

# Libro blanco LIBRO BLANCO de las profesiones sanitarias de Cataluña de las profesiones sanitarias de Cataluña



Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat  
i Seguretat Social



**LIBRO BLANCO**  

---

**de las profesiones  
sanitarias  
de Cataluña**

**Barcelona, 2003**



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

Biblioteca de Catalunya. Datos CIP:

---

**Libro** blanco de las profesiones sanitarias de Cataluña  
I. Oriol i Bosch, Albert, dir. II. Oleza, Rafael de, dir. III.  
Òrgan Tècnic per a l'Elaboració del Llibre Blanc de les  
Professions Sanitàries (Catalunya) IV. Catalunya.  
Departament de Sanitat i Seguretat Social  
1. Personal sanitari – Política governamental – Catalunya  
614.2(467.1)

---

**Dirección del proyecto:**

Albert Oriol i Bosch  
Rafael de Oleza

**Órgano Técnico para la Elaboración del Libro Blanco  
de las Profesiones Sanitarias:**

Olinda Anía (vocal), Alícia Àvila (vocal), Luis Branda  
(vocal), Pilar Brugulat (vocal), Mariona Creus (vocal),  
Arcadi Gual (vocal), Amando Martín Zurro (vocal),  
Rafael de Oleza (vicepresidente), Albert Oriol (presidente),  
Jordi Pagés (vocal), Miquel Poch (secretario)

**Equipo de redacción:**

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

**Apoyo administrativo:**

Marga Moragues, Alícia Virloto

© Generalitat de Catalunya  
Departamento de Sanidad y Seguridad Social

**Edita:** Secretaría General

**Primera edición:** Barcelona, maig de 2003

**Tirada:** 500 ejemplares

**Depósito legal:** B-18.688-2003

**Coordinación editorial:** Sección de Publicaciones

**Traducción:** Ana Delia García Aguado

**Diseño Gráfico:** Ortega i Palau, SL

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

Nota: En relación con las profesiones sanitarias,  
los géneros masculino o femenino utilizados en este  
documento designan tanto a mujeres como a hombres.

# PRESENTACIÓN

---

El *Libro blanco de las profesiones sanitarias de Cataluña* (LBPS) que presentamos tiene por objetivo primordial la formulación de un conjunto de propuestas elaboradas a partir de un análisis de la realidad de nuestro sistema y orientadas a dar respuesta a los retos futuros con una perspectiva de medio y largo plazo.

En el proceso de elaboración del *Libro blanco* han intervenido de forma protagonista y activa todos los agentes implicados, tanto ciudadanos y profesionales como organizaciones y asociaciones. Este proceso participativo lo ha gestionado el Órgano Técnico para la Elaboración del Libro Blanco, que lo ha facilitado poniendo a disposición de todos los interesados instrumentos y métodos diversos a través de actividades presenciales y virtuales.

El ciudadano es el punto central de la estrategia de actuación, y sus necesidades y expectativas, el marco de referencia en el que deben situarse las reflexiones y propuestas de este *Libro blanco*. El sistema sanitario y sus profesionales se justifican por el hecho de estar al servicio de las personas y de los grupos de población que requieren que se atiendan sus problemas de salud.

Debe incidirse de forma innovadora en la política de recursos humanos del sistema sanitario y debe hacerse con una estrategia de análisis que se fundamente en dos elementos primordiales: flexibilidad y perspectiva intersectorial. Por un lado, la flexibilidad permitirá adaptaciones continuas y eficientes a las necesidades cambiantes de la organización y adaptaciones tecnológicas del sistema en un contexto de generación de recursos humanos mayoritariamente

de ciclo largo. Por otro lado, la perspectiva intersectorial, tanto desde el aspecto técnico como desde el organizativo, nos acercará a planes de recursos humanos sanitarios más efectivos e integrales en la medida en que prevean la colaboración cotidiana de profesionales procedentes de diferentes ámbitos formativos y con dependencias institucionales diversas.

Los problemas actuales con los que se enfrentan las profesiones sanitarias necesitan un abordaje positivo y unas propuestas de solución a medio y largo plazo, admitiendo las dificultades de los análisis prospectivos en este ámbito. *El Libro blanco de las profesiones sanitarias* intenta dar una respuesta adecuada a las necesidades planteadas por los objetivos y actividades que continuamente se incorporan al sistema de salud, con nuevos servicios y nuevos profesionales.

El *Libro blanco* no es el punto final del trayecto, más bien al contrario, es el inicio de un proceso que debe llevarnos a activar la inteligencia responsable del sistema y a generar un nuevo consenso social y profesional, en el campo de los recursos humanos, que tenga por norte el servicio al ciudadano.

### **Xavier Pomés i Abella**

Consejero de Sanidad y Seguridad Social

Barcelona, enero de 2003

# PRÓLOGO

---

En Cataluña, en el marco de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC), las políticas sanitarias se han desarrollado a través del establecimiento de prioridades de salud y servicios para dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Partiendo del análisis de la situación actual, era preciso abordar los problemas relativos a las profesiones sanitarias para mejorar la calidad y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los ciudadanos más que para proponer reformas destinadas exclusivamente a los profesionales.

Por resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social, en el mes de mayo de 2000 se creó el Órgano Técnico para la Elaboración del LBPS, con las funciones de impulsar, planificar y coordinar el proceso de elaboración del LBPS, y de garantizar y facilitar a todos los elementos implicados en este ámbito la aportación de sus reflexiones y propuestas.

El LBPS es el instrumento estratégico que ha de orientar la toma de decisiones relativas al desarrollo futuro de las profesiones sanitarias: la planificación, la formación y la gestión de los profesionales. El LBPS debe facilitar, y debe promover, iniciativas y actuaciones dirigidas a garantizar la coherencia entre las necesidades sociales y la competencia profesional, que contribuyan a dotar al sistema de los profesionales que, desde los puntos de vista cualitativo y cuantitativo, puedan dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos atendiendo a criterios de eficacia, eficiencia y calidad.

El Órgano Técnico ha diseñado este LBPS y ha impulsado su proceso de elaboración en un marco complejo y dinámico como es el conjunto de las profe-

siones sanitarias. En este contexto, los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos, los cambios en el modelo social y familiar, en el sistema sanitario, en las expectativas de salud y en las organizaciones, estructuras y procesos, confieren un amplio margen de incertidumbre.

El LBPS es un punto de inflexión en la manera de abordar el complejo mundo de las profesiones y de los profesionales sanitarios y un punto de partida para una nueva visión, más humana y social, del mundo sanitario.

### **Albert Oriol i Bosch**

Director del proyecto de elaboración del LBPS

Barcelona, enero de 2003



# ÍNDICE

---

<b>1. Introducción</b>	<b>9</b>
<b>2. El Libro blanco de las profesiones sanitarias de Cataluña: un proceso transparente y participativo</b>	<b>15</b>
<b>3. El entorno</b>	<b>21</b>
3.1 La población y el estado de salud	23
3.2 El sistema sanitario catalán	24
3.3 Los recursos humanos del sistema sanitario catalán	27
3.4 Los usuarios del sistema sanitario catalán	31
3.5 Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)	31
<b>4. Los profesionales de la salud en Cataluña</b>	<b>33</b>
4.1 La planificación	35
4.2 La formación	36
4.3 El desarrollo y la gestión	41
<b>5. La percepción ciudadana</b>	<b>43</b>
<b>6. La percepción de los profesionales</b>	<b>51</b>
<b>7. Puntos críticos y líneas de avance</b>	<b>57</b>
<b>8. Las competencias y el contrato social. Ejes estratégicos</b>	<b>67</b>
8.1 Los ciudadanos	69
8.2 Los profesionales	72
8.3 Las organizaciones	85
8.4 El modelo sanitario	88
<b>9. Consideraciones finales</b>	<b>91</b>
<b>Ciudadanos, profesionales e instituciones participantes</b>	<b>97</b>





# INTRODUCCIÓN

---

1



**H**ace ya casi treinta años que la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS instaba a que se intensificaran los esfuerzos para el desarrollo integrado de los servicios y de los recursos humanos de la salud a fin de promover sistemas que den respuesta a las necesidades de cada país.

El desarrollo integrado de los recursos humanos de los servicios sanitarios debe incorporar los siguientes principios fundamentales:

- Una jerarquía de los objetivos (atender a las necesidades de salud de la población, desarrollar los servicios y desarrollar los recursos humanos).
- La capacitación y competencia de los profesionales que desarrollan funciones en los servicios asistenciales.
- La integración armónica de la planificación, la formación y el desarrollo y la gestión, los tres componentes de la política de recursos humanos sanitarios.

En el desarrollo de los servicios de salud y de los recursos humanos, el subsistema de planificación ha de considerar los requerimientos cuantitativos y cualitativos teniendo en cuenta tanto las necesidades como los recursos disponibles; el subsistema de formación ha de considerar la contribución del sistema docente y la contribución del sistema asistencial; el subsistema de desarrollo y gestión de los recursos humanos, con la cooperación de los responsables de las organizaciones proveedoras y de las asociaciones profesionales, debe prever la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, es decir, en la distribución del trabajo en las organizaciones. El desarrollo integrado de los profesionales y de los servicios sanitarios debe quedar orientado a las necesidades de los ciudadanos.

**Gráfico 1. El desarrollo de los recursos humanos orientado a las necesidades de los ciudadanos**



En Cataluña, la situación de los profesionales del ámbito del sistema sanitario es similar a la de otros países industrializados de nuestro entorno. Los servicios asistenciales están bien desarrollados y los recursos, en general, son suficientes y tienen una gran capacidad; existen, sin embargo, problemas de adecuación cuantitativa y cualitativa a las nuevas necesidades. Podemos decir, pues, que la función de desarrollo y gestión de los recursos humanos es crítica, y que es preciso mejorar la gestión de profesionales en todos sus aspectos: desarrollo profesional, oportunidades formativas y reconocimiento interno y social.

Las profesiones sanitarias se han caracterizado por el compromiso y el espíritu de servicio. A menudo el entorno del trabajo es vivido en las organizaciones como un espacio en el que el control limita la discrecionalidad profesional y la burocracia arrincona la responsabilidad, la rutina, la inventiva, y el estrés, la satisfacción. Los profesionales perciben que su estatus profesional se está erosionando, que no tienen autoridad para tomar decisiones, que su ética profesional es menospreciada por unos principios economicistas que les obligan a tomar de-

ciones éticas más allá de sus capacidades profesionales y que los incrementos de los costes que ellos tienen que controlar se deben a conductas sociales fomentadas por los políticos.

El ciudadano espera del sistema sanitario la capacidad para hacer frente a cualquier enfermedad, para resolver la mayor parte de los problemas sin limitaciones de conocimientos ni de recursos. Ello comporta cierta insatisfacción tanto de la sociedad como de los profesionales sanitarios. La relación profesional-paciente se resiente del hecho de que el ciudadano pierde la confianza en el profesional: el ciudadano quiere estar mejor informado, quiere que el profesional le rinda cuentas, y pide más transparencia y más garantía de calidad. Debe superarse la falta de coincidencia entre el sistema de valores del ciudadano y el sistema de valores del profesional. En definitiva, deben armonizarse los valores del conocimiento especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona.

En las organizaciones se producen interacciones complejas y recíprocas, lo que conlleva que un cambio en un componente del sistema tenga consecuencias en los demás. No es posible el desarrollo de los profesionales sin un desarrollo armónico del conjunto de la organización. Para que el sistema se desarrolle plenamente, se debe adaptar la cultura de gestión de la organización para que sea compatible con los valores sociales y profesionales, se debe contar con los profesionales necesarios, se debe disponer de las tecnologías y recursos adecuados y se deben superar las resistencias internas y externas a los cambios. En este sentido, es preciso que el conjunto de los profesionales se comprometa con los responsables de las organizaciones y del sistema para llevar a cabo una adaptación de las políticas, las estructuras organizativas, los programas y las metodologías de planificación.

En este documento se describen el entorno sanitario catalán y los rasgos básicos de los procesos de planificación, formación y desarrollo y gestión de los profesionales de la salud en Cataluña: se señalan los resultados de la investigación cualitativa sobre la percepción ciudadana de los profesionales sanitarios y las conclusiones de la Jornada de Trabajo sobre el LBPS (IES, octubre de 2001); se exponen los puntos críticos y las vías que se pueden emprender; se presentan, siguiendo los cuatro ejes que deben guiar su despliegue (ciudadanos, profesionales, organizaciones sanitarias y modelo sanitario), las propuestas que han resultado del análisis del entorno y de las aportaciones hechas por

los ciudadanos, los profesionales y las personas e instituciones de prestigio reconocido. Para terminar, se abre un apartado de consideraciones finales en el que se muestran los siguientes elementos clave emergentes: la definición de un nuevo contrato social entre los ciudadanos y los profesionales, los valores del profesionalismo, el desarrollo profesional continuado y la certificación y recertificación de la competencia profesional, la reorientación de los procesos formativos y su carácter transversal, las innovaciones organizativas y el rediseño de estructuras y procesos en las instituciones, el trabajo en equipos interdisciplinarios y multiprofesionales, la necesidad de establecer un sistema de información dinámico y permanentemente actualizado de los profesionales sanitarios y los puestos de trabajo del sistema y la necesidad de disponer de instrumentos y mecanismos de investigación y evaluación sociológica permanente.



EL LIBRO BLANCO  
DE LAS PROFESIONES  
SANITARIAS DE CATALUÑA:  
UN PROCESO TRANSPARENTE  
Y PARTICIPATIVO

— 2





El Órgano Técnico, de acuerdo con los principios inspiradores de orientación hacia el ciudadano, de compromiso intersectorial, de transparencia y de participación, diseñó un proceso para la elaboración del LBPS abierto a las aportaciones de los ciudadanos, los profesionales, las organizaciones y las instituciones.

**Cuadro 1. Fases del proceso de elaboración del LBPS**

<b>Fase I</b>	Diseño del proyecto Revisión documental Análisis del entorno Creación del sitio web < <a href="http://www.fdps.org">http://www.fdps.org</a> > Jornada de Trabajo sobre el LBPS Investigación cualitativa sobre la percepción ciudadana
<b>Fase II</b>	Identificación de puntos críticos y líneas de avance Consulta a personas e instituciones de prestigio reconocido Elaboración de propuestas
<b>Fase III</b>	Elaboración, aprobación y difusión del <i>Libro blanco de las profesiones sanitarias</i>

En el mes de septiembre de 2000 se presentó al consejero de Sanidad y Seguridad Social el documento preliminar que contiene los criterios básicos orientadores, la metodología y la propuesta de calendario de ejecución del proyecto.

En enero de 2001 se presentó públicamente el sitio web <<http://www.fdsp.org>>, como instrumento para facilitar y potenciar la participación de las instituciones

e incrementar la transparencia del proceso. Inicialmente ya se planteó como una página de acceso libre para la consulta y de acceso restringido para la participación en los foros. Se crearon cinco foros de participación: el primero se dirigió a las organizaciones profesionales; el segundo, a los ciudadanos; el tercero, a las organizaciones sindicales; el cuarto, a las instituciones del ámbito de la educación, y el quinto, a personas e instituciones de prestigio reconocido en el ámbito sanitario. Se invitó a participar a veintitrés colegios y asociaciones profesionales, a cuatro principales patronales sanitarias, quince consejos y comisiones asesoras, siete sindicatos, cincuenta y una asociaciones de enfermos y usuarios de la sanidad, dieciocho escuelas y centros universitarios y once instituciones del ámbito sanitario.

El sitio web permitió, y permite, la transmisión de información sobre documentos e iniciativas internacionales y nacionales que se llevan a cabo en el ámbito sanitario, y también la difusión de la labor y las aportaciones del Órgano Técnico a lo largo del proceso.

En febrero de 2001 el Órgano Técnico constituyó un grupo de trabajo del ciudadano que inició una investigación cualitativa de la percepción de los ciudadanos acerca de los profesionales sanitarios. Más de setenta ciudadanos participaron en los grupos de discusión y en las entrevistas realizadas. Los resultados se han incorporado al LBPS.

En marzo de 2001 el Órgano Técnico inició el trabajo de recopilación y análisis de los datos disponibles sobre recursos humanos del sistema sanitario en diferentes instituciones y organizaciones, con la finalidad de incorporarlo también al LBPS.

En el mes de junio de 2001, miembros del Órgano Técnico y expertos externos constituyeron un comité organizador de una jornada de trabajo cuyo objetivo era recoger y analizar la percepción de los profesionales de recursos humanos del sistema sanitario. Esta jornada tuvo lugar en el Instituto de Estudios de la Salud el 17 de octubre de 2001. Participaron en ella más de sesenta profesionales y se constituyeron cuatro grupos de trabajo que analizaron y debatieron la formación de los profesionales sanitarios, la mejora y la garantía de la competencia, las interacciones, los límites competenciales y las estrategias de motivación de los profesionales.

En el mes de febrero de 2002 el equipo de redacción, constituido con miembros del Órgano Técnico, elaboró el documento de trabajo *Libro blanco de las*

*profesiones sanitarias*. Este documento plantea puntos críticos y líneas de progreso, pero no incluye ni conclusiones ni recomendaciones, puesto que se debía someter a la consideración de los agentes del sector y de los ciudadanos para que el documento final incorporara sus aportaciones.

Durante los meses de junio y julio de 2002 el secretario general del Departamento de Sanidad presidió unas sesiones en las que personas de reconocido prestigio y/o en representación de instituciones y de organizaciones del ámbito sanitario analizaron el documento de trabajo, expusieron sus puntos de vista e hicieron aportaciones al contenido.

En el mes de octubre de 2002 el comité de redacción del Órgano Técnico para la Elaboración del LBPS elaboró las propuestas del LBPS y las sometió a la consideración y aprobación del consejero de Sanidad y Seguridad Social.



EL ENTORNO  
————— 3





### 3.1 La población y el estado de salud

Según datos del Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), con fecha de 31 de diciembre de 1999, la población de Cataluña era de 6.150.494 habitantes, de los cuales 3.147.648 eran mujeres (51,2%) y 3.002.846 eran hombres (48,8%). Las previsiones demográficas del Idescat sitúan la cifra de habitantes en aproximadamente 6,5 millones al acabar el primer decenio del siglo XXI, en aproximadamente 6,7 millones en el horizonte 2020 y en aproximadamente 7 millones hacia 2030. En relación con la evolución de la estructura por edades de la población catalana, la acentuación del envejecimiento demográfico es uno de los resultados más consistentes que ofrecen las proyecciones del Idescat. El fenómeno migratorio que se vive actualmente en Cataluña introduce nuevos elementos en el escenario demográfico, lo cual, a pesar de que el alcance y la evolución son inciertos, provocará, sin duda, un fuerte impacto en los servicios de atención a la salud.

El estado de salud de la población catalana es similar al de los países occidentales desarrollados. En los últimos decenios se han producido grandes cambios en la salud de la población. La mejor situación socioeconómica, los avances científicos y tecnológicos y el desarrollo de los servicios preventivos y asistenciales han contribuido al aumento de la esperanza de vida (83,4 años para las mujeres y 76,5 años para los hombres, en el año 2000) y a una mejora cualitativa de los años vividos.

De acuerdo con las previsiones para Europa, los retos principales que se deberán encarar en el futuro serán los problemas de salud y las necesidades que se

derivan del progresivo envejecimiento de la población, los problemas relacionados con enfermedades crónicas cardiovasculares y respiratorias, el cáncer, los trastornos mentales (depresión y demencia), las lesiones e incapacidades derivadas de los accidentes, los estilos de vida, el entorno social (migraciones y cambios en la estructura familiar y social) y el medio ambiente.

Por otro lado, la aparición constante de nuevas tecnologías y los costes crecientes de la atención a la salud son factores que implican que sea preciso decidir en cada momento concreto la distribución de recursos que dará la respuesta más adecuada a las necesidades y demandas de salud de la población.

## 3.2 El sistema sanitario catalán

### El modelo sanitario

El modelo sanitario que define la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña del año 1990 (LOSC) es el resultado de las actuaciones que llevó a cabo el Gobierno de la Generalidad desde que en 1981 asumió las transferencias de los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

El Mapa sanitario de Cataluña y su posterior despliegue (1980-1983) constituyen los primeros ejercicios de planificación. Básicamente implicaron la división territorial sanitaria, la revisión de los recursos existentes y la propuesta de nuevos recursos. En 1983 se creó el Instituto Catalán de la Salud (ICS) como entidad gestora de las prestaciones y los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

En 1985 se iniciaron en Cataluña dos grandes líneas de transformación de los servicios. En el ámbito de la atención hospitalaria se constituyó la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) y se estableció el Plan de reordenación hospitalaria (PRH). En el ámbito de la atención primaria se inició el proceso de reforma (RAP).

En el año 1986 la Ley general de sanidad declaró la universalización de la asistencia sanitaria para todos los ciudadanos y previó que, en el marco de un sistema nacional de salud, cada comunidad autónoma estableciera su propio servicio de salud.

En 1990 la aprobación de la LOSC significó el punto de inflexión que formalizó las bases del actual modelo sanitario catalán. Los rasgos que lo definen son la cobertura universal, la financiación pública, el seguro público y único y la provisión de servicios en redes de utilización pública, a través de centros acreditados. Se trata de un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios de atención primaria y de atención especializada, tanto si son de titularidad pública como si son de titularidad privada.

El sistema sanitario separa las funciones de planificación, financiación, compra y evaluación de los servicios sanitarios de las funciones de provisión de servicios y de las funciones de gestión de la prestación de servicios.

El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) es el eje vertebrador del sistema sanitario, y el Plan de salud de Cataluña, el instrumento principal de política sanitaria del Gobierno de la Generalidad de Cataluña.

En el modelo sanitario catalán el ciudadano se sitúa en el centro del sistema, es el objetivo prioritario de las actuaciones. El ciudadano ha de percibir como rasgos definidores del sistema sanitario el buen trato personal, la atención personalizada, la adecuación de la información recibida y, en definitiva, el respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, así como la idea de que la salud es un derecho y un deber individual y colectivo.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social (DSSS) asume el papel de financiador y responsable de establecer el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud. Define la política sanitaria y fija los objetivos de salud, los índices y los niveles básicos que hay que alcanzar en las materias incluidas en el Plan de salud de Cataluña.

**Cuadro 2. El modelo sanitario catalán. Cronología del marco legislativo**

<b>Año</b>	<b>Marco legislativo</b>
<b>1978</b>	Se aprueba la Constitución española. Se establece la organización territorial del Estado en comunidades autónomas con competencias legislativas y ejecutivas.
<b>1979</b>	Se aprueba el Estatuto de autonomía de Cataluña. Cataluña asume competencias exclusivas en materia de higiene, colegios profesionales y ejercicio de las profesiones tituladas y competencia para desplegar la normativa básica estatal en materia de sanidad.
<b>1981</b>	Se inicia el proceso de transferencias. Los recursos públicos son insuficientes y están territorialmente desequilibrados. La infraestructura sanitaria es de titularidad diversa.
<b>1981-1983</b>	Se despliega el Mapa sanitario, con el objetivo de rentabilizar los recursos.
<b>1983</b>	Se crea el Instituto Catalán de la Salud, para la gestión de las prestaciones y servicios sanitarios de la Seguridad Social.
<b>1985</b>	Se crea la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña (XHUP) y se inicia la reforma de la atención primaria.
<b>1986</b>	Se aprueba la Ley general de sanidad, que dispone la universalización de la asistencia y el establecimiento de servicios de salud en las comunidades autónomas.
<b>1990</b>	Se aprueba la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, que consolida el sistema sanitario mixto y diferencia entre financiación y provisión de servicios. Se crea el Servicio Catalán de la Salud.
<b>1991</b>	Se aprueba la Ley de ordenación farmacéutica de Cataluña.
<b>1995</b>	Se modifica la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, que regula la creación de entidades de base asociativa por parte de los profesionales.
<b>1997</b>	Se amplía la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña.
<b>1999</b>	Se crean las redes de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios y de salud mental de utilización pública de Cataluña.
<b>2000</b>	Se reestructuran y se despliegan las estructuras del Departamento de Sanidad y Seguridad Social (responsable de establecer el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud) y el CatSalut (asegura y garantiza a los ciudadanos las prestaciones del sistema sanitario público).

## El gasto sanitario

Desde los años sesenta, el incremento del gasto sanitario ha sido un hecho común y progresivo en los países desarrollados. Desde entonces, el gasto en asistencia sanitaria se ha duplicado. Hoy día, la mayoría de los países europeos dedican entre el 6,5% y el 10% del producto interior bruto (PIB) a la financiación de los servicios sanitarios, y las tendencias del gasto por asistencia sanitaria muestran que la proporción de gasto en asistencia sanitaria tiende a aumentar todavía más rápidamente a medida que aumenta el PIB de un país.

La creciente distancia entre recursos públicos y demanda implica el establecimiento de prioridades y la aceptación de limitaciones a la hora de desarrollar y mejorar la red de provisión. Se debe ajustar la financiación y el gasto real, para evitar que los recursos futuros queden hipotecados.

La sanidad pública se encuentra, pues, con el reto de acomodar los crecimientos del gasto al crecimiento de la economía, pero la histórica insuficiencia presupuestaria, por un lado, y la dificultad de asunción de una política de restricciones en los servicios, por otro, frenan los procesos de reforma ya iniciados en el sector.

### 3.3 Los recursos humanos del sistema sanitario catalán

El análisis cuantitativo y cualitativo de los colectivos de profesionales sanitarios en Cataluña topa, como en la gran mayoría de los países de nuestro entorno, con el problema que conlleva el hecho de no disponer de datos fiables. Los datos existentes se limitan principalmente a los que proporciona la colegiación, y se desconoce su correspondencia respecto a los puestos de trabajo disponibles en el conjunto de los centros y servicios del sistema sanitario. Además, no se puede valorar comparativamente el significado de las densidades demográficas de los diferentes grupos profesionales, porque ello requeriría, para extraer conclusiones, conocer la organización de los servicios y la situación real del binomio oferta/demanda en el mercado de trabajo, para cada grupo o subgrupo profesional.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de que los mecanismos para la obtención de información fiable y continuada se articulen a partir de la creación de un sistema de información que sea dinámico y que sea permanentemente actualizado y la necesidad de que los profesionales sanitarios y los puestos de trabajo del sistema dispongan de instrumentos y mecanismos de investigación y evaluación sociológica permanente.

Se identifica, sin embargo, una clara tendencia a la feminización en las profesiones sanitarias, que se acentúa en las generaciones más jóvenes. En lo relativo a la edad, los profesionales sanitarios se hallan mayoritariamente por debajo de los 50 años.

**Tabla 1. Profesionales sanitarios colegiados en Cataluña por 1.000 habitantes**

Profesionales colegiados	Porcentaje (por 1.000 h.)
Médicos	4,63
Farmacéuticos (*)	1,16
Odontólogos	0,48
Psicólogos clínicos	—
Biólogos (sanitarios)	0,08
Enfermeras (**)	5,09
Matronas	1,62
Dietistas y nutricionistas	0,03
Fisioterapeutas	0,53
Ópticos y optometristas	0,21
Podólogos	0,12
Protésicos dentales	0,15
Auxiliares de enfermería	2,14

(\*) Falta la información correspondiente a Tarragona y Girona.

(\*\*) Falta la información correspondiente a Lleida.

Fuente: Colegios profesionales. Año 2001.

**Tabla 2. Distribución por grupos de edad de los profesionales sanitarios colegiados en Cataluña**

Profesionales	De menos de 40 años (%)	De 40 a 50 años (%)	De más de 50 años (%)
Médicos	38	43	19
Odontólogos y estomatólogos	52	31	17
Farmacéuticos (*)	51	24	25
Biólogos	63	32	5
Enfermeras (**)	53	30	17
Matronas	10	48	42
Ópticos	63	19	18
Podólogos	42	29	29
Fisioterapeutas	81	12	7
Protésicos dentales	53	25	22

(\*) Falta la información correspondiente a Tarragona y Girona.

(\*\*) Falta la información correspondiente a Lleida.

Fuente: Colegios profesionales. Año 2001.

La ratio de profesionales por mil habitantes en Cataluña es similar a las de Italia y Francia, si bien deberían considerarse otros aspectos, como, por ejemplo, las funciones y tareas desarrolladas por los diferentes colectivos en los respectivos países, para poder hacer las valoraciones. No obstante, en términos cuantitativos se considera que un país industrializado con una media de menos de 2 médicos por cada mil habitantes tiene una situación de penuria en lo relativo al personal médico, y que una densidad superior al 3,5 es indicadora de un exceso.

En el ámbito sanitario la migración profesional desde los países comunitarios hacia el nuestro hasta ahora no ha sido significativa. De todos modos, esta situación puede cambiar con la ampliación de la Unión Europea hacia los países del este de Europa prevista para 2004-2005. La normativa que facilita la libre circulación de profesionales del ámbito sanitario en la Unión Europea la constituye el conjunto de directivas sectoriales aprobadas para profesionales de

medicina, farmacia, odontología, veterinaria, enfermería, enfermería obstétrica y ginecológica, incorporadas en nuestro derecho interno mediante los reales decretos correspondientes, y, en caso de que no haya directiva sectorial, las directivas generales de reconocimiento de diplomas y títulos.

**Tabla 3. Profesionales y puestos de trabajo del sector sanitario por 1.000 habitantes en varios países de nuestro entorno. Año 1999**

País	Población (millones)	Médicos	Enfermeras	Odontólogos	Puestos de trabajo
Alemania	82,0	3,5	9,6	0,8	29
Reino Unido	59,4	1,7	5,0	0,4	30
Francia	58,2	3,3	6,0	0,7	—
Italia	57,7	5,9	4,6	0,5	15
España	39,4	4,4	5,6	0,4	16
Suecia	8,9	—	—	0,9	35
Dinamarca	5,3	—	7,2	0,9	—
Finlandia	5,2	—	13,9	0,9	46
Noruega	4,5	—	9,7	0,8	—
Países Bajos	15,8	—	12,5	0,5	24
Bélgica	10,2	—	—	0,7	—
Austria	8,1	—	8,4	0,5	—
Suiza	7,2	—	—	0,5	—
Estados Unidos	272,5	—	8,2	0,6	33
Canadá	30,6	—	7,4	0,5	24
Cataluña	6,1	4,6	5,4	0,5	11(*)

(\*) Datos del CatSalut correspondientes al sector público. Año 1995.

Fuente: Bui Dang Ha Doan. Los recursos humanos del sistema sanitario: situación y evolución en los países industriales. Febrero de 2002.



### 3.4 Los usuarios del sistema sanitario catalán

Las previsiones de la Ley general de sanidad en lo relativo a los derechos a la información y al consentimiento informado y las de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña sobre la humanización de los servicios sanitarios y el respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual se han concretado en Cataluña con la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información en relación con la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica, que asume al mismo tiempo todas las indicaciones del Convenio sobre el respeto a los derechos humanos y a la biomedicina que el Consejo de Europa estableció en el año 1997 y el Estado español ratificó en el año 2000. Uno de los aspectos más innovadores de esta Ley es la inclusión, respecto a la autonomía del paciente, de la regulación de la posibilidad de elaborar documentos de voluntades anticipadas.

En julio de 2001 el Consejo Ejecutivo de la Generalidad de Cataluña aprobó con carácter de documento programático la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos relativos a la salud y la atención sanitaria. Cabe señalar que este documento, por un lado, prevé los derechos y deberes aplicables a todos los servicios sanitarios, con independencia del nivel y de la titularidad jurídica; por otro, propugna el respeto a la dignidad, a la persona y a la autonomía del paciente, como un núcleo de derechos que dan sentido a todos los demás, y, finalmente, considera al ciudadano como un sujeto activo, responsable de su salud, que debe cumplir un conjunto de deberes que tienen que conocer tanto él como el profesional sanitario.

### 3.5 Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

Las TIC tendrán cada vez más influencia en el sector sanitario y sobre diversos campos relacionados con las profesiones sanitarias:

- En la planificación de las necesidades de los diferentes tipos de profesionales, en la medida que transformen los modelos organizativos asistenciales y se modifiquen cuantitativa y cualitativamente la actividad clínica, docente e investigadora, en un nuevo contexto que favorecerá la integración vertical y horizontal de los procesos asistenciales.

- En la formación de los profesionales, en la que incidirán sobre todo en las metodologías de enseñanza y aprendizaje, así como en los procesos de certificación y recertificación profesional periódica.
- En la generación de nuevas especialidades relacionadas con la creación y manejo de las TIC.
- En los procesos de comunicación entre los profesionales sanitarios y los ciudadanos y en el acceso de los ciudadanos a la información sobre los temas relacionados con la salud.
- En la transparencia cada vez mayor de los procesos de cambio en el sistema de salud, derivada de la participación necesaria de todos los sectores implicados.

En el contexto de la sociedad de la información se deben planificar políticas sociales y educativas que pongan al alcance de la mayoría de la población las nuevas tecnologías y que contribuyan a compensar su conocimiento desigual. En general, todas las instituciones deben repensar sus modelos organizativos y deben valorar las aportaciones que pueden hacer las tecnologías de la información y la comunicación en sus nuevas formas de relación con otras organizaciones, con los profesionales y con los clientes.



LOS PROFESIONALES  
DE LA SALUD EN CATALUÑA

————— 4



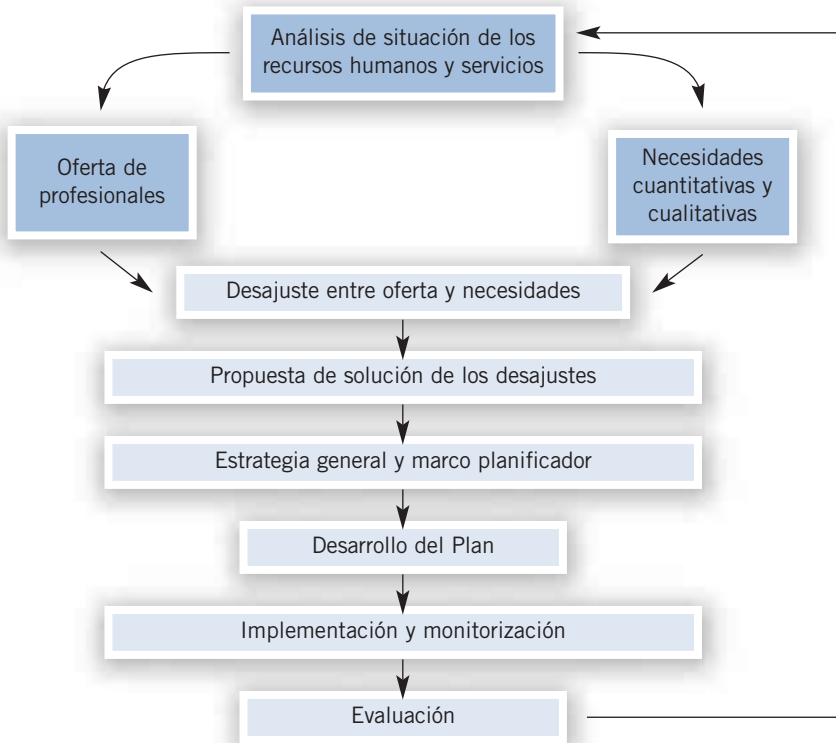
## 4.1 La planificación

El objetivo de la planificación de recursos humanos es determinar el número y composición de los equipos necesarios para dar respuesta a las expectativas en la atención de salud y servicio de la población. La planificación incorpora, además de los aspectos cuantitativos (número de profesionales necesario), los cualitativos (capacitación para desarrollar las actividades encomendadas). Es un proceso dinámico y cíclico que ha de permitir asegurar la disponibilidad suficiente de los profesionales que tengan las capacidades adecuadas, su despliegue de forma efectiva y la incorporación de los mecanismos de evaluación que permitan realimentar el proceso.

Planificar consiste esencialmente en prever y determinar las disponibilidades futuras, buscar soluciones a los desajustes y hacer los planes operativos para implementar las soluciones. En esta línea, hay que saber en qué dirección se dirigen los movimientos internos y externos de los recursos humanos y sus causas y efectos, lo que hace imprescindible disponer de sistemas de información operativos de carácter permanente para conocer la situación actual y detectar fenómenos emergentes.

Para establecer un plan de recursos humanos en el ámbito de la salud hay que prever la coordinación necesaria entre el sistema educativo y el sanitario. La motivación y el papel de las oportunidades formativas, así como la estructuración de las carreras profesionales, son los elementos clave de los que depende que el proceso planificador llegue a conseguir mejoras visibles en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Gráfico 2. El proceso de planificación de recursos humanos



## 4.2 La formación

Tradicionalmente el proceso formativo en ciencias de la salud se divide en tres grandes ciclos: los estudios de pregrado, la formación profesional postgraduada (FPP) y la formación continua (FC). En el ciclo de pregrado tenemos actualmente las diplomaturas y las licenciaturas. La FPP es el ciclo que conduce de forma reglada a la obtención del título de especialista. La FC está constituida por todas las actividades que los profesionales desarrollan a lo largo de su vida activa desde la perspectiva de desarrollo profesional continuado (DPC). La producción de los recursos humanos del sistema sanitario debe ser el resultado de una planificación a medio y largo plazo de las necesidades cuantitativas y cualitativas. Este ejercicio de prospectiva no es nada fácil, ya que son múltiples los factores y las variables que hay que tener en cuenta. Además, por

un lado, las administraciones y organizaciones profesionales no disponen de mecanismos de análisis continuado y metodológicamente correcto de la evolución de los problemas y, por otro, debería orientarse el sistema educativo actual, centrado en los procesos, hacia los resultados, para dar una respuesta adecuada a las necesidades y demandas actuales, teniendo en cuenta tanto los recursos nuevos y convencionales del sistema educativo como los recursos asistenciales del sistema sanitario. Al mismo tiempo, nos es necesario emplear entornos más diversificados que los actuales (hospitales, centros de atención primaria y otros centros de recursos asistenciales) y abrir un debate sobre la necesidad y la conveniencia de que el proceso de formación de los profesionales sanitarios establezca simulaciones y laboratorios de habilidades clínicas.

### Formación de pregrado

Las enseñanzas en ciencias de la salud se clasifican, según los ciclos universitarios y/o nivel de formación, en licenciaturas (medicina, farmacia, odontología, veterinaria), diplomaturas (enfermería, fisioterapia, logopedia, podología, terapia ocupacional, nutrición y dietética y óptica y optometría) y titulaciones de formación profesional (curas auxiliares de enfermería, farmacia, anatomía patológica y citología, dietética, documentación sanitaria, higiene bucodental, imagen para el diagnóstico, laboratorio de diagnóstico, ortoprotésica, prótesis dentales, radioterapia y salud ambiental).

Las licenciaturas de psicología, química, biología y física no pertenecen exclusivamente al ámbito de la salud, pero permiten acceder a determinadas especialidades y especializaciones sanitarias.

Dentro del ámbito de la Generalidad, el Departamento de Universidades, Investigación y Sociedad de la Información regula las titulaciones de primero y segundo ciclo universitario; el Departamento de Enseñanza, las titulaciones de formación profesional, y el Departamento de Trabajo, Industria, Comercio y Turismo, las titulaciones de formación ocupacional.

Uno de los problemas básicos que plantea la formación de pregrado de las profesiones sanitarias es su fraccionamiento, dado que el hecho de basarse en la transferencia pasiva de los conocimientos, en lugar de hacerlo en un proceso activo de aprendizaje, da una visión exclusiva de lo que es y representa cada título. Nuestras facultades y escuelas universitarias aún se encuentran con muchas dificultades cuando pretenden situar entre sus prioridades la necesidad de rendir cuentas a la sociedad a la que teóricamente sirven (*accountability*).

La enseñanza basada en la resolución de problemas, la tutoría precoz y continua de los alumnos, el trabajo en grupo, la docencia basada en la evidencia (BEME), la introducción decidida del aprendizaje teórico y práctico en la atención primaria, la integración curricular de las enseñanzas básicas y clínicas, son elementos de progreso conceptual y técnico todavía pendientes, y se deberá generar un impulso político y legislativo decidido para iniciar este nuevo camino.

### Formación profesional postgraduada

Los licenciados en ciencias de la salud tienen una perspectiva de formación postgraduada variada. Algunos profesionales tienen la necesidad o posibilidad de seguir con dedicación remunerada programas docentes de postgrado, convocados y regulados desde el ámbito estatal, que centran el aprendizaje en la práctica supervisada y con responsabilidad progresiva en programas y centros acreditados. Estos programas, sin duda, han significado un elemento de progreso muy importante.

Para los títulos universitarios en ciencias de la salud que tienen reconocidas especialidades sanitarias, se considera el *continuum* educativo siguiente: (1) pregrado, se desarrolla en el ámbito universitario; (2) postgrado o formación sanitaria especializada, se desarrolla en el ámbito sanitario, y (3) formación continua, se desarrolla en los ámbitos sanitario y universitario, en los colegios profesionales, las sociedades científicas y otros centros educativos.

A pesar de que se trata de un *continuum* educativo, no hay una planificación conjunta de necesidades de los diferentes tipos de profesionales y especialistas entre las instituciones con competencias o con incidencia en cada una de las tres fases clásicas de la formación (Departamento de Universidades, Investigación y Sociedad de la Información, Departamento de Enseñanza, Departamento de Sanidad y Seguridad Social, corporaciones profesionales, etc.).

Los programas de las especialidades de titulados superiores que se forman por el sistema de residencia (cuarenta y tres especialidades médicas del primero y segundo grupo y algunas especializaciones farmacéuticas) tienen una duración de tres a cinco años —salvo radiofarmacia, que es de dos años—. A algunas especialidades médicas y farmacéuticas se puede acceder desde otras titulaciones (biología, química).



**Cuadro 3. Clasificación de las especialidades sanitarias reconocidas y licenciaturas/diplomaturas de acceso**

Licenciatura/ Diplomatura	Norma legal	Clasificación de las especialidades
<b>Medicina</b>	Real decreto 127/1984, de 11 de enero	Especialidades que requieren básicamente formación hospitalaria (4) <sup>1</sup> Especialidades que no requieren básicamente formación hospitalaria (2) <sup>2</sup> Especialidades que no requieren formación hospitalaria (6) <sup>3</sup>
<b>Farmacia</b>	Real decreto 2708/1982, de 15 de octubre	Especialidades que requieren básicamente formación hospitalaria (4) <sup>4</sup> Especialidades que no requieren básicamente formación hospitalaria (8) <sup>5</sup>
<b>Enfermería</b>	Real decreto 992/1987, de 3 de julio	Enfermería obstétrica y ginecológica, enfermería pediátrica, enfermería de salud mental, enfermería de salud comunitaria, enfermería de cuidados especiales, enfermería geriátrica, gerencia y administración de enfermería
<b>Física</b>	Real decreto 220/1997, de 14 de febrero	Crea y regula la obtención del título oficial de especialista en radiofísica hospitalaria
<b>Psicología</b>	Real decreto 2490/1998, de 20 de noviembre	Crea y regula el título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica
<b>Química, Biología y Bioquímica</b>	Real decreto 1163/2002, de 8 de noviembre	Crea y regula las especialidades sanitarias para químicos, biólogos y bioquímicos

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. <<http://www.mec.es>>.

<sup>1</sup> Alergología, análisis clínicos, anatomía patológica, anestesiología y reanimación, angiología y cirugía vascular, aparato digestivo, bioquímica clínica, cardiología, cirugía cardiovascular, cirugía general y aparato digestivo, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica y reparadora, cirugía torácica, dermatología medicoquirúrgica y venereología, endocrinología y nutrición, farmacología clínica, geriatría, hematología y hemoterapia, inmunología, medicina intensiva, medicina interna, medicina nuclear, microbiología y parasitología, nefrología, neumología, neurocirugía, neurofisiología clínica, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, oncología médica, oncología radioterápica, otorrinolaringología, pediatría y áreas específicas, radiodiagnóstico, radiofarmacia, radiofísica hospitalaria, rehabilitación, reumatología, traumatología y cirugía ortopédica y urología.

<sup>2</sup> Medicina de familia y comunitaria y medicina preventiva y salud pública.

<sup>3</sup> Estomatología, hidrología, medicina espacial, medicina de la educación física y el deporte, medicina legal y forense y medicina del trabajo.

<sup>4</sup> Análisis clínicos, bioquímica clínica, farmacia hospitalaria y microbiología y parasitología.

<sup>5</sup> Análisis y control de medicamentos y drogas, farmacia industrial y galénica, farmacología experimental, microbiología industrial, nutrición y dietética, radiofarmacia, sanidad ambiental y salud pública y toxicología experimental y analítica.

La organización y planificación de la formación sanitaria especializada se hace en el ámbito estatal, y es la Administración central la que fija los criterios para determinar el número de especialidades y de plazas que se adjudican anualmente. No se dispone de información sobre el número de licenciados de Cataluña que se presentan a las pruebas para el acceso a la formación sanitaria especializada, ni sobre el número de los que las superan y obtienen plaza ni sobre dónde la obtienen, y hasta ahora no se ha hecho ningún estudio de tendencia de contratación de los que han finalizado la residencia, lo cual hace bastante difícil llegar a saber el número de especialistas formados en Cataluña que se incorporan definitivamente al sistema sanitario catalán.

Respecto al examen de acceso a la FPP (MIR), se debería reconsiderar con profundidad el excesivo centralismo, ya que no deja margen de decisión a las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas. Además, el modelo “en peine” fomenta la superespecialización en detrimento de una formación equilibradamente general y especializada. Hay que diseñar un nuevo modelo troncal en el que la especialización se produzca tras una formación inicial amplia y permita la polivalencia necesaria para romper la rigidez que implica en el mercado laboral el hecho de que cada puesto de trabajo se vincule a una única titulación especializada. Finalmente, cabe subrayar que los procedimientos de evaluación de los especialistas en formación se deben mejorar.

### Formación continua o desarrollo profesional continuado

La competencia de los profesionales sanitarios se ha de actualizar en relación con los cambios organizativos, funcionales y de los progresos científicos y técnicos, de acuerdo con estrategias de desarrollo profesional continuado. Conviene consensuar sistemas de acreditación de actividades y de centros proveedores y potenciar metodologías de aprendizaje dirigidas a la mejora de los componentes de habilidades y actitudes, dando prioridad a métodos de formación activos y globales. Las modernas estrategias de desarrollo profesional continuado deben permitir el diseño personalizado de las trayectorias en el contexto de la empresa en que se trabaja y la sustitución progresiva de los modelos de carreras profesionales idénticas para todos los componentes de un mismo grupo.

La certificación inicial y recertificación periódica de la competencia profesional es un elemento primordial para la garantía social de la calidad de las actuaciones. Las administraciones y las organizaciones profesionales se deben dotar de estos tipos de instrumentos para generar un cambio cultural progresi-

vo adoptando las correlativas decisiones políticas y legislativas. La creación de una agencia de evaluación de las profesiones sanitarias en Cataluña sería una iniciativa que incidiría positivamente en estos procesos.

### 4.3 El desarrollo y la gestión

Las políticas de recursos humanos deben orientarse hacia el desarrollo de los profesionales dentro de las organizaciones sanitarias, y es preciso disponer de marcos normativos que no dificulten el reconocimiento del valor añadido que aporta cada uno de los profesionales en el ejercicio de su función. La gestión del desarrollo de los profesionales necesita tener en cuenta, por lo menos, los cuatro componentes siguientes:

- Liderazgo, para involucrar a los profesionales.
- Procesos de selección de los profesionales que garanticen la adecuación persona/puesto de trabajo, con procesos más individualizados y predictivos de las capacidades.
- Desarrollo profesional, para mejorar el funcionamiento de las organizaciones. Los elementos más relevantes para el desarrollo profesional serían la existencia de un marco de política de personal, el desarrollo de las carreras profesionales, la evaluación de la actuación profesional, el apoyo a las necesidades (*counselling*) y la formación continua.
- Relaciones entre gestores y profesionales, entendidas en el mantenimiento del equilibrio entre la preocupación por las personas y la productividad de la organización.

La gestión de los recursos humanos está fuertemente influenciada por la cultura del entorno social, y no es posible coordinar las acciones de los profesionales sin entender sus valores y sus creencias.

Para lograr un diseño organizativo en el que actúen integradamente los profesionales, las organizaciones sanitarias tienen que ser capaces de lo siguiente: establecer un principio de autoridad reconociendo la individualidad de sus profesionales; ajustar el número de profesionales a sus necesidades; explicitar las finalidades de los procedimientos; tener capacidad de adaptación, liderazgo, orientación al cliente, compromiso, control y autonomía; cumplir los objetivos fijados, y actuar con integridad y capacidad de innovación.



# LA PERCEPCIÓN CIUDADANA

5





Los ciudadanos en general, y los usuarios de los servicios, a menudo son invitados a manifestar su opinión mediante encuestas de opinión y otro tipo de estudios. Con la finalidad de profundizar en el conocimiento de sus percepciones y opiniones con respecto a las profesiones sanitarias, se ha llevado a cabo una investigación cualitativa\* que ha permitido identificar los aspectos emergentes y relevantes que se considera que deberían tenerse en cuenta para redefinir el marco de relación entre los agentes implicados en el mantenimiento y la mejora de la salud (instituciones, profesionales, ciudadanos y políticos). Estos aspectos los presentamos agrupados en los puntos siguientes:

- El debate social sobre la salud, la enfermedad y el entorno sanitario.
- La atención a la salud: los actores y sus relaciones.
- El dilema: el profesional, entre la organización y el ciudadano.
- La relación entre el profesional y el paciente.
- El equilibrio entre lo que recibe el usuario y sus necesidades y expectativas.
- Las competencias del profesional sanitario en el futuro.

---

\* *Los ciudadanos y las profesiones sanitarias. Hacia un nuevo contrato social.* Investigación realizada dentro del proyecto de elaboración del LBPS. Barcelona, julio de 2002.

## El debate social sobre la salud, la enfermedad y el entorno sanitario

Los valores socioeconómicos y culturales condicionan la visión de la salud y la enfermedad y la manera como la sociedad se organiza ante las necesidades de salud. Los valores predominantes se enmarcan en un entorno hedonista en el que cuesta aceptar el dolor, la enfermedad y la muerte. En el Estado del bienestar, la atención a la salud se considera uno de los pilares fundamentales: el ciudadano espera del sistema sanitario la capacidad para afrontar y resolver la mayor parte de los problemas de salud sin limitaciones de conocimientos ni de recursos.

Se considera imprescindible que los poderes políticos impulsen un amplio debate social sobre la salud y las limitaciones del sistema sanitario, en el que los ciudadanos tengan un papel relevante. Si no se avanza en esta línea, es difícil saber qué se puede esperar del sistema sanitario, de las profesiones sanitarias y de los ciudadanos como agentes responsables de la propia salud. Discutir sobre sanidad es discutir sobre sistemas de valores que pueden tener más o menos aceptación en los diferentes ámbitos de profesión.

Se apunta como una de las claves del cambio en las relaciones futuras el hecho de que los ciudadanos, especialmente las nuevas generaciones, estarán más informados. Los ciudadanos serán más corresponsables de velar por su propia salud, y por tanto, tendrán expectativas más reales; pero también serán más exigentes y críticos, y reclamarán que los profesionales respondan de forma rápida e inmediata a sus demandas. La utilización de las nuevas tecnologías marcará un cambio en las relaciones, si bien se considera que la tecnología no puede reemplazar lo que es esencial en la relación con el médico: el contacto personal y directo.

## La atención a la salud: los actores y sus relaciones

Se percibe el triángulo constituido por los profesionales, las instituciones y los ciudadanos, y se identifican los roles y ámbitos de responsabilidad que les son propios dentro de las organizaciones: el médico, curar; el gestor, gestionar eficientemente, y el ciudadano, satisfacer sus demandas y expectativas. El ciudadano opina que estas perspectivas diferentes a menudo no confluyen en una definición compartida sobre lo que debería ser el proceso asistencial.

Los usuarios se ven a sí mismos como consumidores de servicios sanitarios, más que como receptores pasivos de decisiones clínicas, y están redefiniendo



su posición como ciudadanos del Estado del bienestar. Cada vez más, se muestran miembros activos, informados y exigentes, y con voluntad de asumir su cuota de responsabilidad.

Los ciudadanos reconocen el trabajo en equipo y las relaciones de poder que se dan entre los diferentes profesionales, y lo valoran positivamente. Ahora bien, tienen una percepción negativa del trabajo en equipo cuando quedan diluidas en él las responsabilidades y los miembros del equipo no afrontan las situaciones que les corresponden.

Se les otorga a los médicos un rol central en el proceso de asistencia sanitaria, porque hacen el diagnóstico y establecen el tratamiento, actividades que los pacientes valoran mucho. Por otra parte, se les atribuye a los profesionales de enfermería el rol de cuidadores y de apoyo a los médicos. Además, como a estos profesionales se les consideran más accesibles, a menudo canalizan las demandas del paciente, sobre todo en el ámbito hospitalario.

En el futuro, el ciudadano debería ser consciente de sus derechos y deberes, y debería asumir su cuota de responsabilidad como consumidor de servicios sanitarios; el profesional debería tener más presente la trascendencia económica de las decisiones clínicas, y el gestor debería tener en cuenta que hay ciertos valores que no se pueden medir exclusivamente en términos de eficiencia.

### El dilema: el profesional, entre la organización y el ciudadano

Existe la percepción de que los profesionales sanitarios (médicos, especialmente) se hallan atrapados entre la prestación de servicios sanitarios que espera de ellos la sociedad y los buenos estándares de práctica clínica y eficiencia que exige la organización sanitaria, y que esta situación de conflicto les genera angustia y frustración. Las limitaciones de recursos y organización conllevan que los profesionales tengan que priorizar la asistencia más importante y/o urgente. En este sentido, a menudo el profesional siente que la organización no es suficientemente sensible a las necesidades que él plantea.

Los responsables de las organizaciones no pueden abandonar a los profesionales ante este dilema, ya que eso no sólo generaría un clima de trabajo inadecuado sino que acabaría atrapando al sistema en un economicismo estricto. Es preciso, pues, que tanto la Administración como los gestores de las organizaciones incorporen en sus identidades las preocupaciones del dilema con que conviven los profesionales.

## La relación entre el profesional y el paciente

El usuario opina que calidad técnica y relación humana son ingredientes clave para una relación sanitaria satisfactoria. Las relaciones entre ciudadanos y profesionales deben cimentarse en la confianza y los estándares de buena práctica. La falta de trato personalizado y de información, suplida muchas veces por el uso indiscriminado de la alta tecnología, el uso del tuteo inadecuado, la falta de respeto por la intimidad, la falta de tiempo y de seguimiento, el engaño del paciente son vistos por los ciudadanos como elementos que distorsionan la relación.

Se acepta que la relación sanitaria es una relación desigual en la que una de las partes posee unos conocimientos específicos. Se apunta, sin embargo, que el hecho de reconocer que también los pacientes son expertos es la clave de una relación satisfactoria médico-paciente: el médico tiene —debería tener— conocimientos sobre técnicas de diagnóstico, tratamientos y prevención, y el paciente tiene los conocimientos sobre la propia experiencia ante la enfermedad, sobre sus circunstancias sociales, conductas, actitudes y preferencias. Lo que se propone y se debate es un cambio en la relación médico-paciente en términos de participación mutua. Se considera deseable que la relación tienda a ser más simétrica: el enfermo debe aprender del médico y el médico del enfermo. De esta manera, el médico se aleja de la posición piramidal que ha ocupado tradicionalmente.

Implicar, mantener informados, mejorar la comunicación, dar consejo y apoyo, obtener consentimiento para procedimientos y procesos, respetar el punto de vista y aceptar que se pueden producir situaciones adversas son objetivos que deberían caracterizar la relación de los profesionales con los pacientes.

## El equilibrio entre lo que recibe el usuario y sus necesidades y expectativas

Los ciudadanos son especialmente críticos con el funcionamiento de las organizaciones, que consideran pesado y burocrático, especialmente en relación con aspectos de accesibilidad, como, por ejemplo, información, atención telefónica, franjas horarias y calidad hotelera.

Desde el punto de vista del paciente, el tiempo de espera y la masificación son obstáculos para una relación asistencial satisfactoria: son percibidos como barreras en la accesibilidad, como elementos que impiden una buena comunica-

ción. Para acceder a los servicios, los pacientes utilizan los medios que consideran que más rápidamente pueden resolver sus problemas. La falta de alternativas es el argumento con que justifican esta manera de actuar que ellos mismos son conscientes de que a veces significa un mal uso, o un uso inadecuado, de los recursos sanitarios. Son paradigmáticos, en este sentido, la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias y de procedimientos informales.

El tiempo es una preocupación constante, ya sea como tiempo de espera para acceder a los servicios, ya sea como tiempo de que dispone el profesional para atender al paciente, y en ambos casos se relaciona más bien con el sistema público. La incertidumbre del paciente en cuanto al momento en que será atendido interfiere en sus actividades cotidianas y genera un sentimiento de desorientación e impotencia. Por otro lado, el poco tiempo disponible para cada visita puede llegar a deteriorar la confianza en la competencia del profesional sanitario, lo que conlleva la sensación de que no se pueden detectar patologías graves e imposibilita la comunicación. Se considera que disponer de más tiempo de consulta es esencial para proporcionar una atención clínica de calidad. El ciudadano quiere ser escuchado y quiere tener tiempo para escuchar y asimilar la información que le transmite el profesional.

El ciudadano identifica como una necesidad no resuelta la falta de apoyo en la vida cotidiana de las personas en el caso de la repercusión familiar y social de determinadas patologías.

### Las competencias del profesional sanitario en el futuro

Además de una elevada competencia técnica, las cualidades que los ciudadanos esperan encontrar en los profesionales sanitarios —especialmente médicos y enfermeras— son de tipo relacional al tiempo que actitudinal. Se enfatizan de manera especial un conjunto de cualidades directamente relacionadas con una actitud receptiva y un trato y una comunicación adecuados. Se percibe cierta deshumanización en la relación asistencial: los valores de los profesionales se orientan hacia la eficacia técnica de la solución de los problemas orgánicos de los enfermos. Este ejercicio despersonalizado dificulta la empatía de contacto tanto más cuanto que el ciudadano reclama ser escuchado e informado. Es necesario superar la falta de sintonía entre el sistema de valores de los ciudadanos y el de los profesionales.

En nuestro entorno, en general no se cuestiona la capacidad técnica de los profesionales sanitarios, que se considera que ha alcanzado un buen nivel y se valora positivamente, si bien el ciudadano reclama que los profesionales mantengan actualizados sus conocimientos. Se asume que el error médico es humano y una contingencia inherente a la práctica profesional; lo que no se acepta es que no se reconozca el error o que se intente ocultar u obviar.

Se considera que el proceso de formación es esencial para adecuar el perfil de los profesionales a las necesidades, y se cree que existe una separación entre la formación de los profesionales y lo que se les pide que hagan. Debería combinarse una sólida formación científica y técnica con el desarrollo de habilidades comunicativas y relacionales y con una actitud que genere confianza y seguridad en los pacientes.

El futuro le pedirá al profesional flexibilidad y capacidad para adaptarse a un entorno y unas demandas cambiantes. A lo largo de una vida profesional dilatada, el profesional deberá estar preparado para modificar su manera de trabajar y su ámbito de trabajo, para incorporar la noción de la trascendencia económica de sus decisiones, para identificarse como gestor de las necesidades del paciente y continuar ayudando al enfermo a afrontar la enfermedad, el dolor y la muerte.

# LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES

————— 6





**P**ara la elaboración del *Libro blanco de las profesiones sanitarias* también hay que contar con toda una serie de elementos de reflexión procedentes de los propios colectivos profesionales. Con este fin se organizó una jornada de trabajo con participación de profesionales\*, cuyas conclusiones se resumen a continuación:

### La planificación de las necesidades

España, junto con Italia, es el país de la Unión Europea con más densidad de médicos por habitante debido a la producción excesiva durante los años setenta y la primera mitad de los ochenta. En cuanto a los profesionales de enfermería, parece que se forman pocos y se constata el descenso en la demanda de plazas en las escuelas de enfermería, lo que obliga a reflexionar sobre el modelo competencial y los ámbitos de especialización de estos profesionales.

Tenemos especialidades que podemos considerar moderadamente excedentarias frente a otras que son claramente deficitarias. Pese a este contexto, el sistema sanitario español no sufre graves desequilibrios, excepto una bolsa envejecida de médicos subocupados. Dadas las características de edad de los médicos actualmente en activo, se puede producir un cambio en la tendencia de necesidades a partir de 2010.

---

\* Jornada de Trabajo sobre el LBPS. IES. Octubre de 2001.

Es preciso diseñar instrumentos de investigación sociológica permanente que nos permitan disponer de datos para la previsión de las necesidades cuantitativas y cualitativas de profesionales, en nuestro ámbito concreto, adaptadas a las expectativas de la población y a la sostenibilidad del sistema.

Desde la perspectiva de las necesidades de desarrollo de los tres componentes principales de los sistemas de atención sanitaria y social (atención primaria, atención especializada y atención de apoyo social a la enfermedad y al envejecimiento dependiente), parece evidente la importancia de potenciar a corto plazo las estrategias dirigidas a un nuevo equilibrio que se centre especialmente en la atención primaria, en la pluripotencialidad de los profesionales y en los recursos de apoyo sociosanitario. También es preciso potenciar la formación de la mayor parte de los profesionales en el campo de la atención a las personas mayores y a los problemas de salud mental. Por otra parte, las necesidades de recursos humanos de los hospitales de agudos se irán concentrando en las especialidades con aplicaciones tecnológicas, diagnósticas y terapéuticas de gran complejidad. En este tipo de hospitales las especialidades médicas más troncales tendrán esencialmente papeles de tipo coordinador y consultor. Su protagonismo se irá desplazando progresivamente hacia los centros de internamiento de media y larga estancia.

Los cambios en los modelos familiares actuales, con una clara reducción de los recursos de ayuda prolongados en el tiempo, harán imprescindible reflexionar sobre el protagonismo del apoyo familiar en la atención de problemas sociales y sanitarios. Hay que encontrar nuevos equilibrios estratégicos entre el subsistema familiar y los sistemas sociosanitarios, lo cual, sin duda, implicará un incremento muy importante en el número y la cualificación de los profesionales dedicados total o parcialmente a estas funciones de apoyo.

### La formación

El cuadro siguiente propone una serie de cambios que deben introducirse en la formación pregraduada.



#### Cuadro 4. Propuesta de cambios en la formación pregraduada

Orientación hacia el aprendizaje en vez de orientación hacia la enseñanza
Redefinición de los currículos en función de las competencias finales que deben alcanzarse
Diseño y organización de la evaluación en función de estas competencias
Potenciación de la autocrítica docente y de la <i>accountability</i> social
Relevancia del trabajo en equipo y los aspectos éticos y epistemológicos

En cuanto al sistema de formación profesional postgraduada (FPP), la descentralización de la oferta formativa, la instauración decidida de la troncalidad y de las áreas de experiencia, la modificación de los sistemas de evaluación para el ingreso, durante la formación y al final, y el perfeccionamiento de los sistemas de acreditación de centros y docentes son algunos de los aspectos que es preciso reformar para mantener la efectividad del sistema. La experiencia demostrada en un área determinada debería ser reconocida, pero eso no debería implicar un nuevo título oficial generador de monopolios competenciales.

La formación continuada se halla en fase de configuración organizativa y todavía no es un instrumento que garantice suficientemente la calidad de la atención prestada a la población. Hay que definir, entre otros aspectos, el papel que deben tener las sociedades científicas en la formación continuada. Además, no se dispone de sistemas de certificación y recertificación de los profesionales sanitarios, y las actividades de formación continuada tienen fuentes de financiación diversas, con un protagonismo significativo de la industria farmacéutica.

#### La gestión

Desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, la definición y la gestión de sus competencias es un elemento de importancia relevante que debe relacionarse con las responsabilidades que los actos asistenciales, docentes o de investigación tienen que asumir ante los ciudadanos: la competencia, en definitiva, es de quien tiene que rendir cuentas de su actuación.

El trabajo en equipo es un modelo organizativo consolidado en los sistemas sanitarios. Los equipos no pueden ser generadores de dilución de las responsabilidades de sus integrantes. Es preciso definir el ámbito de responsabilidad de cada uno y relacionarlo con el de sus competencias.

El equilibrio entre una formación general y una formación especializada es otro punto de marcado interés, ya que de él pueden derivar directrices importantes relacionadas con la formación y las necesidades de diferentes tipos de profesionales sanitarios, así como con la distribución del trabajo en las organizaciones.

Para afrontar el *burn out* que afecta a los profesionales de forma significativa deberán ponerse en marcha estrategias de potenciación de la autonomía profesional. La gestión clínica (de los procesos clínicos) ha de volver al campo competencial de los profesionales sanitarios.

Hay que buscar alternativas coherentes y viables a las propuestas sobre la carrera profesional y avanzar en el diseño de los procesos de generación y desarrollo de las nuevas profesiones del ámbito sanitario.

### El profesionalismo y la interacción de los profesionales con la sociedad

El profesionalismo del futuro, en un contexto de *empowerment* y de *accountability* individual y colectivo, debe caracterizarse por la capacidad de adaptación a los cambios crecientes y cada vez más rápidos de los sistemas sanitarios. Este nuevo profesionalismo se fundamentará en el diálogo y pacto entre los diferentes actores con responsabilidades gerenciales y clínicas del sistema. La importancia de los aspectos éticos en relación con la equidad y la accesibilidad de recursos, la toma de decisiones clínicas en situaciones conflictivas y la garantía de la confidencialidad en los nuevos y cada vez más potentes y transversales sistemas de información, será un elemento nuclear de los procesos de desarrollo profesional continuado en el sistema sanitario.

La interacción de los profesionales con la sociedad se caracterizará por una disminución de la asimetría de información y capacidad decisoria actuales y por una demanda creciente tanto de la rapidez en la accesibilidad a los recursos como de la resolución eficiente de los problemas de salud. Estas interacciones estarán también marcadas por la integración progresiva de las actuaciones de los diferentes niveles y centros sanitarios y sociales, en un contexto de rápida potenciación de los sistemas de información. En general, cabe esperar más exigencia social en relación con las actuaciones sanitarias.



PUNTOS CRÍTICOS  
Y LÍNEAS DE AVANCE

————— 7



*Los ciudadanos demandan más información, participación y corresponsabilización en las decisiones que afectan a su salud.*

El paciente debe estar informado para poder ser corresponsable y estar comprometido en relación con su salud, el autocuidado y la utilización de los servicios.

*Falta una reflexión sobre el concepto de salud y enfermedad y sobre los límites del conocimiento científico y de la capacidad del sistema sanitario para dar respuesta a las necesidades sanitarias.*

Hay que generar un amplio debate social sobre el hecho de que el dolor, la enfermedad y la muerte son parte de la vida, que la medicina tiene un poder limitado y que la salud es un derecho y una responsabilidad individual y colectiva. Los ciudadanos deben participar en este debate.

*El sistema sanitario no aborda suficientemente los problemas familiares y sociales que se generan en caso de enfermedad derivados en buena parte de los cambios sociodemográficos, especialmente del envejecimiento de la población y de los fenómenos migratorios.*

Las políticas sanitarias y sociales deberán orientarse a conseguir un nuevo equilibrio entre los subsistemas familiar, sociosanitario y social.

*Hay un crecimiento rápido de las necesidades de recursos de atención primaria y sociosanitaria.*

Se deben redistribuir las funciones y tareas entre los diferentes grupos profesionales (médicos, profesionales de enfermería y trabajadores sociales) y se les ha de capacitar para atender a necesidades emergentes para no profesionales (familiares y voluntarios).

*Es difícil establecer relaciones equilibradas y de confianza entre profesionales sanitarios y pacientes.*

Para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos, los profesionales sanitarios, además de mantener la competencia técnica, deberán tener habilidades comunicativas y relacionales.

*La seguridad del usuario se convierte en un aspecto central en la atención sanitaria.*

El sistema ha de dotarse de los mecanismos necesarios para evitar y corregir los efectos indeseables y generar transparencia ante el ciudadano.

*La valoración social de las profesiones sanitarias ha sufrido una transformación en los últimos años.*

Hay que redefinir el contrato social entre los agentes implicados (instituciones, profesionales, ciudadanos y políticos), lo que implicará que se pidan cuentas de las actuaciones individuales y colectivas con más exigencia.

*Las tecnologías de la información y la comunicación están cambiando los procesos asistenciales y generan la necesidad de nuevas capacitaciones profesionales para trabajar e interrelacionarse en el nuevo entorno de la sociedad de la información.*

La formación continua y el desarrollo profesional continuado, junto con una flexibilización organizativa que permita aprender tecnología y con tecnología, son herramientas clave para afrontar este reto.

*El no disponer de datos suficientes y fiables sobre recursos humanos dificulta un análisis meticuloso, con perspectivas de futuro, de la situación actual de las profesiones sanitarias.*

Se deben articular mecanismos para disponer de información sobre los recursos humanos en el sistema sanitario y se debe crear un registro de profesionales que sea fiable, continuo, dinámico, compatible y permanentemente actualizado.

*Existen desequilibrios entre la oferta y la demanda de determinados grupos profesionales y especialidades.*

La corrección de estos desequilibrios es compleja, ya que implica decisiones de ámbito estatal relacionadas con la formación y decisiones dirigidas a disminuir la rigidez en la contratación laboral.

*Los objetivos y contenidos de los currículos de las profesiones sanitarias no se adecuan suficientemente a las necesidades, expectativas y demandas actuales.*

La instauración de un proceso dinámico de cambios en las diferentes fases de los procesos formativos con un compromiso de cooperación intersectorial se hace imprescindible para que el sistema educativo dé una respuesta adecuada a las necesidades.

*En la formación de pregrado, los objetivos, la organización y los contenidos curriculares no son efectivos para lograr el tipo de profesional que se necesita.*

La formación pregraduada debe vivir una transformación intersectorial que tenga por objetivo una educación más práctica, interdisciplinar, basada en la solución de problemas y centrada en lo que se aprende.

*El modelo de formación postgraduada de las profesiones sanitarias, a pesar de los aspectos positivos, necesita profundas reformas.*

El sistema de formación postgraduada debe adoptar una estructura docente troncal y flexible para permitir intercambios formativos entre las especialidades, debe gestionarse de forma descentralizada y debe disponer de unos mecanismos de evaluación del proceso y de los resultados que sean fiables, factibles y creíbles.

*Actualmente no disponemos de mecanismos claros y fiables para la acreditación de las actividades de formación continuada ni para la certificación y recertificación periódica de los profesionales.*

El desarrollo de los procesos de acreditación y reacreditación de los profesionales y de los organismos competentes para llevarlos a cabo debe ser progresivo y debe basarse en el consenso profesional y social.

*No están suficientemente definidas las responsabilidades institucionales en lo relativo a la garantía de la competencia profesional.*

Existen experiencias internacionales que demuestran la efectividad de disponer de organizaciones profesionalizadas cuya misión es la acreditación de la competencia profesional.



*No hay una separación clara entre competencia técnica y capacidad legal para el ejercicio profesional.*

La separación de estas dos condiciones requiere procedimientos diferenciados y operativos y la asignación de responsabilidades a las instituciones que corresponda.

*Las competencias exclusivas y compartidas de los diferentes grupos profesionales no están claramente delimitadas.*

La delimitación protocolizada de las competencias y responsabilidades de los diferentes grupos profesionales ante las actuaciones asistenciales, docentes y de investigación debería ser una prioridad del sistema sanitario.

*El trabajo en equipo no ha de suponer la dilución de responsabilidades.*

El equipo marca las responsabilidades colectivas y el profesional asume las responsabilidades individuales derivadas de las actuaciones.

*Los profesionales sanitarios se hallan inmersos en un contexto de erosión de la autoestima y de la motivación.*

Como activo más importante del sistema sanitario, los profesionales son imprescindibles para que este sistema pueda alcanzar un nivel óptimo de eficiencia. Las organizaciones deberán modificar los entornos de trabajo, facilitar su desarrollo y reconocer suficientemente el trabajo.

*Los profesionales sanitarios están sometidos a tensiones laborales y profesionales que a menudo son causa de desmotivación.*

Es necesario dotar de más transparencia el establecimiento de prioridades en la asignación de los recursos y las prestaciones sanitarias, para conseguir más aceptación de todos los agentes implicados.

*No hay suficientes mecanismos claros de promoción profesional.*

Las políticas de recursos humanos de las instituciones deberían incluir sistemas operativos y motivadores de reconocimiento del progreso profesional.

*La carga burocrática del sistema sanitario sigue siendo excesiva y es vivida negativamente tanto por los profesionales como por los ciudadanos.*

Las instituciones sanitarias deben introducir los cambios organizativos necesarios para facilitar la accesibilidad del ciudadano a los servicios y redimensionar las cargas burocráticas del sistema.

*La escasa integración de los objetivos, de los procesos asistenciales y de comunicación institucional y personal entre los niveles del sistema sanitario ha generado problemas que gravitan sobre los profesionales.*

Tanto desde la perspectiva de las organizaciones como desde la perspectiva de los profesionales, se han de introducir cambios significativos en los objetivos de los procesos asistenciales, que permitan mejorar el *continuum* asistencial y los resultados del sistema.

*Se detecta un conflicto importante entre la cultura clínica y de gestión.*

Gestores y clínicos deben acercar su discurso y compartir objetivos para garantizar la calidad de los servicios sanitarios y la sostenibilidad del sistema.

*En el entorno sanitario hay nuevas profesiones que crecen paulatinamente y que no tienen un encaje claro en el contexto de los recursos humanos del sistema y las instituciones.*

La flexibilización y la diversificación de las ofertas de trabajo de las instituciones sanitarias son elementos importantes para abordar este problema.

*Las organizaciones vinculan de una manera excesivamente rígida las titulaciones a los puestos de trabajo.*

Las organizaciones deberían definir las competencias necesarias para desarrollar un puesto de trabajo determinado y seleccionar al profesional idóneo teniendo en cuenta su experiencia y sin depender exclusivamente de la titulación.

*Los procesos de selección e incorporación de los profesionales al sistema sanitario público están obsoletos.*

Es necesario incorporar al sistema público métodos de selección de profesionales más individualizados y predictivos en cuanto a las capacidades competenciales reales de los aspirantes en relación con los puestos de trabajo. Las organizaciones deben prever los mecanismos para conseguir la incorporación adecuada de los profesionales a sus misiones y objetivos.

*Los tratamientos no convencionales no están regulados.*

La utilización de las terapias complementarias por parte de la población hace necesario abordar su regulación ética y profesional con el objeto de garantizar la seguridad del ciudadano.



A person's hand is shown holding a digital blood pressure monitor. The monitor's display shows three numbers: 156, 98, and 99. To the right of the numbers, the text 'DIA mmHg' is visible next to the 98, and 'PULS /min' is visible next to the 99. The background is a solid blue color with a faint, semi-transparent image of the person's hand and the device.

# LAS COMPETENCIAS Y EL CONTRATO SOCIAL. EJES ESTRATÉGICOS

---

8



## 8.1 Los ciudadanos

### Escenario de futuro

El sistema sanitario se justifica en la medida en que da respuesta segura, efectiva y de calidad a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Las características del perfil de ciudadano del futuro son:

- **La capacidad de participación** en las decisiones individuales y colectivas relacionadas con el sistema de salud y sus actuaciones.
- **La disponibilidad de información** en relación con las posibilidades y límites de las actuaciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y reinserción social del sistema sanitario y sus profesionales.
- **La responsabilidad y el compromiso** en el cuidado de la propia salud y en el uso racional de los recursos sanitarios.
- **La exigencia**, en lo relativo a la accesibilidad, la seguridad, la calidad y la rapidez de las actuaciones sanitarias en un contexto de trato personal adecuado y de garantía de la confidencialidad.

## **Reto: nuevo contrato social**

Hay que asumir que la sociedad es capaz de articularse a sí misma y de diseñar el propio futuro. La sociedad del siglo XXI debe construirse sobre la base de la participación de los ciudadanos en su diseño. Debe avanzarse hacia un concepto de ciudadano adulto y maduro, no filial ni protegido, que asuma sus cuotas de responsabilidad, y hacia una cultura que incorpore la transparencia y la necesidad de rendir cuentas tanto de las actuaciones individuales como de las colectivas e institucionales.

Los valores socioeconómicos y culturales condicionan tanto la visión de la salud y la enfermedad como la manera de organizarse la sociedad ante las necesidades de salud. El ciudadano cada vez más se ve a sí mismo como consumidor de servicios, se muestra más informado y exigente y adquiere conciencia de sus derechos y deberes, tanto en el aspecto individual como en el colectivo. La evolución del concepto de ciudadano hace prever que las futuras generaciones incrementarán las exigencias potenciales de atención a la salud y que crecerá la probabilidad de que los propios ciudadanos ejerzan, directa o indirectamente, presión para forzar reformas en el modelo sanitario.

El acceso a la información y a las nuevas tecnologías de la comunicación está haciendo evolucionar la relación profesional-paciente, considerada hasta ahora como una relación asimétrica por la distancia entre el conocimiento experto y el profano, hacia una relación en la que se deberá compartir la información para poder tomar decisiones.

Se tiende a identificar el concepto de salud con el de bienestar total y los problemas de la vida con los problemas de salud, olvidando la importancia de desarrollar la capacidad de adaptarse a las dificultades. Se espera del sistema sanitario la capacidad de hacer frente y resolver la mayor parte de los problemas sin limitaciones de conocimientos ni de recursos. Es preciso generar un amplio debate social sobre la salud y la enfermedad y sobre los límites del conocimiento científico y del sistema sanitario, con el objetivo de redefinir el contrato social y con la participación de instituciones, profesionales, ciudadanos y políticos.



## Propuestas para la acción

- Establecer políticas transversales de información y educación al ciudadano.
- Poner en marcha líneas de trabajo y de colaboración con los medios de comunicación, para mantener la calidad de la información que se le transmite al ciudadano en relación con la salud y los servicios.
- Diseñar los instrumentos necesarios para la mejora de la seguridad de los pacientes y profundizar en el análisis sobre los efectos indeseables generados en el sistema.
- Introducir mecanismos que favorezcan la transparencia en la asignación de los recursos y de las prestaciones sanitarias y que hagan que la sociedad tome conciencia de las limitaciones científicas y tecnológicas y de los límites del sistema.
- Potenciar la participación de las asociaciones de ciudadanos en el diseño y la decisión de políticas dirigidas a la satisfacción del usuario.
- Ampliar las estrategias y las políticas de apoyo a las familias de los enfermos crónicos y discapacitados orientadas a conseguir un nuevo equilibrio entre los subsistemas familiar, sociosanitario y social, para diseñar políticas sociales y educativas que garanticen el acceso de los usuarios a las nuevas tecnologías de la comunicación.

## Instrumentos

Para contribuir a centrar el sistema sanitario en el ciudadano, a iniciativa del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, con la colaboración del Departamento de la Presidencia, del Departamento de Enseñanza, del Departamento de Bienestar y Familia y del Departamento de Trabajo, Industria, Comercio y Turismo, y con la participación de las asociaciones de ciudadanos, se debe reforzar y se debe favorecer activamente la colaboración de los ciudadanos en los órganos de participación formales existentes (consejos de salud) y se debe crear un observatorio sanitario del ciudadano como órgano de consulta y de participación ciudadana que brinde su apoyo al diseño, implantación y evaluación de las políticas sanitarias dirigidas a la satisfacción y seguridad del ciudadano.

## 8.2 Los profesionales

### Escenario de futuro

El profesionalismo tendrá una orientación más social, ya que centrará el servicio en los intereses del ciudadano y optimizará la competencia para garantizar actuaciones seguras y de calidad.

El perfil de profesional del futuro ha de cumplir los requisitos siguientes:

- Tener una buena capacidad de trabajo y una actitud positiva, en el seno de equipos interdisciplinarios y multiprofesionales.
- Adquirir el compromiso con el aprendizaje permanente para conseguir la excelencia.
- Mostrar dedicación y servicio a los intereses del paciente.
- Tener conciencia del alcance de sus decisiones en cuanto a la distribución y utilización de los recursos.
- Tener capacidad para liderar la gestión clínica.

## **Reto: valores del profesionalismo**

Necesitamos unos profesionales capaces de actuar con el compromiso de la excelencia, que den prioridad al bienestar del paciente y a las necesidades de salud de la población.

### **Propuestas para la acción**

- **Incorporar a la formación los valores del profesionalismo.**
- **Garantizar la calidad y seguridad de las actuaciones profesionales.**
- **Promover la capacidad de autoaprendizaje para la adaptación a los cambios del entorno.**
- **Desarrollar estrategias intersectoriales que permitan la integración de los objetivos del sistema sanitario y educativo.**

### **Instrumentos**

Los sistemas sanitario y educativo, a petición del primero, establecerán políticas formativas transversales con presupuestos compartidos y que expliciten los objetivos, recursos y mecanismos de evaluación de la función productiva del sistema docente.

Las políticas transversales deberán priorizar:

- La regulación de un espacio universitario propio de las ciencias de la salud.
- La reorientación de las enseñanzas hacia las competencias relevantes, hacia el aprendizaje y la resolución de problemas, centrándose especialmente en el trabajo en equipo y en los aspectos éticos y relacionales.
- La promoción de la innovación de las metodologías docentes y de los sistemas de evaluación, incorporando instrumentos de evaluación coherentes con los objetivos.

## **Reto: cambios en la formación básica**

Se deben introducir cambios en la formación básica de los profesionales, sobre la base de una enseñanza:

- Centrada en quien aprende.
- Organizada desde una perspectiva multiprofesional.
- Orientada a los resultados.
- Basada en la evidencia.
- Vehiculada en entornos de autoaprendizaje diversificados y amigables.

### **Propuestas para la acción**

- Establecer las estrategias necesarias para el desarrollo de los nuevos paradigmas y para que los profesionales se adapten a ellos.
- Orientar la educación multiprofesional y el aprendizaje activo, basado en la comunidad y que complementa la adquisición de conocimientos con la de habilidades y actitudes.
- Facilitar los itinerarios formativos de las diplomaturas sanitarias en el tercer ciclo universitario para poder conseguir el máximo desarrollo de las capacidades de los profesionales.
- Diseñar unos sistemas de evaluación coherentes con los objetivos educativos y que fomenten el proceso de cambio.

### **Instrumentos**

Los departamentos de Enseñanza, de Sanidad y Seguridad Social y de Universidades, Investigación y Sociedad de la Información diseñarán los instrumentos legislativos y técnicos, con la asignación presupuestaria correspondiente, que sean necesarios para la puesta en marcha de los cambios, con carácter piloto o bien general.

## **Reto: actualizar la formación profesional postgraduada**

Actualizar el modelo de formación profesional postgraduada incorporando flexibilidad, troncalidad, amplitud de base, formación complementaria, reforzamiento tutorial y evaluación de resultados.

### **Propuestas para la acción**

- Diseñar un modelo troncal de formación postgraduada que favorezca una formación global y la flexibilidad de los profesionales.
- Adecuar los objetivos, procedimiento y metodología del sistema de acceso a la formación postgraduada. El sistema de acceso debe ser distributivo y no selectivo, con el fin de no condicionar ni dirigir la formación básica a la superación de la prueba de acceso.
- Diseñar programas formativos marco que delimiten los perfiles competenciales.
- Poner en marcha, con asignación presupuestaria, sistemas de acreditación y reacreditación de tutores que incorporen instrumentos y mecanismos de reconocimiento de la acción tutorial.
- Definir un sistema de evaluación que constituya un instrumento para la mejora de la calidad de la formación.
- Establecer un sistema de acreditación para el ejercicio profesional posterior al periodo de formación.

### **Instrumentos**

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social analizará y propondrá la transferencia del ámbito de la formación de especialistas en ciencias de la salud a las comunidades autónomas.

La distribución actual de competencias dentro del marco constitucional y estatutario en el ámbito educativo y sanitario y la necesidad de evitar disfunciones en los ámbitos asistenciales y docentes de los centros sanitarios aconsejan dar la máxima prioridad a estos cambios.

## **Reto: priorizar el desarrollo profesional continuado (DPC)**

Los profesionales tienen que adaptarse a los cambios del entorno competencial y organizativo, lo que exige un esfuerzo de aprendizaje permanente. En este sentido, es especialmente relevante la formación en el ámbito de las tecnologías de la información y la comunicación.

### **Propuestas para la acción**

**Diseñar sistemas de desarrollo profesional continuado que respondan a los criterios siguientes:**

- **Accesibilidad.**
- **Reconocimiento.**
- **Pertinencia.**

### **Instrumentos**

A petición del Departamento de Sanidad y Seguridad Social se creará, en el ámbito catalán, una agencia de las profesiones sanitarias que se encargará de las ofertas formativas y de la evaluación de su impacto en las competencias profesionales.

## **Reto: evitar los desajustes en la disponibilidad de profesionales**

Para evitar desajustes en el sistema y dar respuesta a las necesidades de salud de la población, se debe disponer del número apropiado de los diferentes tipos de profesionales e incorporar los mecanismos que permitan realimentar el proceso. Los sistemas sanitario y educativo deben diseñar las estrategias de planificación, formación y gestión de recursos humanos en ciencias de la salud.

### **Propuestas para la acción**

- Avanzar en el diseño de instrumentos y mecanismos de investigación y evaluación sociológica permanente (cambios demográficos, epidemiológicos) que permitan la toma de decisiones en lo relativo a las necesidades cuantitativas y cualitativas de los profesionales sanitarios.
- Situar los procesos de planificación de recursos humanos en el ámbito sanitario dentro del contexto nacional y europeo.
- Disponer de un sistema de información sobre los recursos humanos en el sistema sanitario, que sea fiable, continuo, dinámico y compatible, que sea permanentemente actualizado y que permita una toma de decisiones ágil.
- Generar procesos formativos de reconversión de grupos profesionales excedentarios para favorecer el paso a ámbitos más deficitarios.
- Determinar, partiendo de análisis fiables a corto y medio plazo, las necesidades de profesionales sanitarios.

### **Médicos**

Parece adecuado restringir el ritmo actual de entrada de alumnos en las facultades de Medicina durante los próximos ocho o diez años y, posteriormente, iniciar un ritmo expansivo que permita el recambio generacional del colectivo que llegará a la edad de jubilación.

Se deben plantear cambios significativos en la proporción de la tipología de profesionales, para dar respuesta a las necesidades de salud crecientes en el ámbito de la población envejecida.

Hay que preservar las capacidades nucleares de una formación más global en el contexto de una creciente evolución hacia la especialización.

Deben analizarse los desequilibrios puntuales en la dotación de determinadas especialidades medicoquirúrgicas, como consecuencia de cambios tecnológicos, competenciales y organizativos.

Actualmente los desequilibrios que han emergido especialmente han sido déficits de anestesiólogos, de oftalmólogos, de radiólogos, de psiquiatras y de geriatras, entre otros; este es un fenómeno dinámico y, por tanto, sujeto a variaciones importantes en el futuro. Se deben establecer medidas correctivas de estos desequilibrios, como son, a corto plazo, la reconversión de especialidades excedentarias hacia las deficitarias, la incidencia en los procedimientos de incorporación de profesionales de otros países y la redistribución del trabajo entre grupos profesionales con la garantía de la capacidad; a medio y largo plazo, el avance hacia el modelo troncal en la formación especializada y la modulación del acceso a la formación básica y de la oferta de plazas de formación especializada.

Por otra parte, se debe disminuir la rigidez actual de provisión de puestos de trabajo identificados con titulaciones concretas.

### Farmacéuticos

Se detectan carencias cualitativas de farmacéuticos, tanto en lo relativo a la formación como en lo relativo a la planificación de las necesidades relacionadas con los diferentes campos de actuación: laboratorios de farmacia, especializaciones farmacéuticas hospitalarias, trabajo en la industria farmacéutica y apoyo a la atención primaria.

### Odontólogos

Si se mantiene el ritmo actual de producción de profesionales en odontología y no se modifica su cartera de servicios del sistema público, se llegará a una situación claramente excedentaria en este sector.



### Psicólogos clínicos

Se ha de ajustar la producción de psicólogos clínicos a las necesidades crecientes en la atención a la salud mental a las que deberá hacer frente el sistema sanitario.

### Biólogos

Hay que enmarcar la necesidad de biólogos en la necesidad de las especialidades sanitarias reconocidas a las que tienen acceso formativo y laboral (análisis clínicos, bioquímica clínica, microbiología y parasitología e inmunología).

### Enfermeras

En el colectivo de enfermería se observa un descenso en la demanda de los estudios y un envejecimiento de los profesionales en activo, así como un fenómeno emergente de emigración hacia países del entorno, hechos que hacen prever que a medio plazo se puede producir un déficit de estos profesionales, con una especial incidencia en ámbitos como el sociosanitario, la salud mental, la atención a crónicos, la atención domiciliaria y los colectivos vulnerables.

Se deben articular medidas correctivas que flexibilicen las condiciones de ejercicio profesional y los sistemas de reclutamiento y promoción de la profesión, con el fin de incentivar la permanencia de los profesionales en el sistema y la demanda de estudios de enfermería.

También deben diseñarse estrategias para conseguir la reconversión de profesionales hacia nuevos ámbitos de experiencia.

### Matronas

Se constata un envejecimiento de este colectivo y un déficit de dotación. Se deben diseñar estrategias de formación especializada que garanticen una adecuada disponibilidad de estos profesionales.

### **Dietistas y nutricionistas**

Es previsible que en el ámbito de la dietética y la nutrición haya un incremento de la necesidad de asesoramiento en centros hospitalarios, atención primaria y recursos sociosanitarios. Es preciso avanzar en la delimitación de las competencias exclusivas y compartidas de los diplomados y de los técnicos de formación profesional.

### **Fisioterapeutas**

Se debe poner la necesidad de profesionales en fisioterapia, que se deriva, entre otros factores, del envejecimiento de la población, en relación con la evolución creciente de las carteras de servicios en el campo de la rehabilitación.

### **Ópticos y optometristas**

Desde una perspectiva sanitaria, se deben analizar la colaboración y la coordinación de los diplomados en óptica y optometría con el resto de las profesiones sanitarias relacionadas con la prevención y el diagnóstico de los problemas visuales.

### **Podólogos**

No disponemos de datos significativos que permitan delimitar la necesidad de podólogos profesionales. A pesar de ello, debe tenerse en consideración la creciente demanda de servicios preventivos y terapéuticos en las edades avanzadas de la vida.

### **Logopedas**

Debe ponerse la necesidad de logopedas en relación con una previsible evolución creciente de las carteras de servicios en el campo de la logopedia, tanto en el ámbito público como en el privado.

### Técnicos especialistas en radioterapia

La formación reglada de los técnicos especialistas en radioterapia corresponde a la formación profesional de grado superior. Se prevé una tendencia hacia el incremento en la necesidad de estos profesionales, para poder dar respuesta a los requerimientos tecnológicos y de calidad en el futuro. Debe potenciarse el trabajo en equipo de estos técnicos con los profesionales de la radioterapia.

### Auxiliares de enfermería

La formación reglada de los auxiliares de enfermería se enmarca en la formación profesional, y hay una cierta confusión con la formación ocupacional. Sobre la base de una definición clara de competencias, se debe potenciar el trabajo en equipo entre el profesional de enfermería y el de auxiliar de enfermería.

La planificación de profesionales sanitarios deberá prever la aparición de nuevas profesiones sanitarias en el futuro (gestores sanitarios y de información sanitaria...) y la reconversión y cambio de las existentes.

## Instrumentos

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social, con la colaboración del Departamento de Universidades, Investigación y Sociedad de la Información y del Departamento de Enseñanza, constituirá el consejo asesor de las profesiones sanitarias como órgano permanente, con los objetivos siguientes: identificar los déficits actuales en las capacidades disponibles de profesionales sanitarios, analizar las tendencias previsibles en función de las variaciones de la demanda (puestos de trabajo que es preciso crear) y de las tendencias de oferta de los sistemas educativos, y establecer los criterios para el reconocimiento de los grupos profesionales emergentes.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social, con la cooperación de los agentes del sector, creará el observatorio de recursos humanos del sistema sanitario.

Hay que dar la máxima prioridad a la constitución del consejo como órgano participativo y del observatorio como instrumento necesario para la toma de decisiones.

## **Reto: cambios en el entorno del ejercicio profesional**

El entorno del ejercicio de las profesiones sanitarias está cambiando de forma acelerada en los ámbitos siguientes:

- Trabajo en equipos.
- Capacidad de resolución y asignación de funciones.
- Seguridad y calidad de las actuaciones.
- Feminización progresiva de las profesiones sanitarias.

### **Propuestas para la acción**

- Favorecer el trabajo en equipos organizativamente flexibles, que permitan la adecuación a las necesidades del entorno, liderados por profesionales médicos y de enfermería.
- Desarrollar las relaciones de competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en un contexto de división funcional del trabajo, que tengan en cuenta los diferentes niveles de responsabilidad de cada profesional.
- Priorizar la seguridad y calidad de las actuaciones a partir de la acreditación de la competencia profesional, proceso que hay que diferenciar del de titulación académica.
- Considerar los aspectos relacionados con la suficiencia de los recursos y las condiciones organizativas que deben posibilitar un ejercicio profesional de calidad.
- Diversificar las fórmulas de contratación y dedicación laboral de los profesionales para dar respuesta, entre otros factores, a la progresiva feminización del sistema sanitario.
- Disminuir las cargas burocráticas para que los profesionales se puedan centrar en la atención al paciente.

## Instrumentos

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social ha de priorizar los objetivos siguientes:

- Establecer mecanismos que posibiliten una distribución más eficiente de los recursos del entorno organizativo y competencial del trabajo.
- Facilitar recursos que posibiliten actuaciones profesionales seguras y de calidad.
- Llevar a cabo la flexibilización de las condiciones de trabajo.

## **Reto: potenciar el liderazgo clínico de los profesionales**

Los profesionales deben liderar la gestión clínica y deben participar activamente en la planificación y la evaluación de la utilización de los recursos y de los resultados.

### **Propuestas para la acción**

- **Generar nuevas y potentes estructuras de mando funcional, institucional y territorial, centradas en la gestión clínica (de los problemas y de los procesos) y que sean responsables de los profesionales.**
- **Potenciar la descentralización de la gestión de los centros, servicios y equipos, con una perspectiva de más autonomía profesional y en un contexto de responsabilización con los resultados obtenidos.**

### **Instrumentos**

Es preciso que el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y las entidades proveedoras de servicios generen nuevos diseños de las estructuras de mando de los centros y territorios y nuevas fórmulas de gestión de los centros y equipos.

## 8.3 Las organizaciones

### Escenario de futuro

Las organizaciones profesionales tienen la delegación social de garantizar la seguridad y calidad de las actuaciones de los profesionales. Sus esfuerzos prioritarios se deben dirigir al cumplimiento de este objetivo esencial.

Las organizaciones proveedoras de servicios actúan cada vez con más autonomía de gestión y más responsabilidad sobre los resultados en un contexto definido de descentralización.

En el futuro los objetivos característicos de las organizaciones profesionales serán los siguientes:

- Priorizar los mecanismos de control de la calidad competencial de sus miembros y dar apoyo cuando sea necesario.
- Mantener registros profesionales competenciales.
- Establecer códigos de ética profesional, vigilar su cumplimiento e intervenir en la resolución de conflictos.

En el futuro el objetivo característico de las organizaciones proveedoras será el siguiente:

- Ejercer la autonomía de diseño y gestión de procesos en un contexto de responsabilidad social y contractual en relación con los resultados.

## **Reto: avanzar en la garantía de la seguridad de los pacientes y de los valores éticos en el ejercicio profesional**

Las organizaciones de profesionales deben asumir la responsabilidad de garantizar la seguridad de los pacientes y la ética y calidad de los servicios que prestan sus miembros y las sociedades científicas deben asumir la responsabilidad de promover el progreso del conocimiento teórico y práctico. Estas organizaciones actúan como fedatarias del nuevo contrato social de los profesionales.

### **Propuestas para la acción**

- **Facilitar los mecanismos necesarios para el mantenimiento y la mejora de las competencias profesionales.**
- **Garantizar la calidad competencial de sus miembros.**
- **Mantener registros actualizados de los elementos que definen el perfil competencial de sus miembros.**
- **Promover actuaciones formativas y de difusión de los progresos del conocimiento teórico y práctico (sociedades científicas).**

### **Instrumentos**

Las organizaciones de profesionales y las sociedades científicas deben reorientar y priorizar los objetivos y redefinir sus estructuras, a fin de incorporar al ciudadano en sus órganos de gobierno y de control.



## **Reto: profundizar en la autonomía y la responsabilidad**

Situar las organizaciones proveedoras en un nuevo contexto de autonomía en lo relativo a la estructura y los procesos, y de responsabilidad en relación con los resultados obtenidos en la atención a las necesidades y expectativas de salud de la sociedad.

### **Propuestas para la acción**

- Avanzar en la contratación de la provisión de servicios en un marco financiero de sostenibilidad y de exigencia en términos de equidad, efectividad y eficiencia, en relación con la distribución de los recursos, la calidad de los procesos y la evaluación de los resultados obtenidos.
- Priorizar la evaluación de los resultados y la efectividad clínica de las organizaciones y de los profesionales individuales en un contexto de participación de todos los actores implicados.

### **Instrumentos**

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social, a través del CatSalut, debe diseñar e implementar nuevos instrumentos de contratación y de evaluación.

Las entidades proveedoras han de promover el acercamiento de las culturas gerencial i clínica.

## 8.4 El modelo sanitario

### Escenario de futuro

Siguen vigentes los principios que inspiran el modelo sanitario catalán, basado en la garantía de la protección de la salud del ciudadano de acuerdo con los principios de universalización de la asistencia, de equidad, de eficacia y de eficiencia.

En las proyecciones del Instituto de Estadística de Cataluña se prevé una acentuación del envejecimiento de la población catalana, una intensificación a corto plazo del crecimiento demográfico producido por el aumento de la migración externa y una cierta recuperación de la natalidad. En base a estas premisas, se prevé que Cataluña tendrá unos 6,5 millones de habitantes al acabar el primer decenio del siglo XXI.

Los principales problemas de salud que deberá afrontar el sistema sanitario serán los derivados del envejecimiento, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, los trastornos mentales y las lesiones e incapacidades derivadas de los accidentes, así como problemas emergentes relacionados con el entorno socioeconómico, los estilos de vida y el medio ambiente. Las situaciones de incapacidad y de dependencia incrementarán la demanda de servicios sanitarios y sociales.

Debe considerarse el impacto que las nuevas tecnologías y los nuevos tratamientos tendrán en el gasto sanitario y en los modelos organizativos de las entidades proveedoras de servicios.

La sostenibilidad del sistema sanitario exigirá que se planteen nuevas fórmulas de contribución de los ciudadanos en su financiación.

## **Reto: avanzar hacia un sistema más sostenible, transparente y participativo**

Se debe lograr un sistema sostenible, más transparente y participativo, y hay que considerar detenidamente qué mejoras deben introducirse en el modelo de las profesiones sanitarias para hacerlo viable y adecuado a las nuevas realidades y a las posibles necesidades futuras.

### **Propuestas para la acción**

- Potenciar a corto y medio plazo las estrategias políticas y financieras destinadas a generar un nuevo equilibrio entre la atención primaria y la especializada, favoreciendo una mayor asignación de recursos a la primera para que pueda desplegar su potencial resolutivo y dar respuesta a los nuevos retos que plantean las necesidades de salud de la población.
- Reconocer la atención primaria como puerta de entrada al sistema, el papel de agentes de salud del equipo de atención primaria, la necesidad de establecer espacios de trabajo conjunto que contribuyan a la colaboración y coordinación con otros niveles y servicios (especialmente de la atención sociosanitaria y de salud mental) y la necesidad de fomentar niveles funcionales intermedios de atención.
- Posibilitar que se satisfagan las necesidades aunque los recursos sean limitados y establecer prioridades en los ámbitos de la atención, las tecnologías, la formación y la investigación.
- Avanzar en la cultura de rendir cuentas a la sociedad en lo relativo a la utilización de los recursos y a la consecución de los resultados positivos en términos de salud, de satisfacción y de coste.
- Otorgar a los ciudadanos y profesionales más protagonismo, autonomía y corresponsabilidad con respecto a la atención a la salud.
- Desarrollar nuevas fórmulas de gestión en la provisión de servicios como los que ofrecen las entidades de base asociativa y evaluar sus resultados.
- Llevar a cabo una coordinación intersectorial efectiva entre las instituciones con responsabilidad en el ámbito de la salud, buscando nuevas fórmulas de relación y cooperación entre proveedores.





CONSIDERACIONES FINALES

9



## Contrato social

Se reconoce la necesidad de un nuevo contrato social entre los ciudadanos y las profesiones sanitarias. La seguridad, la información, la educación y la participación efectiva de los ciudadanos en relación con la salud se deben consolidar como objetivos clave del sistema sanitario que refuercen la confianza de los ciudadanos en los servicios sanitarios y en sus profesionales. Si se avanza en el objetivo de rendir cuentas a la sociedad, se avanzará también hacia un ciudadano cada vez más adulto y maduro y más corresponsable en lo relativo a la salud y a la utilización de los servicios.

Las organizaciones y los profesionales deben estar al servicio de los ciudadanos y deben dar respuesta a sus demandas en términos de accesibilidad, de información, de competencia y calidad técnicas y de humanización en el trato.

La participación real y efectiva de los ciudadanos en los órganos formales de participación y la creación de un observatorio sanitario del ciudadano son dos propuestas a favor de la voluntad de situar al ciudadano en el centro del sistema sanitario.

## Profesionalismo

Los valores del profesionalismo exigen a los profesionales actuar en beneficio de los pacientes, mejorar y mantener los estándares de competencia y de integridad, poner a disposición de la sociedad el conocimiento de expertos y rendir cuentas tanto a los pacientes y a la sociedad como a la propia profesión. Es

preciso que los procesos formativos y el ejercicio profesional fomenten la adquisición de estos valores considerados primordiales para el buen funcionamiento del sector sanitario.

### **Desarrollo profesional continuado**

El mantenimiento y la mejora de la competencia profesional y el desarrollo profesional continuado son una necesidad y una exigencia para la optimización de la calidad de la atención sanitaria.

### **Reorientación de los procesos formativos**

Los procesos de formación tienen que orientarse hacia la obtención de profesionales que reúnan el perfil científico y asistencial y también habilidades que les permitan desarrollar el espíritu crítico y la capacidad de discernimiento, el interés por los descubrimientos y el autoaprendizaje, la adecuada gestión de la incertidumbre y del cambio y la motivación por aprender a lo largo de toda la vida.

### **Políticas formativas transversales**

El establecimiento de políticas formativas transversales con presupuestos compartidos, la certificación y recertificación de la competencia profesional y la evaluación de la calidad profesional orientada a la seguridad y la satisfacción de los pacientes son tres propuestas que, a través de la creación de una agencia de las profesiones sanitarias y de una comisión interdepartamental de formación sanitaria, deben contribuir a reforzar los valores del profesionalismo en el marco de la planificación de recursos humanos del servicio nacional de salud de Cataluña.

### **Adecuación cuantitativa y cualitativa a las necesidades**

El ajuste entre las necesidades y la disponibilidad de recursos humanos en el sistema sanitario exige una previsión prospectiva con un horizonte temporal mínimo de 5 a 10 años, en función de las necesidades previsibles, de la distribución del trabajo y del impacto de las nuevas tecnologías.

El establecimiento de un sistema de información dinámico, compatible y permanentemente actualizado sobre recursos humanos del sistema sanitario así como el diseño de instrumentos y mecanismos de investigación y de evaluación



sociológica permanente se hacen elementos imprescindibles para la planificación cuantitativa y cualitativa de las profesiones sanitarias.

Las organizaciones profesionales, corporaciones que agrupan y representan a los diferentes colectivos, deben dotarse de la autoridad que les permitirá garantizar a la sociedad la calidad y seguridad en las actuaciones profesionales de sus miembros y mantener registros permanentemente actualizados de los profesionales capacitados para el ejercicio de la profesión.

La creación de un observatorio de las profesiones sanitarias en el que participen todos los agentes implicados y de una oficina de las profesiones sanitarias que correlacione la información, coordine las actuaciones departamentales y dé apoyo interdepartamental, son instrumentos que deben posibilitar que la planificación de profesionales sanitarios sea cuantitativa y cualitativamente adecuada.

### **Innovaciones organizativas y rediseño de estructuras y de procesos**

Las organizaciones proveedoras de servicios han de equilibrar los objetivos de gestión y los objetivos clínicos mediante el diseño de estructuras y procesos que faciliten el trabajo en equipo. De esta manera podrán dar una respuesta eficiente y de calidad a las necesidades de la población y podrán ofrecer unos buenos resultados en términos de salud, satisfacción y coste.

### **Trabajo en equipo interdisciplinar y multiprofesional**

El trabajo en equipo multidisciplinar y multiprofesional exige la distribución previa de las competencias exclusivas, compartidas y delegables y, si procede, el consenso en la definición de las condiciones en que se delegan, a fin de lograr eficiencia en los servicios e implicación y motivación en los profesionales.

### **Competencias y responsabilidad**

Los avances tecnológicos del sector sanitario, especialmente en el campo del diagnóstico y tratamiento, acelerarán la necesidad de implementar innovaciones en lo relativo a la organización y a la asignación de tareas y de responsabilidades en los equipos de trabajo. Estas innovaciones se deberán fundamentar en la idea de que la capacidad resolutoria es la calidad que aporta más eficiencia clínica y organizativa.

Los sistemas formativos y las organizaciones asistenciales deberán dejar a un lado las actuales estructuras por especialidades, con la finalidad de incorporar las necesidades formativas y organizativas que hagan posible el trabajo en equipos interdisciplinarios y multiprofesionales.

### **Espacio de análisis, debate y consenso**

La Administración deberá fomentar espacios para la reflexión multiprofesional del sector y deberá dotarse de las estructuras indispensables para poder actuar como motor de los cambios que permitan establecer políticas transversales que abarquen la complejidad del sistema sanitario.

La creación de un consejo catalán de las profesiones sanitarias como órgano de encuentro para el análisis y el consenso de los ámbitos competenciales y de actuación de las profesiones sanitarias es una propuesta que deberá llevarse a cabo desde la Administración y con la cooperación de la sociedad catalana.

A blurred, light-colored stethoscope is positioned diagonally across the upper half of the page. The background is a solid, vibrant blue. The text is centered in the upper right quadrant.

CIUDADANOS,  
PROFESIONALES  
E INSTITUCIONES  
PARTICIPANTES

---



## Ciudadanos, profesionales e instituciones que han participado en la elaboración y el consenso

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, Eric 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, Rosa Creus, Beatriu Cruañas, Daniel Cruells, Belén Cruzado, Eva M. Cruzado, Emili Cuenca, Núria Cuxart, Martí Dalmasas, Juana M. Del Molino, Xavier Demestre, Assumpció Dernís, Mariola Díaz, Núria Díaz, Milagros Domínguez, Jordi Dotra, 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 Ferre, 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, Alicia 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, Eulàlia Masachs, Alfons Mascaró, Lluís Masferrer, Viçenç Masià, Enric Mauri, Antònia Medina, Josep M. Meliz, Jaume Milián, Francesc Monné, Rosabel Monné, Pere Monrás, Lluís Monset, Josep Montero, M. Lluïsa Morató, Ramón Morera, Màrius Morlans, Agustina Muñoz, Xavier Muñoz, 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, Helios 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 Sánchez, 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 Tarin, 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 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 y Centre Cívic Pati Llimona de Barcelona.











el futur creix  
a Catalunya



**Generalitat de Catalunya**

[www.gencat.net](http://www.gencat.net)