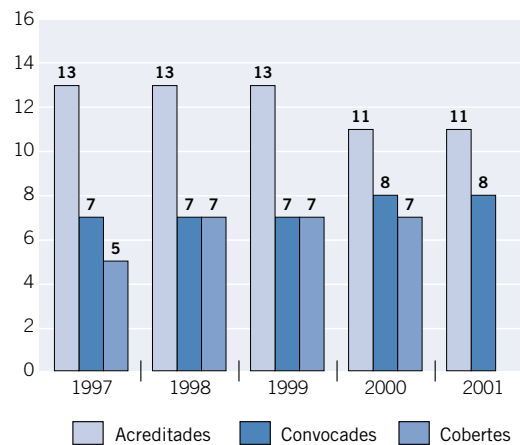
Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.

**Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001**

#### 61.1 Al·lèrgologia



#### 61.2 Anàlisis clíniques

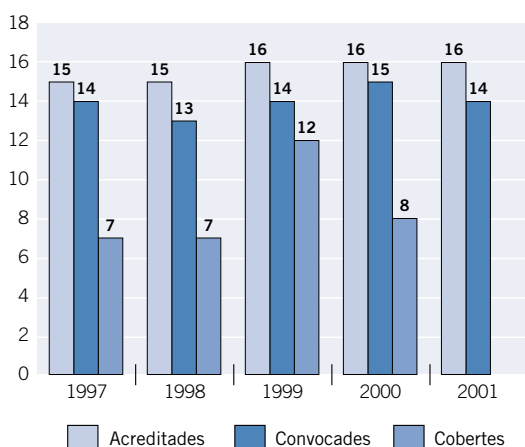


Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.

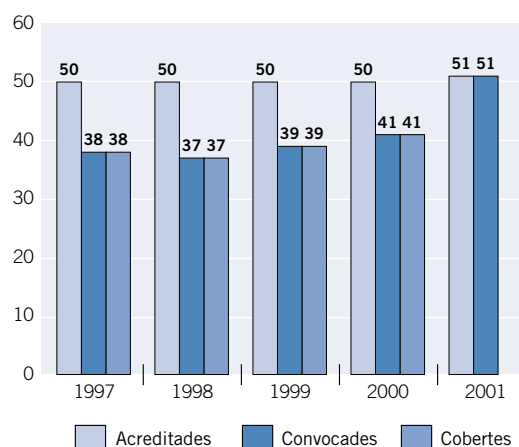
.../...

**Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001**

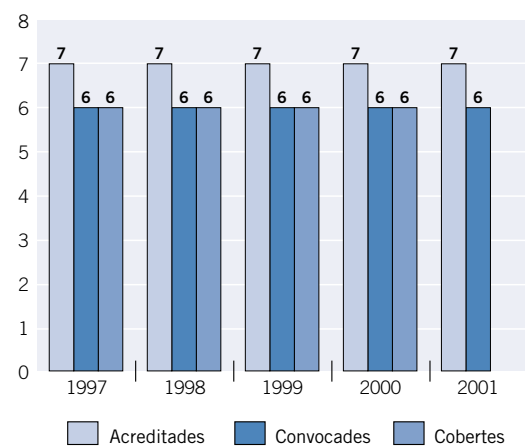
### 61.3 Anatomia patològica



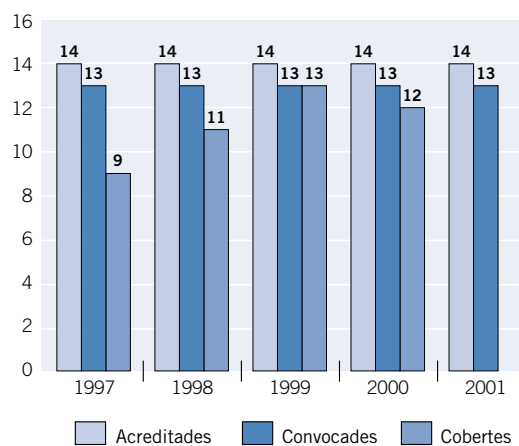
### 61.4 Anestesiologia i reanimació



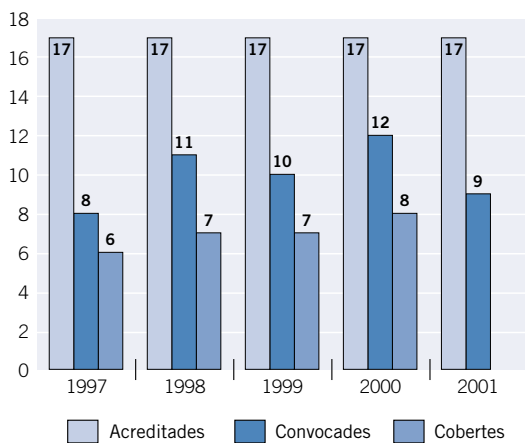
### 61.5 Angiologia i cirurgia vascular



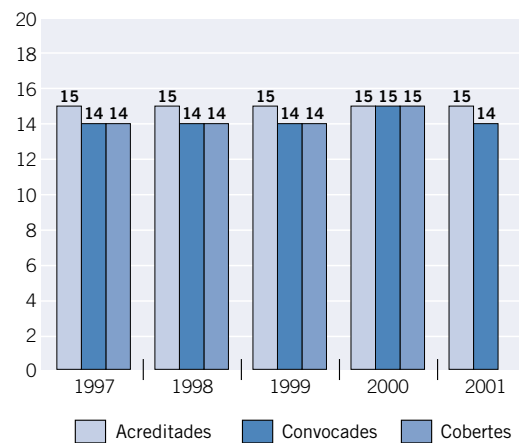
### 61.6 Aparell digestiu



### 61.7 Bioquímica clínica



### 61.8 Cardiologia

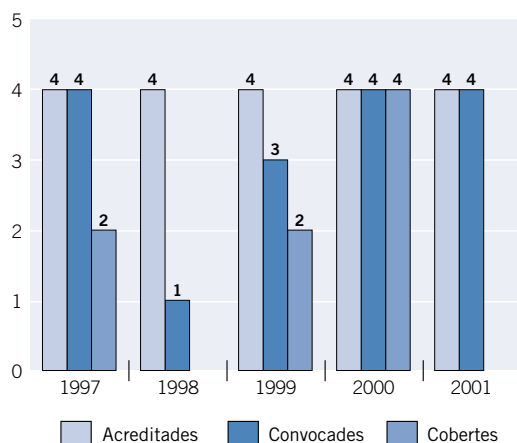


Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.

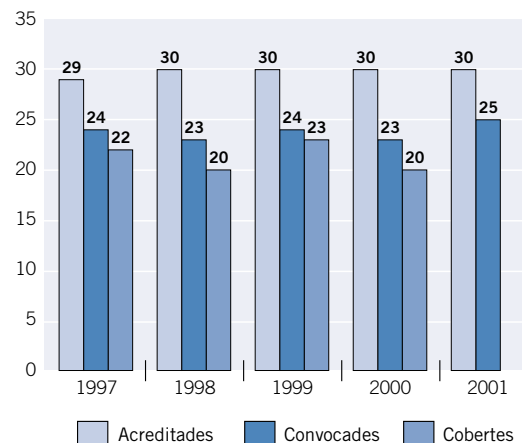
.../...

**Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001**

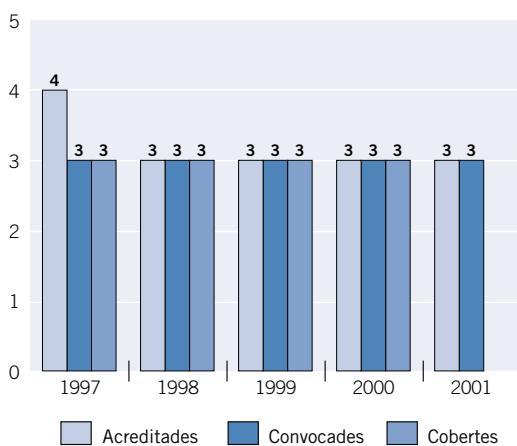
### 61.9 Cirurgia cardiovascular



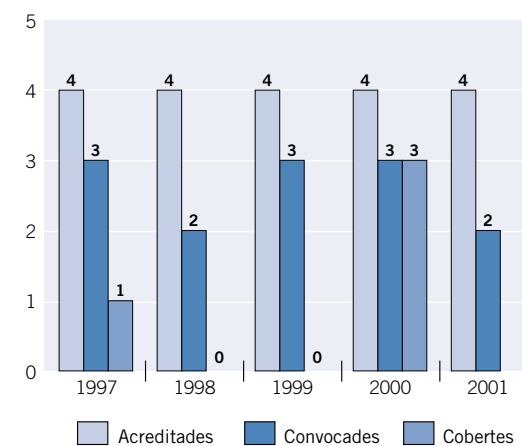
### 61.10 Cirurgia general i aparell digestiu



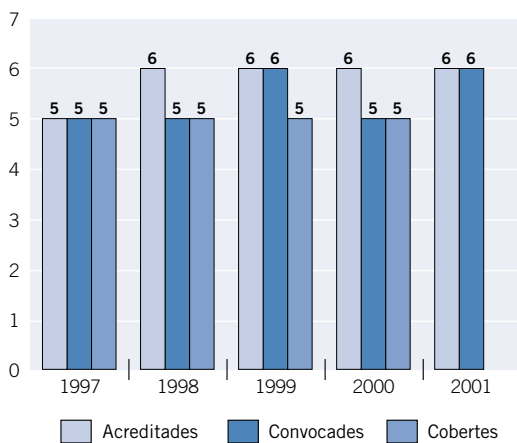
### 61.11 Cirurgia maxil·lofacial



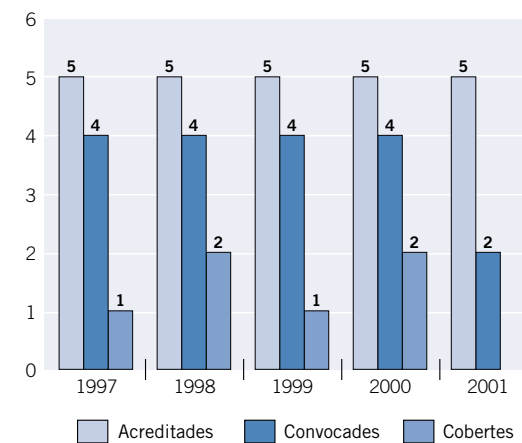
### 61.12 Cirurgia pediàtrica



### 61.13 Cirurgia plàstica i reparadora



### 61.14 Cirurgia toràtica

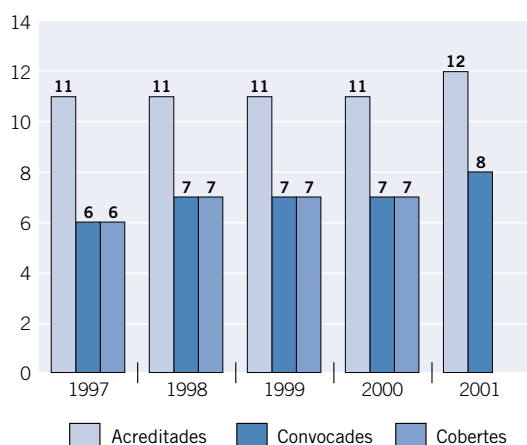


Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.

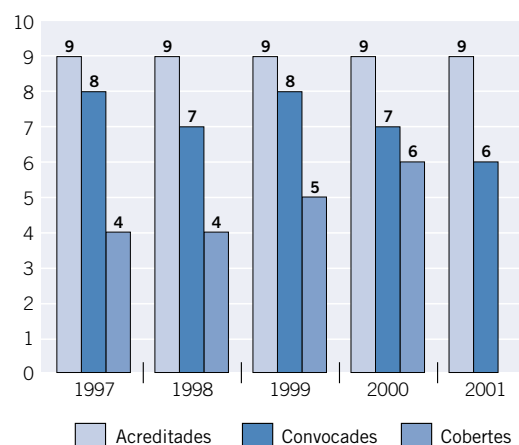
.../...

**Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001**

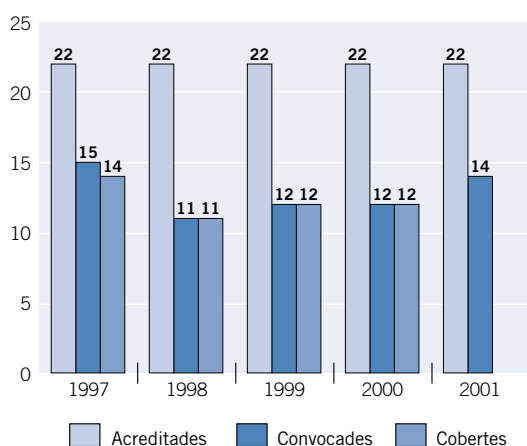
**61.15 Dermatologia medicoquirúrgica i venereologia**



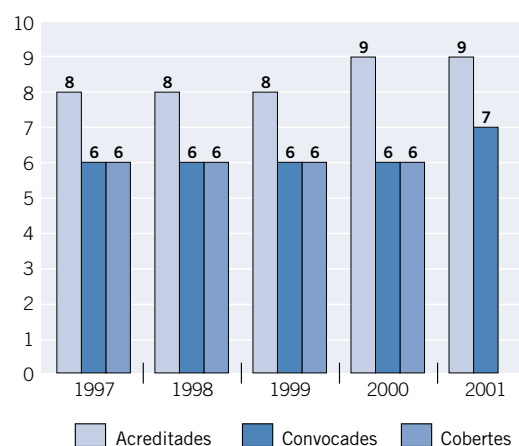
**61.16 Endocrinologia i nutrició**



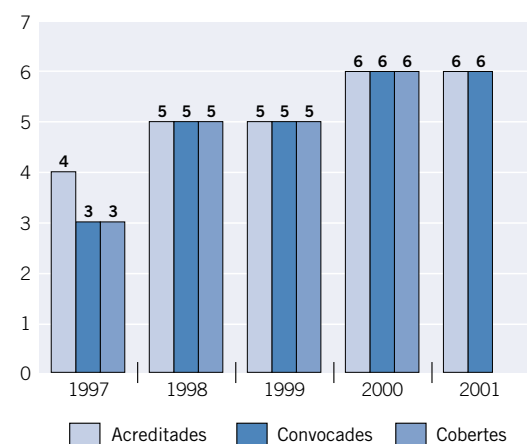
**61.17 Farmàcia hospitalària**



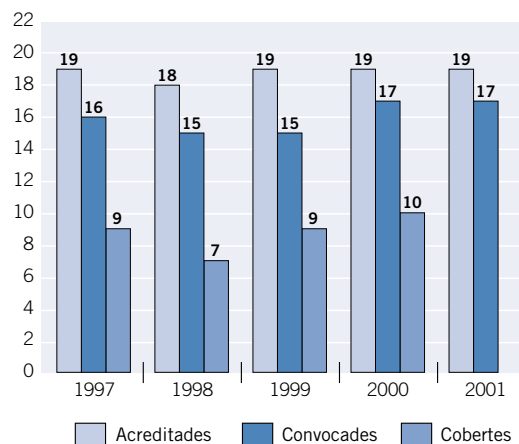
**61.18 Farmacologia clínica**



**61.19 Geriatria**



**61.20 Hematologia i hemoteràpia**

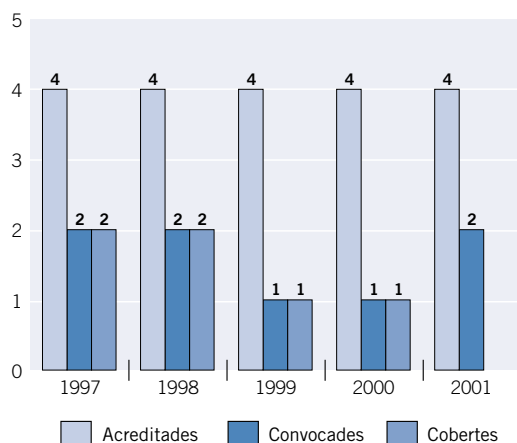


Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.

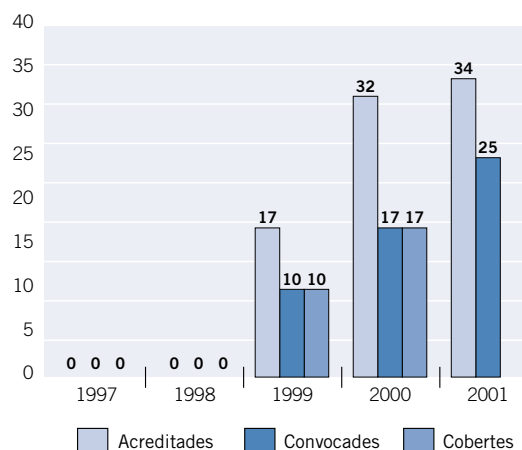
.../...

**Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001**

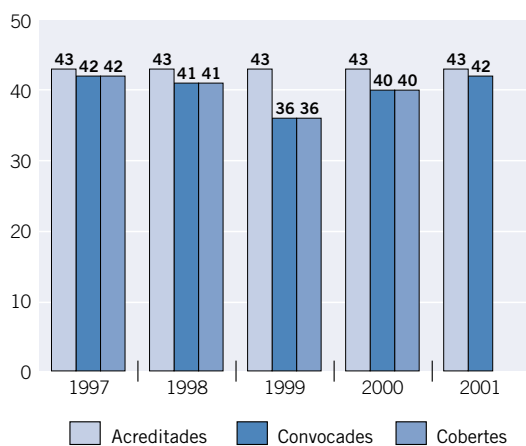
### 61.21 Immunologia



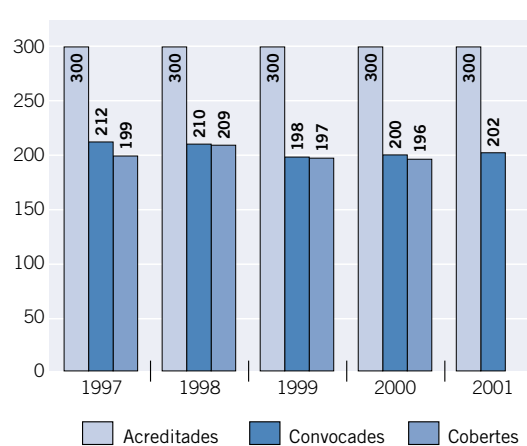
### 61.22 Infermeria en salut mental



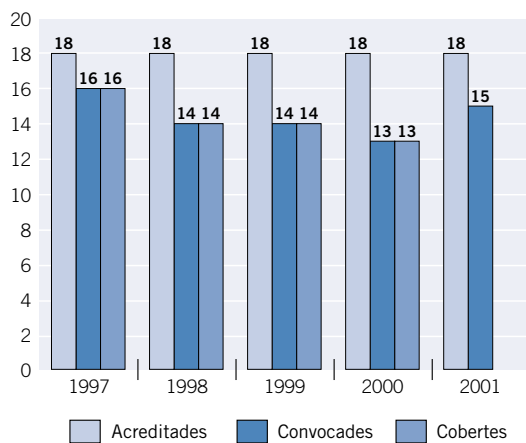
### 61.23 Llevadores



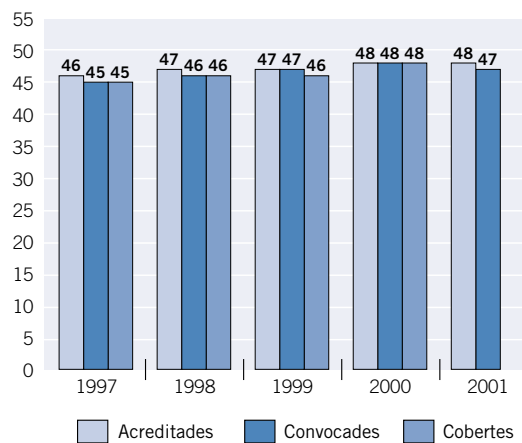
### 61.24 Medicina familiar i comunitària



### 61.25 Medicina intensiva



### 61.26 Medicina interna

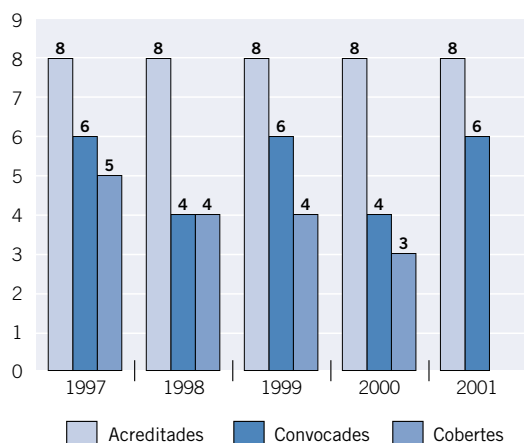


Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.

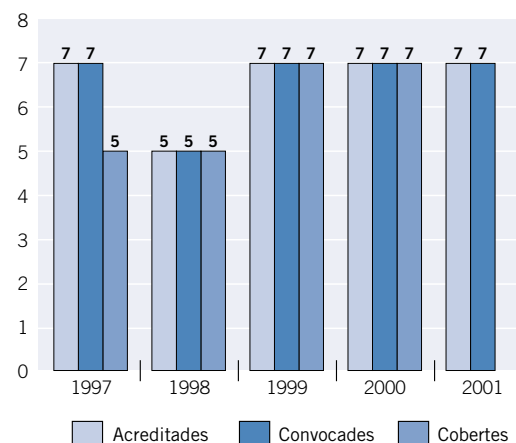
.../...

**Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001**

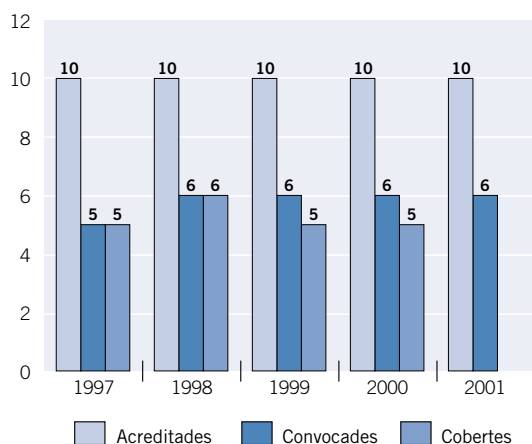
**61.27 Medicina nuclear**



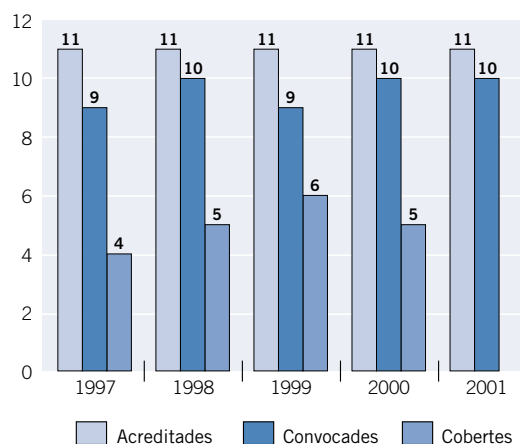
**61.28 Medicina preventiva i salut pública**



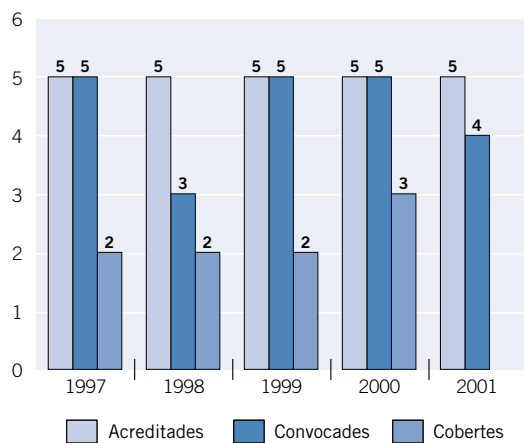
**61.29 Microbiologia i parasitologia**



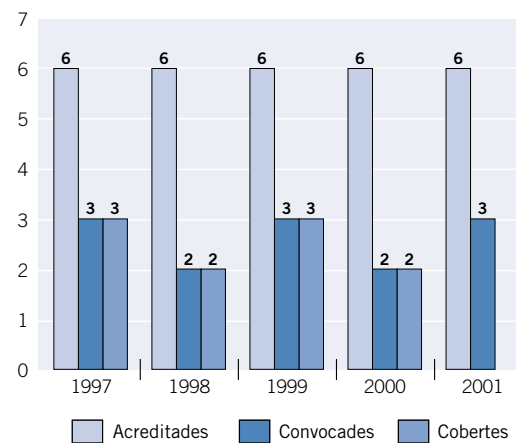
**61.30 Nefrologia**



**61.31 Neurocirurgia**



**61.32 Neurofisiologia clínica**

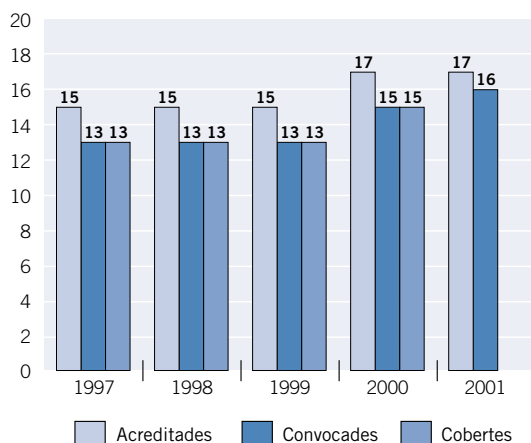


Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.

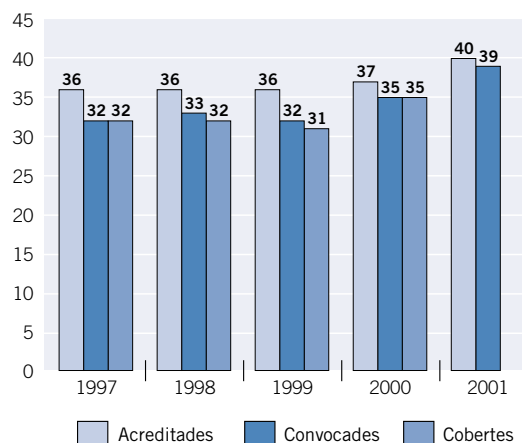
.../...

**Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001**

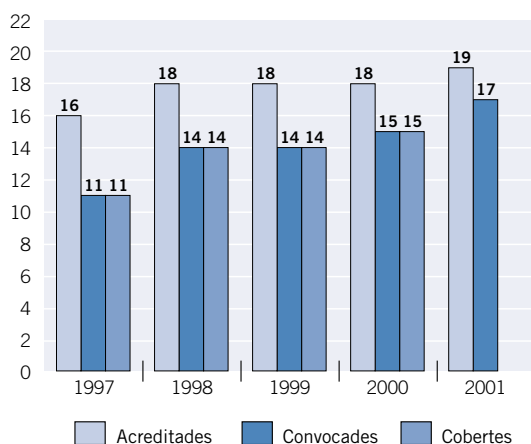
### 61.33 Neurologia



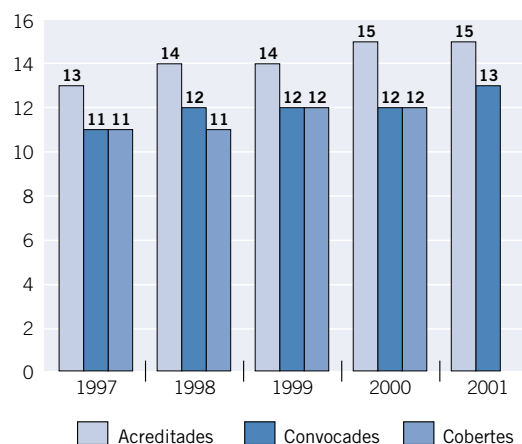
### 61.34 Obstetrícia i ginecologia



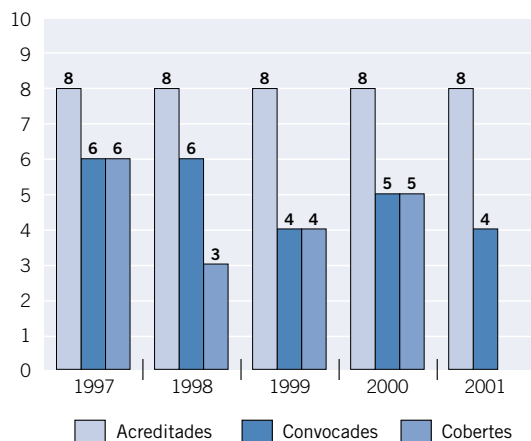
### 61.35 Oftalmologia



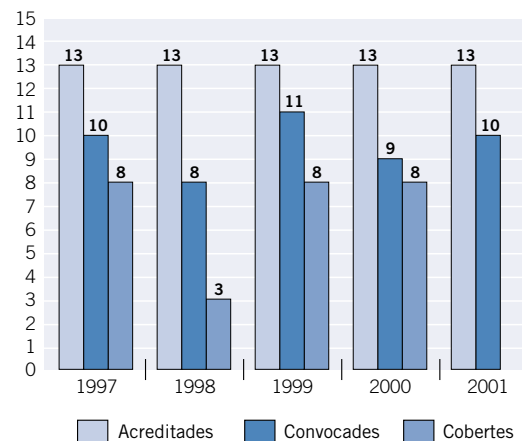
### 61.36 Oncologia mèdica



### 61.37 Oncologia radioteràpica



### 61.38 Otorinolaringologia



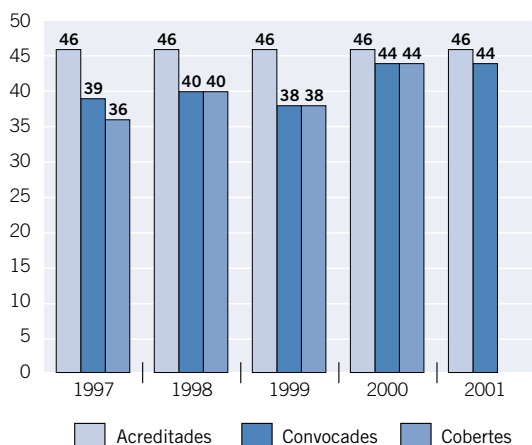
Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.

.../...

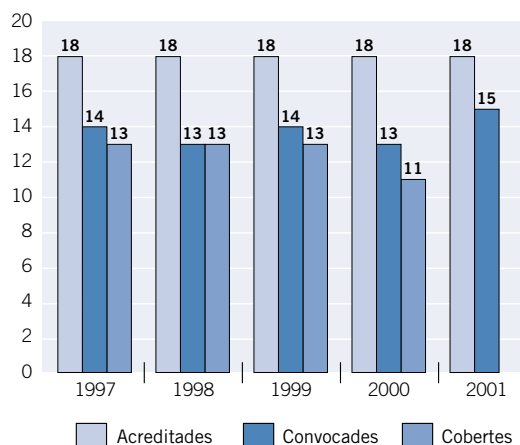


**Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001**

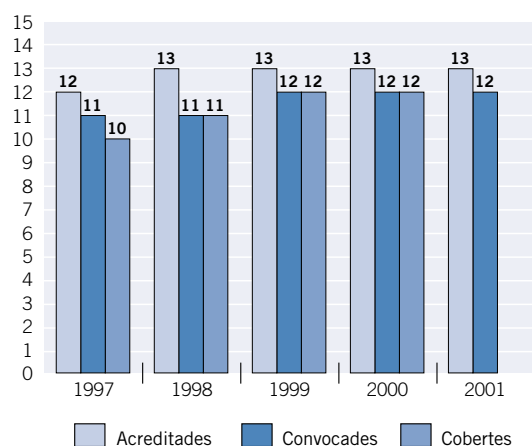
**61.39 Pediatria i àrees específiques**



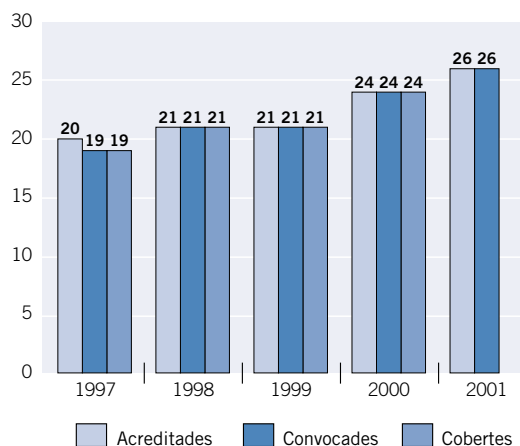
**61.40 Pneumologia**



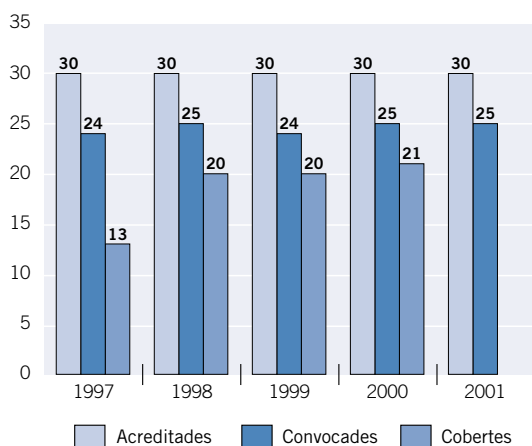
**61.41 Psicologia clínica**



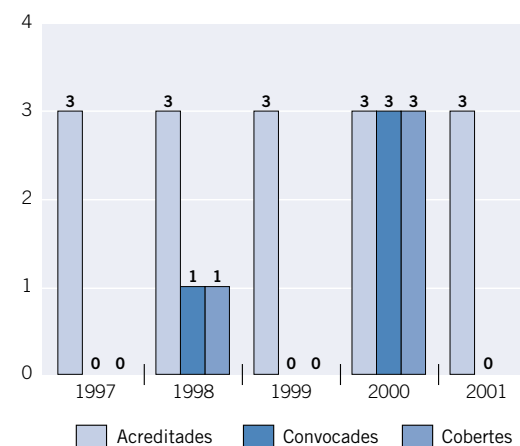
**61.42 Psiquiatria**



**61.43 Radiodiagnòstic**



**61.44 Radiofarmàcia**

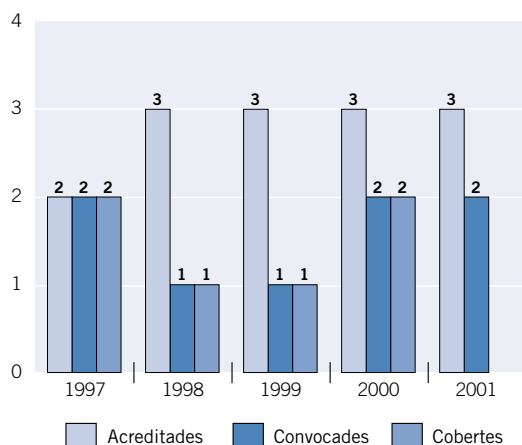


Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.

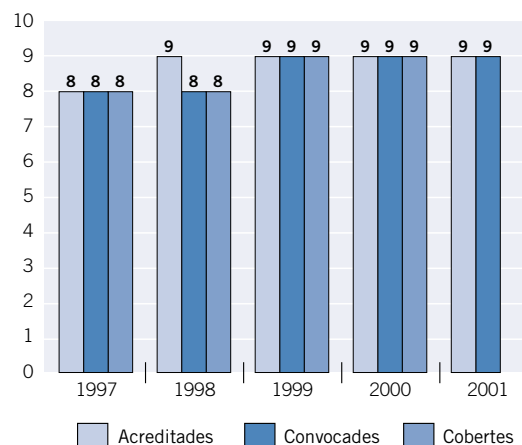
.../...

**Gràfic 61. Evolució de places per a especialistes en formació acreditades, convocades i cobertes a Catalunya, per especialitat. 1997-2001**

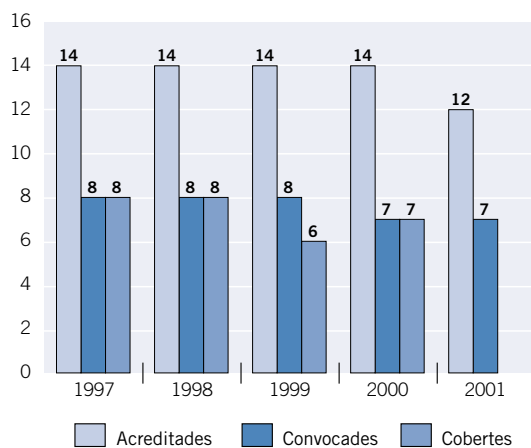
#### 61.45 Radiofísica hospitalària



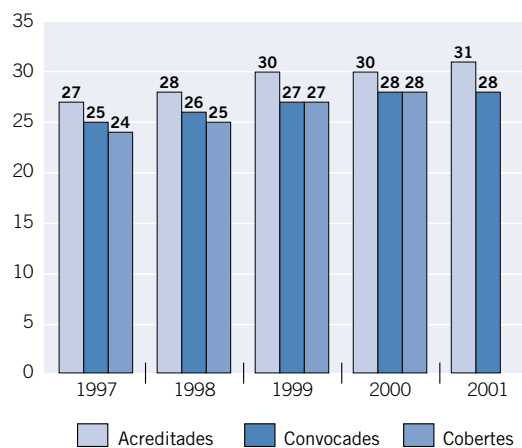
#### 61.46 Rehabilitació



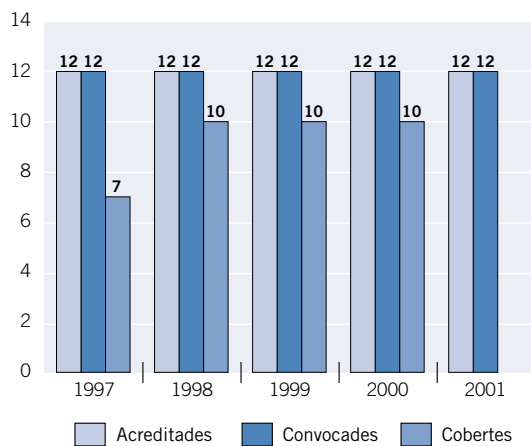
#### 61.47 Reumatologia



#### 61.48 Traumatologia i cirurgia ortoprotètica



#### 61.49 Urologia



Font: Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari. Departament de Sanitat i Seguretat Social, febrer de 2002.



ANNEX IV

---

ELS RECURSOS HUMANS  
DEL SISTEMA SANITARI:  
SITUACIÓ I EVOLUCIÓ ALS PAÏSOS  
INDUSTRIALITZATS

**Bui Dang Ha Doan**

París, febrer de 2002

**Estudi per a l'Institut d'Estudis de la Salut  
de la Generalitat de Catalunya**

Bui Dang Ha Doan  
Centre de Sociologie et de Démographie Médicales  
168 A, rue de Grenelle – 75007 Paris (France)  
Tel.: (33) (1) 45 55 73 77 – Fax: (33) (1) 45 55 87 94  
[csgm.fic@wanadoo.fr](mailto:csgm.fic@wanadoo.fr)

### Introducció

#### I. Els recursos humans de la sanitat

1. Diferències nacionals del sistema sanitari
2. Augment generalitzat dels recursos sanitaris
3. l'expansió del personal sanitari: motors i perspectives

#### II. Els metges

1. Xifres ambigües i situacions diverses
2. Cap a una tipologia de la densitat mèdica dels països industrialitzat
3. Diversitat del contingut de les activitats mèdiques
4. Similituds entre les evolucions demogràfiques
5. Algunes perspectives de futur del cos mèdic

#### III. Les altres professions sanitàries

1. Els dentistes
2. Les infermeres
3. Les altres professions sanitàries

#### IV. Panorama general

**Annex: Qüestionari de l'OMS sobre el personal sanitari**

## Introducció

L'objectiu d'aquest estudi és presentar *un panorama clar de la situació i les tendències d'evolució del potencial humà* dels sistemes sanitaris del món industrialitzat. Tothom sap que avui dia les professions sanitàries presenten panorames completament diferents, fins i tot si només es tenen en compte els països industrialitzats. Aquesta diversitat dificulta la comprensió i redueix, en conseqüència, l'eficàcia de l'acció. El panorama que presenta aquest estudi, doncs, se centrarà en l'essencial, i posarà de relleu els aspectes més importants sense tenir en compte els detalls secundaris. L'objectiu final és d'ajudar els responsables del sistema sanitari a comprendre els fenòmens existents per posar en marxa mesures d'acció pertinents, és a dir positives, per a l'eficàcia de l'organització sanitària.

La part principal de l'estudi és la comparació de la situació espanyola amb la dels altres països industrialitzats. Tenint en compte el nombre elevat d'entitats nacionals (actualment, més de 200 països són membres de l'Organització Mundial de la Salut) i de la seva varietat, concentrarem els esforços d'observació i anàlisi en una mostra de quatre grups que inclouen, en total, setze països industrialitzats. Els setze països estan classificats, dins de cada grup, per ordre d'importància segons el nombre d'habitants, tal com indiquem a la taula següent:

Grup	País	Població el 1999 (milions)
"Grans" països de la Unió Europea	Alemanya	82,0
	Regne Unit	59,4
	França	58,2
	Itàlia	57,7
	Espanya	39,4
Països del nord d'Europa	Suècia	8,9
	Dinamarca	5,3
	Finlàndia	5,2
	Noruega	4,5
Països d'Europa occidental	Països Baixos	15,8
	Bèlgica	10,2
	Àustria	8,1
	Suïssa	7,2
Països industrialitzats fora d'Europa	Estats Units	272,5
	Canadà	30,6
	Austràlia	19,4

Tot i que són molt diferents els uns dels altres, aquests setze països comparteixen com a mínim una mateixa filosofia a l'hora d'organitzar el sistema sanitari, sobretot perquè tots apliquen el principi de la cobertura sanitària universal. Tot i que aquests països tenen productes interiors bruts molt diferents, tots formen part del món industrialitzat. Tots tenen, doncs, situacions similars, que fan pertinent la comparació entre els diversos sistemes sanitaris. Ens centrarem, doncs, bàsicament, en l'observació d'aquests setze països. De tota manera, si en un cas concret un altre país presenta un interès especial, també l'inclourem a la nostra anàlisi.

Les dades d'aquest estudi provenen de les publicacions de l'OCDE, completades amb altres fonts, concretament els arxius del Centre de Sociologie et Démographie Médicales. Tot i això, aquestes dades, que sovint provenen d'arxius o de publicacions nacionals, tenen graus molt variables de definició, exactitud, exhaustivitat... La comparació entre països, doncs, exigeix un tractament meticulós i metòdic. “Només es pot comparar el que és comparable...”. Les xifres del nostre estudi (les dades ja analitzades) poden ser diferents de les dades en estat pur, és a dir, extretes directament de les fonts d'informació.

Finalment, cal assenyalar que els aspectes purament qualitius (qualitat de la formació, nivell de competència professional, “ambient de treball”, “moral dels professionals”, etc.) no s'han tingut en compte en l'elaboració d'aquest estudi.

## I. Els recursos humans de la sanitat

### 1. Diferències nacionals del sistema sanitari

El nombre de persones que treballen en el sistema sanitari varia molt d'un país a l'altre. El 1999, a Espanya, el nombre total de llocs de treball al sector sanitari era de 618.000, és a dir, 16 per cada 1.000 habitants. Aquesta densitat és comparable a les densitats italiana (15 llocs de treball per cada 1.000 habitants) i portuguesa (13 per cada 1.000). A la mateixa època, el sistema sanitari dels països del nord d'Europa tenia recursos humans molt més importants. De fet, el mateix any, a Suècia 35 persones treballaven al sistema sanitari per cada 1.000 habitants. I a Finlàndia la xifra arribava fins a 46. *Grosso modo*, podem afirmar que als països europeus mediterranis hi ha, al final del segle xx, aproximadament 15 llocs de treball al sector sanitari per cada 1.000 habitants, mentre que la densitat s'eleva a 35 als països de l'Europa septentrional. Entre aquests dos nivells se situen els altres països industrialitzats: més de 30 als Estats Units, al voltant de 30 a Alemanya i al Regne Unit, al voltant de 25 a Austràlia, als Països Baixos, etc. (Taula 1 i gràfic 1.)

Com veurem més endavant, aquestes diferències globals també apareixen (encara que de vegades amb sentits diferents) en cadascuna de les professions sanitàries. Aquesta diversitat s'explica tant per les tradicions històriques com per l'organització sanitària de cada país. Tot i això, encara que cal acceptar la legitimitat d'aquestes variacions, és lícit preguntar-se sobre alguns nivells extrems. Així, una densitat (per cada 1.000 habitants) de 40 o 45 llocs de treball al sector sanitari podria significar un excés de personal en relació amb les necessitats reals, ja sigui en termes econòmics o mèdics. A la inversa, una densitat de 10-15 llocs de treball podria considerar-se com l'expressió d'una forma de penúria del sector. Malauradament, en l'estat actual de coneixement, no disposem d'una resposta categòrica a aquestes preguntes. De tota manera, la comparació de les situacions de cada país —fins i tot si només es tenen en compte els països industrialitzats— permet intuir algunes hipòtesis i algunes pistes per a la recerca, però encara som lluny de l'evidència a causa del nombre elevat de variables en joc.

### 2. Augment generalitzat dels recursos sanitaris

Tot i que els països industrialitzats es distingeixen els uns dels altres per la densitat de llocs de treball al sector sanitari (per cada 1.000 habitants), tots tenen una característica comuna: el fort augment del personal sanitari durant les últimes dècades. Així, a Espanya, el nombre de llocs de treball al sector sanitari ha passat de 322.000 el 1970 a 618.000 vint anys més tard. En dues dècades, Espanya gairebé ha doblat el volum dels recursos humans del seu sistema sanitari. Es tracta d'un creixement molt ràpid, equivalent al ritme de creixement del personal sanitari a Finlàndia. Als altres països industrialitzats, aquest creixement, encara que molt més moderat, no ha estat menys impressionant: 55% al Regne Unit, 48% a Austràlia, 59% a Itàlia, etc. De tots els països de l'OCDE, és a dir, de la pràctica

totalitat de països industrialitzats i semiindustrialitzats, només un ha disminuït el personal sanitari: es tracta de Suècia, on el nombre total de llocs de treball del sector sanitari ha passat de gairebé 400.000 el 1979 a 312.000 vint anys més tard, és a dir, una reducció del 22%. Es tracta d'un cas únic que reflecteix una voluntat política deliberada (taula 2 i gràfic 2). Tot i això, cal assenyalar que el 1999 Suècia tenia encara un nivell molt elevat. De cada 1.000 habitants, 35 treballaven al sector sanitari, és a dir, gairebé més del doble que el nivell espanyol. El canvi de rumb suec va començar el 1988-1989, després d'un gran debat sobre l'estat de benestar<sup>1</sup>. És lícit preguntar-se si el procés suec és un signe de l'evolució futura d'altres països industrialitzats, quan aquests hagin arribat a un nivell elevat d'estat de benestar.

### 3. l'expansió del personal sanitari: motors i perspectives

Des del final de la Segona Guerra Mundial s'observa a tots els països del món, incloent-hi els més pobres, un augment espectacular de la demanda en el sector sanitari. Els grups socials que abans reclamaven poques cures —només en casos molt greus— comencen avui a sol·licitar serveis sanitaris amb molta més freqüència. d'altra banda, a causa del progrés en el diagnòstic i el tractament, cada episodi de la malaltia implica una densificació considerable dels processos d'examen mèdic i de cura, i exigeix, en conseqüència, un nombre de professionals cada vegada més important i amb competències cada vegada més diverses. Aquest procés està evidentment afavorit pel sistema de cobertura sanitària universal que, de maneres diferents, disminueix l'obstacle econòmic i augmenta l'accés de la població al sistema sanitari. Sigui quin sigui el model d'organització, bismarckià, Beveridgià o d'altres tipus, el fet que la col·lectivitat assumeixi el finançament de les cures mèdiques contribueix a l'expansió del sistema sanitari i, en conseqüència, fa augmentar el nombre dels que hi treballen.

Què passarà els pròxims vint anys? Tenint en compte que els factors que provoquen l'expansió del sistema —com l'aspiració col·lectiva al benestar mèdic o els progressos del diagnòstic i la terapèutica— no semblen afeblir-se, podem esperar que la tendència “espontània” a accedir al sistema sanitari continuarà creixent. d'altra banda, l'envelliment de la població provocarà a tots els països industrialitzats l'augment del nombre i de la proporció de gent gran. El fenomen de “l'envelliment demogràfic” és previsible des de fa anys. Al final dels anys vuitanta, les Nacions Unides van realitzar algunes previsions sobre el creixement de la població i la proporció de gent gran en diversos països. Les xifres d'Espanya estan reproduïdes a la taula següent:

Evolució demogràfica a Espanya		
Any	Població total (milions)	% de persones de 65 anys i més
1970	33,8	9,8 %
1990	39,3	13,0 %
Previsió per al 2020	42,3	17,3 %

Tenint en compte l'evolució recent, la població total d'Espanya s'hauria de revisar a la baixa, però la proporció futura de persones grans hauria de ser encara més elevada. Com que les persones grans són grans consumidores de cures mèdiques, l'envelliment demogràfic s'afegirà als altres factors que fan augmentar la demanda, de manera que es contribueix així a l'expansió del sistema sanitari.

Aquesta tendència constituirà un risc per als grans equilibris econòmics. En conseqüència, els poders públics accentuaran sens dubte la pràctica que ja existeix avui dia a molts països: l'aplicació de me-

1. Marten Lagergren. The Future of the «People's Home»: Development and Challenges for the Swedish Welfare State in the Coming Decades, *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales* (Paris), 30 (3): 381-400 (juliol-setembre 1990)



sures per frenar o parar l'augment del consum de cures. Aquestes mesures són de molts tipus. *Grosso modo*, es poden classificar en dues categories. La primera reuneix les mesures que tenen l'objectiu de disminuir l'oferta de cures —tancament d'hospitals, supressió de capítols pressupostaris, etc.— i afecta en primer lloc el sector públic. La segona categoria agrupa les mesures d'augment de la participació econòmica dels pacients i afecta principalment el sector privat. És evident que totes aquestes mesures són impopulars i que els poders públics no poden aplicar-les sempre de manera draconiana.

Sota la influència d'aquestes forces divergents, en les dues pròximes dècades el sector sanitari probablement continuarà ampliant-se, encara que amb un ritme de creixement bastant més feble que fins ara. Tot i això, als països on el consum de cures encara és feble (Espanya, Portugal, Grècia, etc.) hi haurà potser una demanda forta de la població per “posar-se al nivell” dels altres països. El creixement del sistema sanitari d'aquests països, doncs, no serà probablement gaire més feble del que ha estat fins ara, excepte si l'economia entra en un cicle durable de recessió.

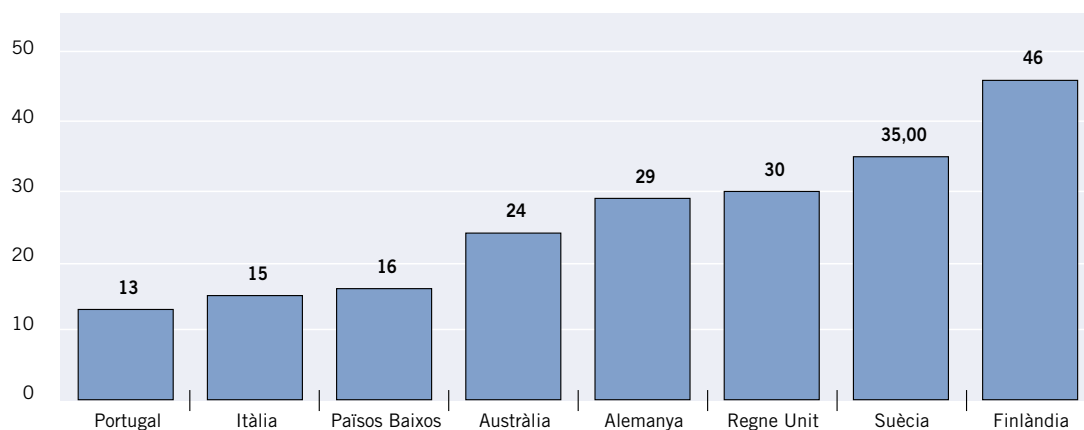
En resum, a molts països industrialitzats el nombre de llocs de treball del sector sanitari probablement continuarà augmentant. Però el ritme d'expansió serà en general menys fort del que ha estat fins ara; i, a l'interior de cada país, cada professió sanitària evolucionarà de manera diferent. L'augment del nombre de dentistes i farmacèutics serà lent, com fins ara. Al contrari, l'efectiu de les professions intermeditàries (infermeres, fisioterapeutes, tècnics de radiologia, etc.) augmentarà més ràpidament. El mateix passarà amb les professions que han aparegut recentment (enginyers biomèdics, informàtics mèdics, etc.) Paradoxalment, a bona part dels països industrialitzats el nombre de metges disminuirà entre el 2010 i el 2030, a causa d'una mala gestió col·lectiva durant els anys setanta i vuitanta. Aquest fenomen provocarà sens dubte l'asfíxia del sistema sanitari de molts països durant el període 2010-2030, com veurem al capítol següent.

**Taula 1. Llocs de treball del sector sanitari en alguns països industrialitzats: efectiu total i per cada 1.000 habitants**

Grup	País	Població el 1999 (en milers)	Llocs de treball del sector sanitari		Llocs de treball per cada 1.000 hab. el 1999	Llocs de treball: creixement en 20 anys
			1979	1999		
Espanya		39.400	322.000	617.900	16	92 %
“Grans” països de la Unió Europea	Alemanya	82.000	1.176.000	(2.400.000)	(29)	–
	Regne Unit	59.400	1.152.000	1.782.000	30	55 %
	França	58.200	–	–	–	–
	Itàlia	57.700	541.094	861.800	15	59 %
Europa del nord	Suècia	8.900	398.900	(312.000)	(35)	(-22 %)
	Dinamarca	5.400	–	–	–	–
	Finlàndia	5.300	124.000	241.363	46	95 %
	Noruega	4.500	149.700	–	–	–
Europa occidental	Països Baixos	15.800	297.000	(380.000)	(24)	(28 %)
	Bèlgica	10.200	152.600	–	–	–
	Àustria	8.100	–	–	–	–
	Suïssa	7.200	140.000	–	–	–
Fora d'Europa	Estats Units	272.500	4.878.000	–	(33)	–
	Canadà	30.600	476.100	–	–	–
	Austràlia	19.400	319.600	474.887	24	(48 %)

Entre parèntesis: estimacions provisionals.  
Dades de fonts diverses.

**Gràfic 1. Llocs de treball del sector sanitari per cada 1.000 habitants: situació de 1999**



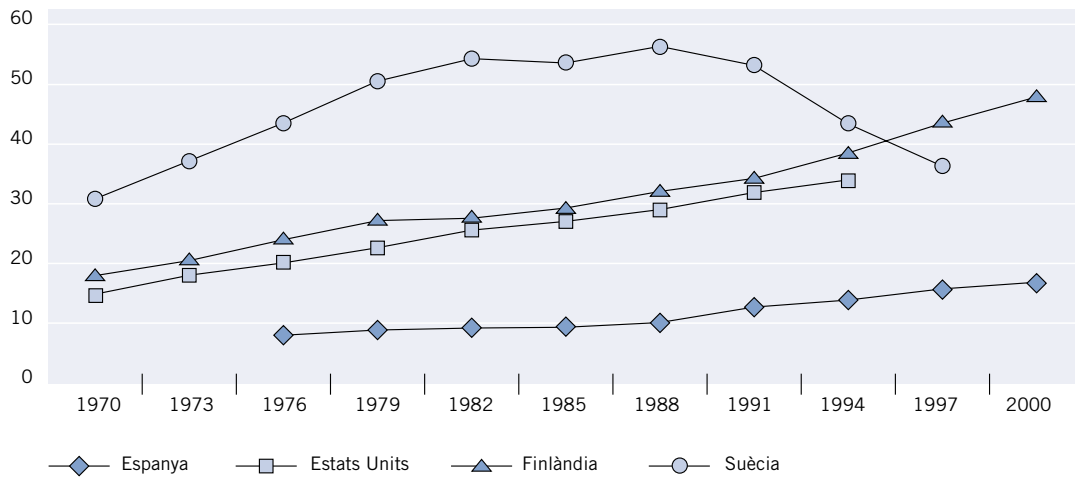
Font: OCDE.

**Taula 2. Llocs de treball del sector sanitari per cada 1.000 habitants agrupats per anys**

Any	Espanya	Estats Units	Finlàndia	Suècia
1970		14,1	17,4	30,1
1973		17,1	19,9	35,3
1976	7,5	19,4	23,1	41,3
1979	8,6	21,7	26,0	48,1
1982	8,7	24,5	25,9	52,1
1985	9,1	25,8	27,9	51,5
1988	9,6	27,7	30,9	54,0
1991	12,0	30,9	33,0	51,3
1994	13,2	(32,6)	36,8	41,8
1997	15,1		42,0	35,0
2000	16,4		(46,0)	

Font: OCDE.

Gràfic 2. Llocs de treball del sector sanitari per cada 1.000 habitants: evolució 1970-2000



## II. Els metges

### 1. Xifres ambigües i situacions diverses

Les sèries estadístiques nacionals mostren una gran diversitat d'efectius (en nombres absoluts) i de densitat mèdica (nombre de metges en relació amb els habitants). Aquesta diversitat és la causa en gran part de les diferències de contingut de cada estadística. Així, segons fonts oficials, el Regne Unit tenia el 1999 una densitat d'1,8 metges per cada 1.000 habitants. Però aquesta densitat no és comparable amb les altres densitats nacionals europees, perquè algunes categories de metges (els del sector privat, per exemple) no estan incloses en el recompte. Segons la nostra estimació per al 1999, el nombre total de metges en activitat per cada 1.000 habitants al Regne Unit hauria de ser de més de 2,5 (i no d'1,8).

d'altra banda, hi ha ruptures en les sèries estadístiques. l'exemple més clar és el d'Alemanya. Fins al 1990, les estadístiques dels metges alemanys només tenien en compte el territori de l'antiga Alemanya de l'oest. A partir de 1991 les dades inclouen les dues Alemanyes (l'oest i l'est). La reunificació dels dos països va provocar un creixement brusc de l'efectiu de metges. Així, l'evolució de les estadístiques es va interrompre el 1990-1991. Les estadístiques d'Espanya tenen el mateix problema. Fins al 1993, les estadístiques publicades per l'OCDE provenien dels col·legis professionals. A partir de 1994, les xifres provenen de l'Enquesta d'ocupació de l'Instituto Nacional de Estadística. La diferència és considerable. El 1992 s'havien registrat 156.100 metges, mentre que el 1994 la xifra havia baixat a menys de 102.000, és a dir, una reducció (aparent) d'un terç del personal mèdic (taula 3 i gràfic 3). Aquesta diferència s'explica per diversos factors. En primer lloc, les xifres de 1992 (col·legis professionals) inclouen tots els metges habilitats per exercir la medicina, fins i tot els que no estan en actiu. En segon lloc, a causa d'alguns retards d'actualització, no podem excloure que aquestes xifres incloguin metges jubilats o difunts. En resum, hi ha un fenomen de sobreestimació. d'altra banda, a partir de 1994 és probable que les estadístiques no hagin tingut en compte algunes categories mèdiques (metges que treballen esporàdicament, metges que treballen en especialitats marginals o que tenen una activitat professional per a la qual el diploma de medicina no és legalment necessari, metges al principi de la seva carrera, etc.). En altres termes, en aquest cas hi ha sens dubte un fenomen de subestimació. La comparació de les dues fonts estadístiques fa aparèixer diferències sorprenents.

l'any 1999, segons les dades de l'Enquesta d'ocupació (reproduïdes per l'OCDE) només hi havia 3,1 metges per cada 1.000 habitants. Segons les nostres estimacions, la xifra, comparable als altres països europeus, hauria de situar-se al voltant dels 3,8 o 4 metges per cada 1.000 habitants.

Nombre de metges a Espanya segons les dues fonts estadístiques			
Any	Metges col·legiats a Espanya	Enquesta d'ocupació (INE)	Diferència
1993	159.291	–	– 37,2 %
1994	162.089	101.800	– 38,6 %
1995	162.650	99.900	– 30,8 %
1996	165.560	114.500	–
1997	–	115.400	–

INE: Instituto Nacional de Estadística.

El problema de la poca fiabilitat de les xifres que provenen d'organismes professionals o d'institucions públiques no és específic d'Espanya. A França, per exemple, una operació portada a terme recentment pel servei estadístic del Ministeri de Sanitat ha posat de manifest que les xifres publicades els anys anteriors pel mateix servei estaven molt subestimades, com ho demostra la taula següent. La correcció d'aquestes dades ha estat possible gràcies a la reorganització del servei i a l'arribada de personal competent.

Nombre de metges a la França metropolitana			
El 31 de desembre de cada any	Dades publicades cada any	Dades rectificades l'any 2000	% de correcció
1987	138.855	163.800	+ 18,0
1989	147.949	173.100	+ 17,0
1991	155.896	179.100	+ 14,9
1993	160.263	184.700	+ 15,2
1995	171.807	188.500	+ 9,7
1997	178.538	191.700	+ 7,4

Font: Servei Estadístic del Ministeri de Sanitat de França.

La diversitat de les densitats mèdiques de cada país (nombre de metges per cada 1.000 habitants) no només s'explica per la diferència del contingut de cada estadística. El context cultural, les tradicions històriques, els sistemes d'organització de cures i la formació contribueixen a dibuixar de manera diferent el paisatge mèdic de cada país.

## 2. Cap a una tipologia de la densitat mèdica dels països industrialitzats

Després de diverses rectificacions i estimacions, hem arribat a construir una taula de la densitat mèdica dels països que hem escollit per a aquest estudi.

Densitat nacional de metges cap al 1999
<ul style="list-style-type: none"> <li>Densitat feble, de 2,7 metges o menys per cada 1.000 habitants: Regne Unit i països industrialitzats fora d'Europa (Estats Units, Canadà, Austràlia)</li> <li>Densitat al voltant de 3 metges per cada 1.000 habitants: Àustria, Països Baixos i països escandinaus, excepte Dinamarca</li> <li>Densitat de 3,3 a 3,5 metges per cada 1.000 habitants: Alemanya, França, Portugal, Suïssa, Dinamarca</li> <li>Densitat de 3,5 a 4 metges per cada 1.000 habitants: Bèlgica, Espanya</li> <li>Densitat de més de 4 metges per cada 1.000 habitants: Grècia</li> <li>Densitat de més de 5,5 metges per cada 1.000 habitants: Itàlia</li> </ul>

Font: Centre de Sociologie et de Démographie Médicales.

Aquesta taula mostra com, en general, els països mediterranis tenen una densitat mèdica bastant elevada. Al contrari, a la majoria de països del nord d'Europa la densitat és més feble. El mateix passa als països industrialitzats de fora d'Europa. En aquest punt podríem discutir extensament sobre les diferències entre la cultura llatina i la saxona. Però ens limitarem a assenyalar que, als països mediterranis, els metges continuen tenint, encara avui, una aurèola de prestigi molt important i que, sovint, assumeixen una funció social que va més enllà del que és estrictament terapèutic. En conseqüència, les famílies tenen tendència a orientar els joves cap als estudis de medicina, de manera que així contribueixen a l'augment de metges al país.

En l'estat actual del coneixement, encara no és possible definir el nivell òptim de densitat mèdica d'un país. Aquest punt ha de quedar ben clar. Tot i això, al principi del segle XXI podem pensar que si un país industrialitzat compta amb una mitjana de menys de 2,5 metges per cada 1.000 habitants, es troba en una situació de penúria de personal mèdic. Al contrari, una densitat de més de 4,5 metges per cada 1.000 habitants és sens dubte l'expressió d'un excés de personal.

### 3. Diversitat del contingut de les activitats mèdiques

Les conclusions de l'apartat anterior s'apliquen a l'efectiu total de metges de cada país. Però si estudiem separatament cada especialitat mèdica o quirúrgica, podem observar diferències encara més grans a l'interior d'un mateix país. L'anàlisi de les dades de cinc països de la Unió Europea confirmen la importància d'aquestes diferències (taula 4 i gràfic 4). Segons les dades de les organitzacions professionals, al principi de 1998 el nombre d'especialistes en psiquiatria per cada 100.000 habitants era de 17 a França, 16 a Suècia i 10 a Itàlia. A Alemanya i a Bèlgica la densitat era de només 3 psiquiatres (per cada 100.000 habitants). Si reunim les quatre especialitats (psiquiatria, neuropsiquiatria, neurologia i psiquiatria infantil), la densitat per cada 100.000 habitants era, a la mateixa època, d'aproximadament 22 a França, Itàlia i Suècia, però només de 17 a Bèlgica i de 14 a Alemanya. En gran part, aquesta diversitat s'explica per les diferències del contingut de cada especialitat, que varia d'un país a l'altre. Així, és ben sabut que els metges francesos i suecs exerceixen algunes activitats psiquiàtriques que a Alemanya i a Bèlgica són competència d'altres especialitats. El cas de l'al·lèrgologia també és interessant. A Itàlia i a Suècia hi ha, respectivament, 2 i 1 especialistes per cada 100.000 habitants, però cap a Alemanya, Bèlgica o França; de fet, en aquests tres països les cures d'al·lèrgologia són en gran part competència de la medicina general, dels pneumòlegs, dels dermatòlegs o dels gastroenteròlegs.

d'un país a l'altre, doncs, la densitat d'algunes especialitats pot arribar a multiplicar-se per 4. Cal assenyalar que les xifres que hem citat fins ara es refereixen a les especialitats reconegudes oficialment per les autoritats de la Unió Europea (Directiva europea núm. 93/16). Hi ha, doncs, una diferència important entre el nom de cada especialitat, que és el mateix per a tots els països, i el contingut de cada activitat professional, que varia d'un país a l'altre.<sup>2</sup> Aquesta és la dificultat fonamental per comparar els diferents països.<sup>3</sup>

### 4. Similituds entre les evolucions demogràfiques

Als apartats anteriors hem vist com el nombre (absolut) de metges i la densitat (nombre per cada 1.000 habitants) varien molt d'un país industrialitzat a l'altre. Però, tot i aquestes diferències, hi ha similituds sorprenents pel que fa a l'evolució demogràfica del personal mèdic.

Des del final de la Segona Guerra Mundial s'ha constatat un augment perceptible de la proporció de metgesses. Aquest augment de la feminització s'acompanya d'una expansió numèrica generalitzada i

2. EUROSTAT. Statistics on the number of physicians: attempt to understand the definitions used, March 1998, 22 p. (doc. DG3/4/E3).

3. Centre de Sociologie et de Démographie Médicales. Health Manpower Vocabulary and Information Standardization (A state-of-the-art paper for a better understanding and more efficient action, prepared by Bui Dang Ha Doan on behalf of the WHO Regional Office for Europe, August 1992, 66 p.

d'un fenomen de rejuveniment de l'efectiu mèdic. De fet, des fa cinc dècades, l'evolució del sistema sanitari del món industrialitzat s'ha caracteritzat per l'augment del nombre de metges. Aquest augment ha tingut ritmes diferents però és comú a tots els països. A França, per exemple, la densitat de metges per cada 1.000 habitants va passar d'1 (1960) a 2 (1979), fins arribar a 3 el 1991. Al mateix temps, el nombre de metgesses ha augmentat de manera molt més ràpida que el dels seus col·legues homes. En conseqüència, el percentatge de feminització (nombre de dones per cada 100 metges dels dos sexes) ha augmentat. Aquesta tendència no és exclusivament francesa, sinó que apareix a tots els països. El 1979, per cada 100 metges en activitat al Regne Unit hi havia 19 dones. Vint anys més tard, la proporció s'eleva a 34. A Alemanya, durant el mateix període, el percentatge de dones va passar del 22% al 37%. A Espanya hi havia, el 1979, 18 dones per cada 100 metges en activitat; vint anys més tard n'hi havia 35. Aquest procés de feminització ha estat paral·lel al procés de rejuveniment del personal mèdic. Així, des del principi dels anys setanta, hi ha hagut a gairebé tots els països industrialitzats una forta expansió del nombre anual de nous doctorands. El prestigi de la carrera de metge, la demanda de la població, l'absència en aquesta època de *numerus clausus* per accedir a la carrera, etc. van contribuir a atreure els joves cap a les facultats de medicina. El resultat va ser, una dècada més tard, l'augment considerable del flux de nous professionals.

El cas italià n'és un bon exemple. Durant el curs 1966-67 va haver-hi a Itàlia 2.700 nous doctorands en medicina. Cinc anys més tard la xifra era de 4.800, fins arribar a 10.000 el 1976-77. El nombre de nous doctorands va tenir el seu punt àlgid el 1981-82, amb més de 15.000, i tot seguit va començar a baixar. Així, el 1996-97, de les facultats de medicina italianes només van sortir 6.500 doctorands, és a dir, aproximadament el nivell de 1973-74. En resum, hi ha hagut un fort creixement, seguit d'un decreixement del nombre anual de nous metges (taula 5 i gràfic 5). Aquest fenomen no és específicament italià. També es manifesta a França. Però el cas italià és interessant perquè durant el període de creixement i de decreixement del flux de nous professionals no existien els *numerus clausus* a les facultats italianes. I això vol dir que es tracta efectivament d'un moviment "espontani".

L'arribada de metges nous va provocar entre 1970 i 1990 un rejuveniment important de la professió mèdica. Aquesta característica s'aplica a gairebé tots els països industrialitzats menys en alguns casos, com el del Regne Unit. En aquest país no hi ha hagut un augment important del flux de nous doctorands i el rejuveniment del personal mèdic no ha estat tampoc gaire important. Però cal assenyalar que el Regne Unit és un cas excepcional en la matèria.

En resum, durant la segona meitat del segle XX hi ha hagut una expansió numèrica de la professió mèdica a tots els països industrialitzats. Durant aquesta expansió, el nombre de dones ha augmentat més ràpidament que el d'homes. Així, la proporció femenina ha augmentat dins el cos professional. D'altra banda, el nombre anual de nous doctors en medicina ha augmentat molt. Aquest "boom" de doctorands ha durat aproximadament dues o tres dècades, i tindrà conseqüències importants en el futur, com veurem a l'apartat següent.

## 5. Algunes perspectives de futur del cos mèdic

Durant els pròxims anys i a la majoria de països industrialitzats, sobretot a Espanya, el nombre de metges continuarà augmentant però a un ritme cada vegada més feble. En altres termes, hem entrat o entrarem ben aviat en un període de desacceleració. La causa d'aquest fenomen té l'origen, en la majoria de casos, en la política de *numerus clausus* de les universitats que van aplicar la majoria de països a partir de mitjan anys vuitanta. Aquestes mesures constitueixen un mecanisme de contenció que impedeix l'augment del nombre de metges. Cap al 2010, el nombre de nous doctorands no serà suficient per contrarestar el nombre de jubilacions i de defuncions. La raó és la següent: a partir de l'any 2010 (o 2015) el gran nombre de doctorands de les promocions dels anys setanta i vuitanta arribaran a l'edat de la jubilació, i faran augmentar brutalment el nombre de sortides del cos professional. Al mateix temps, cada any, els nous doctors —és a dir, els estudiants que avui ja són a les facultats de medici-

na o els que hi entraran d'aquí a poc— seran molts menys (a causa dels *numerus clausus*). El resultat és fàcil de preveure: tenint en compte que el nombre de sortides és superior al nombre d'entrades, el cos mèdic en activitat començarà a disminuir cap a l'any 2010, primer lentament, i després cada vegada més de pressa. d'altra banda, i al contrari del període 1970-1990, hi haurà un fenomen d'envelliment del cos professional. La proporció de joves de menys de quaranta anys serà cada vegada més feble, mentre que la proporció de professionals de més de cinquanta anys serà cada vegada més important. En resum, a partir del 2010 (o alguns anys més tard), a molts països europeus el nombre de metges disminuirà. I la disminució del nombre de metges de menys de quaranta anys serà encara més forta.

Tenint en compte la situació de sobreefectiu que hi ha avui dia, la disminució del nombre total de metges no tindrà, els primers anys, un efecte considerable. Per contra, el fenomen d'envelliment del cos mèdic tindrà segurament un impacte més ràpid, ja que l'activitat mèdica disminueix a mesura que els metges es fan grans.

En síntesi, la producció de cures mèdiques disminuirà d'aquí a menys de quinze anys. Aquest fenomen s'accentuarà a causa de l'augment de la proporció femenina dins el cos mèdic: com a conseqüència de les seves responsabilitats familiars, l'activitat professional d'una metgessa és, en termes generals, menys intensa que la d'un metge. I això precisament en un període en el qual el nombre de metgesses continuarà augmentant. A molts països, abans d'arribar al 2025, hi haurà tantes dones com homes a l'interior del cos mèdic. La disminució de la producció global de cures mèdiques, doncs, començarà a ser perceptible el 2015 o el 2020. El problema és que, en aquesta època, l'envelliment demogràfic dels països industrialitzats (augment de la proporció de gent gran) serà força important. Aquest procés provocarà de forma natural un increment de la demanda de cures, fins i tot si deixem de banda altres factors que, com el progrés tècnic o l'aspiració al benestar mèdic, també afavoreixen l'increment de la demanda. Així, podem suposar que, d'aquí a vint anys, hi haurà als països d'Europa occidental un increment important de la demanda de cures mentre que, al mateix temps, la oferta serà menor.<sup>4</sup> El sistema sanitari s'haurà d'enfrontar aleshores a un repte totalment nou. Tenint en compte la situació actual de sobreefectiu mèdic dels països mediterranis (Grècia, Espanya, Itàlia), és possible que aquest problema sigui al principi menys important que a França, a Alemanya o a Suïssa. Però, una vegada hagi estat absorbit l'excés de metges, les tensions seran igual de considerables.

4. Vegeu per exemple: Bui Dang Ha Doan. France: l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé à l'horizon 2020, *Futuribles* (París), núm. 248, p. 43-53 (desembre de 1999).



**Taula 3. Efectiu total i densitat per cada 1.000 habitants de metges en activitat a Alemanya i Espanya. 1975-2000**

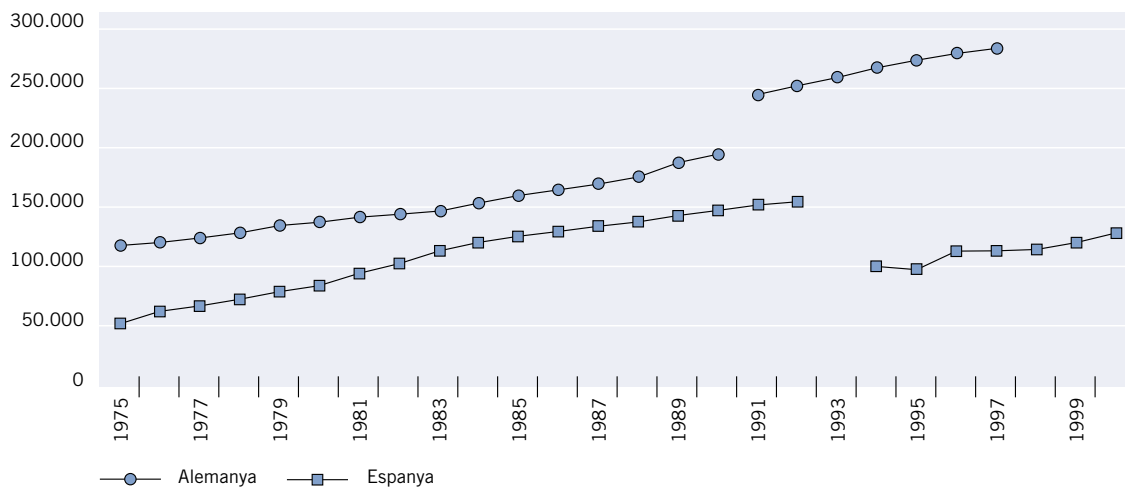
Any	Alemanya		Espanya		Evolució de l'efectiu (Base 1981 = 100)	
	Efectiu	Per cada 1.000 hab.	Efectiu	Per cada 1.000 hab.	Alemanya	Espanya
1975	118.726	1,9	54.533	1,5		
1976	122.075	2,0	64.597	1,8		
1977	125.274	2,0	69.080	1,9		
1978	130.033	2,1	75.081	2,0		
1979	135.711	2,2	81.658	2,2		
1980	139.431	2,3	86.253	2,3		
1981	142.934	2,3	96.569	2,6	100	100
1982	146.221	2,4	104.759	2,8	102	108
1983	147.467	2,4	115.251	3,0	103	119
1984	153.895	2,5	121.362	3,2	108	126
1985	160.902	2,6	127.195	3,3	113	132
1986	165.015	2,7	131.080	3,4	115	136
1987	171.487	2,8	135.406	3,5	120	140
1988	177.001	2,9	138.994	3,6	124	144
1989	188.225	3,0	143.803	3,7	132	149
1990	195.254	3,1	148.717	3,8	137	154
1991			153.306	3,9		159
1992	251.877	3,1	156.100	4,0	176	162
1993	259.981	3,2			182	
1994	267.186	3,3	101.800	2,6	187	105
1995	273.880	3,4	99.900	2,5	192	103
1996	279.335	3,4	114.500	2,9	195	119
1997	282.737	3,4	115.400	2,9	198	119
1998			115.500	3,1		120
1999			121.400	3,3		126
2000			130.300			135

Font: Dades publicades per l'OCDE.

Notes: Alemanya: fins al 1990, les dades només inclouen els *länder* de l'antiga Alemanya Occidental. A partir del 1991, les dades inclouen tots els *länder* alemanys.

Espanya: fins al 1992, les dades provenen de les organitzacions professionals. A partir de 1993, les dades provenen de la Encuesta Nacional de Empleo.

**Gràfic 3. Evolució del nombre de metges a Alemanya i Espanya: exemples de ruptura de sèrie estadística. 1975-1999**



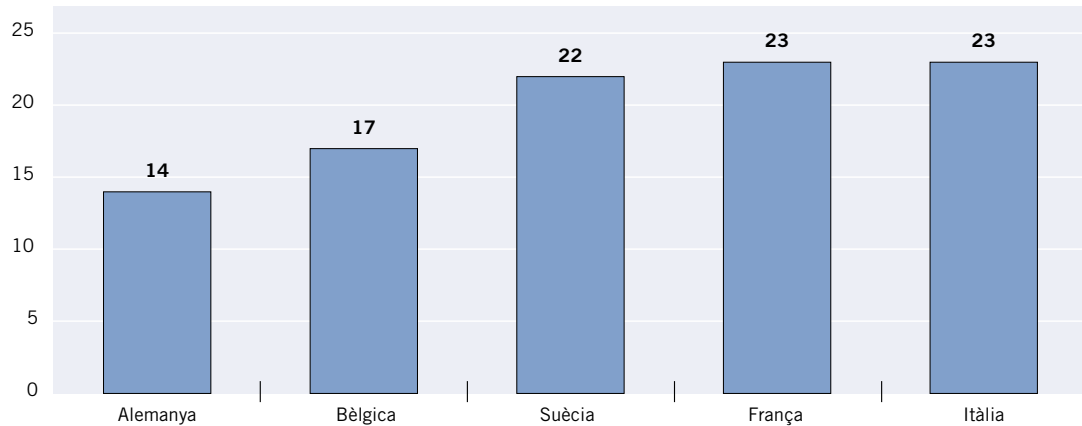
Taula 4. Efectiu i densitat mèdica per cada 100.000 habitants en cada especialitat. Principi de 1998

	Alemanya		Bèlgica		França		Itàlia		Suècia	
	Nombre	Densitat	Nombre	Densitat	Nombre	Densitat	Nombre	Densitat	Nombre	Densitat
Anestesiologia	13.162	16,04	1.388	13,62	8.501	14,48	7.939	13,79	1.122	12,68
Cirurgia general	15.085	18,38	1.272	12,48	5.014	8,54	10.951	19,02	1.598	18,06
Neurocirurgia	818	1,00	105	1,03	289	0,49	594	1,03	88	0,99
Ginecologia i obstetrícia	14.084	17,16	1.120	10,99	7.352	12,52	11.353	19,72	1.175	13,28
Medicina interna	33.362	40,66	2.092	20,53	2.297	3,91	7.411	12,87	2.499	28,24
Oftalmologia	6.237	7,60	899	8,82	5.259	8,95	5.180	9,00	566	6,40
Otorinolaringologia	5.012	6,11	537	5,27	2.827	4,81	4.737	8,23	573	6,48
Pediatría	10.941	13,33	1.178	11,56	5.652	9,62	17.561	30,51	1.162	13,13
Pneumologia	657	0,80	216	2,12	2.102	3,58	5.644	9,80	261	2,95
Urologia	4.088	4,98	301	2,95	253	0,43	3.453	6,00	291	3,29
Ortopèdia	6.845	8,34	750	7,36	1.741	2,96	6.167	10,71	942	10,65
Anatomia patològica	1.246	1,52	251	2,46	1.376	2,34	1.043	1,81	203	2,29
Neurologia	1.769	2,16	85	0,83	1.305	2,22	5.496	9,55	276	3,12
Psiquiatria	2.639	3,22	245	2,40	10.091	17,18	5.905	10,26	1.378	15,57
Biologia clínica			756	7,42	2.092	3,56				
Hematologia biològica					93	0,16	3.282	5,70		
Microbiologia bacteriològica	574	0,70					418	0,73	133	1,50
Química biològica									157	1,77
Immunologia									56	0,63
Cirurgia plàstica			127	1,25	185	0,32	885	1,54	107	1,21
Cirurgia toràcica					115	0,20	939	1,63	114	1,29
Cirurgia pediàtrica					49	0,08	555	0,96	106	1,20
Cirurgia dels vasos sanguinis					328	0,56	1.442	2,51		
Cardiologia			626	6,14	5.125	8,73	11.377	19,76	481	5,44
Gastroenterologia			292	2,86	2.818	4,80	5.434	9,44	147	1,66
Reumatologia			219	2,15	2.441	4,16	1.425	2,48	200	2,26
Hematologia general									90	1,02
Endocrinologia					1.107	1,88	4.959	8,61	135	1,53
Fisioteràpia	146	0,18	452	4,43	1.654	2,82			164	1,85
Estomatologia			296	2,90	1.576	2,68	7.322	12,72		
Neuropsiquiatria	6.026	7,34	1.458	14,31	1.009	1,72				
Dermatologia de les malalties venèries	4.342	5,29	552	5,42	3.777	6,43	3.848	6,68	333	3,76
Dermatologia										
Malalties venèries										
Radiologia	3.114	3,79			35	0,06	6.664	11,58		
Diagnòstic radiològic	2.433	2,96	1.349	13,24	6.706	11,42			920	10,40
Radioteràpia	384	0,47	268	2,63	528	0,90	187	0,32	249	2,81
Medicina tropical							321	0,56		
Psiquiatria infantil	813	0,99			997	1,70	1.886	3,28	282	3,19
Geriatría			196	1,92			3.263	5,67	593	6,70
Malalties renals			51	0,50	728	1,24			190	2,15
Virologia							2.221	3,86	457	5,17
Salut pública i medicina social	1.029	1,25			739	1,26			46	0,52
Farmacologia	349	0,43					414	0,72	42	0,47
Medicina del treball	2.495	3,04			3.831	6,52	5.464	9,49	80	0,90
Al·lèrgologia							1.290	2,24	103	1,16
Cirurgia gastroenterològica							1.472	2,56		
Medicina nuclear	648	0,79	299	2,93	385	0,66	813	1,41		
Cirurgia maxil·lofacial							262	0,46		
Cirurgia dental oral i maxil·lofacial	997	1,22	26	0,26						
<b>Total</b>	<b>139.295</b>		<b>17.406</b>		<b>90.377</b>		<b>159.577</b>		<b>17.319</b>	

Nota: Aquesta taula només inclou les especialitats de la Directiva europea núm. 93/16 (especialitats oficialment reconegudes per la Unió Europea).  
Les dades provenen de les organitzacions professionals de cada país.

Font: Arxius del Centre de Sociologie et de Démographie Médicales.

**Gràfic 4. Conjunt d'especialistes en psiquiatria, psiquiatria infantil, neuropsiquiatria i neurologia: densitat per cada 100.000 habitants. 1998**



**Taula 5. Nombre anual de doctorands en medicina a França i Itàlia**

França		Itàlia	
Any	Nombre de títols de doctorat	Any acadèmic	Nombre de títols de doctorat
1969	3.365	1956-57	3.081
1971	3.648	1661-62	2.604
1973	4.238	1966-67	2.702
1975	7.499	1971-72	4.864
1977	9.186	1976-77	10.013
1979	8.687	1981-82	15.157
1981	8.686	1986-87	13.053
1983	7.957	1991-92	9.687
1985	8.505	1996-97	6.550
1987	7.313	1997-98	6.093
1989	6.200	1998-99	6.258
1991	5.384		
1993	4.879		
1995	4.654		

Font: França: Ministeri d'Educació de França.

Itàlia: Institut Nacional d'Estadística (ISTAT), citat per M. Calcopietro a: *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales* (París), vol. 42, núm. 1, gener-març 2002.

### III. Les altres professions sanitàries

Les deficiències de la informació estadística que hem observat en el cas dels metges també apareixen a les altres professions sanitàries. El contrari hauria estat sorprenent. Aquestes mancances dificulten la precisió de l'observació. Tot i això, com en el cas dels metges, una anàlisi pacient i minuciosa de les dades disponibles permet posar en relleu les grans tendències que tindran un impacte important en el futur.

#### 1. Els dentistes

El camp d'actuació professional dels dentistes és evidentment més restringit que el dels metges. Així, podem suposar que l'efectiu (nombre absolut) i la densitat (nombre per cada 1.000 habitants) seran més febles, com és el cas. A Bèlgica, per exemple, per cada 1.000 habitants hi ha avui 3,8 metges i només 0,7 dentistes.

Una densitat més feble implica normalment que les variacions entre països siguin menys fortes en termes absoluts; així, als setze països d'aquest estudi, el 1999 la densitat de dentistes variava de 0,4 a 0,9 per cada 1.000 habitants. En el cas dels metges, la variació anava de 2 a 5,8.

Segons les dades de l'OCDE, els països escandinaus tenen les densitats més altes de dentistes, mentre que Austràlia, Espanya i el Regne Unit (taula 6 i gràfic 6) estan menys ben servits. Cal assenyalar que les dades del Regne Unit només inclouen els dentistes que treballen al National Health Service.

Des de fa vint anys, l'evolució del nombre de dentistes es caracteritza per una estabilitat remarcable. Així, des del principi dels anys vuitanta, la densitat als Països Baixos es manté a 0,5 per cada 1.000 habitants. Durant el mateix període, els Estats Units han tingut una densitat que no s'allunya gaire de 0,6. Als països escandinaus s'observa la mateixa constància.

Hem vist com, dels setze països d'aquest estudi, els països escandinaus tenen les densitats de dentistes més fortes (i això des de fa vint anys), mentre que la seva densitat mèdica ocupa les últimes places. A la inversa, als països mediterranis, on la densitat de metges és molt alta, la densitat de dentistes és més aviat feble. De fet, el volum de recursos humans que cada país dedica al seu sistema sanitari depèn del tipus d'organització i, sobretot, de les seves tradicions culturals. La racionalitat no apareix sempre allà on la busquem.

Com acabem de veure, a la majoria de països la densitat de dentistes varia poc al cap dels anys. Això significa que l'augment dels efectius és, *grosso modo*, paral·lel al creixement de la població. Tot i això, aquesta característica general no s'aplica a Itàlia ni a Espanya.

A Itàlia, la professió de dentista no es va "separar" de la professió de metge fins al principi dels anys vuitanta. A partir de 1985, els nous cirurgians dentals estan inscrits al registre del Col·legi de Dentistes, però la majoria de dentistes de les generacions anteriors, que encara estan considerats "doctors en medicina", continuen inscrits al registre del Col·legi de Metges. El resultat és una gran confusió estadística, que fa que el potencial humà de dentistes a Itàlia continuï sent, encara ara, molt imprecís. Tot i aquests problemes, les dades del Col·legi de Dentistes mostren un creixement ràpid de l'efectiu i la densitat dels dentistes italians.

A Espanya trobem el mateix fenomen de creixement. Del 1981 al 1998, en disset anys, el nombre (absolut) de dentistes es va incrementar un 25% a França i un 29% al Regne Unit. Però a Alemanya l'augment va ser de 86% i a Espanya del... 300% (taula 7 i gràfic 7). El fort creixement alemany s'explica per la ruptura de les sèries estadístiques: fins al 1990, com en el cas dels metges, només es tenien en compte els professionals dels *länder* de l'Alemanya Occidental; a partir de 1991, les xifres inclouen tots els *länder*, els l'Alemanya Oriental i Occidental. Tot i això, com que l'extensió de l'estadística (a partir de 1991) inclou a la vegada els dentistes i la població, la densitat de professionals alemanys ha continuat sent estable. A Espanya, al contrari, l'efectiu de dentistes (nombre absolut) i la densitat

(nombre per cada 1.000 habitants) han augmentat molt des de fa vint anys. Aquesta singularitat espanyola té almenys dues causes. La primera té a veure amb la font estadística. És una causa que podríem anomenar formal. Al contrari del que passa en el cas dels metges i les infermeres, la font de les dades estadístiques (recollides i publicades per l'OCDE) no va canviar el 1993. Del principi al final, les dades provenen del mateix col·legi professional (Odontólogos-estomatólogos Colegiados en España). El problema és que aquesta font d'informació tendeix, al llarg dels anys, a la inflació, potser a causa d'una actualització deficient. Hi ha una segona causa, lligada a la constitució del sistema sanitari espanyol, que explica aquest fenomen. Des de fa anys, el país té pocs dentistes. A mitjan anys vuitanta, només hi havia a Espanya un sol dentista per cada mil habitants, mentre que a Alemanya n'hi havia sis i als països escandinaus vuit o més. Sens dubte hi ha hagut a Espanya un fenomen d'actualització. Tot i això, encara avui, Espanya continua sent un dels països menys ben equipats en dentistes tot i l'augment important de l'efectiu.

## 2. Les infermeres

Les dades sobre l'efectiu d'infermeres són paradoxals. Tot i que, a tots els països, les infermeres són la professió sanitària numèricament més important, amb un paper fonamental en les cures i el seguiment dels malalts més greus, els aspectes quantitius són imprecisos.

d'un país a l'altre, la professió d'infermeria inclou categories molt diverses. Fins i tot en els casos en què les lleis i les reglamentacions defineixen clarament el cos professional, les estadístiques són poc fiables o clarament inexactes.

Segons les dades de l'OCDE, els països escandinaus disposen d'un nombre d'infermeres important, mentre que els països mediterranis tenen densitats molt baixes. El 1999, Finlàndia tenia 14 infermeres per cada 1.000 habitants, Noruega 10, però Espanya només 4 (gràfic 8 i taula 8). El contrast entre l'Europa del nord i del sud és conegut des de fa molt temps.

Tot i aquestes dades, el cas d'Espanya —on el 1999 només hi havia 3,6 infermeres en activitat per cada 1.000 habitants— demostra que la informació disponible no és fiable. De fet, la densitat de 3,6 prové de l'enquesta de l'Institut Nacional de Estadística. I, com en el cas dels metges, és probable que l'enquesta no tingui prou en compte algunes categories professionals: infermeres que comencen a treballar, infermeres que no treballen regularment, infermeres que no treballen al sector públic, infermeres que no troben feina. El cas espanyol no és únic. A Itàlia, i també a altres països, la fiabilitat de les estadístiques sobre les infermeres deixa més aviat escèptic.

En general, durant les últimes dècades el nombre d'infermeres dels països industrialitzats ha augmentat més ràpidament que la població. En conseqüència, la densitat ha pujat. Aquesta característica acosta l'efectiu d'infermeres al dels metges i l'allunya del dentistes.

Al capítol anterior hem vist com el nombre (absolut) de metges i la densitat (per cada 1.000 habitants) disminuiran a la majoria de països industrialitzats a partir del 2010 o del 2015. Aquest fenomen s'explica per diversos factors, com la llarga durada dels estudis de medicina. Tenint en compte que els estudis d'infermeria són més curts, hauria de ser més fàcil en aquest cas d'adaptar ràpidament l'oferta a la demanda. En altres termes: l'evolució numèrica de les infermeres en els pròxims vint anys dependrà menys de la inèrcia demogràfica del cos professional que del creixement econòmic del món industrialitzat. És, doncs, el creixement econòmic el que determina, en última instància, l'expansió del potencial humà del sistema sanitari.

### 3. Les altres professions sanitàries

l'evolució de les cures sanitàries durant els últims cinquanta anys ha provocat la diversificació de les professions més antigues i la introducció de noves professions. Avui, el nombre de professions del sistema sanitari és alt. A l'enquesta anual sobre el personal sanitari<sup>5</sup> que feia fins al 1983 l'Organització Mundial de la Salut apareixien 29 categories professionals. De fet, però, en alguns països moltes d'aquestes categories encara no estan codificades, ni pel que fa a la formació ni pel que fa a les competències. I això fins i tot en el cas que existeixen professionals en activitat.

A Espanya, les dades recents mostren la distribució següent:

Professionals sanitaris col·legiats a Espanya			
	1988	1992	1996
Metges	138.994	156.100	165.560
Odontòlegs	7.503	11.808	14.877
Farmacèutics	33.711	38.715	43.221
Veterinaris	10.791	14.409	19.892
ATS i diplomats en infermeria	152.624	164.891	177.034
Amb títol de llevadora*	6.291	6.425	6.314
Amb títol de fisioterapeuta*	2.950	2.661	1.883
Amb títol d'analista clínic*	–	1.548	1.247
Amb títol de radiòleg*	–	2.345	2.082

\* Com que no és legalment obligatori tenir un títol d'ATS o un diploma d'infermeria per exercir la professió, les dades poden estar subestimades.

En aquesta taula no trobem els ortofonistes, ni els metges ortopèdics i encara menys els enginyers biomèdics. Aquesta absència, però, no vol dir que a Espanya no hi hagi aquestes professions. De fet, entre l'aparició d'una nova categoria professional i l'aparició d'estadístiques sobre la nova professió passa sempre un lapse de temps. De la mateixa manera, sol passar bastant temps entre l'aparició d'una nova professió mèdica i l'exercici real d'aquesta professió per part de professionals qualificats.

De fet, els recursos humans del sistema sanitari estan en un procés d'evolució constant (*in statu nascendi*). Cada sistema sanitari busca contínuament la manera d'ajustar l'oferta de cures (cada vegada més complexa) i la demanda (cada vegada més exigent). En aquesta recerca, la dimensió temporal és crucial: si el temps d'ajustament és excessiu, poden aparèixer tensions insuportables que poden convertir-se en explosives. És fonamental, doncs, preveure, és a dir, resoldre a temps els reptes de la història.

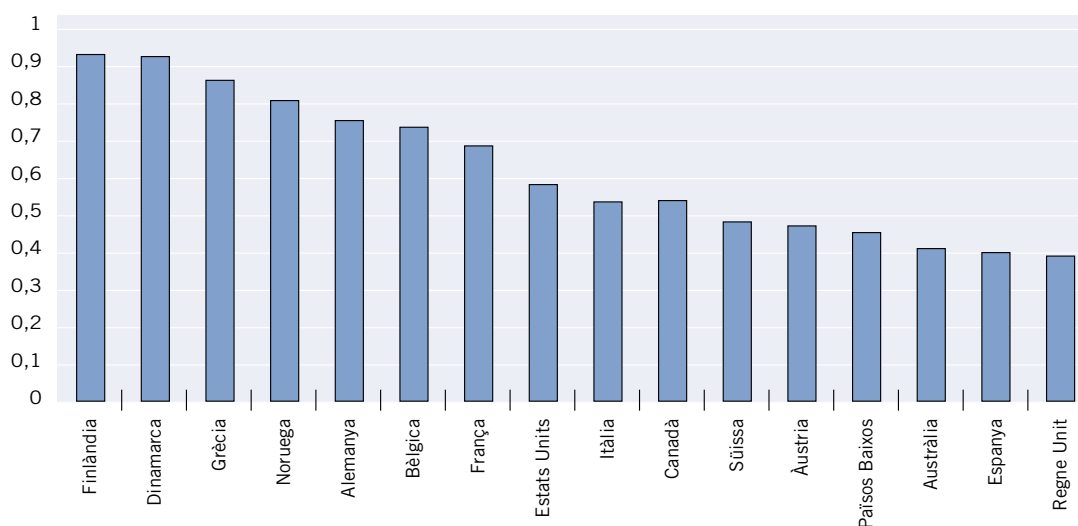
5. A l'annex d'aquest document reproduïm, en anglès, el qüestionari d'aquesta enquesta.

Taula 6. Densitats nacionals de dentistes. 1979-1999

País		Dentistes per cada 1.000 habitants				
		1979	1984	1989	1994	1999
	Espanya	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4
"Grans" països de la Unió Europea	Alemanya	0,5	0,6	0,7	0,7	0,8
	Regne Unit	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
	França	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
	Itàlia	-	-	0,2	0,5	0,5
Europa del nord	Suècia	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9
	Dinamarca	-	0,9	0,9	0,9	0,9
	Finlàndia	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9
	Noruega	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Europa occidental	Països Baixos	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
	Bèlgica	0,4	0,6	0,7	0,7	0,7
	Austria	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
	Suïssa	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Fora d'Europa	Estats Units	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6
	Canadà	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
	Austràlia	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Font: OCDE.

Gràfic 6. Dentistes per cada 1.000 habitants. 1999



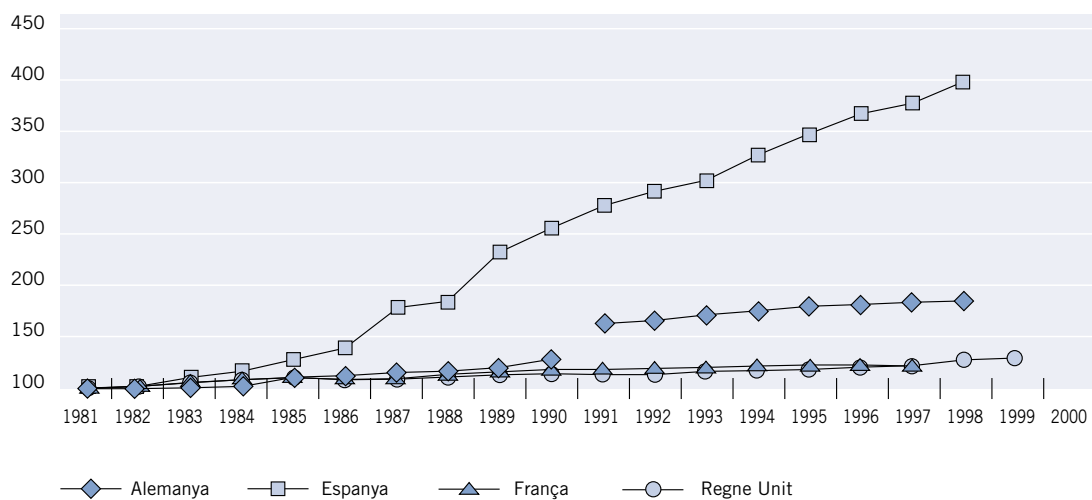


Taula 7. Evolució de l'efectiu de dentistes. 1975-2000

Any	Alemanya		Espanya		França		Itàlia		Regne Unit	
	Efectiu	Índex	Efectiu	Índex	Efectiu	Índex	Efectiu	Índex	Efectiu	Índex
1975	31.774		3.446		25.578				15.856	
1976	31.858		3.703		26.423				16.211	
1977	32.121		3.785		27.221				16.583	
1978	32.482		3.820		28.268				16.841	
1979	32.950		3.532		29.587				17.135	
1980	33.240		3.946		31.097				17.604	
1981	33.501	100	4.032	100	31.831	100			18.163	100
1982	33.679	100	4.065	101	32.419	102			18.702	103
1983	33.713	101	4.458	111	33.565	105			19.141	105
1984	34.415	103	4.682	116	34.413	108			19.536	107
1985	36.853	110	5.137	127	34.845	109			19.854	109
1986	38.055	114	5.722	142	35.230	111	2.636	-	20.067	110
1987	38.826	116	7.304	181	35.796	112	4.010	-	20.251	111
1988	39.644	118	7.503	186	36.568	115	5.622	-	20.568	113
1989	40.805	122	9.433	234	37.494	118	8.628	-	20.922	115
1990	43.167	129	10.347	257	38.039	119	13.430	-	21.083	116
1991	54.972	164	11.249	279	38.299	120	19.651	-	20.991	116
1992	56.342	168	11.808	293	38.660	121	22.868	-	20.990	116
1993	58.194	174	12.247	304	39.076	123	24.778	-	21.440	118
1994	59.211	177	13.242	328	39.499	124	26.557	-	21.547	119
1995	60.616	181	14.012	347	39.640	124	28.258	-	21.806	120
1996	61.404	183	14.877	369	39.565	124	29.602	-	22.274	123
1997	62.024	185	15.291	379	39.471	124	30.430	-	22.676	125
1998	62.277	186	16.133	400			31.437	-	23.409	129
1999							32.135	-	23.897	132
2000										

Font: OCDE.

**Gràfic 7. Evolució del nombre de dentistes de quatre països europeus (base 1981=100). 1981-2000**

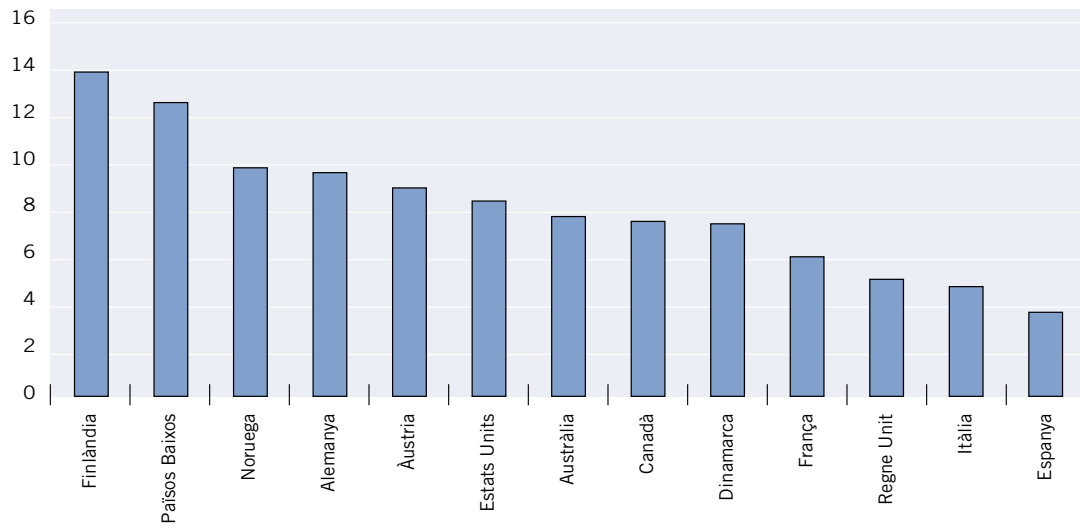


**Taula 8. Densitats nacionals de d'infermeres. 1979-1999**

País		Infermeres per cada 1.000 habitants				
		1979	1984	1989	1994	1999
	Espanya	2,6	3,7	4,1	2,7	3,6
"Grans" països de la Unió Europea	Alemanya	–	7,2	8,1	8,7	9,6
	Regne Unit	4,0	4,9	5,2	5,0	5,0
	França	4,2	5,2	5,4	5,8	6,0
	Itàlia	3,8	4,2	4,5	4,3	4,6
Europa del nord	Suècia	6,7	8,6	9,2	10,2	–
	Dinamarca	4,8	5,6	6,4	7,2	7,2
	Finlàndia	–	8,7	10,2	11,9	13,9
	Noruega	6,1	10,0	12,9	14,1	9,7
Europa occidental	Països Baixos	–	–	–	–	12,5
	Bèlgica	–	–	–	–	–
	Austria	5,0	6,1	6,9	8,4	8,9
	Suïssa	–	–	–	–	–
Fora d'Europa	Estats Units	4,8	6,3	7,0	7,9	8,2
	Canadà	6,7	7,3	8,1	8,1	7,4
	Austràlia	–	–	–	–	7,7

Font: OCDE.

Gràfic 8. Infermeres per cada 1.000 habitants (1999)



## V. Panorama general

Actualment hi ha 13 persones per cada 1.000 habitants que treballen al sector sanitari a Portugal, 15 a Itàlia, 16 a Espanya, però 35 a Suècia i 46 a Finlàndia. La diferència entre l'Europa del nord i l'Europa mediterrània és flagrant. Els països mediterranis tenen, si els comparem amb els països escandinaus, molt poques infermeres i personal paramèdic. Amb els metges passa el contrari; n'hi ha molts més als països mediterranis que al nord d'Europa. Si a Espanya hi ha gairebé 4 metges per cada 1.000 habitants, més de 4 a Grècia i gairebé 6 a Itàlia, a Suècia i a Finlàndia la densitat mèdica només arriba al voltant de 3.

Al sud d'Europa els metges tenen, encara ara, una aurèola de gran prestigi. Sovint assumeixen funcions que van molt més enllà del camp terapèutic. Als països escandinaus, la tradició de l'estat de benestar ha definit de manera diferent el paper i la funció dels metges i, en conseqüència, l'efectiu de cada professió sanitària també és diferent.

En l'estat actual del coneixement, encara no és possible definir el nivell òptim de densitat dels professionals de la sanitat (és a dir, el nombre per cada 1.000 habitants). De la mateixa manera, tampoc no disposem de criteris objectius per determinar de manera rigorosa la densitat òptima de metges. Tot i això, al principi del segle XXI podem suposar que si un país industrialitzat compta amb una mitjana de menys de 2,5 metges per cada 1.000 habitants es troba en una situació de penúria de personal mèdic. A l'altre extrem, una densitat de més de 4,5 metges per cada 1.000 habitants és sens dubte l'expressió d'un excés de personal.

Des del final de la Segona Guerra Mundial, tots els països, fins i tot els més pobres, han vist augmentar de manera important el nombre del personal sanitari. Durant les dues últimes dècades del segle XX, Espanya gairebé ha doblat el nombre de treballadors del sector sanitari. Amb ritmes diversos, tots els països industrialitzats tenen tendència a l'alça: +48% en vint anys a Austràlia, +55% al Regne Unit, +59% a Itàlia, etc.

Què passarà els pròxims vint anys? Tenint en compte que els factors que provoquen l'expansió del sistema sanitari, com l'aspiració col·lectiva al benestar mèdic o els progressos de la tecnologia, no semblen disminuir, podem esperar que la tendència "espontània" a accedir al sistema sanitari continuarà creixent. L'agreujament del procés d'envelliment demogràfic consolidarà segurament aquest procés. El fenomen de l'envelliment, però, quedarà segurament equilibrat amb les mesures que intenten limitar l'augment de les despeses del sistema sanitari, que està finançat en gran part per la col·lectivitat.

Sota la influència d'aquestes forces divergents, el sector sanitari continuarà probablement ampliant-se, però amb un ritme de creixement més feble que fins ara.

En resum, a molts països industrialitzats el nombre de llocs de treball del sector sanitari segurament continuarà augmentant. A cada país, l'evolució de cada professió sanitària serà diferent. El nombre de dentistes i farmacèutics augmentarà lentament com fins ara. Les professions intermediàries (infermeres, fisioterapeutes, tècnics de radiologia, etc.), al contrari, augmentaran més ràpidament. El mateix passarà amb les professions recents (enginyers biomèdics, informàtics mèdics, etc.). Paradoxalment, a molts països industrialitzats el nombre de metges disminuirà entre el 2010 i el 2030, a causa d'una mala gestió col·lectiva del cos professional durant els anys setanta i vuitanta. De fet, entre el 1970 i el 1990 (o més tard segons els països) el nombre de doctors en medicina que sortien de les facultats era molt alt. Aquestes promocions multitudinàries arribaran a l'edat de la jubilació a partir del 2005 o el 2010. Així, durant el període 2010-2030, el nombre de metges que deixaran de treballar cada any serà molt superior al nombre de nous metges. En conseqüència, el nombre de metges en activitat disminuirà molt. Aquest fenomen, comú a molts països industrialitzats, provocarà una asfíxia excepcional del sistema sanitari, a menys que, des d'avui mateix, es comencin a prendre mesures per atenuar-ne els efectes.

**Annex. Enquesta anual de l'Organització Mundial de la Salut sobre el personal sanitari (versió en anglès del qüestionari)\***

**The annual questionnaire on health manpower of the World Health Organization (until 1983)**

Category of personnel and level of education (1)	Personnel to be included in the data and information on the duration of general and technical education (2)	As of _____ Year	
		Total number (3)	of which: in government services (4)
<b>1. Physicians</b> High (university) level	All graduates of a medical school or faculty actually working in your country in any medical field (practice, teaching, administration, research, laboratory, etc.)  Do not include stomatologists who are not physicians (sec No.4).	_____	_____
<b>2. Medical assistants</b> Middle level  Title(s) used in your country: Medical assistants Feldshers  Other(s) (specify): _____ _____	Personnel performing duties ranging from simple curative procedures for common diseases to wider medical care that may include a variety of diagnostic, curative and preventive practices. These personnel have no medical education of university level or equivalent. The minimum requirements for their education and training in your country are:  Duration of general education: _____ Duration of technical education and training: _____	_____	_____
<b>3. Multipurpose health auxiliaries</b> (basic level)  Title used in your country: Barefoot doctors Village health auxiliaries  Other(s) (specify): _____ _____	Personnel who may have no more than elementary general education and a few months of in-service training and who provide basic health services at the village level.  Do not include here practitioners of traditional medicine (to be classified under No.29)	_____	_____
<b>4. Dentists/Dental surgeons</b>  (a) High (university) level  (b) Middle (non-university) level	(a) All graduates of a dental school (or faculty of odontology or stomatology) actually working in your country in any dental field  (b) Personnel qualified from a dental school of non-university level and licensed to practise dentistry in your country	_____	_____
<b>5. Dental operating auxiliaries</b>  Title(s) used in your country: Dental hygienists School dental nurses Dental therapists  Other(s) (specify): _____ _____	Personnel performing a limited range of diagnostic, preventive, and curative services in dentistry. These personnel usually do not have complete dental education of university level or equivalent. The minimum requirements for their education and training in your country are:  Duration of general education: _____ Duration of technical education and training: _____	_____	_____
<b>6. Dental non-operating auxiliaries</b>  Title(s) used in your country: (a) Dental laboratory technicians (b) Dental chairside assistants  Other(s) (specify): _____ _____	Dental non-operating auxiliaries who assist dentists and dental operating auxiliaries in their clinical work but who do not carry out any independent intra-oral procedures. These dental personnel usually have technical training either in formal courses or by apprenticeship.	_____	_____

\* Aquesta enquesta es va dur a terme cada any fins al 1983.

<b>7. Pharmacists/Chemists.</b> <b>High (university) level</b>	All graduates of a faculty or school of pharmacy actually working in your country in pharmacies, hospitals, laboratories, industry, etc.		
<b>8. Pharmaceutical assistants.</b> <b>Middle level</b>  Title(s) used in your country: Pharmaceutical assistants Pharmaceutical dispensers Dispensing assistants  Other(s) (specify): _____ _____	Personnel assisting in pharmacies, hospitals, or dispensaries to make and dispense medicaments, under the supervision of a pharmacist. These personnel do not have pharmaceutical education of university level or equivalent. The minimum requirements for their education and training in your country are: Duration of general education: _____ Duration of technical education and training: _____ Do not include here single-skill aides (to be classified under No 28)		
<b>9. Veterinarians / Veterinary surgeons.</b> <b>High (university) level</b>	All graduates of a faculty or school of veterinary medicine actually working in your country in any field of veterinary activity, including teaching and public health.		
<b>10. Animal health assistants.</b> <b>Middle level</b>  Title(s) used in your country: Veterinary assistants Veterinary attendants Stock inspectors  Other(s) (specify): _____ _____	Personnel carrying out limited diagnostic, preventive, and curative veterinary services. These personnel have no veterinary education of university level. The minimum requirements for their education and training in your country are: Duration of general education: _____ Duration of technical education and training: _____ Do not include here single-skill aides (to be classified under No 28)		
<b>11. Professional midwives.</b> <b>High level</b>  (a) Non-nurse midwives (b) Nurse-midwives	All graduates of a midwifery school actually working in your country in any field of midwifery (practice in institutions and community health services, teaching, administration, private practice, etc.). Duration of general education required: _____ Duration of technical education and training required: _____ Duration of general education required: _____ Duration of nursing education and training required: _____ Duration of midwifery education and training required: _____		
<b>12. Assistant midwives / auxiliary midwives.</b> <b>Middle level</b>  Title(s) used in your country: Assistant midwives Auxiliary midwives Practical midwives Rural midwives  Other(s) (specify): _____ _____	Personnel carrying out midwifery duties in normal obstetrics, in institutions and other health services, in principle under the supervision of a professional midwife. These personnel do not have the full education and training of a professional midwife. The minimum requirements for their education and training in your country are: Duration of general education: _____ Duration of technical education and training: _____ Do not include here single-skill aides (to be classified under No 29)		
<b>13. Auxiliary nurse-midwives.</b> <b>Middle level</b>  Title(s) used in your country: Auxiliary nurse-midwives Community nurses  Other(s) (specify): _____ _____	Personnel performing certain nursing duties and midwifery duties in normal obstetrics, in principle under the supervision of a professional nurse or midwife. These personnel have simpler education and training in nursing and midwifery than the professional nurse-midwife. The minimum requirements for their education and training in your country are: Duration of general education: _____ Duration of nursing education and training: _____ Duration of midwifery education and training: _____		
<b>14. Professional nurses.</b> <b>High level</b>	All graduates of a nursing school working in your country in any nursing field (general nursing, specialized clinical nursing services in mental health, paediatrics, cardiovascular diseases, etc.; public health or occupational health, teaching, administration, research, etc.). These personnel are qualified and authorized to provide the most responsible and competent professional nursing service. Duration of general education required: _____ Duration of technical education and training required: _____ Do not include here nurse-midwives already included under No. 11b)		

<p><b>15. Assistant nurses / auxiliary nurses. Middle level</b></p> <p>Title(s) used in your country: Assistant nurses Auxiliary nurses Practical nurses</p> <p>Other(s) (specify): _____ _____</p>	<p>Personnel providing general patient care of a less complex nature in hospitals and other health services, in principle under the supervision of a professional nurse. These personnel do not have the full education and training of a professional nurse. The minimum requirements for their education and training in your country are: Duration of general education: _____ Duration of technical education and training: _____</p>		
<p><b>16. Nursing and midwifery aides. Basic level</b></p> <p>Title(s) used in your country: Nursing aides Midwifery aides Oderlies Attendants</p> <p>Other(s) (specify): _____ _____</p>	<p>Personnel performing specified non-technical tasks in institutions or community health services under nursing supervision. These personnel usually have on-the-job or short training.</p>		
<p><b>17. Physiotherapists / Physical therapists</b></p>	<p>Professional personnel treating patients by exercise, physical means, and massage, usually as prescribed by a physician. Duration of general education: _____ Duration of technical education and training: _____</p>		
<p><b>18. Medical laboratory technicians. High-level technicians</b></p> <p>Title(s) used in your country: Medical laboratory technicians</p> <p>Other(s) (specify): _____ _____</p>	<p>Professionals who have graduated from a school for laboratory technicians and work under the responsibility of a scientific or medical specialist. They also participate in the supervision, teaching and training of subordinate technical personnel. Duration of general education required: _____ Duration of technical education and training required: _____</p>		
<p><b>19. Assistant medical laboratory technicians. Middle-level technicians</b></p> <p>Title(s) utilized in your country: Medical laboratory assistants Assistant laboratory technicians</p> <p>Other(s) (specify): _____ _____</p>	<p>Auxiliary technical laboratory personnel working under the supervision of a professional laboratory technologist or technician. These auxiliary personnel do not have the full training and theoretical knowledge of the professional. The minimum requirements for their education and training in your country are: Duration of general education: _____ Duration of technical education and training: _____ Do not include here single-skill aides (to be classified under No 28)</p>		
<p><b>20. Medical physicists. High (university) level</b></p> <p>Title(s) used in your country: Hospital physicists Medical radiological physicists</p> <p>Other(s) (specify): _____ _____</p>	<p>All graduates of a university or faculty of natural science with qualifications in physics and mathematics and special education and training in the field of medical physics.</p>		





<b>27. Other technical personnel</b>  Examples: Cardiology technicians Encephalographers Opticians Orthopaedic technicians Hearing aid technicians Health statistical technicians Medical record technicians	Technical personnel in the health field not classifiable under previous items. Specify the occupations included under this item:  _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																														
<b>28. Other health auxiliaries and aides</b>  Examples: Microscopists Laboratory aides Dark-room assistants	Health auxiliaries not classifiable under previous items, who generally have not more than primary general education and an elementary technical training by apprenticeship or in-service training. Specify the personnel included under this item:  _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____																														
<b>29. Practitioners of traditional medicine / midwifery</b>  Examples: Herb doctors Ayurvedic doctors Lay medical practitioners Medicine men Acupuncturists Traditional birth attendants	Specify the categories of personnel included under this item:  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Level of education</th> <th rowspan="2">Total number</th> </tr> <tr> <th>Graduate from a school</th> <th>Elementary training only</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>			Level of education		Total number	Graduate from a school	Elementary training only	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Total number  _____ _____ _____ _____ _____ _____
	Level of education			Total number																													
	Graduate from a school	Elementary training only																															
_____	_____	_____	_____																														
_____	_____	_____	_____																														
_____	_____	_____	_____																														
_____	_____	_____	_____																														
_____	_____	_____	_____																														
_____	_____	_____	_____																														

Further information regarding the coverage of the data

Do the data in column (4) include full-time personnel of all government services at all levels, particularly military personnel?

YES  NO  NOT KNOWN

If the answer is NO, please specify which government services personnel are included:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ANNEX V

---

ELS CIUTADANS  
I LES PROFESSIONS SANITÀRIES:  
CAP A UN NOU CONTRACTE SOCIAL

**Estudi per al Departament de Sanitat i Seguretat Social,  
per a l'elaboració del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya**

**Olinda Anía  
Pilar Brugulat**

Barcelona, juliol de 2002

**Nota de les autores**

En aquest document, els gèneres masculí i femení designen tant les dones com els homes, i l'ús d'un gènere o altre respon a la parla col·loquial.

En parlar de la relació entre metge i pacient, es reflecteix l'ús que d'aquestes paraules fan els participants en l'estudi i poden referir-se a la relació amb altres professionals sanitaris. Bàsicament es fa referència a dos tipus de professionals en l'àmbit de la sanitat, els metges (de família i especialistes) i les infermeres i, eventualment, els farmacèutics, per la qual cosa qualsevol aproximació a altres professions sanitàries requerirà estudis específics.

Ciudadans, usuaris i pacients són termes utilitzats en aquest estudi. Els participants s'expressen, segons el cas, com a ciudadans i també com a potencials usuaris de la sanitat i/o pacients.

**Institucions promotores**

Departament de Sanitat i Seguretat Social  
Institut d'Estudis de la Salut

**Estudi impulsat per encàrrec de:**

Òrgan Tècnic per a l'Elaboració del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries

**Autores**

Olinda Anía. Departament de Sanitat i Seguretat Social  
Pilar Brugulat. Departament de Sanitat i Seguretat Social

**Assessorament metodològic i tractament de la informació**

Jordi Sanz. Universitat Autònoma de Barcelona

**Conducció dels grups de discussió**

Eulàlia Masachs, Esperança Marsó

**Realització de les entrevistes**

Olinda Anía, Pilar Brugulat, Jordi Pagès, Joan Lluís Piqué

**Support logístic a l'estudi**

Alicia Virloto

**Participants**

Ramona Albaladejo, José Alonso, Margarita Álvarez, Joana Arbues, Montserrat Artigas, M. José A. Lafuente, Oscar Barceló, Lourdes Bascones, Ramon Bergós, Eric Bertran, Carmen Biosca, Carme Bonet, Emilia Briones, María Casado, Agustina Casanova, David Cerezo, Rosa Climent, Belén Cruzado, Eva Ma.Cruzado, Julian De Blas, Assumpció Dernís, Mariola Díaz, Núria Díaz, Milagros Domínguez, Carme Dotras, Ma. Neus Duran, Vicky Fernández, Isabel Fernández, M. Assumpta Fontanills, Maria Fornos, Assumpció González-Mestres, Pilar González, Olga González, Emilia González, Verónica Herrero, Ana Herrero, Carla Jané, Cristina Juanpera, Amparo Longares, Mónica López, Maria Maestre, Màrius Morlans, Gemma Nadal, Anna Navarro, Joan Palet, M. Dolors Pérez, Montserrat Porta, Carmen Quereda, Pilar Rodríguez, Carlos Rojas, Joan Roma, M. Carme Sabater, Maria Sáez, Magdalena Sananton, Adela Sananton, Lluís Sánchez, Sacramento Solé, Joaquim Soler, Joan Subirats, Ana M. Vargas

**Agraïments**

Lupicinio Iñiguez, Josep M. Martínez Carretero, Antònia Medina, Elisa Sécui, per les seves aportacions i col·laboració, i al Centre Cívic Pati Llimona que va cedir els espais per a la realització dels grups de discussió.

## Continguts

### Presentació

#### 1. Introducció

#### 2. Objectius de l'estudi

#### 3. Objecte de la perspectiva qualitativa en l'anàlisi de la realitat social

#### 4. La veu de la ciutadania

##### 4.1 Grups de discussió

###### 4.1.1 Justificació metodològica i descripció tècnica

###### 4.1.2 Anàlisi dels grups de discussió

##### 4.2 Entrevistes amb informadors clau

###### 4.2.1 Justificació metodològica i descripció tècnica

###### 4.2.2 Anàlisi de les entrevistes

#### 5. Necessitat d'un nou contracte social entre les professions sanitàries i la ciutadania

#### 6. Apunts finals. Elements clau del canvi

#### Referències bibliogràfiques

## Presentació

Ara fa dos anys vam iniciar l'elaboració del *Llibre blanc de les professions sanitàries* (LBPS). És aquest un projecte del Departament de Sanitat i Seguretat Social que respon a la necessitat de disposar d'una eina per a la planificació, la formació, el desenvolupament i la gestió dels recursos humans del sistema sanitari, l'objectiu del qual és aportar recomanacions adreçades als poders polítics, educatius i econòmics i, alhora, introduir elements de diàleg entre professionals i ciutadans.

s'ha pretès posar en marxa un procés que comptés amb la participació de les organitzacions, els professionals i els ciutadans, que fos dinàmic i orientat al futur i que, partint de les necessitats de salut de la població i tenint-ne en compte les expectatives i opinions, contribuís a introduir els canvis imprescindibles.

Aquesta monografia resumeix en bona part l'esmentada voluntat de participació. Es presenten els resultats d'un treball de recerca dut a terme específicament per a l'elaboració de l'LBPS. Hi han participat persones que, des de la seva condició de ciutadans, potencials usuaris o pacients, han volgut donar veu a les seves experiències, opinions i visió del futur pel que fa a temes que són d'importància cabdal en la seva vida: la salut, la malaltia i aquells que en tenen cura, com són els professionals de la salut.

El nostre reconeixement als ciutadans que han participat i col·laborat en aquest projecte ja que ens han proporcionat una informació de gran valor per conèixer millor les seves expectatives, inquietuds i perspectives pel que fa a la seva relació amb els professionals sanitaris i també amb el conjunt del sistema sanitari.

Les seves aportacions han permès introduir dimensions que, segons el nostre parer, no podien ser ignorades en un projecte com l'LBPS i que han de contribuir a redefinir un nou marc de relació entre el conjunt de la societat i els agents implicats en el manteniment i la millora de la salut, les institucions, els professionals i els ciutadans.

**Albert Oriol i Bosch**

Director del projecte de l'LBPS  
Barcelona, juliol de 2002

## 1. Introducció

El sistema sanitari català ha experimentat en els darrers decennis una profunda transformació estructural, funcional i de model per tal d'encarar les demandes creixents de la població en un context de recursos limitats i en constant evolució científica i tecnològica. La voluntat de situar el ciutadà com a eix del sistema i l'orientació dels serveis cap a la satisfacció de les necessitats de salut i expectatives dels ciutadans, d'acord amb els principis d'equitat, eficiència i qualitat, es troben entre el canvis més destacats.

Com a conseqüència del progressiu desenvolupament socioeconòmic i del major accés a la informació, l'actitud dels ciutadans envers la salut i el sistema sanitari ha evolucionat. s'observa com, cada cop més, tenen un major grau de consciència i responsabilitat pel que fa a la salut i mostren la voluntat de ser protagonistes de les decisions que els afecten ja que entenen que la presa de decisions en matèria de salut no ha de recaure solament en els professionals sanitaris i l'Administració.

Aquest treball s'inscriu en el projecte estratègic del Departament de Sanitat i Seguretat Social del Llibre blanc de les professions sanitàries<sup>1</sup> (LBPS), que ha de ser l'eina de referència per a la planificació, la formació, el desenvolupament i la gestió dels recursos humans del sistema sanitari i que alhora ha de contribuir a generar un nou consens social entre els ciutadans i els professionals sanitaris.

Un dels criteris bàsics que ha d'orientar les professions sanitàries en el futur és considerar el ciutadà i les seves necessitats de salut i expectatives com un eix central. Els ciutadans en general i els usuaris dels serveis sanitaris són sovint convidats a manifestar la seva opinió mitjançant enquestes d'opinió i altres tipus d'estudis, que és una pràctica habitual per a la detecció de necessitats i avaluació dels resultats del sistema així com també un mecanisme de participació ciutadana. A Catalunya es disposa de la informació que aporten estudis d'opinió i satisfacció duts a terme amb metodologies diverses<sup>2,3</sup>. Amb la finalitat d'aprofundir en el coneixement de les opinions, percepcions i expectatives dels ciutadans i usuaris amb relació a les professions sanitàries i alhora obtenir-ne la participació s'ha dut a terme aquesta recerca qualitativa que, mitjançant el desenvolupament de grups de discussió i entrevistes, ha permès identificar aspectes de la relació dels usuaris amb els professionals sanitaris que sovint no afluïren en altres tipus d'estudi.

Els resultats obtinguts són de gran interès perquè introdueixen elements per a la reflexió i aporten noves dimensions per al coneixement d'un tema tan complex com és la visió que els ciutadans tenen de la salut, la malaltia i els professionals de la sanitat. A més, se'n poden derivar propostes innovadores i d'interès per a les organitzacions, els professionals i els ciutadans.

La monografia s'estructura en sis apartats. El primer, de caràcter introductori, emmarca aquest treball en el projecte de l'LBPS i expressa la preocupació per afavorir la participació i per millorar el coneixement de la relació dels ciutadans amb els professionals sanitaris.

El segon i tercer apartats plantegen, respectivament, els objectius del treball de recerca i la justificació que té la utilització de la perspectiva qualitativa com a metodologia per a l'estudi d'una realitat social, com és la relació entre ciutadans i professionals sanitaris, i s'hi descriuen les tècniques qualitatives, els grups de discussió i les entrevistes realitzades.

La veu dels ciutadans es recull en el quart capítol. Es divideix en dos apartats i conté, respectivament, l'anàlisi de les transcripcions literals del material obtingut en les sessions dels grups de discussió i de les entrevistes, que s'il·lustren amb els fragments més significatius.

El cinquè capítol pren com a punt de partida els resultats de l'anàlisi i la literatura existent, articula una reflexió al voltant dels aspectes emergents i rellevants en la relació dels usuaris amb els professionals sanitaris, bàsicament metges i infermeres, i planteja la necessitat d'un nou contracte social entre els ciutadans i les professions sanitàries.

Els elements clau del canvi en la redefinició d'aquest contracte social s'apunten en el sisè i darrer capítol d'aquest estudi.

## 2. Objectius

- Explorar i analitzar els valors i qualitats que els ciutadans identifiquen i esperen trobar en els professionals sanitaris.
- Identificar i analitzar els elements i aspectes que poden contribuir a la redefinició d'un nou contracte social entre els professionals i els ciutadans.
- Incorporar la participació ciutadana en el procés d'elaboració de l'LBPS.

## 3. Objecte de la perspectiva qualitativa en l'anàlisi de la realitat social

La relació assistencial del ciutadà amb el sistema sanitari es pot abordar a partir d'una posició qualitativa, orientada a l'estudi dels processos de producció i reproducció de l'acció social mitjançant el llenguatge i la seva dimensió simbòlica, que és la que ha estat emprada en aquest estudi. Els discursos ens situen en l'esfera complementària d'allò quantitatiu i poden ser definits com a combinacions de signes gràcies als quals els individus expressen sentiments personals i significats intersubjectius que donen sentit a una col·lectivitat.

La metodologia quantitativa és també una possible via per estudiar la realitat social, i si bé la quantificació és un aspecte que no pot ser oblidat en cap estudi social, és tan sols una posició, una manera de mirar la relació entre el ciutadà i el sistema de salut. Catalunya disposa d'informació obtinguda en enquestes i estudis duts a terme amb aquesta metodologia<sup>2</sup> que han estat analitzats i incorporats al marc teòric d'aquest estudi.

La posició qualitativa<sup>4,5,6,7,8</sup> aborda les diferents formes d'interacció grupal que s'estableixen en un espai social concret, tant des del punt de vista de la consideració de les relacions derivades de la seva estructura organitzacional i institucional com des de la seva percepció de les relacions en la vida social. d'aquesta manera, s'investiguen les relacions quotidianes a partir de la dinàmica interpersonal d'accions i comunicacions que es creen en la realitat social, com un conjunt de patrons intersubjectius i narratius, això és, com un sistema de mètodes i rituals difosos que utilitzen els membres de la comunitat per construir el seu món social diari. En aquest estudi aquesta investigació qualitativa s'ha dut a terme a partir de la realització de grups de discussió i d'entrevistes en profunditat.

Stake situa les diferències entre la investigació qualitativa (sensibilitat interpretativa) i la investigació quantitativa (rigor metodològic conceptual) en tres aspectes fonamentals: la distinció entre explicació i comprensió com a propòsit del procés d'investigació, entre el paper personal i impersonal que pot adoptar l'investigador i entre coneixement descobert i coneixement construït.

### Quadre 1. Diferències entre investigació quantitativa i qualitativa

	Investigació quantitativa	Investigació qualitativa
Finalitat de la investigació	Explicació, descripció	Comprensió, significat
Paper de l'investigador	Impersonal	Implicació
Coneixement	Descobert	Construït

Tant l'aproximació quantitativa (enquestes, estadístiques tancades i precodificades, tests...) com la qualitativa (històries de vida, entrevistes, grups de discussió...) troben els seus límits i també la seva complementarietat en moure's en esferes diferents de la realitat social (fets socials i discursos). La dicotomia entre les metodologies quantitatives i qualitatives se supera amb un pluralisme metodològic que diversifiqui les formes d'aproximació a la realitat social.

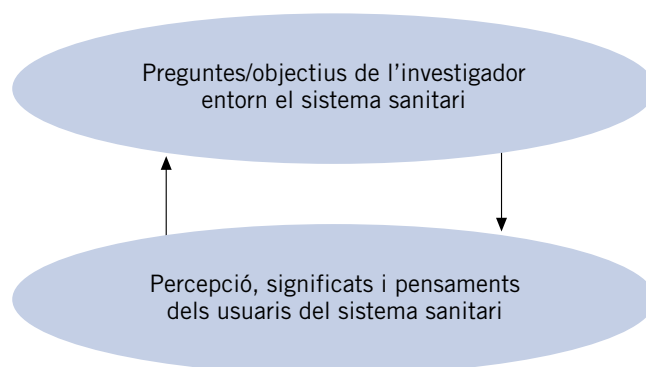
La investigació qualitativa és aquella que:

- Pretén aconseguir una visió global i integrada del context de l'objecte d'estudi.
- Intenta copsar les percepcions dels actors des de dins, a través d'un procés de profunda atenció, de comprensió empàtica i de ruptura amb les preconcepcions sobre els tòpics de la discussió.
- Pretén identificar temes i expressions que poden ser revisats amb els informants, però que han de conservar el seu format original a través de l'estudi.
- Es realitza a partir de situacions quotidianes de les persones o grups.
- Explica les maneres com les persones en situacions quotidianes comprenen, narren i actuen.
- Genera interpretacions diverses a partir d'un marc teòric existent.

Un cop revisada prèviament la bibliografia<sup>10,11,12,13</sup> sobre els ciutadans i les professions sanitàries, la metodologia qualitativa emprada en aquest estudi pretén explorar els discursos dels ciutadans participants en els grups de discussió i protagonistes de les entrevistes, amb la finalitat de generar noves hipòtesis i línies de treball.

L'existència d'un marc teòric adient com a guia per respondre les preguntes de recerca formulades, la definició dels objectius i el respecte a l'estructura interna dels materials obtinguts en els grups de discussió i les entrevistes, que en definitiva és l'estructuració de sentit que l'usuari del sistema sanitari fa, han estat les principals referències en aquest estudi. Els paradigmes d'anàlisi qualitativa que milloren responen a aquest enfocament són l'anàlisi de contingut i de discurs.

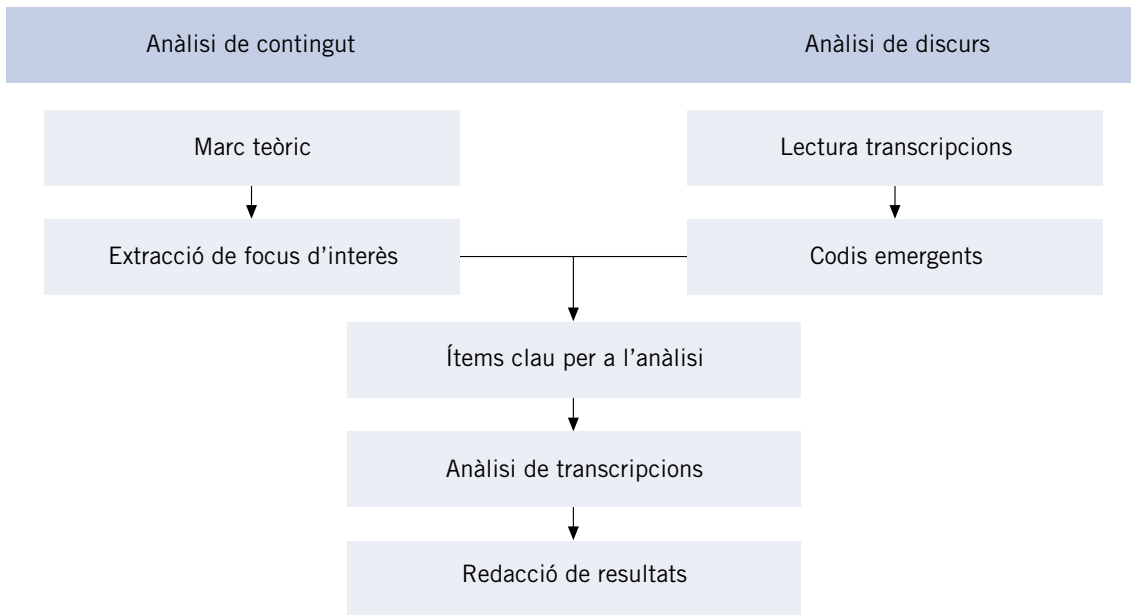
L'anàlisi de contingut, d'una banda, permet treballar a partir d'un marc teòric adient i establir uns objectius clars en la investigació. És a dir, saber (1) quines són les preguntes que guien la investigació del sistema sanitari i el ciutadà, i (2) quins són els tòpics que interessa estudiar en les diferents metodologies (grups de discussió i entrevistes en profunditat).



L'anàlisi del discurs, d'altra banda, permet abordar la producció de significats tal com sorgeixen del seu context més immediat. És a dir, permet (1) copsar l'heterogeneïtat de significats que el ciutadà pot tenir de la seva relació amb el sistema sanitari a partir de les seves pràctiques quotidianes, (2) recollir els significats emergents, els que no té en compte el nostre marc teòric, i (3) incloure l'opinió del ciutadà en la producció del coneixement sobre la seva relació amb el sistema sanitari.



## Quadre 2. Anàlisi de contingut i de discurs



310

### Metodologia. Resum

- Revisió bibliogràfica sobre la relació del ciutadà amb el sistema sanitari
- Revisió bibliogràfica sobre la relació del ciutadà amb el sistema sanitari
- Plantejament de les qüestions de recerca i dels objectius: focus d'interès
- Realització dels grups de discussió i de les entrevistes amb profunditat
- Transcripcions literals de les sessions
- Lectura de les transcripcions
- Extracció de codis emergents de les transcripcions i contrast amb els dels focus d'interès de l'estudi
- Identificació dels ítems clau per a l'anàlisi
- Anàlisi
- Redacció de resultats

## 4. La veu de la ciutadania

### 4.1 Grups de discussió

#### 4.1.1 Justificació metodològica i descripció tècnica

En els darrers anys, la tècnica del grup de discussió ha estat molt utilitzada tant en la investigació de mercats com en els estudis qualitius en general. El grup de discussió es defineix com un projecte de conversa socialitzada en el qual la producció d'una comunicació grupal serveix per captar i analitzar discursos de les representacions simbòliques que s'associen a qualsevol fenomen social.

Els imaginaris socials són emergents i constitueixen els marcs referencials que delimiten maneres de pensar individuals, i posen en relació la societat en general amb les actuacions individuals. El grup de discussió intenta explorar els universos lingüístics dels individus, en situacions comunicatives reals i actives, en la mesura que aquests universos transcendeixen l'experiència comunicativa immediata i es presenten com a codis que construeixen la forma històrica de viure i veure la realitat social mateixa.

El grup de discussió consisteix a reunir un reduït grup de persones que comenten i debaten sobre una sèrie de temes, induïts en la dinàmica interactiva per un conductor o moderador formal de la reunió. El grup de discussió és una tècnica d'investigació qualitativa de caràcter grupal, reproduïx en un context tancat el que passaria en un altre lloc i es considera que els participants aporten opinions del grup que representen.<sup>14</sup>

#### Quadre 3. El grup de discussió

Avantatges	Inconvenients
<p>Flexibilitat: es pot utilitzar per explorar una gran varietat de temes, amb persones diferents i en ambients diversos.</p> <p>Emergència de discursos que no procedeixen directament de la construcció teòrica de la pregunta de l'estudi.</p> <p>Interacció grupal: la situació del grup supera la figura de moderador-conductor grupal i facilita l'emergència d'una varietat d'imaginari socials sobre l'objecte d'estudi proposat.</p>	<p>Artificialitat: pels escenaris creats per al diàleg grupal.</p> <p>Menor control sobre les dades generades: dificulta la comparació dels resultats.</p>

El tipus de material que produeix aquesta tècnica d'investigació és, òbviament, qualitatiu i acostuma a ser objecte d'anàlisi de contingut i d'anàlisi de discurs. El seu objectiu fonamental és l'estudi de les representacions socials (sistemes de normes i valors, imatges associades a institucions, col·lectius o objectes, tòpics) que sorgeixen a partir de la confrontació discursiva dels seus membres.

Per tal de generar un debat ric i que aportí arguments, el grup no ha de ser homogeni, pel que fa a criteris d'adhesió o no, a l'objecte del debat, si bé s'ha d'evitar una excessiva heterogeneïtat socioeconòmica i cultural. Es considera que el nombre de participants s'ha de situar entre 8-10 persones i es recomana dur a terme la sessió en un lloc neutre i agradable per tal d'afavorir el debat. La sessió s'enregistra, la seva durada no ha de ser superior a cinquanta minuts i és conduïda per un moderador.

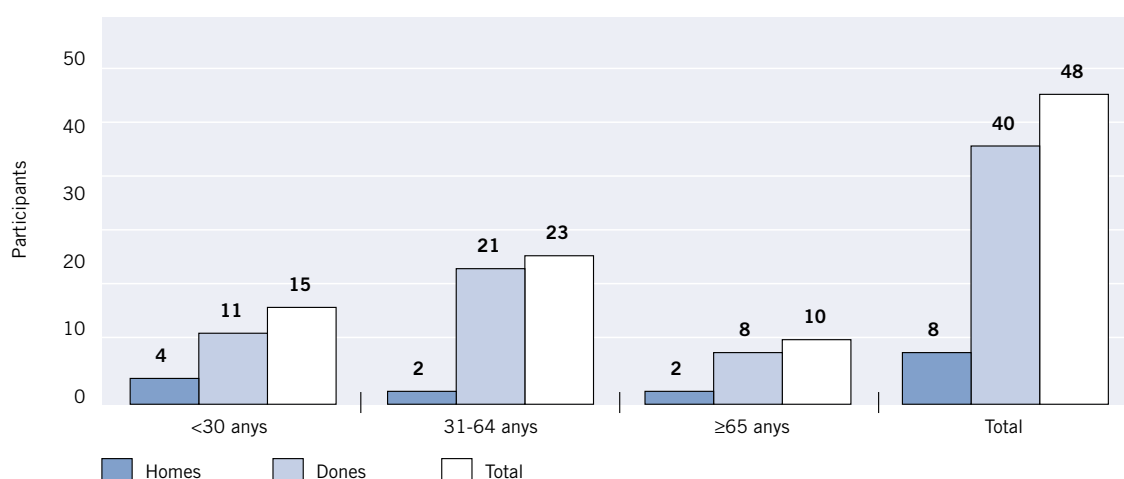
En el nostre estudi, per a la selecció dels participants en els grups de discussió s'ha utilitzat la tècnica anomenada "bola de neu", que consisteix a contactar amb els participants mitjançant "tercers". Aquesta tècnica, a més d'un avantatge econòmic, té el punt positiu d'oferir una recerca de participants a partir de relacions informals que generen un nivell de confiança i que asseguruen una dinàmica de participació activa en el desenvolupament dels grups de discussió. Es van considerar l'edat, el sexe i

l'ocupació com a criteris de selecció. En el cas que el participant fos mestressa de casa, es va considerar l'ocupació del cònjuge, i en el cas que fos una persona jubilada, es va considerar l'ocupació que tenia abans de la jubilació. Un cop identificats, els possibles participants eren telefonats per tal de presentar-los amb més detall el projecte i concretar la seva participació.

Van participar (gràfic 1) 48 persones distribuïdes en cinc grups, de les quals 40 eren dones i 8 homes. El predomini femení, de les persones que finalment van acceptar participar en els grups de discussió, porta a considerar que el tema objecte d'estudi té molt a veure amb el paper que té la dona en el nostre entorn pel que fa al manteniment i l'atenció a la salut de la família: en té cura en cas de malaltia, fa de mitjanera en les relacions amb els serveis assistencials i és qui aplica les indicacions d'aquests. L'Enquesta de salut de Catalunya<sup>2</sup> va posar de manifest el paper de cuidadora de la dona, ja que segons es declara, les dones són les que es fan càrrec dels infants quan estan malalts (75%) i de la gent gran en aquesta mateixa situació (43,4%).

Els grups es van reunir durant el mes d'abril de l'any 2001 al Centre Cívic Pati Llimona de Barcelona i les sessions van ser moderades per persones expertes en la conducció de grups.

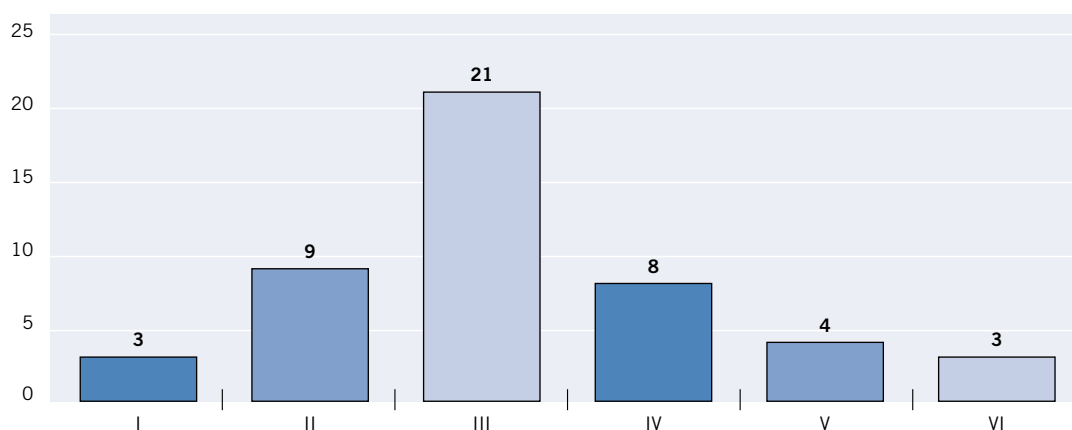
**Gràfic 1. Participants en els grups de discussió segons grup d'edat i sexe**



Els focus d'interès per a la discussió es resumeixen en el quadre 4 i responen als següents objectius:

- Copsar quina és la imatge que l'usuari té del servei de salut i dels professionals amb els quals es relaciona.
- Conèixer la percepció sobre el grau de satisfacció entre les seves expectatives i l'atenció que rep.
- Comprendre la percepció de l'usuari sobre la competència tècnica dels diferents professionals amb qui es relaciona.
- Conèixer com canalitza l'usuari els seus problemes de salut.

**Gràfic 2. Participants en els grups de discussió segons la categoria de classe social<sup>15</sup>**



- I. Directius de l'Administració i de les empreses (excepte els inclosos en el punt II). Alts funcionaris. Professions liberals. Tècnics superiors.
- II. Directius i propietaris gerents del comerç i dels serveis personals. Altres tècnics (no superiors). Artistes i esportistes.
- III. Quadres i comandaments intermedis. Administratius i funcionaris en general.
- IV. Treballadors manuals qualificats de la indústria, el comerç i els serveis. Treballadors manuals semiqualficats de la indústria, el comerç i els serveis.
- V. Treballadors no qualificats.
- VI. Altres (estudiants...).

**Quadre 4. Focus d'interès per a la discussió**

- La relació del ciutadà amb el professional sanitari en aspectes com ara el tracte, la confidencialitat, el grau de confiança i el confort en la relació.
- Aspectes de comunicació i informació. Valoració de la informació que es transmet i les habilitats socials i comunicatives dels professionals.
- Capacitat de resolució i satisfacció de les necessitats. Valoració del professional pel que fa a la competència professional i als coneixements tècnics.
- Professionals sanitaris amb els quals es relaciona i utilització de recursos, vehiculització de demandes i problemes de salut, valoració de la satisfacció de necessitats.

### 4.1.2 Anàlisi dels grups de discussió

El material dels grups de discussió enregistrat ha estat transcrit literalment per a la seva posterior lectura i anàlisi. d'acord amb aquest material, s'han construït una sèrie de codis emergents (quadre 5) que recullen l'heterogeneïtat de significats dels participants en la seva relació amb el sistema sanitari i que, posats en relació amb els focus d'interès (quadre 4) establerts per l'equip investigador segons el marc teòric, han permès definir els ítems clau per a l'anàlisi (quadre 6). El procés d'anàlisi dels grups de discussió ha combinat l'anàlisi de contingut i el de discurs.

l'anàlisi del discurs ha permès abordar la producció de significats tal com sorgeixen del seu context més immediat:

- copsant l'heterogeneïtat de significats dels diferents participants i a partir de les seves experiències quotidianes amb el sistema sanitari,
- incorporant l'opinió del ciutadà en la producció del coneixement sobre la seva relació amb el sistema sanitari, i extreure els codis emergents que complementen el focus d'interès establert en l'anàlisi de contingut.

#### Quadre 5. Codis emergents dels grups de discussió

##### **Temps d'espera**

Vivència de l'usuari pel que fa a la no-immediatesa en la resolució dels seus problemes de salut.

##### **Relació metge/pacient**

Percepció de l'usuari de la qualitat de la relació; recull les expectatives que l'usuari té sobre aquesta relació.

##### **Condicionants de la relació assistencial**

Aspectes externs de la relació metge/pacient, percebuts per l'usuari i que influeixen en aquesta relació.

##### **Actitud de l'usuari envers la utilització dels serveis sanitaris**

Percepció i consciència que té l'usuari de l'ús que ell mateix fa dels serveis sanitaris.

##### **Competència tècnica/clínica**

Percepció que té l'usuari davant la capacitat/coneixements del professional per a donar resposta al seu problema de salut.

##### **Figures i rols professionals**

Imatge que l'usuari té dels referents professionals del sistema sanitari.

##### **Imatge professional**

Atributs, qualitats, valors que, segons l'usuari, té el professional ideal.

La relació entre els focus d'interès sorgits del marc teòric consultat i els codis emergents ha permès definir els ítems clau per a l'anàlisi dels grups de discussió.

## Quadre 6. Ítems clau per a l'anàlisi dels grups de discussió

### A. Imatge dels professionals sanitaris

Figures i rols professionals  
Competència tècnica i clínica

### B. Relació metge/pacient

Informació, comunicació i tracte

### C. Condicionants de la relació assistencial

Massificació  
Temps d'espera  
Burocràcia

### D. L'usuari i la utilització dels serveis sanitaris

Canalització dels problemes  
Possibilitat d'elecció

### E. El professional ideal

Característiques i perfil

A continuació es desenvolupen els ítems clau per a l'anàlisi, que s'il·lustren amb fragments literals de les transcripcions dels grups de discussió.

### A. La imatge dels professionals sanitaris

- Figures i rols professionals
- Competència tècnica i clínica

Recull la visió i la percepció que té el ciutadà del món sanitari (professionals i institucions) i de les funcions, els rols i la competència tècnica dels professionals que en formen part i incorpora les expectatives que en el nostre entorn tenen els ciutadans amb relació a l'atenció a la salut.

L'usuari considera que les organitzacions sanitàries són sovint llocs burocratitzats i despersonalitzats, on el pacient i els seus familiars es poden sentir perduts, que condicionen l'actuació dels professionals que hi treballen i en les quals es fa difícil incorporar l'aspecte humà en el procés assistencial.

"...en el moment que passes a edifici molt més gran, el tracte dels metges, que són els mateixos, i a causa de l'organització, es perd aquesta humanitat, o sigui, ells volen..."

"...han pasado ya dos semanas o tres, y no sabemos ni adivinamos quien es el doctor que le operó. Allí no sabía nadie ni quien lo había operado, ni nada. Le dieron un papel a las ocho de la tarde y no sabemos..."

"...perquè educarem el professional, però després el professional moltes vegades es troba mancat a l'hora de fer-ho com ell voldria..."

Segons les opinions recollides, la figura del metge és, per a l'usuari, el puntal bàsic de la seva relació amb el sistema sanitari i el referent principal per a la resolució dels problemes de salut. Altres professionals sanitaris ocupen posicions no tan rellevants en termes de prestigi, i apareixen més aviat com a figures de suport a la tasca assistencial i sovint com a pont de la relació amb el metge. En general, es percep que el metge de capçalera és el professional amb el qual es pot arribar a tenir més confiança per la relació que s'hi estableix al llarg del temps, que li permet conèixer la història i les condicions particulars dels pacients. És per això que els usuaris es queixen dels continus canvis de metge de capçalera, ja que afecten negativament aquesta relació.

“...la gent reclama aquella figura, la figura del metge de capçalera, una mica l'estil tradicional, que era el que t'atenia mèdicament però que coneixia la teva circumstància personal...”

“...el de capçalera és el que t'atén, el que t'escolta, el que et fa el rebut perquè vagis a l'especialista, però l'especialista és entrar i sortir...”

“...jo crec que les infermeres compensen una mica el tracte que el metge fa en la seva feina de professional, que està molt elevat, com un núvol...”

“...la infermera és la que escolta...”

“...la infermera agafa i se'n va i et trobes amb el metge sol i t'ha de punxar i t'ha de mirar la tensió i de tot. Això és un altre problema, que el metge, en estar sol està molt més saturat...”

“...la infermera ha de ser la còmplice... pot ajudar molt...”

En general, es fa una valoració positiva de la competència dels professionals i es confia en la seva preparació tècnica. L'usuari, però, fa una valoració diferent segons els nivells assistencials (atenció primària i atenció especialitzada). En general es reconeix una elevada qualificació tècnica dels professionals, sobretot dels especialistes de l'àmbit hospitalari. El metge de capçalera es valora positivament i el fet que disposi d'històries clíniques que li permetin conèixer els antecedents de l'usuari dóna confiança. d'ell s'espera que derivi a l'especialista les patologies que consideri que no pot resoldre, sense dilacions. No obstant això, emergeix també una queixa quan es considera que la derivació era innecessària. Els metges especialistes que treballen fora de l'hospital és consideren poc resolutius.

“...el professional està molt ben capacitat, és molt bo. És una llàstima el temps que tenen i és una tasca difícil. Com a professionals surten molt ben preparats, molt educats, molt ben preparats, molt de tot...”

“...mi médico de cabecera tiene apuntado lo que me ha recetado en 5 años, tiene un fichero con un historial mío y en seguida mira a ver qué es lo que he tenido durante el tiempo que me conoce. Cuando no sabe muy bien lo que tienes, lo lógico es que te manden al especialista, y yo lo prefiero a que estén divagando y te receten cosas que a lo mejor, lo que dice aquí, las miras y no las tomas y vas haciendo. No es mejor que te diga, 'mira vas al especialista ...'?”

“...si un no està bé ha d'anar al metge, al de capçalera d'entrada, si no és que ja saps que has d'anar directament a algun lloc determinat...”

“...no estoy contento con el especialista, la verdad... Que me tenga que mandar la médica de cabecera cosas que me las tiene que mandar él...”

“...m'hi he trobat, una cosa molt senzilla, la mira i diu, que la miri el cirurgià... A veure, se suposa que és metge i que és un problema senzill...”

“...els especialistes... Tens un problema, vas allà i et diuen: 'póngase esta pomada', i d'aquí una setmana o quinze dies hi tornes. Si se te n'ha anat, marxes, si no, hi tornes i et canvia la pomada!...”

“... el de capçalera és el que t'escolta, el que t'atén. A l'especialista és entrar i sortir.”

“...com em van atendre a Bellvitge no m'han tractat enlloc. Tenia les millors màquines, em van atendre perfectament. Els metges que té la Seguretat Social segurament són molt millors...”

El ciutadà exigeix la resolució dels seus problemes de salut, reclama que es posin a l'abast els mitjans humans i materials per afrontar les limitacions i els inconvenients que puguin sorgir en el transcurs del procés assistencial i considera que les restriccions es deuen a una gestió i una utilització incorrectes dels recursos existents.

“...porque no puede operar más que dos, no le permiten operar más que dos a la semana. Y si se marchan de vacaciones, tendrán que dejar a otra persona, no se va a quedar aquello...”

“...per exemple per cataractes. A la Seguretat Social se'n pot operar cada mitja hora una, i diuen que per cataractes hi ha dos anys d'espera. No ho entenc...”

En cas d'error mèdic, es reclama del professional sanitari la capacitat de reconèixer-lo, d'acceptar-lo i de saber explicar-ne el perquè adequadament. Quan conflueixen aquestes circumstàncies, són totes valorades molt positivament. El que costa d'acceptar és que no es reconegui l'error o la manca de resposta quan es demanen explicacions.

“...no donen explicacions, ells no es poden equivocar. I l'error és aquest, no dir que s'ha equivocat.”

“...jo ho vaig agrair en l'ànima quan m'ho va dir: ens ha passat això, passa de tant en tant. Jo penso que està bé que dels errors també ens n'informin. És que els metges també són humans...”

“...saber reconèixer l'error és una qualitat.”

“...vam escriure una carta a l'hospital dient noms, fins i tot per si havia pogut haver-hi negligència. No han contestat.”

## B. Relació metge/pacient

- Privacitat, informació, comunicació i tracte
- Asimetria de la relació

Recull la percepció de l'usuari de la seva relació amb el professional sanitari pel que fa als aspectes relacionats amb la privacitat, la informació, la comunicació i el tracte.

L'usuari considera que el metge és un professional capaç de fer un bon diagnòstic, però amb qui no és fàcil establir una relació de confiança, i expressa que la relació ideal hauria de combinar aspectes de qualitat tècnica i de relació humana.

“...és tenir la confiança de poder dir el que et passa o la confiança que el metge t'expliqui també, eh, les coses bones, les coses dolentes... Jo m'imagino que això ja és el tracte personal...”

Es valoren, molt positivament, aspectes com el respecte a la privacitat i l'empatia del metge respecte de la situació en què es troba el malalt i alhora la capacitat d'escoltar-lo i de tenir en compte les aportacions que aquest i les persones del seu entorn facin. El ciutadà exigeix rebre una informació adequada i comprensible sobre tot el procés assistencial (diagnòstic, evolució i tractament) i també que es consideri i es tingui en compte tant el seu punt de vista com la seva posició.

“...vaig anar al ginecòleg i quan em tenien allà posadeta comença a entrar gent. Allò semblava el metro, mitja facultat de medicina, i a mi...”

“...que s'adonin que tens sentiments i que els sentiments en aquests moments dolorosos...”

“... el médico de cabecera a veces es tu amigo, es a quien le explicas el problema que tienes y, aparte, a veces le cargas el problema de si has ido al especialista y no lo has entendido...”

“...entonces me lo explicó y me quedé tranquila, y como yo mucha gente, pues porque no he estudiado medicina.”

La relació entre el metge i el pacient és percebuda com una relació desigual i asimètrica en què la posició de metge és la que gaudeix d'un major grau de poder de decisió i de paraula. Els ciutadans, però, reclamen més autonomia en les decisions que afectin la seva pròpia salut, per la qual cosa demanen que la informació que reben sobre la seva malaltia i el tractament que reben sigui adequada i comprensible. Es considera que el professional sanitari pot guarir perquè té la formació necessària i disposa de la tecnologia adequada. Es veu el professional sanitari com algú que té accés a coneixements privilegiats, en els quals es fonamenta, i que li permeten actuar sense que un “profà” (usuari/ciutadà) el pugui rebatre.



“Penso que el metge s’hauria de posar moltes vegades a l’altra banda. El pacient no se sap explicar, però és perquè no arriba a més. Entre ell i la infermera, que hauria de ser una mica més còmplice, que la malalta no se senti tan petita i ell tant alt...”

“El metge s’hauria de posar al nivell de la persona i saber explicar-li el que té i per què ho té... Perquè dius ‘em fa mal aquí’ i si et mira, doncs de seguida sap el que és. Però com que a tu no t’ho ha explicat, doncs et dóna unes pastilles, però no tens ni idea del que passa.”

“Penso que és una professió, en què tenen una prepotència més... més habitual que en una altra professió... una elit...”

“Entonces la persona, el enfermo no somos parte; entonces hay palabras que no comprendes. Entonces vas al de cabecera para que te explique si has tenido esto, o si esto que me han dado porque lo tengo que tomar, que reacciones me puede hacer...”

“La meitat dels cops que ens queixem és perquè no ens informen. L’última experiència és que el meu germà el van operar del genoll. A les set del matí va baixar al quiròfan, va sortir del quiròfan, i a les set de la tarda encara esperàvem. Que diguin què havia passat amb el genoll.”

“De vegades t’espanta, no saps de què et parla, no s’entén. Això passa a totes les ciències, has de parlar amb un llenguatge tècnic, però mirar d’aproximar-ho al màxim al pacient...”

El ciutadà desitja poder establir amb el seu metge una relació de confiança, i es veu la sanitat privada, en cas de tenir poder adquisitiu, com un recurs per poder establir i exigir aquella relació directa amb el metge, quan no ho aconsegueix a la sanitat pública.

“...vaig arribar a la conclusió aquesta que no podien atendre de cap manera i no em donaven la confiança d’anar al metge perquè no... És que si no t’escolten no podràs saber el que tens, llavors has d’anar a parar a la medicina privada. Per poder tenir una mica més de temps, per poder explicar i que t’escoltin.”

l’usuari, davant el que considera un tracte inadequat, manifesta la seva protesta més enèrgicament quan aquest tracte prové de professionals que no són metges i que ell considera auxiliars o de suport.

“El metge té la infermera que cada 5 minuts surt de la consulta, organitzar-se no, els metges no, les noies que fan les receptes i tot això entren i surten...”

“És un personal auxiliar, que no és metge, que no recepta, que no és infermera, simplement ha de donar unes tires. No té dret a cridar, ella menys que ningú...”

### C. Condicionants de la relació assistencial

- Massificació
- Temps d’espera
- Burocràcia

Recull aquells aspectes externs de l’entorn més immediat que l’usuari manifesta que poden arribar a determinar la relació assistencial. Al·ludeixen a la massificació dels serveis, al temps d’espera per ser atès, per al diagnòstic o per al tractament, al temps de consulta de què es disposa i a la càrrega burocràtica de les organitzacions.

La massificació dels serveis sanitaris és percebuda en termes de pressió assistencial, per desajustaments entre el temps disponible i el nombre d’usuaris que ha d’atendre un professional.

“...si tenen vuitanta visites en una tarda i han de visitar cinc minuts cada pacient, evidentment, qualsevol persona, per molt metge que sigui i per molt tracte humà que tingui, no pot! Estem en un problema d’arrel que és del sistema, no del tracte de les persones, víctimes del sistema...”

“Hay palabras que no comprendes... Vas al de cabecera para que te explique: ‘esto es lo que me han dado, por qué lo tengo que tomar? qué reacciones me puede hacer?’ El médico de cabecera no te puede escuchar, hay demasiada masificación, tiene demasiados enfermos.”

“...La meva de capçalera? Va molt bé per demanar baixes. Et trobes malament? Que vols la baixa? Mira, jo crec que ha de valorar si puc anar a treballar o no, i el que tens. Diguem que vinc al metge perquè em trobo malament, jo no sé si tinc la grip, si tinc unes angines. No m’ha visitat mai. Ella diu que només té dos minuts per atendre els malalts. Espero no tenir mai res greu o que sigui tan greu com quan vaig caure per l’escala i els vaig dir a elles que... bé, et faig el volant, et faig la baixa. Em va enviar al traumatòleg i no hi tornaré a anar mai més. Me’n vaig anar amb un de *pagó*, ara em funciona regular, em va aconseguir treure el dolor i jo no hi he tornat...”

“Si una persona se encuentra sola en un hospital i necessita un orinal, como llames muchas veces ya te ponen mala cara. Yo no culpo a las enfermeras, culpo a que han reducido el personal i si había 10 y ahora hay 8 no pueden rendir como 10. Ha de tener alguien de la familia allí por si necesita el orinal o necesitas algún servicio, porque como usted llame dos o tres veces, a la cuarta ya no estás bien atendida, eh?”

El temps apareix com un element clau que condiciona la relació assistencial. Es percep com excessiva l’espera per accedir al sistema i insuficient el temps disponible per a cada visita o contacte assistencial.

El temps d’espera per ser diagnosticat o tractat genera angoixa en el ciutadà i n’altera la vida quotidiana, la qual cosa fa que l’usuari pugui adoptar una actitud bel·ligerant i exigent quan aconseguix accedir a la institució o al professional sanitari. La utilització de la sanitat privada és vista com un recurs per tal de reduir el temps d’espera i així la incertesa entre la manifestació de la patologia i el diagnòstic mèdic.

“No puc estar patint tres mesos per saber què és el que tinc a l’ull.”

“Moltes vegades és més entrar. Quan entres en un centre d’aquests grans, llavors t’atenen i et fan tot el possible. Ara que hi ha vegades que et tenen esperant. Vam anar set mesos voltant, perquè no hi havia hora d’intervenció...”

“...digo: ‘Por favor, ¿dentro de dos meses? ¡pero si ya llevo tres años así!’.”

Es creu que el poc temps de què es disposa per a la visita deteriora la confiança en la competència del professional sanitari i es tradueix en un sentiment de temor que no es puguin detectar les patologies greus. Es considera, a més, que poder disposar de temps és un requisit per donar i rebre uns serveis de qualitat, poder establir una relació de confiança i rebre la informació i sol·licitar aclariments sobre els problemes de salut.

“...quieren cronometrarlo, si pasan de los 5 minutos, le quitas el tiempo al otro enfermo.”

“...es imposible y el médico de cabecera cuenta mucho y según a que nivel porque yo no me puedo permitir pagar una mutua, porque una mutua privada... No puede haber esta masificación y el médico no es que no quiera, es que no puede, es que no puede porque si yo estoy más de 5 minutos con aquel señor hablando le estoy robando el tiempo del otro enfermo...”

“És que si no t’escolten no podran saber el que tens, i llavors has d’anar a parar a la medicina privada per poder tenir una mica més de temps, per poder explicar i que t’escoltin.”

“Muchas veces pienso que si tuviera algo grave, un poco más problemático de lo habitual, en tres minutos contados no lo podría detectar.”

“El professional està molt ben capacitat, és molt bo. És una llàstima el temps que tenen, i és una tasca difícil... Com a professionals surten molt ben preparats, molt educats, molt ben preparats, molt de tot. Per això fonamentalment tothom marxa a la privada, a mútues...”

“Vaig anar al metge de capçalera. Sense deixar-me seure, va dir: traumatòleg. Al traumatòleg hi vaig anar amb el meu historial de l’operació i em va dir: Has caigut per una escala?, tens quaranta anys, has de fer repòs. No va voler mirar-me ni em va escoltar. Vaig anar al metge privat i tinc dues hèrnies discals, dos pinçaments...”

“...intentaria donar més temps a l’atenció al pacient. Com que el temps que està amb el pacient és molt curt i el pacient no té temps realment d’explicar com es troba...”

Els aspectes burocràtics de les organitzacions es veuen com una limitació en l’actuació del professional, que poden afegir una càrrega de treball no estrictament assistencial i que de vegades són el que provoca que l’usuari es queixi en sentir-se tractat com un expedient o un número.

“Aquestes patologies les hem de passar allà perquè tenim molta llista d’espera d’intervencions. Després vaig entendre que ella no en tenia la culpa, perquè ella és una empleada.”

“El fet que tinguin un mal tracte no és perquè la seva actitud sigui negativa, sinó perquè el procés en el qual es basen és defectuós. Llavors, forçosament, doncs t’han de dir coses que a vegades no t’agraden. Però no és perquè ells diguin, no, és que són uns malhumorats, o són uns... no! Són bones persones, però el problema, la base en què es fonamenten és defectuosa.”

“De la Administración estoy muy quejosa, en los hospitales, los ambulatorios, la gente que hay en la Administración no me gusta. Como no te espabiles tu en mover las cosas, por ellos te tambalean de un lado a otro.”

“He anat a buscar l’informe, m’ha anat bé, m’ha anat bé, però mmm... no estan... s’extravien les coses ...”

“Han d’assumir una feina que em penso que no els toca. Com que no existeix ningú ni res que se’n faci càrrec, doncs qui acaba rebent són els metges que t’han d’atendre.”

Els ciutadans reconeixen que en cas d’urgència per la gravetat de la patologia, el professional posa en marxa els mecanismes necessaris per tal que l’usuari sigui atès immediatament.

“Nada más verme dice: Oiga, usted viene fatal. Ahora mismo lo pasamos...”

“Quan ells veuen una cosa greu, jo crec que la passen primer.”

“Quan hi vas amb la nena amb un petit mal de cap o un mal de ventre, no en fan cas; però quan ells veuen que és cosa seriosa, assistència màxima...”

#### D. l’usuari i la utilització de recursos

- Canalització de problemes
- Possibilitat d’elecció

Recull la percepció que l’usuari té de l’ús que ell mateix fa del sistema sanitari. És conscient que el bon funcionament dels recursos sanitaris és també una responsabilitat seva i reconeix que no sempre en fa un ús adequat, però en aquests casos ho justifica per la necessitat de donar solució als seus problemes de salut i superar aspectes que es consideren barreres per a l’accés als serveis.

Els serveis d’urgències s’utilitzen com un recurs per reduir el temps d’espera i rebre atenció immediata. En aquests casos, l’usuari és conscient que n’està fent un ús inadequat i que contribueix al col·lapse dels serveis. No obstant això, justifica la seva actuació dient que la via ordinària no li garanteix la immediatesa en la resolució dels problemes de salut. l’usuari busca mecanismes informals per reduir el temps d’espera/incertesa que les llistes d’espera poden ocasionar. l’accés a prestacions sanitàries per influència és vista com un recurs no del tot “correcte”, però legítimat per la manca d’alternatives existents en l’actual sistema públic.

“Hay mucha gente que dice esto: como el médico de cabecera está colapsado y me encuentro mal, en lugar de ir a un especialista y que tarde, ya me voy a urgencias.”

“...entonces, claro, las urgencias son para cosas de gravedad, pero están saturadas de tonterías. Pero es que es normal, no voy a estar cinco días con la mano mal...”

“...moltes vegades no... La gent, què fa? Va a urgències i t’ho fan al moment, el mateix dia, i saps que no t’has d’esperar un mes o dos mesos per fer-te aquesta prova.”

“És trist perquè saps del cert que estàs col·lapsant un servei, que potser al darrera teu hi ha una persona que ho necessita més que tu. Però, si és que ho vols, si vols realment que t'atenguin, has d'anar a urgències...”

“Si me hago daño en la mano, no voy al de cabecera. Me espero a la noche y me voy al hospital. Porque de allí salgo con todo... En cambio de la otra manera puedo ir una semana dando tumbos de un lado a otro.”

“Jo tinc parents, familiars que estan ficats a dintre la Vall d'Hebron. Conec metges de la Vall d'Hebron, i a la meva sogra, a la Vall d'Hebron, li van fer una pròtesi d'una vàlvula coronaria i la veritat, va anar molt bé. Li repeteixo, per influència...”

Emergeix també la figura d'aquell pacient que conscientment no facilita la informació correcta al professional, que no segueix parcialment o totalment el tractament establert, etc.

“Moltes vegades els malalts amaguem informació o distorsionem la nostra pròpia malaltia. El metge ha d'estar molt al cas per no deixar-se fer tot això.”

Si bé es reconeix que el sistema públic disposa de recursos qualificats, la sanitat privada es veu com un recurs més accessible, però que no tothom pot utilitzar per qüestions econòmiques.

“Com em van atendre a Bellvitge no m'han tractat enlloc... Els metges que té la Seguretat Social segurament són molt millors.”

“...no me puedo permitir de pagar una mutua, ya pago 20.000 pesetas de Seguridad Social, eh... Una mutua privada te cuesta por lo menos 10.000 pesetas. No me lo puedo permitir. No puede haber esta masificación y el médico no es que no quiera, es que no puede, porque si yo estoy más de 5 minutos le estoy robando tiempo al otro enfermo.”

L'usuari troba en els professionals de la farmàcia un recurs alternatiu i pròxim en el cas de la patologia que considera poc greu (mal de cap, refredats, mal de coll...).

“Jo utilitzo molt la farmàcia com a primera assistència... Com a primera assistència, sí. Per segons quines cosetes.”

“Si tienes una farmacia con un profesional solvente y a quien le tienes un mínimo de confianza y que confías en su capacidad, pues hay pequeñas cosas...”

La manca de suport social a les conseqüències que la malaltia pot produir en la vida quotidiana d'una família es valora negativament i s'identifica la necessitat que el sistema prevegi fórmules de suport al problema social que una malaltia pot comportar.

“...que sàpiguen orientar-te, que sàpiguen on dirigir el teu problema sanitari...”

“Vaig anar a l'assistent social i em va dir que portés la declaració de renda. No em van enviar ajuda, el primer és la declaració de renda, el que guanyes, el que tens i tal, i si en tens prou has d'anar al privat i si no tens res llavors potser t'envien algú.”

## E. El professional ideal

- Característiques i perfil

Recull els atributs i les qualitats que l'usuari valora i espera trobar en el professional sanitari. El ciutadà considera que un bon professional és aquell que combina adequadament uns bons coneixements tècnics amb habilitats comunicatives i que sap treballar en equip amb d'altres professionals, però reconeix la importància d'un entorn adequat, atès que les limitacions de temps i de mitjans i l'excessiva burocratització dels processos influeixen en l'actuació del professional i l'actitud de l'usuari i les condicionen.

Es parla insistentment de la necessitat de millorar aspectes de comunicació i tracte, però també es dóna molta importància al manteniment de la competència clínica, fins i tot s'apunta la necessitat que hi hagi un sistema que garanteixi que els professionals mantinguin actualitzats els seus coneixements.

“...porque a veces te hablan en términos... Mire, yo soy muy de la calle y yo, hombre, yo no soy un zoquete, pero según qué palabras no se entienden... y yo he estado tomando estrógenos. Yo quería saber las contraindicaciones que podían tener porque, bueno, oyes hormonas y la palabra hormona me sonaba muy grande, me sonaba a que a lo mejor me podía salir...”

“...que tinguin temps, que escoltin però que expliquin també, i que tinguin un temps per escoltar-te.”

“El metge ha de ser còmplice amb la infermera.”

“Estic d'acord que es necessita un procés d'humanització en què s'involucri el pacient, que és el que més s'agraeix.”

“Potser haurien de passar una ITV també, cada x temps...”

“...que nos escuchen, que nos escuchen cuando hablamos, que estuvieran un poco más puestos en psicología...”

“...que t'atenguin, que tinguin temps, que t'escoltin, i una part fonamental és que l'encertin.”

“...que tingui ull clínic, que sàpiga ben bé preguntar-te el que tens, què et passa, que t'escolti.”

“...que fos bo, que fos un bon professional.”

“...la medicina com una cosa vocacional, que et donin confiança, que et donin seguretat, que et donin un tracte humà.”

“Estan posant la teva vida a les seves mans. Per tant, una persona que et demostrï confiança, seguretat, un tracte diguem amistós, humà, és bàsic, si no...”

“...que tingui una mica la capacitat de decisió independentment dels criteris que marqui el centre, que si dins d'un mateix ambulatori necessito que aquest senyor estigui pendent nou minuts més, que sigui ell mateix qui ho decideixi, sense que el centre li digui res, que tingui una certa autonomia.”

## 4.2 Entrevistes amb informadors clau

### 4.2.1 Justificació metodològica i descripció tècnica

L'entrevista és una de les tècniques qualitatives que estan prenent més rellevància en l'estudi de la realitat social. Permet obtenir informació mitjançant la conversa amb una o diverses persones per a l'estudi analític d'investigació. Implica un procés de comunicació dins del qual ambdós actors (entrevistador i entrevistat) poden influir-se mútuament i donar lloc a un relat final i a la creació d'un marc artificial de recollida de dades. L'investigador busca trobar allò que és important i significatiu per als seus informants, els significats, les perspectives i les interpretacions i la manera que tenen de veure la realitat social.

El principi fonamental de les entrevistes qualitatives és proporcionar un marc dins del qual els entrevistats puguin expressar la seva pròpia perspectiva en el seu propi llenguatge. Es tracta de comprendre el punt de vista de l'entrevistat, aprendre de la seva terminologia i els judicis que fa i copsar la complexitat de les seves percepcions i experiències individuals.

L'entrevista és especialment interessant per determinar els discursos dels individus i dels grups socials als quals pertanyen, ja que l'entrevistat els utilitza per formular valoracions sobre si mateix i sobre els altres. Es tracta aleshores d'una funció perceptiva i comparativa, en què es dona la paraula a un individu immers en processos complexos d'interacció social. Aquesta metodologia no comporta només el diàleg entre dos individus (l'entrevistador-entrevistat) aïllats, sinó també, i des d'un vessant social, el procés pel qual un individu utilitza la seva estructura oral quotidiana per parlar-nos sobre un fet prè-

## Quadre 7. l'entrevista

Avantatges	Inconvenients
<p>l'estil obert d'aquesta tècnica permet l'obtenció d'una gran riquesa informativa en les paraules i visions dels entrevistats.</p> <p>Proporciona a l'investigador l'oportunitat d'aclarir i fer el seguiment de preguntes i respostes en un marc d'interacció més directe, personalitzat, flexible i espontani que en una enquesta.</p> <p>Permet oferir un contrapunt qualitatiu a resultats obtinguts mitjançant processos quantitius i pot ajudar a la comprensió d'aquests.</p>	<p>Problemes potencials de fiabilitat i validesa de les dades obtingudes a causa d'una excessiva direcció de la conversa.</p>

viament determinat. Hi ha implicats imaginaris socials, formes de significat que són parlats per l'entrevistat però que impliquen col·lectius socials.

Poden distingir-se diferents tipus d'entrevistes,<sup>16</sup> entre les quals hi ha l'entrevista estructurada, en la qual s'utilitza un qüestionari preestablert; la semiestructurada, basada en preguntes obertes, i l'entrevista en profunditat, que pretén abordar en profunditat un o dos ítems d'interès, en la qual les preguntes que es formulen sorgeixen a partir del discurs de l'entrevistador, i que té com a finalitat aclarir els aspectes que van sorgint. En qualsevol cas, hi ha una tendència favorable a la implicació de qui realitza l'entrevista i no al seu posicionament neutral i que l'entrevistador es comporti com un participant més.<sup>17</sup>

En l'entrevista en profunditat la persona entrevistada transmet la seva definició personal de la situació. l'investigador s'adreça a l'entrevistat de tal manera que pugui expressar-se en els seus propis termes i amb la suficient profunditat i així poder captar la riquesa de significats. Formula inicialment preguntes poc directives i va descobrint el que és important per a l'entrevistat abans d'enfocar clarament i directament l'objecte de la seva investigació. És per això que els focus d'interès no queden fixats quant a contingut, ordre o formulació, sinó que es produeix un apropament gradual a l'estructuració de sentit del mateix entrevistat sobre la realitat social tema de conversa.

En l'entrevista en profunditat, que és la que s'ha dut a terme en aquest treball de recerca, el que es pretén és conèixer el posicionament sobre la interacció entre ciutadans i professionals sanitaris que no forçosament ha de coincidir amb el marc teòric prèviament construït, i és la que dona un marge més ampli a l'entrevistat per donar significat a la seva experiència personal amb el professional sanitari a partir d'uns determinats fonaments teòrics. Es tracta d'identificar la riquesa subjectiva d'aquesta realitat social, que pot ser la mateixa o no de l'entrevistador. És un apropament a un individu com a actor que desenvolupa un cert rol social i que intenta exemplificar i adoptar els sentits dels seus grups de referència.

Per ser entrevistades, van ser seleccionades persones considerades clau com a líders d'opinió i que es va considerar que podien garantir millor la quantitat i la qualitat de la informació en configurar el que s'anomena mostreig d'opinió.<sup>18</sup> Es pretenia conèixer la percepció, l'experiència i el coneixement sobre la relació entre els professionals sanitaris en la seva pràctica quotidiana i els ciutadans i usuaris. s'ha tractat d'obtenir aportacions de persones que pels seus coneixements, professió, experiència o relació amb les professions sanitàries poden ser considerats líders i/o canalitzadors de corrents d'opinió i que per la posició estratègica que ocupen poden copsar amb major globalitat les relacions que el ciutadà té amb el sistema sanitari. Amb aquesta finalitat es van realitzar dotze entrevistes durant els mesos de juny i juliol de 2001 al lloc que determinava l'entrevistat. Van actuar quatre persones com a entrevistadores i la durada de cada entrevista no va ser mai superior a seixanta minuts.

#### Quadre 8. Focus d'interès per a l'entrevista

Expectatives dels usuaris en la seva relació amb els professionals  
Punts febles i punts forts de la relació dels professionals amb els seus clients/ciudadans  
Evolució futura en la relació professional/ciudadà  
Trets/característiques d'un bon professional

Com a base per a la conversa es va elaborar un guió d'entrevista que pretenia conèixer la percepció, l'experiència i el coneixement sobre la relació entre els professionals sanitaris i la seva pràctica quotidiana i de relació amb els ciudadans.

#### 4.2.2 Anàlisi de les entrevistes

El material enregistrat de les entrevistes ha estat transcrit literalment per a la seva posterior lectura i anàlisi. Basant-se en aquest material, s'han construït una sèrie de codis emergents (quadre 9) que recullen l'heterogeneïtat de significats dels participants amb relació al sistema sanitari i que juntament amb els focus d'interès (quadre 8) establerts per l'equip investigador d'acord amb el marc teòric, ha permès definir els ítems clau per a l'anàlisi (quadre 10). El procés d'anàlisi de les entrevistes ha combinat l'anàlisi de contingut i el de discurs.

#### Quadre 9. Codis emergents de les entrevistes

##### **Imaginari social del professional sanitari**

Aspectes i característiques atribuïdes al professional sanitari.

##### **Salut/malaltia en el nostre entorn cultural**

Elements que construeixen una determinada noció de salut i malaltia en la nostra cultura i les reaccions enfront de la malaltia.

##### **Dilema organització-professional**

Relacions entre l'organització i el professional i les demandes dels ciudadans.

##### **Responsabilitat i actors del sistema sanitari**

Utilització de recursos i el repartiment de la responsabilitat entre usuaris, gestors i professionals sanitaris.

##### **Relacions de poder**

Relacions de poder entre els diferents actors.

##### **Perfil del professional sanitari**

Qualitats que el professional hauria de tenir i que ara li manquen o no desenvolupa en tota la seva potencialitat.

La relació entre els focus d'interès i els codis emergents ha permès definir els ítems clau per a l'anàlisi de les entrevistes.

## Quadre 10. Ítems clau per a l'anàlisi de les entrevistes

### A. Salut, malaltia i entorn cultural

Valors ètics, culturals i socials.

### B. Imaginari social del món sanitari

Visió del ciutadà del món sanitari, els professionals i les institucions.

### C. Actors i relacions en l'atenció de la salut

Visió dels actors, dels seus rols i àmbits de responsabilitat relacions de poder.

### D. El professional: entre l'organització i el ciutadà

El professional entre les expectatives del ciutadà i els límits de l'organització.

### E. Competències dels professionals

Valors i actituds que s'espera del professional sanitari.

### A. Salut, malaltia i entorn cultural

- Valors ètics, culturals i socials

Aquest codi aborda el fenomen salut-malaltia en el nostre context i incorpora aspectes ètics, socials i culturals presents en la nostra societat i com aquesta respon i s'organitza davant les necessitats de salut.

Entre els entrevistats hi ha qui opina que en el moment actual, i en un entorn cultural hedonista, la malaltia costa d'acceptar i això fa que els ciutadans exigeixin al sistema sanitari, amb els mitjans i la tecnologia de què disposa, resoldre qualsevol problema de salut, sense limitacions de cap tipus.

"...mitjançant la tecnologia, mitjançant tot plegat... Resulta còmoda aquesta posició i resulta còmoda fins al moment en què resulta incòmode el fet que la malaltia i la mort no existeixen. La 'finitud' de la vida no existeix."

"Pensábamos que el personal sanitario estaba entrenado para curar y resolverlo todo, igual que creíamos que el crecimiento infinito era posible y ahora sabemos que no, que el crecimiento tiene límites. Pensábamos que con las nuevas tecnologías lo curaríamos todo, medico y paciente. Y ahora tenemos que darnos cuenta de que esto lo tenemos que replantear."

Es troba a faltar un debat social sobre el que són malaltia i salut. Aquesta manca de debat social sobre els límits entre malaltia i salut fa que també hi hagi una imatge difusa del sistema sanitari, de les professions sanitàries i dels límits de les prestacions que s'han d'oferir. s'apunta que s'hauria d'obrir un diàleg entre la ciutadania i els poders polítics per tal de crear corrents d'opinió i de debat sobre què s'entén per malaltia i els límits del sistema sanitari.

"Una de las cosas que el ciudadano necesita saber es que le pueden dar. Las necesidades sanitarias son por definición siempre crecientes, ilimitadas, siempre... Pero si a uno le dicen, nosotros, con los presupuestos que tenemos, con lo que hay y tal, nosotros ofrecemos esto, que es además lo que dice la ley, en este hospital encontrará esto, en este lo otro..."

"La qüestió bàsicament és quin és el mínim comú denominador dels ciutadans de Catalunya en què ells consideren que hi ha salut, perquè si no avancem per aquesta banda no podem posar ni límits, ni dimensionar què es pot esperar de la professió sanitària. O tot, o poc, o res, o com, o fins a quin punt. No solament té a veure amb la professió, sinó amb d'altres temes col·laterals que són la despesa sanitària, les receptes, el nombre de proves, els hospitals, el nombre de dies i les expectatives dels ciutadans, que no podeu desvincular d'això..."



“La qüestió de la salut no té mesura, ha sortit completament, i en el fons, no crec en la iniciativa que veu la professió sanitària sense provocar un debat de naturalesa política sobre què és la salut.”

“Per mi, política té a veure amb la introducció del debat d’idees, respecte sistemes de valors, que per això hi ha diversos partits polítics que aporten diverses maneres de veure el món, que jo..., és a dir, aporten diversos sistemes de valors... El que poden fer és impulsar el debat per anar implicant la gent...”

També emergeix el fet que, cada cop més, el ciutadà, quan no troba cap resposta en la medicina convencional, busca altres maneres de resoldre els seus problemes de salut com és ara recórrer als serveis de les medicines alternatives.

“És a dir, què? Per què està aflorant una medicina complementària?”

“...això de per què és medicina alternativa si també és medicina. És alternativa o simplement són noves modalitats mèdiques que s’han d’incorporar, com l’acupuntura, que també té els seus detractors, però està clar que està reconegut com un element. Als metges se’ls ha d’exigir que a més sàpiguen d’aquest tipus de...”

## B. Imaginari social del món sanitari

- El món sanitari, les professions i les institucions

Aborda la visió que el ciutadà té del món sanitari, de les professions i de les institucions, i de les funcions que aquests desenvolupen i alhora incorpora les expectatives, els valors culturals i socials predominants.

De les entrevistes es desprèn que les institucions sanitàries són percebudes pels ciutadans com un món despersonalitzat i que la gran quantitat de demandes que rep el sistema sanitari fa que sigui difícil donar atenció personalitzada a cada usuari.

“...luego, también, que mientras más grave es el problema que tienen, más entra en el mundo despersonalizado, porque al entrar en un gran hospital la sensación que uno tiene es la sensación absoluta de despersonalización, y no es que seamos malos ni los ciudadanos ni el personal sanitario, es que somos muchos, y a mi me parece que eso es muy importante...”

La visió que el ciutadà té del professional és ambivalent, varia segons si se sent satisfet o no, segons les expectatives que té respecte del professional i la capacitat que aquest té per resoldre el seu problema de salut. Quan no es donen els resultats esperats, la frustració del ciutadà se centra en el professional que l’ha atès, sense considerar que puguin existir o hagin pogut intervenir en el transcurs del procés assistencial altres causes externes i alienes a l’actuació del professional.

“Per una banda, els que tenen el poder de curar-me, i per altra banda els que no fan prou per fer-ho. I, per tant, com que tenen el poder de curar-me, se’ls atribueix gairebé una funció religiosa, des del punt de vista d’atribuir-los un poder, que no tenen, evidentment, però que... calma l’ansietat de saber-te malalt. I d’altra banda, és a dir, quan no ho poden aconseguir o quan em frustren les meves expectatives tan elevades de tot això, precisament, llavors hi ha el ressentiment, i per tant passen de déus a diables, en general. I això està sobretot concentrat en els metges.”

Es reconeix que els professionals sanitaris tenen uns coneixements específics de la professió, però s’apunta que sovint els han utilitzat per assolir una situació de privilegi i de poder, i per mantenir-s’hi, i que la protegeixen com a corporació. Sembla que es creu necessària una obertura de les corporacions cap a la societat que serveixen, que se superi un corporativisme mal entès.

“La sanitat és una cultura en la qual el professional de la sanitat ha estat sempre vist, s’ha vist a si mateix i l’ha vist la societat com una persona que tenia un conjunt de coneixements, eh..., diguem-ne molt, que eren molt específics, que l’identificaven molt i als quals el conjunt dels mortals no tenia accés. Això ha generat una sensació per la part de la professió d’estar blindats.”

“Jo confiaria molt que la mateixa corporació professional fos capaç d’entendre que si no canvia i que si no s’obre cap a l’exterior, si no accepta posicions més simètriques, si no introdueix més elements de caràcter..., de medicina més humana, entre cometes, no? més de diàleg, més de... la seva vulnerabilitat com a professió augmentarà...”

### C. Actors i relacions en l’atenció de la salut

- Actors, rols i àmbits de responsabilitat
- Relacions de poder

Recull la visió que es té dels actors, dels seus rols i àmbits de responsabilitat. s’identifiquen tres agents dins el sistema sanitari: els professionals assistencials, els gestors i els usuaris. Els professionals són vistos com els responsables de prestar assistència sanitària, de guarir, de satisfer les necessitats de l’usuari. Els gestors s’associen a l’organització i el funcionament de les institucions, a qüestions econòmiques i a l’avaluació de resultats sobretot en termes d’eficiència. Els ciutadans es veuen a si mateixos com a receptors de les prestacions i amb dret a exigir.

Aquestes diferents maneres d’entendre el procés assistencial fan que cada actor intenti assolir els seus objectius, sense tenir gaire en compte les perspectives dels altres. El metge vol curar, el gestor vol que es redueixin les despeses i el ciutadà vol que el curin. Es troba a faltar el diàleg entre els actors, el qual es creu necessari per poder arribar a una definició sobre el que és el procés assistencial.

“...és a dir, quan es parla només d’eficiència, quan els gerents parlen d’eficiència i els professionals parlen de principis, val?, d’efectivitat... Per tant, són dos llenguatges que no es poden trobar mai perquè pertanyen a col·lectius diferents. Però no es vol entendre això. Vull dir, és com si els gerents no volguessin parlar d’efectivitat, i els professionals no volguessin parlar d’eficiència...”

“En el moment que apareixen problemes de cost i de dificultat de mantenir el pressupost sanitari, apareix un nou, un nou, personal que és el gestor, no? que teòricament és una manera, per part dels poders públics, d’intentar d’alguna manera, controlar, limitar, reduir, el marge d’autonomia i d’arbitrarietat d’aquest sector, eh. Els metges tendeixen llavors a intentar reaccionar, a dir que això és una reducció de la qualitat, és a dir, l’autonomia, la pèrdua d’autonomia del seu sector va en detriment de la qualitat que, en teoria, seria desitjable...”

“Penso que la gran queixa dels professionals és aquesta, que les organitzacions moltes vegades no són sensibles a les necessitats que plantegen els mateixos professionals, doncs perquè van per feina, perquè tornem a estar amb el mateix, perquè els pressupostos tampoc no és que vagin sobrats, perquè hi ha un cúmul de feina important...”

“...és que els ciutadans on s’han especialitzat realment és a aprendre com funciona el sistema sanitari i com..., és a dir s’han llicenciat en això. No han après a cuidar-se més la salut, sinó que el que han après és a veure com funciona el sistema i a veure com li donen la volta i com el poden guanyar.”

En la presa de decisions entre els diferents col·lectius i entre els membres d’un mateix col·lectiu s’identifiquen diferents tipus de relacions de poder, de caire jeràrquic, per categories professionals i per raó de gènere.

“Es decir, el médico decide y le dice: Usted haga... Claro, si ‘usted haga’ es una cosa tan sencilla como vendar una pierna, pues no tienen problema, pero si el ‘usted haga’ es, vamos a poner un ejemplo, desconectar aparato de respiradores y de todo esto vital de una persona, que se ha detectado ya que cumple los requisitos de muerte cerebral, si a la enfermera no se le dice que ya se tienen los requisitos de muerte cerebral establecidos, que ya puede desconectar a este señor, a lo mejor está pensando que no es un deceso...”

Hi ha la percepció que existeixen relacions de poder jeràrquiques segons la posició que s’ocupa en l’organització. Emergeix també la qüestió del treball en equip en què sovint, a la presa de decisions, no

s'hi arriba pel diàleg entre els actors, sinó per la determinació d'un d'ells sobre els altres, amb la qual cosa s'estableix una divisió entre els que decideixen i els que executen. Es critica la dilució de responsabilitats que a vegades es dona dins els equips, cosa que és percebuda molt negativament per part de l'usuari i sovint és causa de queixes i de reclamacions.

“Hay que identificar quién es el responsable... Que el responsable sea el médico, nadie lo objeta. No quiere decir que su decisión sea inapelable y además nunca compartida...”

“... un equipo en el que claramente estén establecidas quiénes son las personas responsables de cada una de las tareas y en último extremo del paciente... Cuando ves que en el equipo que le está tratando los unos se tiran las pelotas a los otros y esto luego es el origen de muchas reclamaciones...”

La divisió del treball entre infermeres i metges fa que s'atribueixi a les infermeres el rol d'atenció, de cuidadores, de donar suport a les decisions dels metges. També s'han d'entendre aquestes relacions tenint en compte que el metge ocupa una categoria considerada tradicionalment amb més rellevància social, laboral i professional.

“Jo penso que hi ha grups de professionals que se senten perjudicats en comparació amb altres nivells professionals en les institucions i això fa que repercuteixi en mals humors si tu vols d'aquell professional, i que en un moment determinat...”

“... de 'María mediadora', és a dir, la 'Virgen que es mediadora con Dios', no? En els hospitals això és claríssim. La utilitat d'on se senten agafades les infermeres, i parlo d'infermeres, el món de la infermeria, i per tant jo penso que això té un element, diguem-ne, 'maternal' idealitzat, el mateix element...”

“La relación sanitaria es una relación desigual en la que hay una persona que tiene una situación de conocimiento y de salud que no tiene la otra, no? Pero que sea una relación desigual..., quizás lo ideal será evitar que sea una relación de poder...”

Es pensa que una direcció possible de canvi seria que els diferents agents intentessin considerar el punt de vista dels altres: el ciutadà hauria d'entendre que les demandes han de tenir un límit, el metge que la sanitat funciona dins un sistema econòmic i el gestor que existeixen certs valors els quals no es poden mesurar amb l'eficiència. Cada col·lectiu, especialment els professionals sanitaris, han de produir canvis des de la seva corporació dirigits a acceptar que hi ha altres actors en la dinàmica sanitària i que, per al bon funcionament del sistema sanitari, s'han de tenir en compte.

“Crec que el canvi pot venir de dues bandes, no? Pot venir, evidentment en aquest tema que dèiem abans, pot venir del fet que els poders públics '*apretin*'. Pot venir del fet que els ciutadans siguin més contestataris i demanin més... Però jo confiaria molt que la mateixa corporació professional fos capaç d'entendre que si no canvia i que si no s'obre cap a l'exterior, si no s'accepten posicions més simètriques, si no introdueix més elements més de caràcter de medicina més humana, entre cometes, no? més de diàleg, més de..., la seva vulnerabilitat com a professió augmentarà...”

“Tenim un ciutadà cada cop més informat i això, els professionals que treballem en l'àmbit sanitari, ho hem d'entendre. Si cada cop aquest ciutadà en sap més i cada cop ens exigeix més, i per tant espera que quan ve als nostres serveis, els professionals que hi ha al darrere responguin de manera ràpida i immediata a la seva demanda...”

“...que se li respectin els seus drets, actualment. Abans què s'esperava del malalt? Amb aquesta medicina paternalista, s'esperava obediència, per això se li deia pacient, no? Pacència, obediència: avui dia això ha canviat i això és el que ha de canviar, i els professionals no han assumit.”

#### **D. El professional: entre l'organització i el ciutadà**

- Expectatives del ciutadà i límits de l'organització

Recull la percepció de les limitacions amb què es troba el professional a l'hora de prendre decisions en la seva tasca assistencial.

Hi ha la percepció que els professionals sanitaris es troben “atrapats” entre el que se n’espera socialment (que prestin assistència, que guareixin) i les exigències de l’organització sanitària (bona praxi amb el menor consum de recursos), i que aquesta situació genera tensions i conflictes. És a dir, els professionals es troben en el dilema que significa donar resposta a les expectatives dels pacients, el seu propi criteri clínic i els límits que els imposa l’organització. Es considera important que les organitzacions introdueixin canvis qualitius en la gestió, motivació i implicació dels professionals.

“El professional sanitari, per mi, es troba atrapat (o la professional). Es troben atrapats en aquesta mena d’indefinió que no està resolta i per tant ells han de resoldre. Una mica semblant al que els passa als mestres, eh? Atrapats entre els pares, l’expectativa excessiva que en té la societat, i els nanos.”

“...en el professional d’una banda hi ha una part interna i d’una altra hi ha una part externa... El ciutadà amb relació a les expectatives, per una banda, i per altra banda una limitació interna que li és aportada per l’organització, i a més el seu concepte de professional, els criteris interns de la mateixa professió del que es considera bo o no tan bo. És a dir, es troba pinçat en una situació en la qual té molt poca... i per tant la incomoditat és patent, no? ...atenció del propi professional...”

“Jo crec que hem arribat a situacions en què l’organització no fa participar els professionals, no els té en compte, és una opinió molt personal, eh? Els té poc en compte de vegades, perquè el professional és el que és a prop de l’usuari, en pot conèixer les necessitats, i, a vegades, amb la presa de decisions, es fa difícil. Llavors el professional potser sí que hi és a prop, però el professional no ho viu. Si amb els mínims els professionals veuen que l’organització no és capaç de donar uns aspectes de millora quan aquests conflictes es reiteren any darrere any, darrere any, això causa frustració...”

“...són les qüestions de suport als professionals, que els podrien tenir contents, però si el professional t’està dient que està col·lapsat de quaranta, que necessitaria organitzar-ho d’una altra manera... A vegades és qüestió de canviar circuits, de poder-los escoltar, de no sempre dir que no, que el professional vegi que l’organització posa mesures...”

“...en el moment en què les organitzacions substitueixen la implicació pel control, que és el que està passant...”

El ciutadà demana atenció humanitzada amb la millor tecnologia. De vegades, això es difícilment compatible amb la dinàmica pròpia de l’organització i els límits del coneixement científic i tècnic existent, i exigeix que el professional hagi de prioritzar l’assistència més important o urgent i determinar quines són les proves estrictament necessàries, a causa de les limitacions organitzatives i de recursos.

“...i el ciutadà diu: que em curin, que em curin i em tractin el millor possible, amb tota la tecnologia possible, perquè les coses han avançat moltíssim i si no m’ho volen donar és perquè no m’ho volen donar.”

“Ell vol qualitat de vida perquè diuen, si tant han investigat i arriben a uns nivells tècnics d’investigació tals que han descobert això, per què no són capaços amb la meua malaltia de donar-me una millor qualitat de vida?”

## E. Les competències professionals

- Valors, actituds i habilitats que han de caracteritzar el professional sanitari

Identifica aquelles habilitats, actituds i coneixements que haurien de caracteritzar els professionals sanitaris i aquelles mancances que es detecten actualment per donar resposta a les expectatives individuals dels pacients i de la societat. s’apunten propostes de canvi i millores en la formació i l’adquisició de competències dels professionals sanitaris.

Hi ha coincidència entre els entrevistats que, pel que fa a la competència dels professionals, els principals problemes existents no tenen a veure amb els coneixements i les habilitats tècniques, sinó que les principals mancances estan relacionades amb els aspectes de comunicació i relacionals. Es parla que la

relació entre professionals i pacients s'ha anat deshumanitzant i que sovint el pacient se sent perdut dins l'organització sanitària, que no se l'escolta prou i que no es té en compte la seva perspectiva.

“Es detecta una certa deshumanització, malgrat que la praxi i la qualitat del servei mèdic potser sí que cada cop és millor.”

“Mientras más grave es el problema que tienen, más entra en el mundo despersonalizado. Porque entrar en un gran hospital... Pero yo veo que lo clásico que vas a un hospital para ver o acompañar a alguien, o a lo que sea, y la sensación que uno tiene es la sensación absoluta de despersonalización, y no es que seamos malos ni los ciudadanos ni el personal sanitario, es que somos muchos, y a mi me parece que eso es muy importante.”

“Seria desitjable situar la professió en un nivell més de simetria i que, per tant, el malalt pogués aprendre del metge i el metge del malalt.”

Es parla de la necessitat que hi hagi continuïtat i suport en la relació assistencial. s'haurien de tenir en compte aspectes com ara el suport social als pacients i a les famílies ateses i les conseqüències que es poden derivar de determinades malalties. El professional sanitari s'hauria de relacionar i treballar coordinadament amb altres professionals com poden ser els assistents socials. En certa manera, es dibuixa la figura del professional que té una visió global de les necessitats del pacient i que l'orienta adequadament en l'ús dels recursos disponibles.

“El metge pràcticament és un consultor, evidentment només acudeix moltes vegades en cas de necessitat per temes puntuals, no hi ha continuïtat, tampoc una relació. En el cas del procés d'hospitalització, home, doncs en l'àmbit de la medicina és una cosa i en l'àmbit de la cirurgia n'és un altre, no? I, bé, en els grans hospitals tal i com estava organitzat, aquella imatge del metge que és el que et veu, et diagnostica, t'opera i et dona l'alta, tampoc no es produeix així.”

“...però als sociosanitaris es dona molt, que és la pauta de suport social, no?, són malalts o persones que en un moment determinat estan molt soles, i que realment tot el suport que tenen l'han de rebre de l'equip assistencial, i són equips assistencials minvats...”

“El metge de capçalera té una formació per arribar a un diagnòstic, però la gent que t'arriba al centre... No és tan senzill el tema d'un diagnòstic mèdic, vénen per problemes socials, vénen per problemes culturals, d'integració...”

Les professions sanitàries es consideren vocacionals, de crida per servir. Es considera que qui tria una professió sanitària –com d'altres professions d'ajuda– és perquè pensa que pot fer bé i pot curar els altres i té coneixements i criteris que pot aportar en situacions de vulnerabilitat, com també en cas de malaltia.

“La meva percepció és que a les professions sanitàries, generalment, la gent hi arriba per una motivació de fer bé als altres... Consideren el que és bo i el que hi poden aportar...”

Hi ha coincidència a considerar que els professionals no són formats per a allò que hauran de fer en la seva pràctica diària. La seva formació s'orienta cap al diagnòstic, el tractament i la recerca, i existeixen mancances en altres àmbits com són coneixements, actituds i habilitats relacionats amb aspectes de comunicació, legals, ètics i de gestió. Potser s'ha anat perdent el que era l'ensenyament més directe del professor a l'alumne, en què aquest assimilava hàbits, com comunicar-se amb els pacients, maneres de fer... i això, cada cop hi ha menys espais on es pugui aprendre. Els metges, se'ls forma per ser especialistes capdavanters, investigadors, i no per al dia a dia, no per al que bàsicament són, metges en contacte directe amb el pacient.

Es considera que el professional que es forma és més un investigador que una altra cosa. El currículum està molt orientat a les publicacions i es valoren especialment les qüestions relacionades amb el científisme. s'apunta que s'hauria de passar d'un enfocament biològic (en què només es considera la patologia) a un enfocament més social (en què es considera la relació entre patologia i persona).

“...por ejemplo, yo creo que el profesional que se forma es un investigador, más que otra cosa. Es mi modesta opinión. Es decir, mucho currículum, puntos por todas partes, se va a la décima...”

“La enseñanza más directa, del profesor al alumno, que aprendía hábitos, formas de comunicación con el paciente, estilos..., todo eso cada vez hay menos espacios donde practicarlo...”

“...les hem de convertir en facultats on s'estudiïn les persones malaltes, que és completament diferent. I cada vegada hi ha més eficiència científica sobre com tractar les persones malaltes i hem de canviar la fisiopatologia, l'anatomia, per la psicologia, la sexologia, la comunicació, el contacte... s'ha de produir un gran canvi cultural a les facultats de medicina si volem preparar la gent.”

“El MIR ha condicionat molt la formació dels estudiants de medicina... En un sentit, surten completament esbiaixats, i amb moltes mancances de tipus comunicatiu, de tipus flexibilitat, reforçant el perfil biomèdic...”

## 5. La necessitat d'un nou contracte social entre les professions sanitàries i la ciutadania

Les opinions expressades pels participants han permès identificar els trets rellevants de les seves experiències, percepcions i expectatives pel que fa als professionals sanitaris i, per extensió, al sistema sanitari, i que coincideixen amb el que els autors manifesten que s'esdevé en el nostre entorn, en el qual les expectatives de la societat i les de la professió han divergit i un buit ha crescut entre la medicina i la societat que serveix. És per això anterior que es fa necessari redefinir un nou marc de relació entre tots els agents implicats en el manteniment i la millora de la salut: institucions, professionals, ciutadans i polítics.

d'aquest estudi es poden extreure aspectes que són rellevants i que es considera que caldria tenir en compte en la redefinició del nou contracte social entre les professions sanitàries i la ciutadania, i que s'han articulats al voltant dels eixos següents:

- Debat social sobre la salut, la malaltia i l'entorn sanitari.
- L'atenció a la salut: els actors i les seves relacions.
- El dilema: el professional entre l'organització i el ciutadà.
- La relació entre el professional i el pacient.
- L'equilibri entre el que rep l'usuari i les seves necessitats i expectatives.
- Les competències del professional sanitari en el futur.

### *Debat social sobre la salut, la malaltia i l'entorn sanitari*

#### *La salut, la malaltia i les professions sanitàries en la nostra cultura*

Els valors socioeconòmics i culturals condicionen la visió de la salut i de la malaltia i com la societat s'organitza davant les necessitats de salut. Els valors predominants s'emmarquen en un entorn hedonista, en què el dolor, la malaltia i la mort costen d'acceptar. Tots pensàvem, professionals i pacients, que el personal sanitari estava entrenat per curar i resoldre-ho tot amb les noves tecnologies, igual que creïem que el creixement infinit era possible i ara sabem que no, que el creixement té límits.

En l'estat del benestar, el ciutadà espera del sistema sanitari la capacitat d'afrontar i resoldre la major part dels problemes sense limitacions de coneixements ni de recursos. A Europa la majoria dels ciutadans estima que els poders públics no poden deixar-los desamparats quan es troben en situació de malaltia o discapacitat. Solidaritat, equitat i eficiència són els tres valors socials sobre els quals es construeix l'actual sistema sanitari. L'atenció a la salut és considerada un dels pilars fonamentals de l'estat del benestar.<sup>21</sup>

Tradicionalment en la nostra cultura, el professional de la sanitat ha gaudit d'un prestigi social elevat, atesa la capacitat que se li atribueix de guarir gràcies a uns coneixements molt específics amb el suport de la tecnologia que té a l'abast. Abans, als professionals, se'ls atorgava prestigi, estatuts i recompensa econòmica tot assumint que organitzarien les seves vides d'acord amb els conceptes de serveis i altruisme i que s'adreçarien a les principals preocupacions de la societat.<sup>22</sup> Aquesta situació sembla que està evolucionant i canviant. Actualment, els professionals sanitaris estan sotmesos a fortes tensions laborals i professionals, que la ciutadania percep i que alhora comporten sovint situacions de desmotivació. El procés de socialització i proletarització al qual es troben abocats provoca també insatisfacció i sentiment de pèrdua de llibertat professional alhora que veuen també minvat el seu prestigi social.

Es veu el professional no solament com a individu sinó també com a corporació, i es considera que la mateixa corporació professional ha de ser capaç d'introduir canvis: obertura cap a l'exterior, més diàleg, acceptació de posicions més simètriques, introducció d'elements que humanitzin més l'atenció mèdica. Si no, pot passar que la seva vulnerabilitat com a professió augmenti. Pel que fa al col·lectiu mèdic, es considera que la independència professional no és un privilegi sinó un dret, que cal assegurar mitjançant l'autoregulació en el marc d'un nou contracte de la medicina amb la societat.<sup>23</sup>

Entre el conjunt de professionals, el metge apareix com la figura central en l'atenció a la salut, puntal bàsic de la relació de l'usuari amb el sistema sanitari, molt gelós dels seus privilegis, i es considera que ha mantingut un estatus de corporació professional tancada. Solament els metges poden oferir un tipus determinat de béns i serveis, protegits de la competència per la llei. Sovint aquest corporativisme és viscut pels usuaris com un mecanisme de defensa davant l'exterior i davant de possibles errors i reclamacions. Altres figures com les infermeres ocupen posicions menys rellevants en termes de prestigi, encara que la seva activitat sigui igualment important en la relació entre el professional i el pacient.

En l'imaginari social, les institucions sanitàries apareixen com un món despersonalitzat, amb uns serveis massificats i, si bé hi ha la consciència que existeix una gran demanda i que els recursos no són il·limitats, aquesta consciència es perd en cas de malaltia, individualment o familiarment: l'usuari vol que el guareixin, sense limitacions ni consideracions de cap tipus.

Es considera imprescindible un ampli debat social sobre la salut i els límits del sistema sanitari impulsat pels poders polítics i que en aquest procés els ciutadans haurien de tenir un paper rellevant ja que el binomi salut-malaltia és un aspecte que determina la seva qualitat de vida. Si no s'avança en aquesta línia és difícil saber què es pot esperar de les professions sanitàries i d'altres temes com són la responsabilitat del mateix ciutadà respecte de la seva salut, la despesa sanitària, el nombre de proves, les expectatives dels ciutadans, etc. Discutir sobre sanitat és discutir sobre sistemes de valors que poden ser compartits o no per diferents capes de professió.

s'apunta que una de les claus del canvi en les relacions de futur vindrà del fet que els ciutadans estaran més informats, especialment les noves generacions. Seran més coresponsables a tenir cura de la pròpia salut i, per tant, tindran expectatives més reals, però també el nivell d'exigència i de crítica serà més elevat i reclamaran que els professionals responguin amb rapidesa i immediatesa a les seves demandes. També la utilització de les noves tecnologies marcarà un canvi en les relacions. Es constata, però, que, avui per avui, aquests recursos tecnològics com ara Internet i la telemedicina encara són quelcom llunyà i sembla que no agrada que la tecnologia reemplaci el que es considera essencial en la relació amb el metge: el contacte personal i directe.<sup>24</sup>

### *L'atenció a la salut: els actors i les seves relacions*

#### **Repartiment de la responsabilitat: institucions, professionals i ciutadans**

l'entramat de relacions, responsabilitats i expectatives que es donen en el triangle tradicional, constituït pels professionals, les institucions i els ciutadans, es fonamenta en els rols que els són propis: els professionals sanitaris desenvolupen fonamentalment tasques assistencials, els gestors de les organitzacions han de garantir el funcionament eficient de la institució i avaluar-ne els resultats i els usuaris es consideren a si mateixos consumidors de serveis sanitaris, més que receptors passius de decisions clíniques autoritàries, i estan redefinint la seva posició com a ciutadans de l'estat de benestar.<sup>25</sup>

Els ciutadans observen que dins les institucions sanitàries els metges estan perdent en part el seu estatus, tot i que intentin mantenir internament el sentiment de corporació. Hi ha qui opina que el primer conflicte no es produeix tant amb els usuaris de la sanitat com entre els profes-



sionals i els gestors del sistema, i per extensió els polítics, que intenten d'alguna manera controlar, limitar i reduir el marge d'autonomia d'aquest sector, cosa que és contestada pels metges argumentant pèrdua de qualitat assistencial.

s'identifica l'existència de discursos diferents: els gerents parlen d'eficiència i els professionals d'efectivitat. És com si els gerents no volguessin parlar d'efectivitat, ni els professionals d'eficiència. Es pensa que el que està passant és que les organitzacions han substituït la implicació pel control: hi ha certa por a la discrecionalitat del professional i és més fàcil actuar per control que per compromís. d'altra banda, els gestors reconeixen que els professionals treballen a les institucions perquè la professió mateixa els motiva i perquè valoren el fet de ser reconeguts professionalment ja que el que compta no és solament el reconeixement econòmic.

Els ciutadans són cada cop més membres actius, informats i exigents i amb voluntat d'assumir la seva quota de responsabilitat. Aquesta afirmació, però, cal matisar-la. Sembla que no es pot parlar del "ciudadà" en singular, sinó de diferents tipus de ciutadans segons la informació de què disposen, la informació de què poden i volen disposar i la informació que esperen rebre del professional sanitari.

El metge vol curar, el gestor vol gestionar eficientment i el ciutadà vol veure satisfetes les seves demandes i expectatives, i sovint no hi ha una definició compartida sobre el que hauria de ser el procés assistencial.

Els ciutadans reconeixen el treball en equip i les relacions de poder que es donen entre els diferents professionals, que es manifesten en la presa de decisions i en la seva transcendència en la relació assistencial. Sembla, però, que no es qüestiona que el responsable és el metge. Tenen una percepció negativa quan en els equips es dilueixen les responsabilitats i els membres que els integren no afronten les situacions que els pertoquen. Es percep també el grau d'acceptació, comoditat, reflexió, interiorització de les mesures que cal prendre en un equip que funciona i que això repercuteix positivament en el procés assistencial.

s'identifiquen diverses relacions en què la capacitat per decidir el que s'ha de fer no es produeix per diàleg entre actors sinó per determinació d'un d'ells sobre els altres i s'estableix una divisió entre els que decideixen i els que executen. Als metges, se'ls atorga un rol central en el procés d'assistència sanitària, fan el diagnòstic i estableixen el tractament, decisions que són molt valorades pels pacients. Als professionals d'infermeria, se'ls atribueix el rol de cuidadors, de suport i d'execució de les decisions dels metges, més accessibles i a través dels quals moltes vegades es canalitzen les demandes, sobretot en l'àmbit hospitalari.

En el futur, el ciutadà hauria de ser conscient dels seus drets i deures, i assumir la seva quota de responsabilitat com a consumidor de serveis sanitaris, el professional hauria de donar una major consideració a la transcendència econòmica de les decisions clíniques i el gestor hauria de fer-se conscient que existeixen certs valors que no es poden mesurar en termes exclusivament d'eficiència. Les organitzacions haurien de facilitar als professionals els instruments i les eines perquè puguin fer la seva tasca ja que si l'organització no és capaç de donar resposta els conflictes s'eternitzen i causen frustració entre els professionals. Cada col·lectiu ha d'introduir canvis des de la seva corporació dirigits a acceptar que hi ha altres actors en la dinàmica sanitària i que, per al bon funcionament del sistema sanitari, s'han de tenir en compte.

### *El dilema: el professional entre l'organització i el ciutadà*

#### *Conflicte entre l'organització i el professional*

Hi ha la percepció que els professionals sanitaris (metges especialment) es troben "atrapats" entre el que se n'espera socialment (la prestació de serveis sanitaris) i les exigències de l'orga-

nització sanitària (bons estàndards de pràctica clínica i eficiència), i aquesta situació de conflicte genera angoixa i frustració entre els professionals. El professional ha de prioritzar l'assistència més important i/o urgent a causa de les limitacions organitzatives i de recursos i no sent escoltat o prou considerat per l'organització. Sovint les organitzacions no són sensibles a les necessitats que plantegen els professionals.

Els professionals es troben pinçats entre les expectatives de l'usuari, les limitacions que imposa l'organització i el seu judici clínic. A més, davant de les limitacions existents i la manca d'informació que hauria d'arribar a l'usuari per altres vies, el professional es converteix en el rostre visible del sistema i en el qual reverteixen les exigències dels usuaris.

Es fa palès que el ciutadà identifica molt bé els diferents àmbits de responsabilitat: l'organització amb els aspectes organitzatius i de recursos i el professional amb el procés assistencial. El ciutadà considera que no és el professional assistencial a qui pertoca traslladar informació sobre les limitacions o els aspectes organitzatius que condicionen les seves demandes i això fa que en molts casos el desculpabilitzin. No obstant això, com que no hi ha altres opcions, és sobre el professional sobre qui es descarreguen les queixes.

Els professionals es troben davant el dilema d'aconseguir l'equilibri entre els interessos i els desitjos individuals dels pacients, d'una banda, i els requeriments de les organitzacions i les necessitats de la comunitat, de l'altra. Aquesta mateixa dualitat de perspectives és aplicable a les administracions i als gestors de les organitzacions. Els responsables de les organitzacions no poden abandonar els professionals davant aquest dilema, ja que això no solament generaria un clima de treball inadequat sinó que a més el sistema acabaria atrapat en l'economicisme més pur i dur. Cal, doncs, que tant l'Administració com els gestors de les organitzacions incorporin a les seves identitats les preocupacions del dilema amb què conviuen els professionals.<sup>26</sup> Amb la incapacitat de gestionar el desajust entre l'oferta i la demanda, tant per part de la burocràcia sanitària com dels polítics, el problema s'ha de resoldre dins de les organitzacions entre metges i gestors.<sup>27</sup>

### *La relació entre el professional i el pacient*

#### *Figures i rols professionals. Característiques de la relació*

Les relacions entre ciutadans i professionals s'han de fonamentar en criteris de confiança avaluada d'una banda per la qualitat tecnicoassistencial que proporcionen els estàndards de bona pràctica clínica i de l'altra en unes relacions interpersonals de respecte mutu; ambdós aspectes incideixen en el reforçament de l'efectivitat dels serveis sanitaris, ja que n'augmenten la qualitat tant des del vessant tècnic o objectiu com des de l'apreciació més subjectiva o percebuda pel usuari. Tots dos components de la qualitat serveixen perquè el ciutadà faci una valoració qualitativa i quantitativa de les habilitats i els coneixements necessaris en un professional sanitari per donar resposta adient a les seves expectatives.

L'usuari expressa que qualitat tècnica i relació humana són ingredients clau per a una relació sanitària satisfactòria. El ciutadà reclama del professional no ser tractat solament des del punt de vista tècnic i professional sinó des del punt de vista de relació humana en unes condicions adequades. Considera el metge capaç de fer un bon diagnòstic i tractar el problema de salut, però que no és fàcil arribar a establir-hi una relació de confiança.

Es percep una certa insatisfacció tant per part de la societat com dels professionals sanitaris. La relació entre metge i pacient pateix la pèrdua de confiança del ciutadà en el professional, conseqüència d'una ciutadania més ben informada, que demanda una major rendició de comptes, més transparència i major garantia de qualitat.<sup>11</sup> La societat, però, ha de ser també conscient de les preocupacions dels professionals, ja que una professió desmoralitzada actua per

sota de les seves capacitats i és incompatible amb el bon funcionament del sistema assistencial.<sup>21</sup> s'apunta com a causa de la insatisfacció professional el trencament del contracte implícit entre metges i societat: l'orientació individual de la formació dels metges no encaixa amb les exigències dels actuals sistemes de salut; la reducció de l'autonomia professional i la necessària rendició de comptes en un entorn de control de costos; i la percepció de la pèrdua de confiança en les relacions amb els pacients i la societat.<sup>28</sup>

Als metges se'ls atribueix el poder de curar, gairebé com una funció religiosa, des del punt de vista d'atribuir-los un poder que no tenen, però que calma l'ansietat de saber-se malalt. Per això sovint quan es frustren les expectatives o no poden aconseguir curar passen de déus a diables. s'assumeix que l'error mèdic és humà i una contingència inherent a la pràctica professional. El que no s'accepta és que no es reconegui l'error o s'intenti ocultar o obviar.

El fet de trobar-se malalt comporta una situació de vulnerabilitat, inquietud i incertesa que s'agreuja més o menys segons el tracte que es rep. En canvi, quan es rep informació, facilitada en el moment i amb el tracte adequats, es redueix l'angoixa i l'usuari viu el seu problema amb més tranquil·litat i confiança.<sup>29</sup>

La demanda d'informació sobre el mateix procés assistencial o problema de salut és una de les qüestions que sorgeix amb més freqüència. La seva mancança s'atribueix, en part, a una actitud paternalista del professional, que tradueix el sentiment que la decisió li pertany exclusivament, i considera que el pacient no necessita o no és capaç de comprendre la informació. Aquest rol de metge porta implícit que el ciutadà és un agent desinformat. El ciutadà té, aleshores, un paper nul en la determinació del seu propi tractament. Però, en general, l'usuari reclama saber. s'espera no solament el guariment o la resolució del problema mèdic sinó també una explicació entenedora sobre el procés. La manca d'informació és un dels principals motius de queixa en la relació entre professional i pacient. La manca de tracte personalitzat i d'empatia, suplida moltes vegades per l'ús indiscriminat de l'alta tecnologia,<sup>30</sup> l'ús del tuteig inadequat, la manca de respecte per la intimitat i la privacitat, la manca de temps i de seguiment, l'engany per part del pacient són vistos pels ciutadans com a elements distorsionants de la relació.

La distància entre el metge i el pacient –l'autoritat i el control conflueixen en el primer– s'entén com una conseqüència inevitable de distància entre l'expert i el profà. s'accepta que la relació sanitària és una relació desigual en què una de les parts posseeix uns coneixements específics. s'apunta, però, que la clau d'una relació satisfactòria entre el metge i el pacient és reconèixer que també els pacients són experts: el metge té –hauria de tenir– coneixements sobre tècniques de diagnòstic, tractaments, prevenció..., i el pacient té els coneixements sobre la seva pròpia experiència davant la malaltia, sobre les seves circumstàncies socials, conductes, actituds i preferències. Ambdós àmbits de coneixement són necessaris per poder encarar un problema de salut i ambdues parts han d'estar predisposades a compartir la informació i prendre les decisions conjuntament.<sup>31</sup>

Per a d'altres, la relació de confiança s'equipara a una relació "entre iguals": és el que s'entén per simetria en la relació. La igualtat no es pot pretendre mai des del punt de vista de coneixements científics (en aquesta tessitura, no seria mai possible la simetria), sinó des del punt de vista d'assumpció de responsabilitat i de capacitat de decisió davant el tractament o els diversos tractaments. El professional sanitari és qui finalment sempre executa: aquesta execució, però, varia molt si la fa directament o amb consulta prèvia i amb respecte per la decisió del ciutadà. Sembla que la informació és l'aspecte clau. El coneixement tècnic és del metge, les preferències, del pacient. El que es proposa i es debat és una transformació en la relació entre metge i pacient en termes de participació mútua.<sup>10</sup> Es considera desitjable tendir cap a una major simetria en la relació, que el malalt aprengui del metge i el metge del malalt, de manera que el metge s'allunyi de la posició piramidal que ha ocupat tradicionalment.

També es considera que l'usuari ha de ser conscient que estar informat no és només un dret, sinó un deure: el ciutadà no és solament receptor passiu de la informació que el professional està obligat a transmetre-li, sinó que ha d'esdevenir un agent actiu en reclamar tota aquella informació que li és necessària per poder assumir la seva responsabilitat sobre la seva salut.

Hi ha elements com l'edat, el fet de ser o no actiu laboralment, el nivell cultural i la gravetat de la patologia que condicionen les expectatives, les preferències i les exigències quant a la informació, al tracte i a la immediatesa de la resposta assistencial. El professional sanitari ha de saber esbrinar quines són, per tal de no generar frustració i transmetre informació sobre la patologia i els diferents tractaments possibles i copsar el grau de responsabilitat que el ciutadà està disposat a assumir. Hi ha ciutadans que entenen que aquesta és una tasca pròpia i exclusiva dels professionals ja que és qui té tot el coneixement necessari per poder decidir.

El metge de capçalera apareix com el principal referent i evoca la figura del metge tradicional, coneixedor no solament del problema puntual de salut, sinó de la història clínica del pacient i de la seva circumstància personal i familiar. Se'ls veu més propers a l'hora de demanar informació i de comentar els aspectes relacionats amb els problemes de salut que els especialistes. L'experiència dels usuaris amb els especialistes dels ambulatoris no és satisfactòria. Es diu textualment que és entrar i sortir.

Del metge d'hospital es valora positivament la capacitat científica i tècnica, però no el tracte: se'l veu com una figura exclusivament tècnica però a la qual, en general, no es pot accedir amb facilitat. Aquesta mancança és compensada per la infermera, que es vista dins dels hospitals com a personatge clau a l'hora del seguiment del procés assistencial del malalt en el seu conjunt tècnic i humà.

En la relació professional entre sanitari i pacient, al personal d'infermeria, a part de les funcions que li són pròpies, se li atorga el paper de "Maria mitjancera", de figura pont entre l'usuari i el metge, tot i que es percep un canvi ja que adquireix cada cop més un paper actiu en l'avaluació de les necessitats, els objectius i les activitats assistencials.

El treball en equip multiprofessional es valora positivament, en especial l'equip metge-infermera, i es parla de la necessitat que hi hagi certa complicitat entre ells.

Implicar, mantenir informats, millorar la comunicació, donar consell i suport a pacients i familiars, obtenir consentiment informat per a procediments i processos, respectar el seu punt de vista i acceptar que es poden produir situacions adverses, són trets que haurien de caracteritzar la relació entre els professionals i els pacients.<sup>29</sup>

### *L'equilibri entre el que rep l'usuari i les seves necessitats i expectatives*

#### *Els condicionants de la relació assistencial*

El temps d'espera i la massificació són, des del punt de vista del pacient, obstacles per a una relació assistencial satisfactòria. Impedeixen una bona comunicació i són percebuts com a barres a l'accessibilitat i, malgrat tenir-los molt interioritzats a causa d'experiències passades, els pacients continuen sense acceptar-los. Generen una angoixa que agreuja encara més el problema.

Es desprèn que el ciutadà s'ha especialitzat a aprendre com funciona el sistema sanitari, que sovint considera feixuc i burocràtic, i que ha après a donar-li la volta i a veure com el pot guanyar: ha après que cridant i exigint pot obtenir la resposta que vol i espera una resposta més ràpida. Per tenir accés als serveis utilitza els mitjans que considera que poden resoldre els problemes amb més immediatesa, malgrat ser conscient que això significa, de vegades, un mal ús o un ús inadequat dels recursos sanitaris, però que justifica per la manca d'alternatives. En aquest sentit, és paradigmàtic l'ús dels serveis d'urgències hospitalàries i de procediments informals.

Com a consumidors de serveis són especialment crítics amb el funcionament de les organitzacions i amb aspectes d'accessibilitat, com ara informació, atenció telefònica, franges horàries flexibles i qualitat hotelera, aspectes que condicionen fortament les relacions assistencials. De vegades, aquestes mancances que pateixen les organitzacions són vistes per l'usuari com a solucionables –canviar circuits, millores en la informació– sense necessitat d'utilitzar grans pressupostos. Sorprèn el fet que es destinin recursos a la implantació de noves tecnologies, a les quals la majoria de la població encara no està habituada, quan encara hi ha aspectes bàsics no resolts, com ara l'atenció telefònica immediata.

El temps apareix al llarg de les converses, tant el temps d'espera per accedir als serveis com el temps disponible pel professional per atendre el pacient, i en ambdós casos es relacionen més aviat amb el sistema públic. La incertesa sobre quan serà atès interfereix en les activitats quotidianes del pacient i li genera un sentiment de desorientació i impotència. El poc temps disponible per a cada visita pot arribar a deteriorar la confiança en la competència del professional sanitari, es tradueix en un sentiment de temor que no es puguin detectar patologies greus i impossibilita la comunicació. Es considera que disposar de més temps de consulta és essencial per proveir una atenció clínica de qualitat.<sup>32</sup> El ciutadà vol ser escoltat i tenir temps per escoltar i assimilar la informació que li transmet el professional. Aquesta situació no s'atribueix a la qualitat tècnica del professional, sinó a aspectes d'organització i burocràtics. És el sistema sanitari, vist com a defectuós, el que imposa els límits de temps al professional i el que en definitiva és la causa final d'un possible error de diagnòstic.

Sovint el professional de farmàcia és vist com un recurs de confiança, accessible, pròxim i alternatiu per consultar i resoldre dubtes sobre el tractament o ús de recursos sanitaris.

Les medecines no convencionals apareixen com un recurs per buscar una solució als problemes de salut, emprat sovint al mateix temps que el sistema sanitari convencional. Com a garantia de la qualitat i fiabilitat d'aquestes pràctiques, cal una regulació de l'actuació dels professionals d'aquests àmbits.

Es detecta l'existència d'una distància entre el problema mèdic (diagnòstic i tractament d'una patologia) i el problema social (familiar, laboral...) que una patologia pot comportar. s'identifica com una necessitat no resolta la manca de suport en el cas de determinades patologies que tenen conseqüències familiars i socials en la vida quotidiana de les persones. El ciutadà vol tenir accés a informació sobre els recursos disponibles i els serveis que aquests ofereixen i poder decidir. Hi ha consciència de la gran demanda existent i creixent i cada cop més complexa, ja que sovint inclou no solament aspectes sanitaris, sinó socials, d'integració i culturals.

### *Les competències del professional sanitari en el futur*

#### *Qualitats que s'espera trobar en el professional sanitari*

A més d'una elevada competència tècnica, les qualitats que els ciutadans esperen trobar en els professionals sanitaris –especialment metges i infermeres– són de caire relacional alhora que actitudinals. s'identifiquen com a dimensions clau uns determinats valors que s'espera que tinguin i mostrin en les seves conductes que es podrien considerar “vocacionals i de servei”, i també unes característiques lligades a la competència tècnica i professional i a l'estil de pràctica. s'emfatitzen de manera especial un conjunt de qualitats directament relacionades amb una actitud receptiva i un tracte i una comunicació adequats.

Les expectatives dels pacients i usuaris pel que fa als valors i qualitats que esperen trobar en els professionals han quedat exposades en els anteriors apartats i coincideixen amb els dels treballs d'altres autors.<sup>10,11,33,34,35</sup> Del professional s'espera un perfil característic que combina els bons estàndards de pràctica clínica amb habilitats socials de relació interpersonal i una actitud que generi i transmeti confiança i seguretat.

En general no es qüestiona la capacitat tècnica dels professionals sanitaris que, en el nostre entorn, es considera que han assolit un bon nivell i que es valora positivament, si bé el ciutadà reclama que els professionals mantinguin actualitzats els seus coneixements, perquè això els dona seguretat i confiança. Això està d'acord amb els posicionaments que propugnen la necessitat de la certificació i recertificació de la competència per tal de garantir a la població que, en l'àmbit de la seva responsabilitat, els professionals tinguin els coneixements, les habilitats i l'experiència requerides per proporcionar una atenció de qualitat al pacient.<sup>36</sup>

Es percep certa deshumanització en la relació assistencial i emergeix constantment la necessitat que el professional, en la seva pràctica, mostri un tracte més personalitzat i humà. Els valors dels professionals s'orienten cap a l'eficàcia tècnica en la solució dels problemes orgànics dels malalts. Aquest exercici despersonalitzat dificulta l'empatia de contacte ja que el ciutadà demana ser escoltat i informat. És necessari superar la manca de sintonia entre el sistema de valors dels ciutadans i el dels professionals. Cal harmonitzar els valors del coneixement tecnocientífic especialitzat i els valors del coneixement global i humanístic de la persona. Els professionals del futur hauran de promoure la salut, prevenir i tractar la malaltia i rehabilitar la discapacitació de manera ètica i respectuosa amb les diferències individuals, hauran de fer-ho amb recursos limitats, i basant aquestes activitats en el coneixement científic i amb el suport de les tecnologies,<sup>24</sup> en un entorn en què tant les relacions amb els usuaris i amb d'altres professionals sanitaris com la praxi mèdica són cada vegada més complexes. Els ciutadans hauran d'evolucionar adoptant una actitud més activa i responsable pel que fa a la salut, la utilització dels serveis i la seva relació amb els professionals, i caldrà que transmetin adequadament tots aquells coneixements personals, familiars i socials que puguin tenir incidència en el procés assistencial.

Les professions sanitàries es consideren vocacionals, de crida per servir. En general, qui tria una professió sanitària –com d'altres professions d'ajuda– és perquè pensa que pot fer bé i pot curar els altres i que té coneixements i criteri que es poden aportar en situacions de vulnerabilitat, com també en cas de malaltia. Sempre hi haurà metges capaços de reconèixer que els fonaments morals del professionalisme es troben en la vulnerabilitat de les persones malaltes, en la necessitat de confiar en el metge i en el dret moral dels pacients de comptar amb metges competents i que l'ús d'aquestes competències serà sempre en benefici dels malalts i no dels metges.<sup>37</sup>

La figura del professional del futur no s'hauria de restringir a la figura d'un científic i investigador. Més aviat hauria d'incloure un nou tracte comunicacional amb el pacient, que el professional sigui capaç d'explicar i transmetre amb claredat. Per això esdevé molt important formar els futurs professionals sanitaris més enllà d'aconseguir un currículum acadèmic brillant, orientat a les publicacions i on es valoren fonamentalment qüestions relacionades amb el científisme. s'hauria de passar d'un enfocament biològicista (només es considera la patologia) a un enfocament més social (es considera la relació entre patologia i persona).

Es considera que el procés de formació dels professionals és essencial per tal d'adequar-ne el perfil a les necessitats, i es creu que existeix una separació entre la formació que reben i el que se'ls demana que facin. En el cas dels metges, la seva formació s'orienta cap al diagnòstic, el tractament i la recerca, i es troben a faltar altres coneixements i habilitats relacionats amb aspectes de comunicació, legals, ètics i de gestió de recursos. Caldria, doncs, combinar una sòlida formació científica i tècnica amb el desenvolupament d'habilitats comunicatives i relacionals, així com també una actitud que generi confiança i seguretat en els pacients.

s'hauria de produir un canvi cultural a les facultats de medicina. Existeix una separació entre la formació que han rebut els metges i el que se'ls demana que facin: formats en patologia, diagnòstic i tractament, els metges d'avui han d'abordar temes de gestió, millora, finançament, legals, ètics i de comunicació.<sup>9</sup> El futur demanarà al professional flexibilitat i capacitat d'adaptar-se a

un entorn i a unes demandes canviants. Al llarg d'una vida professional dilatada, el professional haurà d'estar preparat per modificar la seva manera de treballar, el seu àmbit de treball, la seva especialitat. Així mateix haurà d'incorporar la noció de la transcendència econòmica de les seves decisions i identificar-se com a gestor de les necessitats del pacient i continuar ajudant el malalt a afrontar la malaltia, el dolor i la mort. Cal reorientar els currículums i combinar adequadament el perfil assistencial, científic i d'habilitats socials.

Emergeix la conveniència d'actualitzar el jurament hipocràtic i la necessitat de reflexionar al voltant de quina classe de metges necessita la societat, el fi de l'educació mèdica, el procés educatiu en les diferents fases, la relació entre formació i necessitats. D'altra banda, s'emfatitzen l'avaluació de les competències i la recerca educativa, els papers del docent i de qui aprèn, les habilitats comunicatives, el generalisme *versus* l'especialisme, els dèficits en la praxi professional i els reptes de futur, així com també altres aspectes com ara el treball en equip, el lideratge i el paper dels pacients.<sup>36</sup>

El professionalisme és en la base del contracte social entre les professions sanitàries i la ciutadania, i obliga els professionals a actuar sempre en benefici dels pacients, a mantenir i millorar els estàndards de competència i d'integritat i a facilitar i a posar a disposició de la societat els coneixements d'experts en l'àmbit de la salut. En aquest contracte esdevé essencial comptar amb la confiança de la ciutadania en els professionals, tant en el vessant individual com corporatiu.<sup>39</sup>

Superada la interpretació corporativista del professionalisme (autoprotecció, promoció d'interessos propis, esperit gremial, cerca de poder, prestigi, prioritats i beneficis),<sup>37</sup> cal avançar cap a aquella noció de professionalisme que aplegui els conceptes d'altruisme (donar prioritat als interessos dels pacients), de rendició de comptes (tant als pacients com a la societat i a la mateixa professió), d'excel·lència (millora contínua), de servei, d'honor i de respecte cap al codi deontològic i cap als altres.<sup>40</sup>

## 6. Apunts finals. Elements clau del canvi

**LA REDEFINICIÓ D'UN NOU CONTRACTE SOCIAL**, que té com a objecte principal l'atenció a la salut, un dels pilars fonamental de l'estat de benestar.

És necessari generar un ampli debat social sobre la salut i el sistema sanitari. Si no s'avança en aquesta línia és difícil saber el que es pot esperar del sistema sanitari, de les professions sanitàries i dels ciutadans com a agents responsables de la seva pròpia salut.

Discutir sobre la salut és discutir sobre sistema de valors. Cal superar la manca de sintonia entre el sistema de valors dels ciutadans i el dels professionals.

### **l'entorn organitzatiu**

Les organitzacions no poden abandonar els professionals davant el dilema amb què conviuen. Hi ha la percepció que els professionals sanitaris es troben "atrapats" entre el que se n'espera socialment i les exigències de l'organització sanitària. Cal que tant l'Administració com els gestors de les organitzacions incorporin a les seves identitats les preocupacions d'aquest dilema.

Els ciutadans reclamen de les organitzacions un funcionament menys feixuc i burocràtic i millores amb relació a aspectes d'accessibilitat, informació, atenció telefònica, franges horàries i qualitat hotelera.

### **Els actors**

**ELS CIUTADANS** es veuen a si mateixos com a consumidors de serveis sanitaris, més que com a receptors passius de decisions clíniques autoritàries, i estan redefinint la seva posició com a ciutadans de l'estat de benestar. Es mostren, cada cop més, membres actius, informats i exigents i amb voluntat d'assumir la seva quota de responsabilitat.

l'usuari expressa que qualitat tècnica i relació humana són ingredients clau per a una relació sanitària satisfactòria. Les relacions entre ciutadans i professionals s'han de fonamentar en la confiança i els estàndards de bona pràctica clínica.

#### **Drets i deures**

- Assumir la seva quota de responsabilitat: titular de drets i de deures.
- Utilitzar adequadament els recursos sanitaris.
- Compartir la informació, consensuar procediments i processos i respectar opinions.
- Tenir accessibilitat al sistema sanitari.
- Acceptar els límits de la ciència i les limitacions de recursos.



**ELS PROFESSIONALS SANITARIS** es veuen no només com a individus, sinó també com a corporació, i es considera que la mateixa corporació ha de ser capaç d'introduir canvis: obertura a l'exterior, diàleg, acceptació de posicions més simètriques, introducció d'elements que humanitzin més el procés assistencial.

Als professionals, se'ls demana bons estàndards de pràctica clínica i eficiència. Sovint es troben davant el dilema d'aconseguir l'equilibri entre les necessitats i els desitjos individuals dels pacients, i de donar resposta als requeriments de les organitzacions i les condicions de la societat.

#### Drets i deures

- Mantenir i millorar la competència professional i els estàndards de bona pràctica clínica.
- Generar confiança. Compartir la informació, consensuar procediments i processos i respectar opinions.
- Posar a disposició de la societat els coneixement d'experts en l'àmbit de la salut.
- Treballar en equips multidisciplinaris i multiprofessionals amb responsabilitats clares.
- Considerar la transcendència econòmica de les decisions clíniques.
- Disposar de les eines i els instruments per al correcte desenvolupament de les tasques assistencials.

## Bibliografia

- 1 Resolució del conseller de Sanitat i Seguretat Social de 25 de maig de 2000, per la qual es crea l'Òrgan Tècnic per a l'Elaboració del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries.
- 2 GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. *Enquesta de salut de Catalunya*, 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
- 3 CAMINAL J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
- 4 BOGDAN R, BIKLEN SK. *Qualitative research for education: an introduction to theory and methods*. Londres: Allyn and Bacon, 1982.
- 5 DENZIN NK I LINCOLN YS. *Handbook of qualitative research*. Londres: Sage Publication, 1994.
- 6 VALLÉS SM. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología, 1994.
- 7 RUIZ OLABUÉNAGA JL. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. 1995: 112-113
- 8 ALONSO E. *La mirada cualitativa*. Madrid: Fundamentos, 1998: 17.
- 9 STAKE RE. *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication, 1995.
- 10 GAMINDE I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. Informe SESPAS. Zaragoza, 2001.
- 11 SMITH R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001; 322: 1073-1074.
- 12 NEUFELD VR, MAUDSLEY RF, PICKERING RJ, TURNBULL JM, WESTON WW, BROWN MG, SIMPSON JC. La formación de los futuros médicos en Ontario. *Educación Médica* 2000; 2:77-95
- 13 REGUANT M. ¿Qué espera la gente de nosotros? *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 1999; 5: 77-87.
- 14 IBÁÑEZ J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI, 1997.
- 15 DOMINGO A, MARCOS J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria* 1989; 3: 320-326.
- 16 BRITTEN N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311: 251-253.
- 17 ÍÑIGUEZ L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999; 23: 496-502.
- 18 PLA M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24: 295-300.
- 19 DUNNING. Status of the doctor: present and future. *The Lancet* 354 (supl.) SIV 18, 1999.
- 20 HAM C, ALBERTI KG. The medical profession, the public and the government. *BMJ* 2002; 324: 838-842.
- 21 *Sanidad, la reforma possible*. ESADE, 1997.
- 22 CRUES I SULLIVAN. Professionalisme: an ideal to be sustained. *The Lancet* 2000; 356: 156.
- 23 IRVINE. The performance of doctors: professionalism and self regulation in a changing world. *BMJ* 1997; 314: 1540.
- 24 Fundació Biblioteca Josep Laporte. The future patient project. Focus group research. July 2000.

- 25 SALTER B. Regulación y confianza en la profesión médica. Una revisión internacional. Jornadas técnicas "El futuro de la profesión médica: un reto para los profesionales". Barcelona, mayo de 2001.
- 26 MINOGUE. The Two Fundamental Duties of the Physician. *Acad. Med.* 2000; 74: 431.
- 27 SALTER B: *The Politics of Change in the Health Service*. London: Macmillan Press Ltd, 1998.
- 28 EDWARDS N, KORNACKI MJ, SILVERSIN J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002; 324: 835-838.
- 29 DI BLASI *et al.* Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet* 2001; 357: 757-62.
- 30 SUBIRATS J. Gràcies, doctor Sachs. *Annals de Medicina* 2000; 83: 296-297.
- 31 COULTER A. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ* 2002; 324: 648-651.
- 32 CAPMBELL SM, HANN M, HACKER J, BURNS C, OLIVER D, THAPAR A, MEAD N, GELB SAFRAN D, ROLAND MO. Identifying predictors of high quality in English general practice: observational study. *BMJ* 2001; 323: 784-787.
- 33 Health Policy and Economic Research Unit. *Core values for the medical profession in the 21st century. Survey report*. Londres: British Medical Association, 1996.
- 34 GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'Estudis de la Salut. *Les competències professionals en ciències de la salut*. Barcelona, 1997.
- 35 HALVORSEN J. Professionalism Reconsidered: Priorities for Physicians. *Arch Fam Med* 8: 173; 1999.
- 36 Citizen Advocacy Center. Measuring continuing competence of health care practitioners: where are we now - where are we headed? Proceedings of a Citizen Advocacy Center Conference. June 2000. <http://www.cacenter.org/pronet401.html>
- 37 PELLEGRINO E. J Amer Board Family Practice 13: 147, 2000.
- 38 CALMAN KC. *Tue Potencial for Health*. Oxford Univ. Press, 1998.
- 39 Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 243-246.
- 40 The American Board of Internal Medicine. *Project Professionalism*. 1999. >index.htm



ANNEX VI

---

JORNADA DE TREBALL  
AMB PROFESSIONALS SANITARIS  
PER A L'ELABORACIÓ DEL  
*LLIBRE BLANC DE*  
*LES PROFESSIONS SANITÀRIES A CATALUNYA*

**Institut d'Estudis de la Salut**

Barcelona, 17 d'octubre de 2001

## Programa de la jornada

Data: 17 d'octubre de 2001

Lloc: INSTITUT d'ESTUDIS DE LA SALUT

Balmes, 132-136, 4a planta

Horari:	8.30 - 9 h	Recepció dels participants
	9 - 9.30 h	Conferència inaugural: El Llibre blanc de les professions sanitàries Prof. Albert Oriol i Bosch
	9.30 - 11 h	Treball en grups
	11 - 11.30 h	Descans i cafè
	11.30 - 14 h	Treball en grups
	14 - 15.30 h	Dinar bufet
	15.30 - 18 h	Plenari: 30 minuts per a la presentació (10 minuts) i discussió (20 minuts) de les conclusions de cada grup
	18 - 18.15 h	Cloenda de la Jornada

## Objectiu de la jornada de treball

Proporcionar assessorament a l'Òrgan Tècnic per a l'Elaboració del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries en diferents aspectes nuclears del problema.

## Metodologia de treball

Assignació prèvia dels participants a un grup de treball d'acord amb el seu perfil professional.

Els participants rebran abans de la Jornada un dossier documental sobre el seu desenvolupament, participants i continguts temàtics.

La tècnica de treball dels grups serà la pluja d'idees, delimitada per les preguntes plantejades a cada grup.

Cada grup compta amb la presència d'un moderador i un relator.

**Les conclusions elaborades per cada grup en relació amb les preguntes plantejades es presentaran i es discutiran en un plenari final.**

## Grups

- A) La formació dels professionals sanitaris
- B) La millora i la garantia de la competència
- C) Les interaccions i els límits competencials
- D) Estratègies per a la motivació dels professionals
- E) Àmbits assistencials i necessitats dels ciutadans

## Participants

### *A) La formació dels professionals sanitaris*

- 1) Joan Prat
- 2) Ramon Pujol
- 3) Margarida Peya
- 4) Jordi Palés
- 5) Arcadi Gual
- 6) Andreu Segura
- 7) Joaquim Bonal
- 8) Jordi Doltra
- 9) Josep M. Ustrell
- 10) Ramon Sarrias
- 11) Carmen Caja
- 12) Caterina Casado
- 13) Josep Ramon Riera
- 14) Teresa Estrach\*
- 15) Rosa Blasco\*

Moderador: Joaquim Bonal

Relator: Ramon Pujol

### *B) La millora i la garantia de la competència*

- 1) Miquel Bruguera
- 2) Ramon Morera
- 3) Antoni Salvà
- 4) Xavier Demestre
- 5) Glòria Seguranyes
- 6) Carles Blay
- 7) Josep M. Bertran
- 8) Natividad Esteve
- 9) Margarita Esteve
- 10) Lluís Cabero\*
- 11) Mercedes Sora
- 12) Teresa Bassons
- 13) Joan Pons
- 14) Sebastià Juncosa\*
- 15) Virgínia Novel

Moderador: Miquel Bruguera

Relator: Carles Blay

### *C) Les interaccions i els límits competencials*

- 1) Jaume Aubia
- 2) Joan Duran
- 3) Isabel Pera
- 4) Margarita Coll
- 5) Pere Ródenas\*
- 6) Àngels Elias
- 7) Joan López Carol
- 8) Josep Bras Marquilla
- 9) Joan Gené
- 10) Josep J. Navas
- 11) Miquel Vilardell
- 12) Arantxa Catalán
- 13) Ferran Morell
- 14) Antoni Narbona
- 15) Dolors Forés
- 16) Núria Rosell

Moderador: Joan Duran

Relatora: Àngels Elias

### *D) Estratègies per a la motivació dels professionals*

- 1) Juli de Nadal
- 2) Ramon Llibre
- 3) Núria Cuxart
- 4) Pere Monràs
- 5) Àlex Ramos
- 6) Lluís Fornies
- 7) Mercè Ibarz
- 8) Francesc Moreu
- 9) Joan Escarrabill
- 10) Sergi González
- 11) Jordi Bladé\*
- 12) Amat Palou\*
- 13) Martí Dalmases\*

Moderador: Ramon Llibre

Relator: Juli de Nadal

## E) Àmbits assistencials i necessitats dels ciutadans

- 1) Núria Martí
- 2) Josep Rodríguez
- 3) Assumpció González
- 4) Concepció Cabanes
- 5) Joan Bigorra
- 6) Ignasi Riera
- 7) Fernando G. Benavides
- 8) Ma. Luisa Morató
- 9) Maite Forner
- 10) Pilar González
- 11) Albert Jovell
- 12) Joan Viñas
- 13) Carles Fontcuberta
- 14) Maria Nolla
- 15) Joan Grau\*
- 16) Josep Maria Pepió\*
- 17) Josep Lluís Segú\*

Moderador: Albert Jovell

Relatora: Maria Nolla

### Assignació de preguntes als grups

#### *Grup A. La formació dels professionals sanitaris*

Les professions han de respondre de la forma més estreta possible a les necessitats evolutives de l'entorn, i aquesta adaptació imprescindible afecta tots els elements que les defineixen, incloent lògicament els objectius, l'organització, els mètodes i els continguts dels processos de formació dels seus elements.

- Quins canvis nuclears caldria introduir en els currículums formatius i en les metodologies docents de les professions sanitàries per tal de millorar la seva adaptació als nous reptes sociodemogràfics, organitzatius, científics i tècnics?

El treball en equip dels professionals implica partir de cultures i visions amb elements comuns que facilitin la participació conjunta en determinades preses de decisions i actuacions.

- Considereu convenient o necessari l'establiment d'espais comuns interprofessionals d'aprenentatge teòric i pràctic en els curricula de pregrau?

A l'Estat espanyol, la tendència actual es dirigeix cap a la creació d'àrees d'expertesa amb reconeixement oficial i documental. Aquest fet tindrà influències significatives sobre l'estructuració futura de les especialitats i sobre el mercat de treball. Cal reflexionar sobre aquests i altres aspectes del problema i sobre si, en un context com el nostre, és necessari i convenient emetre títols oficials de les àrees d'expertesa.

- Quins aspectes positius i negatius tindria el reconeixement oficial de les àrees d'expertesa en el context estatal i internacional?



### Grup B. La millora i la garantia de la competència

En diversos països la titulació bàsica (llicenciatura) o especialitzada són requisits previs per a l'exercici professional, però han d'anar seguides de la superació de proves dirigides a valorar la situació competencial del titulat abans de rebre autorització per treballar. Aquestes proves són responsabilitat d'organismes tipus *board* o col·legis. Habitualment, en aquests països no han de superar noves proves (concursos-oposicions en el nostre àmbit) per accedir a llocs de treball com a professionals independents en institucions públiques o privades.

- Es pot considerar equivalent la titulació bàsica i especialitzada a la llicència per a l'exercici professional?

Sembla que existeix un consens creixent sobre la necessitat que els professionals justifiquin cada cert temps la seva situació competencial per garantir la seguretat i la qualitat de les seves actuacions, però en la pràctica no es posen en marxa els mecanismes per comprovar-ho.

- Considereu que la llicència professional s'hauria de renovar periòdicament? Com?
- En el nostre context polític i institucional, quines institucions haurien de garantir la competència professional?

És evident que la implantació d'un sistema de recertificació no es pot fer d'un dia per a l'altre. Cal delimitar amb precisió tots els aspectes referents als seus objectius, organització, continguts i conseqüències individuals i col·lectives.

- Quines haurien d'ésser les característiques principals d'una estratègia d'implantació progressiva de la recertificació professional periòdica?

### Grup C. Les interaccions i els límits competencials

A l'Estat espanyol, la tendència actual es dirigeix cap a la creació de àrees d'expertesa amb reconeixement oficial i documental. Aquest fet tindrà influències significatives sobre l'estructuració futura de les especialitats i sobre el mercat de treball. Cal reflexionar sobre aquests i altres aspectes del problema i sobre si, en un context com el nostre, és necessari i convenient emetre títols oficials de les àrees d'expertesa.

- Quins aspectes positius i negatius tindria el reconeixement oficial de les àrees d'expertesa en el context estatal i internacional?
- Amb una perspectiva de futur i d'adaptació de les professions sanitàries actuals i les de nova implantació als canvis de l'entorn sociodemogràfic, d'organització, científic i tècnic i de les necessitats del ciutadans, quins haurien de ser els principis que caldria seguir per a la distribució de les competències (específiques i compartides) entre les diferents professions sanitàries?

En el context de les especialitats de ciències de la salut es parla habitualment d'especialitats "generalistes" (medicina de família, medicina interna, pediatria, cirurgia general, etc.) en contraposició a d'altres que tenen un àmbit competencial més concret o específic. Tots dos tipus són necessaris per al desenvolupament correcte dels sistemes sanitaris.

- Quines accions prioritàries caldria impulsar per garantir un equilibri òptim en el binomi generalisme/especialisme en el sistema sanitari?

Cal considerar amb una perspectiva al més ampla possible el conjunt de condicionants de les necessitats de professionals sanitàries tant des d'una vessant quantitativa com qualitativa.

- Quins són els factors principals que determinaran les necessitats futures dels diferents tipus de professionals sanitaris?

### *Grup D. Estratègies per a la motivació dels professionals*

Sembla que hi ha un important consens internacional sobre la importància dels problemes de motivació que afecten els professionals sanitaris, però no s'acaben d'aclarir els mecanismes per solucionar-los.

— Com caldria afrontar a mig i llarg termini el problema de la motivació professional?

El desenvolupament ràpid de les tecnologies i els aparells mèdics necessita professionals dedicats gairebé de forma exclusiva al seu maneig.

— Quin paper pot tenir la innovació tecnològica mèdica en la motivació dels professionals?

El professionalisme està en crisi des de la pèrdua d'independència dels professionals. El professional es justifica socialment des de la perspectiva de la possessió d'una competència teòrica i pràctica necessària per satisfer els requeriments de la societat que, a canvi, dóna a aquest grup la capacitat legal per exercir-la.

— Quins seran els trets fonamentals que condicionaran el professionalisme del futur?

La posició i visualització social dels professionals sanitaris ha anat canviant al llarg del temps, especialment durant la segona meitat del segle XX.

— Com evolucionarà la visió dels professionals sanitaris que té la societat?

### *Grup E. Àmbits assistencials i necessitats dels ciutadans*

Les professions sanitàries han de donar en cada moment la millor resposta possible a les necessitats canviants de l'entorn.

— Com caldria reorientar les actuals professions sanitàries per donar una resposta millor a les necessitats socials, organitzatives i tecnològiques?

La globalització sembla imposar-se en tots els àmbits, incloent-hi el sanitari.

— Quina influència pot tenir en el futur la globalització cultural i científica i la lliure circulació de professionals sobre les nostres necessitats de recursos humans sanitaris?

Cal considerar, amb la perspectiva al més ampla possible, el conjunt de condicionants de les necessitats dels professionals sanitaris tant des d'una vessant quantitativa com qualitativa.

— Quins són els factors principals que determinaran les necessitats futures de professionals sanitaris?

És evident que les consideracions teòriques i generals s'han d'adaptar a les característiques de cada entorn concret d'aplicació.

— Com poden influir les característiques culturals i sociològiques de la població de Catalunya i les del nostre sistema sanitari en la delimitació dels àmbits assistencials i professionals?



ANNEX VII  

---

SINDICATURA DE GREUGES

**Informe anual  
Any 2000**

## Síntesi de l'informe anual. Any 2000

La figura del Defensor del Poble va ser creada a la Constitució espanyola com a "alt comissionat de les Corts Generals" a les quals ha de retre comptes, amb l'objectiu de defensar els drets fonamentals i garantir les llibertats dels ciutadans. Per al desenvolupament d'aquestes tasques està habilitat per supervisar l'activitat de l'Administració. A Catalunya és el Síndic de Greuges qui té atribuïdes aquestes competències.

La Llei 14/1984, de 20 de març, regula la presentació d'un informe anual per part del Síndic de Greuges corresponent a les activitats que hagi dut a terme la seva institució. Aquest informe anual és una rendició de comptes que ha de valorar el Parlament respecte al grau de compliment dels objectius institucionals fixats, entre d'altres, pels ciutadans mitjançant les seves demandes i les seves queixes, per tal que aquest òrgan parlamentari pugui adoptar les iniciatives legislatives, pressupostàries, d'impuls i de control de l'acció de govern tendents a millorar el funcionament de les administracions públiques augmentant l'eficàcia i eficiència en les seves actuacions.

A l'informe de la Sindicatura corresponent a l'any 2000 es recullen 162 queixes presentades en matèria de sanitat i es van dur a terme 6 actuacions iniciades d'ofici, en concret per analitzar determinats centres de la xarxa d'atenció primària de salut.

Seguidament s'exposen de forma succinta les queixes en matèria sanitària que tenen una relació directa o indirecta amb les professions sanitàries.

### 1. En relació amb l'accessibilitat al sistema sanitari públic:

- 1.1. La dificultat en l'accés dels ciutadans als drets d'informació i d'autonomia dels pacients.
- 1.2. Les llistes d'espera i la implantació d'un nou sistema d'informació i gestió d'aquestes.

La implantació de sistemes d'informació i gestió de les llistes d'espera, no només per garantir l'assistència dins uns terminis raonables, sinó també per garantir l'equitat en l'accés a les intervencions quirúrgiques, és una qüestió cabdal per als usuaris de la sanitat pública. A criteri del Síndic, la seva resolució està íntimament lligada a l'organització del treball dins els hospitals i pot comportar repercussions en les franges horàries i en altres aspectes retributius, incentivadors i de dedicació dels professionals.

### 2. En relació amb l'oferta de serveis sanitaris:

- 2.1. La regulació de la lliure elecció de metge en l'àmbit de l'atenció especialitzada.
- 2.2. l'atenció pediàtrica als nens d'entre 7 i 14 anys a la xarxa no reformada d'atenció primària.
- 2.3. Les malalties de diagnòstic i tractament complex, com la fibromiàlgia.
- 2.4. Les noves prestacions, com podologia i salut bucodental.

### 3. En relació amb els drets dels ciutadans:

- 3.1. El dret a consultar les històries clíniques.
- 3.2. El dret a una segona opinió diagnòstica.

Un dels principals motius de preocupació dels ciutadans és la implantació de sistemes que garanteixin els drets dels usuaris de la sanitat pública, tant a un segon diagnòstic mèdic com a conèixer la història clínica pròpia i dels fills, i a una informació veraç dels seus drets com a usuaris.

En aquest sentit, recentment ha estat aprovada la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació que concerneixen la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica.

També és motiu de reivindicació ciutadana la lliure elecció de metge en l'atenció especialitzada.



ANNEX VIII  

---

INICIATIVES PARLAMENTÀRIES

**Síntesi de les iniciatives  
relacionades amb les professions sanitàries  
Any 2001**

## Síntesi de les iniciatives relacionades amb les professions sanitàries. Any 2001

El 10,2% de les iniciatives parlamentàries presentades l'any 2001 estan en relació directa o indirecta amb l'activitat desenvolupada i les condicions de treball dels professionals sanitaris.

De forma resumida i agrupades per temàtiques es recullen seguidament les esmentades iniciatives.

### 1. Condicions laborals i professionals

- a) Equiparació de condicions laborals entre el personal de la XHUP i de l'ICS (4)
- b) Reordenació de les càrregues de treball dels professionals d'ABS
- c) Concursos-oposicions a l'ICS
- d) Dotació i ampliació de plantilles de personal; vacants i necessitats (13)
- e) Integració de professionals sanitaris
- f) Situació laboral dels professionals dels PADES
- g) Ordenació del temps de treball: política sanitària (2)
- h) Ampliació de l'horari de diferents serveis (pediatria)
- i) Contractació del personal sanitari: irregularitats en la seva contractació; substitucions; interins; tipus de contractes; eventuais; temporals (17); laborals.
- j) Formació dels professionals:
  - atenció a víctimes maltractades
  - EU d'Infermeria: dependència jurídica i funcional; viabilitat
  - Dotació econòmica
- k) Vaga del personal dels CAP
- l) Personal APD
- m) Salut laboral: brot d'hepatitis C
- n) Compliment de la jornada de 40 h pels metges del CatSalut
- o) Absentisme i baixes laborals
- p) Mesures per complir amb el règim d'incompatibilitats
- q) Càrregues de treball (saturació de feines)
- r) Incentius del personal
- s) Convenis i dotació de personal de les empreses públiques
- t) Assignacions de pacients a cada metge (càrregues de treball)
- u) Relació entre TIS i increment de personal mèdic
- v) Exercici de la professió mèdica sense títol:
  - Control de les titulacions del personal mèdic
  - Responsabilitats per l'exercici sense títol
- w) Compatibilitat del contracte de docència i el treball dels MIR amb l'execució dels serveis de transport sanitari
- x) Responsabilitat dels professionals (mala praxi)

### 2. Organització del treball i càrregues de treball

- a) Llistes d'espera
  - Política sanitària per a la seva reducció
  - Quirúrgiques; per tipologia
  - Pla de xoc
  - Solucions per a la reducció
- b) Elecció de metge
- c) Ampliació en el nombre de metges per pacient i en el temps de visita

### 3. Especialitats

- a) Anestesis: mancances
- b) Tocoginecologia: mancances
- c) Medicina de l'esport (3)
- d) Urgenciòlegs i metges d'admissions i documentació clínica



ANNEX IX

---

SESSIONS DE TREBALL  
amb líders d'opinió i  
representants d'institucions  
i organitzacions de l'àmbit sanitari  
sobre el document preliminar  
del *Llibre blanc de les professions sanitàries*



Calendari de sessions amb el Secretari General. Juny-juliol de 2002

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pavelló Ave Maria. Sala de les Palmeres

<b>Dia</b>	<b>Mes</b>	<b>Hora</b>	<b>Experts</b>
Dilluns 10	juny	De 1 a 2/4 de 3	Esperança Martí Francesc Abel
Dilluns 17 Aula de Català	juny	De 5 a 6	Joan Viñas Pere Monràs
Dijous 20	juny	De 4 a 5	Josep A. Rodríguez Josep Boatella
Dimarts 25	juny	De 6 a 2/4 de 8	Joan López Carol Miquel Inglès
Dijous 27	juny	De 6 a 2/4 de 8	Hèlios Pardell Vicente Ortún J. Antoni Bombí
Dilluns 1	juliol	De 6 a 2/4 de 8	Miquel Bruguera Emili Cuenca Joan Prat
Dijous 4	juliol	De 6 a 2/4 de 8	Xavier Trias Albert Núñez Rosa Blasco
Dimarts 9	juliol	De 6 a 2/4 de 8	Albert Jovell J. Lluís Lafarga
Divendres 12	juliol	De 4 a 2/4 de 6	Miguel Àngel Asenjo Joan Subirats Vicens Masià
Dimarts 16	juliol	De 2/4 de 7 a 2/4 de 8	Joan J. Artells
Dijous 18	juliol	De 6 a 2/4 de 8	Pilar Cervera Boi Ruiz Àlvar Net
Dijous 25	juliol	De 6 a 2/4 de 8	Lluís Monset Agustina Muñoz Josep M. Teniente
Divendres 26	juliol	De 4 a 2/4 de 6	Alícia Granados Joan Pons
Dilluns 29	juliol	De 6 a 2/4 de 8	Margarida Salvador Núria Lupón Virgínia Novel
Dimecres 31	juliol	De 4 a 2/4 de 6	Joan Duran Montserrat Teixidor
Dimecres 2 Aula 446 - IES	octubre	De 2/4 de 5 a 6	Anna Civit Diana Grandí

