

# Pasado, presente y futuro de la interculturalidad médica en los servicios de urgencias

CARLOS MARTÍNEZ GUEVARA<sup>1</sup>, ELISA GUIU BARRAGÁN<sup>2</sup>, JORDI IBÁÑEZ NOLLA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias del Hospital Municipal de Badalona.

<sup>2</sup>Servicio Integral de Urgencias y Emergencias de Badaona Serveis Assistencials.

## Introducción

Dentro de la complejidad actual de la organización sanitaria de nuestro país creemos que la incorporación al mundo laboral del colectivo de médicos inmigrantes ha tenido y tiene un impacto importante, dado que ayuda a resolver algunas deficiencias del sistema a la vez que lo enriquece, porque son profesionales de la salud. Se hace, pues, necesaria la descripción del fenómeno de los médicos extranjeros para comprender el alcance que tiene esta incorporación. Para ello se precisa, en primer lugar, una breve reseña histórica de la evolución del colectivo médico en España hasta la actualidad. En segundo lugar, se deben analizar algunos parámetros que expliquen la situación actual de déficit de médicos. Finalmente, es necesaria una aproximación a la realidad, que realizaremos basándonos principalmente en los médicos que trabajan en las urgencias hospitalarias de Cataluña.

Así pues, una primera medida de abordaje será la revisión bibliográfica de los estudios publicados sobre el colectivo médico en España y en Cataluña, con especial hincapié en los movimientos migratorios de profesionales<sup>1-3</sup>, así como la elaboración de una base de datos actual de los médicos extranjeros que trabajaban en Cataluña durante el primer trimestre del 2006. Estos datos fueron presentados en el XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias<sup>4</sup> y se obtuvieron a partir de los colegios médicos oficiales de las cuatro provincias catalanas (Barcelona, Girona, Tarragona y Lleida), de la encuesta a los jefes de servicio/coordinado-

res de 21 servicios de urgencia de los hospitales en Cataluña y de encuestas telefónicas realizadas a una parte del colectivo médico extranjero que trabaja en dichos servicios de urgencias.

## Pasado: contexto histórico, demográfico y científico

La aparición de médicos extranjeros en Cataluña es un fenómeno que se remonta al siglo XVIII. Al finalizar dicho siglo, existía en Cataluña un relanzamiento económico junto a una inquietud cultural. En 1796 empieza la guerra contra la Convención Francesa y una nueva ruptura de relaciones con Inglaterra, que era la potencia dominante en aquella época, por lo que se produce una paralización del comercio con América, la caída de la industria y un aumento del paro. Todo ello conllevó la aparición de miseria, con plagas de mendigos por las calles de Barcelona. Con el fin de paliar esta situación, se constituyó la denominada Junta de Caridad que recogió donativos para las llamadas ollas públicas<sup>5,6</sup>. La crisis también se hizo notar en las comarcas rurales, debido sobre todo, a un descenso de los precios del vino. En el año 1801 llegó la paz, si bien el estado de guerra con Inglaterra se reanudó tres años más tarde.

La población catalana, que se acercaba a los 900.000 habitantes en el año 1787, pasó a ser de 1.652.000 habitantes en el censo de 1857 con una tasa de natalidad de 37/1000. Así, si la población catalana en 1787 representaba el 7,8% de la población española, en 1857 representaba el 10,7%. Barcelona que tenía a principios del XIX

**CORRESPONDENCIA:** Jordi Ibáñez Nolla. Servicio de Urgencias. Hospital Municipal de Badalona, BSA. Vía Augusta, 9-13. 08911 Badalona. E-mail: jibanyez@bsa.gs

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 18-5-20087. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 28-6-2007.

**CONFLICTO DE INTERÉS:** Ninguno.

unos 115.000 habitantes, experimentó un fuerte incremento de población tras un primer descenso (100.000 habitantes en 1826) hasta tener 215.900 habitantes en 1857<sup>6</sup>.

Durante la primera mitad del siglo XIX podemos distinguir tres periodos en cuanto al desarrollo y expansión de la Medicina:

Un primer periodo de 1800 a 1808 en el cual practicaban y se extendían las ideas y métodos de la Ilustración del XVIII. Para forjar los cimientos de la Medicina durante la Ilustración, fue decisiva la incorporación de destacados médicos extranjeros a la sociedad española y el regreso a España de médicos españoles que se habían formado en Europa, entre los que destacan los cirujanos Pere Virgili y Antoni de Gimbernat, y el internista e higienista Ruiz de Luzuriaga<sup>7</sup>. Las traducciones, que siguieron el ritmo general de las publicaciones médicas, aumentaron notablemente durante los lustros anteriores a la Guerra de la Independencia, y a partir de principios de siglo fue muy importante la traducción de obras de la escuela francesa, entre las que estaban los libros más importantes de la transición al pensamiento anátomo-clínico.

Un segundo periodo de 1808 a 1833, que fueron los años de la guerra de la Independencia y del reinado de Fernando VII. Estos años constituyen un periodo catastrófico que acaba con la creatividad de la Ilustración. Dicho hundimiento tiene lugar, en primer término, por la destrucción de las instituciones científicas como consecuencia de la guerra. Pero la causa real es más profunda, con la quiebra del espíritu innovador de la Ilustración, que deriva en la toma de dos actitudes principales: la de los que consideran como un grave error todo esfuerzo de renovación y europeización dieciochescas (mantenimiento de su estatus político y social), y segunda, la de los que siguen pensando que hay que proseguir el esfuerzo de la Ilustración. La actitud liberal se convierte en uno de los polos ideológicos de más de medio siglo de nuestra historia contemporánea, y se diferencian, a su vez, del espíritu innovador ilustrado, por la politización constante de todos los problemas de la vida pública. La inmensa mayoría de los médicos españoles se colocaron desde los años de la guerra en las filas liberales, y sufrieron posteriormente, con la llegada de Fernando VII, la persecución por sus ideas políticas por lo que tendrán que exiliarse. En los comienzos de la reacción subsiguiente al trienio liberal (1824), el Gobierno llegó a encarcelar o separar de sus cátedras a todos los profesores del Real Colegio de Medicina y Cirugía de Madrid. Las consecuencias del liberalismo de los médicos no se reducían a las figuras científicas ni a los profesionales encumbrados. Prueba de ello es

el problema de la falta de médicos que el gobierno absolutista intentó solucionar con la creación de "cirujanos sangradores" para las pequeñas localidades y, sobre todo, con la asimilación de los cirujanos a la función de médicos con la famosa reunión de facultades de 1827. Como reacción ante esta ideología liberal de los médicos como clase, los gobernantes absolutistas desconfiaron sistemáticamente del saber médico, como desconfiarán por razones semejantes del saber científico. Los protagonistas de este periodo son, junto a los supervivientes de la época ilustrada, los miembros de dos nuevas generaciones, la de 1775 y la de 1790, cuya situación es muy distinta. Los de 1775 tienen treinta y tantos años al comienzo de la guerra, se han formado por tanto en las instituciones ilustradas, pero cuando van a comenzar su obra sobreviene el desastre. Los de 1790 son adolescentes y ven su formación académica y futuro profesional truncados<sup>6</sup>.

Un tercer periodo de 1833 a 1868, existe un resurgir de la medicina pero dissociada de la sociedad española. Entre 1834 y 1868 aparecen en España casi doscientas revistas médicas, de las cuales únicamente una veintena alcanzaron una cierta continuidad. El plan de estudios médicos de 1843, que inspiró directamente Pere Mata, y el universitario de noviembre de 1845, impusieron una centralización estatal absoluta no sólo en lo referente al profesorado (plan de estudios, títulos, etc.) sino también en lo que toca a la importancia de las distintas escuelas médicas y a los textos recomendados para la enseñanza<sup>8,9</sup>. La creación de una "Universidad Central" es el símbolo más visible del deseo de hacer tabla rasa respecto a la importancia real de los distintos centros universitarios existentes y de su tradición. En esta etapa, la comunicación con Europa resulta lógicamente mejorada. Los extranjeros y los exiliados aportan los conocimientos y experiencias adquiridos, las traducciones aumentan de forma espectacular, los libros extranjeros circulan con mayor abundancia y, sobre todo, la prensa médica desempeña una decisiva función de información constante y actualizada. El país que entonces influye de forma casi absoluta sobre nuestra medicina es la vecina Francia.

### **Presente: aproximación al número real de profesionales médicos**

En España no hay un Sistema de Información de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, ni siquiera tenemos información básica como el número de efectivos disponibles de cada profesión, por género, edad y especialidad; las distintas

fuentes de información de recursos humanos sanitarios aportan datos insuficientes y contradictorios. Se precisa la información dada por los colegios profesionales, registros ministeriales de Educación y de Sanidad, sociedades científicas y las estadísticas oficiales para el conocimiento del número de profesionales que están trabajando o en el paro.

En el siglo XX, durante la década de los 70 y primeros años de los 80 se produce la afluencia masiva de estudiantes a las facultades de medicina: de los 160.000 médicos en activo, 76.827 se licenciaron en el período 1970-83. Esta circunstancia hizo pensar que había un superávit importante de médicos. En los años cincuenta, con 30.000 matriculados, apenas salían mil graduados al año, es decir abandonaba más del 95%. Entre los alumnos matriculados en facultades de medicina en España entre 1964 y 1993 y los licenciados seis años más tarde, existe una gran distancia que refleja una elevada tasa de fracaso académico, abandonos de la carrera antes de la implantación de *numerus clausus* en el curso 1978-79. Esta diferencia importante entre matriculados y licenciados, se puede explicar en parte por el movimiento migratorio que se produce entre los años 1977 y 1982 en España, por los convenios de convalidación en la titulación con Iberoamérica y con Europa. Hoy en día, la tasa de abandono se sitúa en torno al 12% y la duración media de los estudios es de 6,3 años. La evolución de matriculados y licenciados en las facultades de medicina españolas tiende a estabilizarse en torno a 4.000-5.000 nuevos licenciados cada año tras la implantación de los *numerus clausus*<sup>3</sup>.

El número de médicos a formar y su distribución por especialidades es una decisión política que repercute a largo plazo. Las pirámides de edad de los médicos españoles responden a las políticas del pasado; las políticas actuales determinarán las dotaciones del futuro. Así, cada plaza de estudiante de medicina que se dote hoy, generará una oferta de trabajo durante los próximos cuarenta años.

En España ha habido una eclosión de nuevos médicos en los años setenta y primeros ochenta, que ha dado lugar a la peculiar pirámide de edad actual. El rejuvenecimiento de la población médica durante las últimas décadas contribuye a disminuir la mortalidad profesional y a aumentar el paro médico. En 1974 el porcentaje de médicos de menos de 30 años era del 19,9% y en 1985 del 42%. En 1996 la edad media de los 171.000 médicos colegiados en España era de 41 años y el grupo mayoritario de médicos correspondía a 39 años (8.917). La distribución de edades muestra

**Tabla 1.** Zonas de procedencia de los profesionales médicos extranjeros que están colegiados en Cataluña (marzo 2006), y su respectiva provincia de colegiación

	Barcelona	Tarragona	Girona	Lleida
Europa	421	55	27	15
Sudamérica	1.863	201	41	62
Norteamérica	33	0	0	0
África	84	16	0	0
Asia	25	4	6	1
Australia	1	0	0	0
Otros	0	0	38	0

una gran concentración de médicos (35,3%) entre 36 y 43 años, hecho que condicionará la oferta de médicos en España durante los próximos decenios y concentrará muchas jubilaciones en pocos años (dentro de 20-30 años). Solamente el 8% iguala o supera los 60 años y otro 10,5% tiene entre 50 y 59 años, mientras que por el extremo opuesto, la mitad de los médicos no alcanza los 40 años<sup>2,3</sup>.

Concretamente en Cataluña, de los datos obtenidos a través de los colegios oficiales de médicos<sup>4</sup>, en los últimos años se han colegiado (hasta marzo de 2006) un total de 3.153 médicos extranjeros de los 32.822 colegiados en total (9,6%, Tabla 1). De las encuestas realizadas a los jefes de servicio de urgencias de 21 hospitales de la comunidad autónoma<sup>4</sup>, el retrato del médico extranjero que trabaja en Urgencias en Cataluña es el de un varón de 40 años, procedente principalmente de Sudamérica (69%) y con titulación de médico general. De estos profesionales, un 18% está dedicado a las urgencias hospitalarias. Acudieron a Cataluña por la oferta de trabajo (información dada por otros colegas) y en general no poseen formación reglada en urgencias, aunque sí varios años de experiencia en el mundo sanitario de su país de origen. Su principal objetivo suele ser el de la adquisición de una especialidad por la vía del examen MIR.

### Futuro: algunos comentarios

Todo fenómeno migratorio responde en mayor o menor medida a dos fuerzas, una expulsora (*push*) y otra atractora (*pull*). La movilidad internacional de profesionales sanitarios, primero en la Europa de los 15 y ahora en la de los 25, es un fenómeno de relevancia creciente, a la vez problema y solución, en el que participa España. Desde ella salen hacia Europa médicos y enfermeras, y recibe y emplea a médicos extranjeros, sobre todo de Latinoamérica. Desde inicios de los años setenta,

cuando en España había más estudiantes de medicina que médicos, se han vivido muchas vicisitudes, pero no hemos sido capaces de abordar con éxito los desajustes entre oferta y demanda<sup>1</sup>. Los desequilibrios son evidentes: paro médico, déficit y exceso de efectivos según las especialidades, problemas de equidad intergeneracional, desigualdades territoriales notorias. Comparar dotaciones (oferta) y necesidades (demanda) en un contexto dinámico es el difícil objetivo de la planificación, hay que asegurar que el tamaño, la composición y la distribución del personal cubra las necesidades actuales y se ajuste a los cambios, ciertos o probables, que ocurrirán en el futuro. Los enfoques basados en necesidad, en demanda, o en *benchmarking* tienen sus ventajas y sus inconvenientes, y la planificación de profesionales sanitarios es problemática y compleja en todos los países.

En España no hay estándares consensuados sobre las tasas adecuadas de médicos que se necesitan. Tampoco se ha evaluado la capacidad del sistema para dotar puestos de trabajo en número y ritmo. Hay riesgos de déficit selectivo que se agravan por razones demográficas predecibles (feminización y envejecimiento de los efectivos), por el aumento del tiempo de formación reglada de algunas especialidades y por otros factores que difícilmente hubieran podido predecirse o prevenirse hace una década y que escapan del control del planificador: aplicación de directivas laborales europeas, fuerte tirón de la demanda privada, capacidad de atracción de los mercados europeos, condiciones laborales, acreditaciones y "contratos basura".

Los profesionales sanitarios de la red pública se estructuran laboralmente en una jerarquía tipo "casta". El personal estatutario fijo, con sus derechos reconocidos por la legislación nacional ocupa la cúspide; le siguen los interinos, los sustitutos "de larga duración" y finalmente están los eventuales. Éstos firman cientos de miles de contratos cada año. Se trata de empleos muy precarios (contratos por días) que no interesan a una gran parte de los médicos españoles sin trabajo, que

prefieren otras alternativas como por ejemplo preparar el MIR para formarse como especialista o "escalar" a otra especialidad más cotizada. La capacidad de atracción de otros países, particularmente el Reino Unido, pero también Francia o Portugal, con ofertas salariales y de condiciones laborales más atractivas, es el último factor agravante del déficit.

En este panorama, la aprobación de la futura especialidad de Medicina de Urgencias ayudará a estructurar y dar solidez a los servicios de urgencias de España, con un cuerpo doctrinal que se hace indispensable.

## Bibliografía

- 1 González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. *Gaceta Sanitaria* 2000;14:237-46.
- 2 Amaya Pombo C, García Pérez MA. Demografía médica en España. Mirando al futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005.
- 3 González López-Valcárcel B, Barber P, Rodríguez E. El mercado laboral sanitario y sus consecuencias en la formación. Numerus clausus. In: Fundación BBV, editor. La formación de los Profesionales de la salud. Escenarios y Factores determinantes. Bilbao; 1998. p. 429-69.
- 4 Guiu Barragán E, Martínez Guevara C, Rendón Pérez P. Interculturalidad de los Servicios de Urgencias en Cataluña. Póster 394 E. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. *Emergencias* 2006;18:211.
- 5 Codina Farrè MA. Historia de la Iglesia de San Justo y Pastor de Barcelona. Barcelona. (trabajo inédito). Institut Municipal d'Història de la Ciutat. Casa de L'Ardiaca; 1920.
- 6 Escuder Pérez J. Aspectos sanitarios de los archivos parroquiales de la iglesia de los santos Justo y Pastor de Barcelona (1800-1850). Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina de Reus; 2002.
- 7 Corbella Corbella J. Evolució de l'Ensenyament de les Ciències Sanitàries a Catalunya. VIIè Congrés d'Història de la Medicina Catalana. Tarragona; 1992.
- 8 Corbella Corbella J. Memòries manuscrites de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, Publicacions del Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona. Número 52;1993.
- 9 Corbella Corbella J. Els 150 anys de la restauració de la Facultat de Medicina de Barcelona. *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 1994;9:89-95.