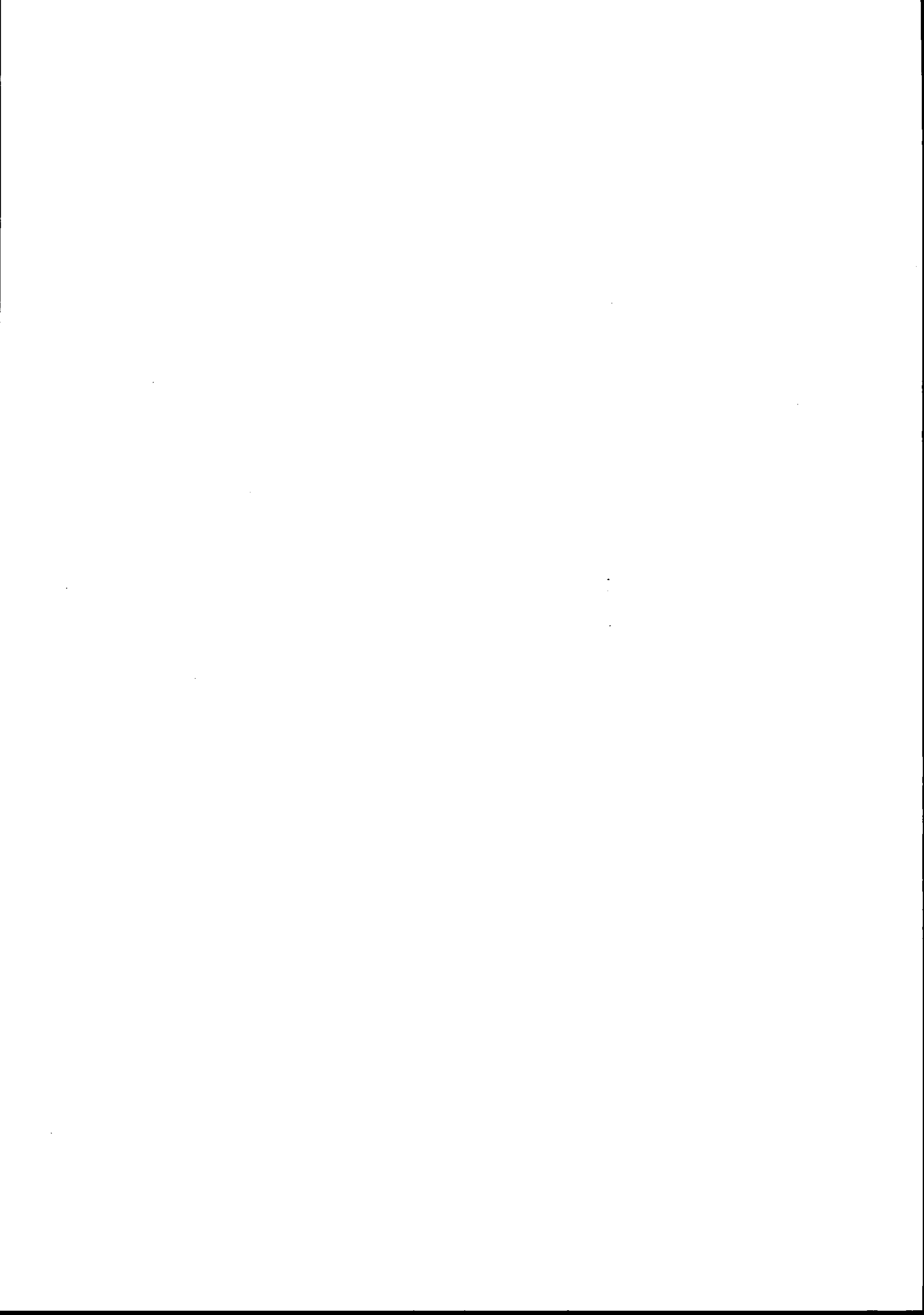


# El metge davant l'atenció sanitària

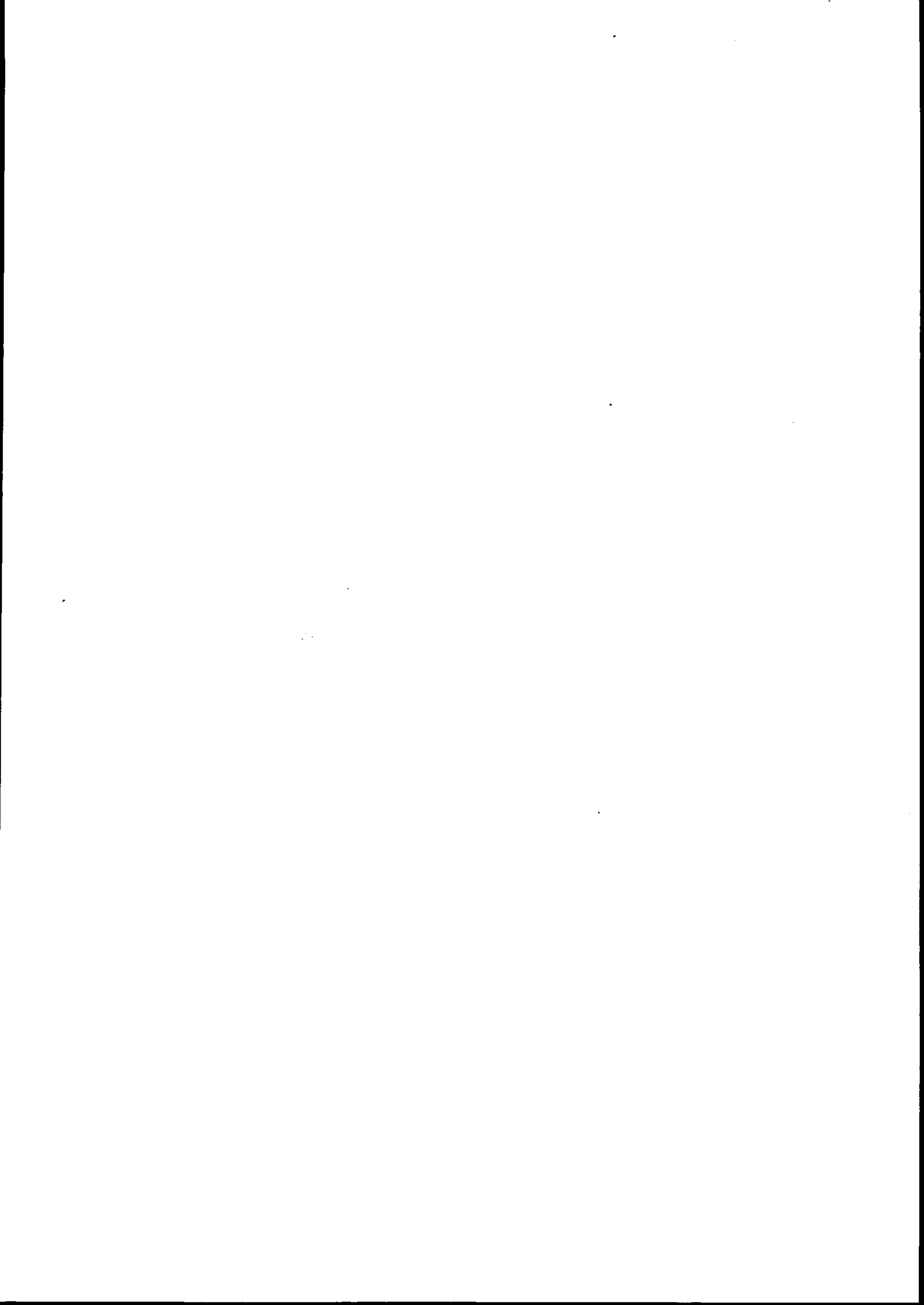
EL METGE DAVANT L'ATENCIÓ SANITARIA

Barcelona, 1989



## INDEX

	<u>Pàg.</u>
El metge davant l'atenció sanitària (Nolasc Acarin)	5
¿De què serveix l'atenció sanitària? (Andreu Segura)	11
Resum del debat (Antoni Salgado)	17





## EL METGE DAVANT L'ATENCIÓ SANITÀRIA

I.- ¿Com es veu l'assistència sanitària des de l'hospital?

1.- Des de l'hospital es té l'evidència que l'atenció primària no funciona. Excepcions al marge, l'atenció primària actualment és un mal sistema d'entretindre els pacients o de distribuir receptes, sense resoldre problemes. Insisteixo que això és al marge d'excepcions, perquè hi ha professionals que amb un esforç important intenten fer que l'atenció primària sigui una altra cosa. Ara bé, aquestes excepcions no alteren la veritat de conjunt.

2.- L'hospital és qui ha de resoldre els problemes. Això és el que succeeix en l'actualitat. No dic que això és el que hagi de ser en un sistema sanitari correcte, sinó que això és el que succeeix actualment. L'hospital és el que ha de resoldre els problemes greus que l'atenció primària no pot resoldre. Aquests són molt importants per als pacients, però estadísticament són pocs. L'hospital ha de donar l'atenció, els "cuidados" que no troben els pacients en altres indrets de l'atenció primària, i l'hospital ha de resoldre aquelles patologies que en principi no serien greus si a l'atenció primària fossin cuidades, fossin ateses, a temps. Tot això explica, per exemple, que en l'actualitat el 80% de les urgències que acudeixen a l'Hospital de la Vall d'Hebron no precisin una atenció d'alta especialització en un hospital d'aquesta envergadura; podrien ser resoltes en l'atenció primària. El fet que aquest incommensurable volum de pacients no siguin atesos en l'atenció primària, que no rebin resposta a la seva demanda d'assistència, que no trobin

---

<sup>1</sup>N. de l'E.: per recomanació del Dr. Acarin, junt amb aquest escrit, es va enviar als participants fotocòpia del seu article "Pòrtic. Passats deu anys de projectes amb el record d'en Jordi Gol", publicat a Quaderns Caps, núm. 6, Barcelona, 1986.

acolliment les seves sol·licituds, que no se'ls resolguin els seus problemes, això condueix al fet que una riuada important de persones acudeixin als grans hospitals cercant l'atenció o una opinió qualificada que se'n puguin fiar, cosa que deriva en un factor més de la massificació en els grans hospitals.

II.- Mentre l'atenció primària és insuficient i les persones han d'acudir als grans hospitals per ser ateses, el professional es veu poc incentivat per fer la seva feina. Em refereixo ara al professional dels hospitals, però podria dir-se potser el mateix del professional en l'atenció primària. El professional necessita:

1.- Estímul professional. Això vol dir mitjans tècnics, o sigui, mitjans per dur a terme amb qualitat l'assistència i al mateix temps poder desenvolupar programes de recerca. L'estímul professional vol dir també que el professional ha d'estar ben remunerat (recordi's que actualment el metge adjunt, que és el metge bàsic i fonamental d'un hospital, cobra dues-centes mil pessetes per una jornada completa des de les 9 del matí a les 5 de la tarda; m'estic referint a professionals que voregen els 50 anys, amb 25 anys o més d'experiència).

2.- El professional necessita tenir confiança en el futur. Això vol dir saber què serà del seu hospital el dia de demà, què passarà en els propers anys pel que fa als programes de recerca, a les reformes dels hospitals; si es canviarà o no es canviarà l'actual sistema sanitari, si es corregirà o no es corregirà l'actual massificació, si hi haurà o no hi haurà pressupostos més adequats a les necessitats. En l'actualitat el professional veu el futur amb desconfiança i ja quasi amb desinterès.

3.- El professional necessita treballar amb estàndards de confort assistencial. Això vol dir que el professional disposi de coses

tan senzilles com pot ser un despatx per atendre el pacient, un marc de tranquil·litat i intimitat per poder-se comunicar amb el malalt, poder atendre el pacient sense presses, disposar dels mitjans tècnics elementals, com vol dir tenir un negatoscopi per mirar una radiografia; vol dir que els ascensors funcionin, o fins i tot, no cal oblidar-ho, que si a mig matí vol anar a prendre un cafè, tingui un local on, sense empentes i sense brutícia, se'l pugui prendre.

Pot ser cert que l'augment de pressupostos en l'assistència sanitària no millori els índexs de salut. Sabem que els índexs de salut: la mortalitat infantil, l'esperança de vida, etc., depenen fonamentalment de les condicions econòmiques, de les condicions de vida, de les condicions de treball en què viu una determinada població. Ara bé, si els pressupostos en l'atenció sanitària no poden millorar més els índexs de salut, també és cert que si no hi ha un augment dels pressupostos de l'atenció sanitària, difícilment es podrà millorar la qualitat assistencial. No es podran reconvertir els actuals hospitals en serveis moderns, ben equipats, confortables, agradables i menys massificats.

La qualitat assistencial està determinada, d'una banda, per la capacitat tecnològica d'un centre assistencial; d'altra banda, per la qualitat científica dels professionals, i, en tercer lloc, pel confort assistencial amb què es produeix la relació metge-malalt. En l'actualitat, sigui per poc pressupost o/i per deficiència en la gestió (per burocratització de la gestió, si es vol dir així), les condicions d'assistència són lluny del confort necessari en la relació metge-malalt. Aquí cal considerar aspectes tan rellevants com és, d'una banda, la necessitat d'acolliment que experimenta un pacient quan va a consultar a un hospital i, d'altra banda, l'estrés del professional sanitari, sigui metge o sigui infermera, que experimenta dedicant tot un seguit d'hores de la seva vida a atendre persones malaltes. Són



dos exemples, la necessitat d'acolliment del pacient i l'estrés del professional, que són absolutament desconeguts i desconsiderats per l'administració sanitària.

III.- Les perspectives són poc estimulants. Fa uns anys, es va caldejar l'ambient amb la polèmica medicina pública-medicina privada. Sembla que avui aquest dilema està oblidat i el que manen són els fets. Ha augmentat el nombre de persones que utilitzen els serveis públics i els malalts que veiem en els nostres hospitals (parlo pel que fa a Catalunya, que és el que jo conec, i en especial de la Vall d'Hebron), mentre els mitjans de què disposem són els mateixos, han canviat molt poc. Durant molts anys vàrem preconitzar una transformació en la sanitat amb vista a potenciar l'atenció primària per donar una atenció més qualificada, propera al domicili del pacient, i d'altra banda, treure la pressió assistencial dels hospitals. Aquest interès que teníem per millorar l'atenció primària ha estat poc compartit per l'administració sanitària; el fet és que avui l'atenció primària resol tan poc els problemes com fa deu anys.

Al mateix temps que en la perspectiva dels hospitals la situació s'ha agreujat, hi ha elements externs que fan reflexionar. Per exemple:

1. Una tendència econòmica a mantenir bloquejat el pressupost de la despesa sanitària. La pràctica sembla demostrar que en això hi ha acord entre els diversos partits polítics.
2. La progressiva extensió d'altres mitjans assistencials per la via de l'assegurança privada.
3. L'absència d'una reforma administrativa dins de la sanitat pública que arraconi els hàbits burocràtics i les dificultats per ordenar canvis amb agilitat, de manera que es pugui competir

tecnològicament amb el sector privat. Això vol dir que és factible esperar que l'atenció sanitària pública vagi quedant cada dia més encastellada en el passat, que els professionals dels hospitals públics continuïn amb dificultats per donar una atenció confortable i de qualitat; que es vegin amb dificultats per estar tecnològicament al dia, per tirar endavant programes de recerca.

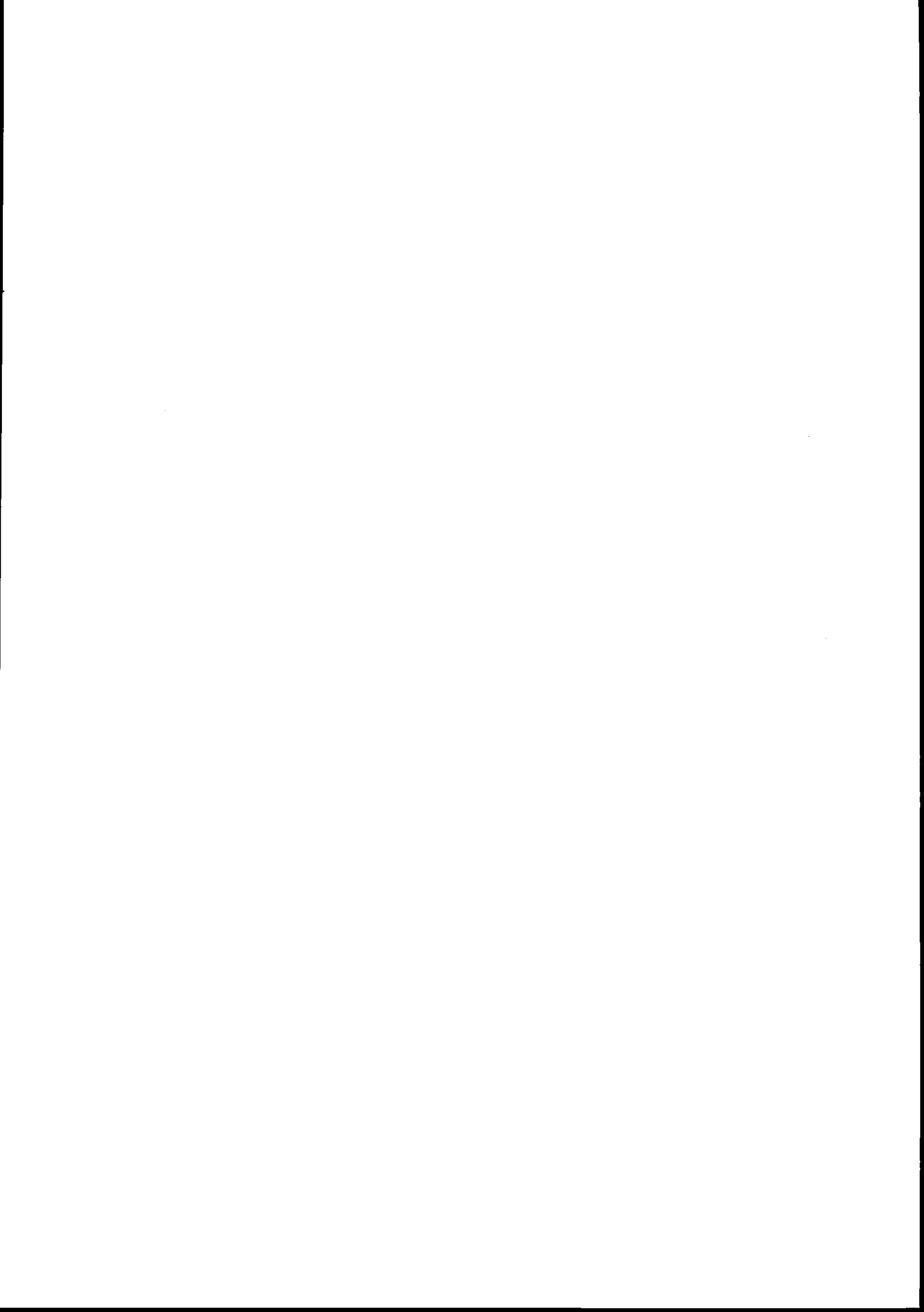
Si considerem aquests tres aspectes conjuntament, és d'imaginar la possibilitat que de manera progressiva s'aniran implantant sistemes d'atenció privada paral·lels a l'atenció pública, que potser seran més cars per al pacient, però que donaran una atenció probablement de més qualitat i, segurament, més confortable. Respecte als hospitals públics, això vol dir que seran relegats de mica en mica a l'atenció de les poblacions marginals, que cada vegada tindran més necessitat d'assistència, siguin els vells, siguin els joves amb problemes de salut específics, la SIDA per exemple.

Podria dir-se, parafrasejant Woody Allen, que difícilment trobarem un dels buròcrates que dirigeixen l'administració sanitària que s'avingui a ser tractat en les condicions que ell mateix ha establert per a la població.

Nolasc Acarín

Cap de Secció de Neurologia a l'Hospital de la Vall d'Hebron.

Abril del 1989.



## ¿DE QUE SERVEIX L'ATENCIÓ SANITÀRIA?<sup>2</sup>

La pregunta que em fan els organitzadors de la sessió pot semblar excessiva o impertinent però; pensant-hi una mica, mirar de respondre-la pot donar prou joc.

Un metge, i malgrat la mena d'exercici professional que practico, en sóc, té la tendència a respondre que per curar els malalts i, si es tracta d'aprofundir una mica més, "per prevenir l'aparició de les malalties, per diagnosticar, tractar, curar i rehabilitar els malalts i per promoure la salut", com va dir Sigerist ja fa uns decennis. No obstant això, d'altres autors s'han mostrat una mica més escèptics, com ara René Dubos en parlar del Miratge de la salut, Thomas Mc Keown en El paper de la medicina: somni, miratge o expropiació, o Archibald Cochrane en les seves "Reflexions aleatòries sobre els serveis sanitaris" a Efectivitat i eficiència. Tots ells sanitaris de prestigi. Això sense comptar amb la demolidora visió d'Ivan Illich a Nemesi mèdica.

No és possible resumir les argumentacions d'aquests autors que, d'altra banda, són prou interessants com per suggerir la seva lectura directa. Però valgui dir que, en general, admeten la utilitat relativa de l'atenció sanitària, això sí, sense exagerar.

---

<sup>2</sup> Una vegada redactats aquests fulls he rebut la convocatòria formal de la sessió de debat. Em sembla obligat advertir que el meu text té, simplement, una vocació incitadora, de manera que la denominació formal de ponència és, tal vegada, excessiva. Per això incloc la reproducció d'un text anteriorment publicat que, si bé tracta d'altres qüestions, conté algunes consideracions pertinents i, sobretot, les referències bibliogràfiques adequades.

N. de l'E.: el text que el Dr. Segura esmenta en aquesta nota és el que va publicar amb el títol "Problemes de salut i prioritats sanitàries a Espanya" a Quaderns Caps, núm.6, Barcelona, 1986.



Es clar que una altra manera de respondre la pregunta és fer-ho a la gallega -i que em perdonin els gallecs pel tòpic- i llavors preguntar: ¿a qui serveix l'atenció sanitària?

Es ben segur que, almenys, als sanitaris, perquè nosaltres en vivim, d'això. I en un moment històric en què tothom reivindica el dret a treballar, aquesta és una utilitat no gens menyspreable. Podríem dir que donar feina a tanta gent com la que ocupa el sector sanitari és una contribució notable a reduir la desocupació i, com és obvi, fer de sanitari sembla tan respectable com fer d'economista, de paleta o de pianista.

Ben segur que els meus col·legues no estarien satisfets si, a continuació, no defensés una utilitat complementària. Perquè el que fem pot servir per a més coses. Hi estic d'acord; l'aparició de la professió mèdica i de totes les altres activitats laborals que s'hi relacionen sorgeix per atendre una demanda social i no crec exagerar si dic que també una necessitat. Encara que el concepte de necessari és complex. Sovint estic temptat de considerar que a mi em cal algun bé o algun servei que no em sembla imprescindible per als altres, sobretot si això implica una reducció de la meva expectativa pròpia.

Naturalment, la diferència entre demanda i necessitat és important, perquè tothom admet que els serveis sanitaris són necessaris, el que vol dir, entre altres coses, que convé atendre'ls amb independència de la demanda que comporten i, també, amb independència de la capacitat adquisitiva de l'individu, la qual consideració no afecta d'altres béns i serveis, com ara els llibres, les vacances o, posem per cas, l'habitatge.

Però la necessitat en l'àmbit de la salut és, ni més ni menys, un pou sense fons. Literalment. Tots, en un moment o altre, patim

malalties, molèsties, insatisfaccions, preocupacions, dolors, etc. Evitar totes i cadascuna d'aquestes coses és impossible. I al final ens hem de morir. Malgrat això l'espècie humana en general i els sanitaris en particular ens hi entestem. I no m'atreviria a dir que aquesta actitud és absurda, encara que sempre -llevat de comptades excepcions no verificades científicament- perdem la darrera i definitiva batalla amb la blanca dama. Potser si no tinguéssim aquesta actitud, si no l'haguessin tingut tantes i tantes generacions precedents, a hores d'ara no tindriem ocasió de passar una estona comentant-ho.

Però aquesta reivindicació d'utilitat, que se'm concedirà que és ben modesta, té poc a veure amb la visió molt estesa entre els del gremi d'Asclepi i sobretot escampada com una epidèmia per tot arreu, que les intervencions mèdiques i sanitàries estan a tocar de l'essència de la vida i de la salut. No, tampoc no és això. Han fet molt més per la salut de l'espècie les tècniques agrícoles, els serveis de clavegueres, la potabilització de l'aigua i la pasteurització de la llet, el creixement econòmic o l'escolarització. L'impacte real dels descobriments mèdics i sanitaris ha estat i és encara ara molt menor. Es clar que els metges estem orgullosos de fer transplantaments de cor o de ronyó, o d'haver construït unitats coronàries. I tant que ho hem d'estar! Com ho estan també els malalts que gràcies a aquestes andròmines encara viuen avui. Però això no té gaire cosa a veure amb l'impacte d'aquestes tècniques sobre la salut de tota la població. Diuen que som -no ve d'un pam- uns cinc mil milions de persones, i que -no sé com es compta, això- cada dia hi moren quaranta mil nens. Bé, ho diu la UNICEF. Davant aquesta realitat les contribucions sanitàries estrictes són poca cosa. Però, naturalment, hi són. I bé que ens convé que existeixin.

També podríem parlar d'una altra utilitat de la sanitat, que cada dia està més de moda. No sé si molts s'adonen que és

extraordinàriament rar trobar un habitant del nostre país que no hagi tingut mai contacte amb els serveis mèdics, se senti o no malalt. La medicina té una influència palpable en la vida quotidiana. Així, quan hom neix ja li fan tota una sèrie d'exploracions, i durant la vida escolar serà sotmès, pel cap baix, a tres exàmens de salut (a 1r, 5è i 8è d'EGB), exàmens que es repetiran en anar al servei militar o en entrar a treballar i, segons on un treballi, podrà passar revisions periòdiques. Sense comptar amb els que, d'acord amb els consells sanitaris o la propaganda dels gabinets mèdics que s'hi dediquen, se sotmeten de tant en tant a aquesta mena de reconeixements.

Aquesta medicalització de la vida quotidiana és probable que sigui globalment positiva per a la població -encara que no en tinguem una contrastació científica- i és segur que és favorable en determinats casos. Però també és cert que comporta efectes indesitjables per a la salut. En Jordi Gol va fer cèlebre la definició de salut, com aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa. Naturalment, autonomia no significa cap mena de robinsonisme ni d'aïllament, però tampoc una dependència mèdica excessiva. Des d'un altre punt de vista, menys filosòfic, cal remarcar que les intervencions mèdiques i sanitàries poden esdevenir, també, negatives. I això val, fins i tot, per a les activitats preventives. Per exemple, alguns estudis sobre l'eficàcia de la detecció precoç de càncer de còlon, quan es feia anar el sigmoidoscopi rígid, van mostrar que per cada càncer realment detectat es produïen algunes perforacions intestinals.

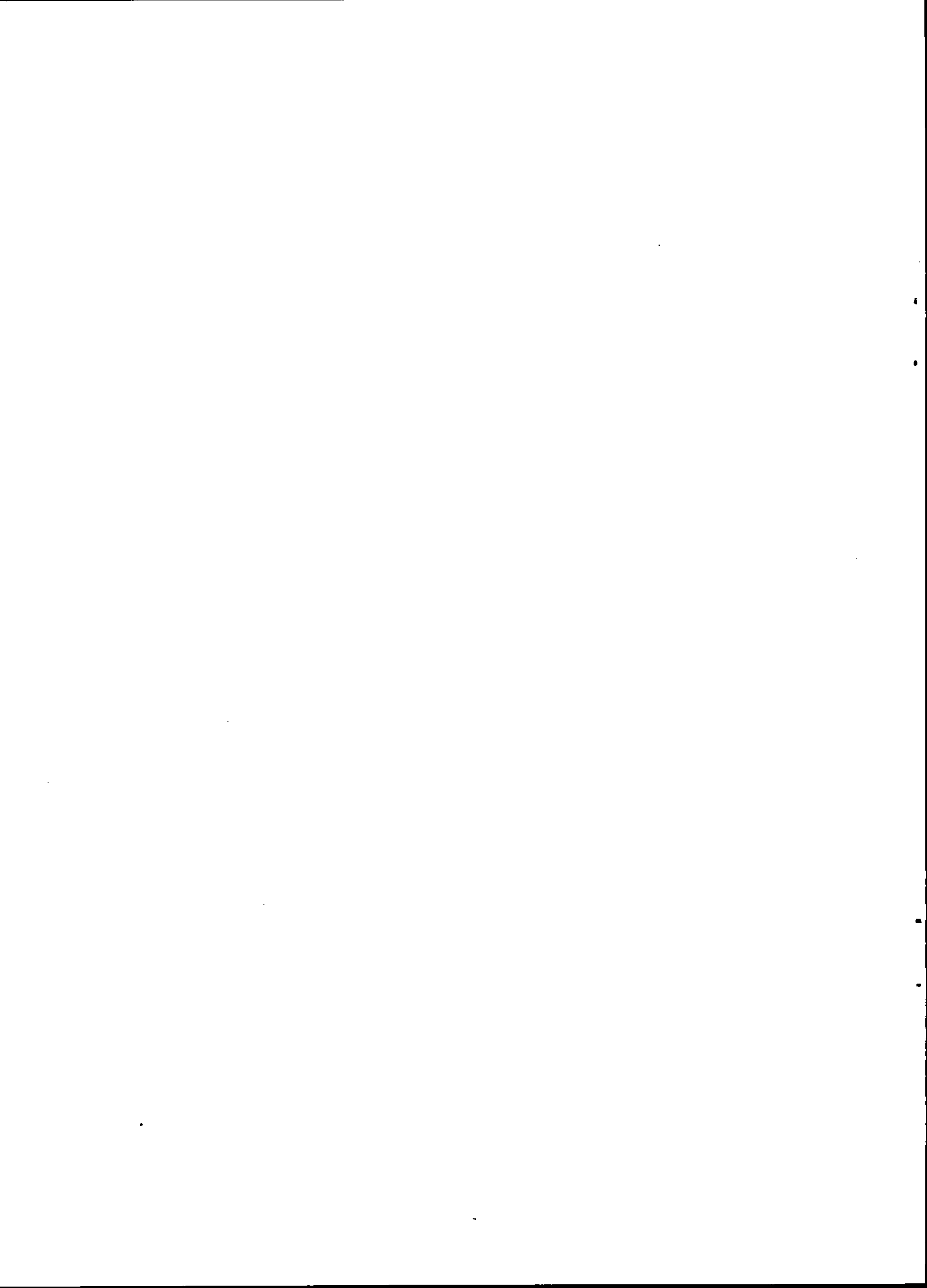
Els metges, els sanitaris i, de fet, tota la població més o menys cultivada donem cada vegada més importància a la tècnica, i mirem d'utilitzar-la quotidianament. És clar que els inventors i, sobretot, els fabricants de tecnologia també han de viure. I que hi ha exemples irrefutables de la seva utilitat. Però també ho és que aquesta situació permet que el metge, com l'informàtic o

l'arquitecte, posem per cas, s'entretengui cada vegada més en la part tecnològica del seu ofici, que pot ser molt més gratificant que la finalitat mateixa de la seva feina. I això pot donar com a resultat que ningú no es recordi que el pacient vol solucions més que diagnòstics, confort més que patiments. Potser és per això que a les societats avançades com la dels Estats Units proliferen els predicadors.

Però tampoc no s'ha de caure en el parany; la tècnica costa i no està a l'abast de tothom, de manera que per poc que ens descuidem ens trobarem amb aquella situació magistralment descrita, si no recordo malament, a l'Evangeli de sant Mateu, "Els que ja en tenen, en tindran més, i els que no en tenen seran desposseïts fins i tot del poc que tenien", que més recentment ha estat readaptada per filòsofs, polítics o papes com ara l'enyorat Pau VI, en aquella magistral encíclica anomenada Populorum Progressio.

Andreu Segura  
Abril del 1989





## RESUM DEL DEBAT

El debat s'inicià amb la intervenció dels ponents. El Dr. Segura, que va insistir en la seva opinió de la concepció sociològica global de l'assistència sanitària, i el Dr. Nolasc Acarín, en la intenció de no centrar la seva intervenció en els aspectes polítics de la sanitat, sinó en la seva experiència com a professional de la neurologia que exerceix la seva professió com a neuròleg en un hospital públic de l'Institut Català de la Salut.

### La vocació professional

En un determinat moment del debat i a instàncies d'Enric Frigola, de Ràdio 4, es va plantejar el percentatge i la importància de la vocació mèdica entre els actuals professionals i sobretot entre les generacions joves, com opció a la resolució dels problemes sanitaris actuals.

El Dr. Nolasc Acarín va respondre que la vocació, o l'orientació professional, entesa com la circumstància d'aquells que l'haurien pogut triar lliurement, no era un tema fàcil: que aquesta elecció depèn de les possibilitats econòmiques, de les experiències personals viscudes, de les tendències psicològiques personals, etc. Va afegir, però, que si la pregunta es referia a la dedicació, en termes generals, i salvant les possibles excepcions, la resposta és la mateixa en qualsevol àmbit professional similar, i que en aquest aspecte l'actitud professional i la resposta serien les mateixes a Espanya que als altres països de l'entorn europeu.

---

<sup>2</sup>El debat va tenir lloc el dia 11 de maig de 1989 a l'Aula Provença

En una altra vessant professional sanitària, Felisa Martín, infermera i sindicalista de Comissions Obreres, referint-se al tema va dir que malgrat que puguin existir connotacions religioses o morals, la vocació en el cas del personal sanitari no pot anar més enllà d'una actitud de servei a la comunitat. Que la resta, normalment, es fa servir per encobrir situacions laborals precàries. És una frase que se sent per part de molts dels que ens dirigeixen "per això vau escollir professió". No es pot confondre que t'agradi el treball, que t'agradi fer un servei a la comunitat, amb el dret a estar ben retribuït i a disposar d'unes bones condicions econòmiques i laborals.

#### Els hospitals comarcals

Si en algun punt va existir una opinió coincident entre els participants al debat que van intervenir a propòsit d'aquest tema, va ser en el de la bondat dels hospitals comarcals com, pràcticament, única opció positiva de la gestió i la política sanitària en els últims anys.

Lluís Canosa va exposar, en contraposició amb el desordre administratiu i de personal existent en els grans centres públics, la millor gestió, el rendiment i l'efectivitat d'aquest tipus de centre d'assistència hospitalària.

El Dr. Acarín va ser de la mateixa opinió, especificant que els hospitals comarcals són de les poques banderes que queden dretes, malgrat els problemes burocràtics, econòmics i d'altre tipus que, sense cap dubte, tenen. És el gran canvi positiu dels últims quinze anys; abans no existien i si existien eren edificis o asils poc o gens semblants al que ara són. Realment és l'únic gran canvi que hi ha hagut, molt important, però l'únic.

Segons Elvira Guilera (ESADE), que va estar d'acord amb la bondat dels hospitals comarcals, aquest sistema ha estat possible a Catalunya perquè ja existien, cosa impossible a la resta de l'estat on el model és l'hospital públic de 500-600 llits, per la qual cosa si aquesta fos una de les línies mestres de la reforma, s'haurien de crear.

Estan d'acord gairebé tots els participants en la discussió que el model d'hospital terciari públic autosuficient participa de diversos errors importants: constitueix la base del model sanitari espanyol, participa d'una gran dificultat de gestió i rendabilització i té com a norma els baixos rendiments. Aquests hospitals tenen una demanda d'espai increïble per a consulta externa, perquè totes les consultes especialitzades són allí i, a més, no es poden canviar.

#### "Desincentivació" del personal

Aquest fenomen, que afecta una gran part del personal implicat en les feines sanitàries, és un dels punts essencials de l'actual deteriorament que hi ha en l'àrea sanitària i en especial dels centres hospitalaris públics. El Dr. Acarín va resumir en una frase el que, segons ell, està passant a l'assistència sanitària: "el treball inútil o poc eficaç condueix a la malenconia i desinterès".

No hi ha confiança ni estímul en el metge respecte al sistema sanitari. Pel que fa a això, va explicar l'incident d'un company amic seu, neuròleg, cap de servei d'un gran hospital, a qui va haver de proporcionar, com a organitzador d'un simposi professional, una carta en la qual havia d'especificar la seva assistència al congrés de neurologia. El professional, vàlid científicament i amb un reconegut prestigi professional, capaç de diagnosticar, de fer indicacions quirúrgiques, d'orientar amb les



seves decisions mèdiques una part important de les despeses mèdiques del seu hospital, no disposa, no obstant això, de la més elemental confiança per part del gerent que dirigeix el centre. Cosa que no sembla molt raonable des de cap punt de vista.

L'estímul fonamental és la remuneració, aquest detall el coneix qualsevol persona que tingui una empresa. La peça fonamental, l'eix sobre el qual gira la gestió hospitalària, el metge adjunt, té en aquests moments un nivell de remuneració equivalent al d'un brigada de l'exèrcit, 169.000 pessetes mensuals. Aquestes coses convé fer-les públiques perquè en moltes ocasions la gent pensa que això és diferent.

Pel que fa al tema de la confiança en el futur, opinà que sense ella no es pot desenvolupar un treball sanitari, que sempre es mou en un equilibri precari, personal i de relació.

La majoria dels metges hospitalaris que actualment són el suport dels hospitals espanyols tenen en aquest moment entre 40 i 50 anys. La revolució hospitalària en el nostre país es va produir cap a l'any 1967, i va mantenir, fins a la dècada dels anys 70, una entrada de professionals que cobreixen totes les places i que avui formen una generació homogènia, amb experiència hospitalària, que compta amb nombroses decepcions i a la qual és molt difícil fer-li confiar en un futur coherent. És en aquest aspecte, afegí, que el treball poc eficaç deprimeix.

A aquest detall s'associa el de l'estrés professional que, en el cas de les dones de fer feines -que va posar com a exemple- les porta a treballar el menor temps possible a les habitacions dels pacients greus; en el cas del personal de l'atenció paramèdica (ATS i auxiliars de clínica), a calmar la seva ansietat mitjançant el menjar, i en el cas dels metges, a visites poc profundes i a ordres terapèutiques distants. L'hospital no fa res

al respecte, no arbitra infraestructures ni solucions, ni tan sols en la disponibilitat de despatxos per parlar amb els familiars o en simples àrees on es pugui prendre un cafè amb tranquil·litat.

En el cas del personal sanitari i en particular el d'infermeria, al qual es va referir en especial Felisa Martín, que hi està professionalment implicada, la llosa burocràtica és un detall important, el treballador està sotmès a un seguit de normes rígides, en les quals no compta per a res la personalització del personal, que en el marc laboral no té ni nom ni cognoms. La falta d'un marc de relacions laborals clar és un altre detall en la desincentivació. Referint-se a l'Institut Català de la Salut, aquest marc moltes vegades està en funció del gerent que hi hagi o del director general de torn.

Segons la seva opinió, no són menys importants les insuficients retribucions del conjunt dels professionals: són insuficients les 160.000 pessetes que reben els metges adjunts després dels anys de formació com a metges residents, -els que els costà aconseguir la plaça- la responsabilitat i l'horari de set hores diàries, de la mateixa manera que són insuficients les 110.000 pessetes que cobra un ATS. La sanitat pública ha de proporcionar uns salaris més dignes en els quals es contemplin les diferències de responsabilitat i horari, de dificultat i de dedicació. És obvi, -va dir- que una de dues, o els que ens dirigeixen es plantegen seriosament retribuir correctament els seus treballadors o difícilment s'aconseguirà aquesta actitud positiva, complicada d'ella mateixa, en unes estructures de desorganització total.

No està regulat el problema dels torns, amb la seva especial duresa, en la qüestió de les guàrdies dels metges. L'administració no vol ni tan sols debatre la possibilitat que a una certa edat es limitin voluntàriament. Partint de la base que treballar 24 hores és irracional, no és el mateix fer-ho a segons

quines edats. La falta de sensibilitat en l'aspecte de l'edat per part de l'administració, és escandalosa. El personal mèdic i d'infermeria encara tenim l'edat de jubilació fixada als 70 anys.

Felisa Martín va destacar que potser els professionals de la salut són poc combatius davant d'aquestes situacions, potser pels constants canvis d'orientació gerencial i política. I va insistir que sent els components fonamentals per canviar o corregir una sèrie de factors, els implicats no s'haurien de sentir cansats.

Pel que fa a l'estrés i a les ansietats del personal, el Dr. Jorge Tizón va especificar que entre els metges existeixen unes "fantasies de sobrecàrrega" d'assistència directa. Fantasies que es comproven de vegades en les visites ambulatòries, amb menys nombre de pacients dels que es podria suposar, i en molts hospitals en els quals el temps dedicat a l'assistència directa és només de quatre hores, i la resta es dedica a altres coses.

#### L'assistència primària: el gran fracàs de l'actual model sanitari

Quant a l'atenció primària, la que estableix l'autèntic filtre i orientació dels problemes de salut de la comunitat, tant el Dr. Acarín com Elvira Guilera van estar d'acord a reconèixer que constitueix el gran fracàs d'un model sanitari que en la pràctica encara s'ha de definir. El fet que no es resolgui és un fre a d'altres possibles opcions de medicina hospitalària més complexa i tecnològicament més avançada.

Per la seva banda, Felisa Martín es va qüestionar la posada en marxa de les 300 àrees bàsiques que estan planificades i de les quals a aquest any en correspondrien 168, i només n'hi ha 54 en funcionament; una circumstància que, segons la seva opinió, dóna una idea de per on va el plantejament. Són àrees que, a més, funcionen precàriament en general, ja que se les dota de personal



interí que treballa temporalment i amb una dotació mínima o insuficient.

### El futur del sistema sanitari

La política sanitària parteix, en opinió del Dr. Segura, d'unes necessitats de gestió que té la dificultat en els objectius que ha d'escollir, ja que els recursos sanitaris són limitats i les necessitats de salut no tenen fi; i per tant, escollir, decidir el que es fa i, sobretot, el que no es fa, és bàsicament fer política. Respondre a aquestes exigències no és fàcil i no hi sol haver una resposta tècnica que serveixi per qualificar quina necessitat és més important. Per aquesta raó hi ha unes regles de mercat que fan que el que sigui més espavilat imposi les seves necessitats o la seva percepció de les necessitats als altres. En aquesta qüestió de la decisió, els metges actuen de vegades com a "intel·ligència" social, decidint l'orientació de recursos cap a, per exemple, exploracions tècniques complexes per atendre problemes que afecten una petita part de la població i que tenen poca incidència sobre la salut global, i potser si tothom tingués la capacitat de decidir, l'elecció fóra diferent.

En el fons el problema no és si s'han de repartir millor els recursos, sinó quins són els problemes que s'han d'atendre, quin tipus de solució s'ha de donar a unes necessitats determinades i no a d'altres: d'aquesta qüestió, penso que fa almenys quinze anys que ningú no en parla al nostre país.

Immaculada Capdevila, com a supervisora d'infermeria de la Vall d'Hebron, hospital al qual ja s'havia referit algun dels participants, va exposar els seus dubtes sobre l'efectivitat i l'orientació de la política sanitària exercida al seu centre, en el qual la desorientació és la norma i la inefectivitat, la conseqüència.



Insistent sobre el que s'havia dit anteriorment, el Dr. Segura opinà que no existeix ni a la Generalitat de Catalunya ni al Ministeri de Sanitat espanyol ni a cap administració europea una política d'administració sanitària. Donant per entès, va aclarir, que quan parlava de política sanitària s'estava referint a definir prioritats i a decidir d'una manera valenta i atrevida què és "el que no es fa, i a què no es dediquen recursos". Dificilment un partit polític inclouria entre les seves propostes sanitàries "del tètanus, no ens n'ocuparem malgrat que es morin com a conseqüència d'això cinc persones cada any a Catalunya, perquè acceptem que és el que correspon", o que expressés "que no ens preocuparem més que hi hagi cinquanta morts per accidents de trànsit els dies de vacances"; aquesta posició a mi em convenceria i els asseguro que els votaria.

Suposo -afegí- que a aquest partit no el votaria ningú més, un polític que plantegés així les coses tindria molt poc futur, potser per això els programes polítics van en pla de bona voluntat: "entre tots ho farem, ho arreglarem tot, o la salut és molt important i hem de fer moltes coses per ella". Amb aquesta situació tan poc realista amb què la població és d'alguna manera còmplice en proporció directa a la seva capacitat i a la seva cultura, dubto que siguem capaços de solucionar aquests problemes.

El Dr. Nolasc Acarín, per contra, va apuntar tres punts generals pel que fa al que és o al que s'ha de fer i cap on es pot anar.

Primerament -va dir- hauria d'haver-hi una millor comprensió del que és la complexitat de la funció assistencial, del paper dels treballadors sanitaris (complex, complicat, "estressant" i difícil de compensar), circumstància que en aquest país ningú no sembla que s'hagi plantejat seriosament.

La segona qüestió global constaria de tres manaments: desmassificar, confortabilitzar i respectar la "privacitat" de la persona (la seva intimitat). Traduir això en el sistema públic sanitari seria una tremenda revolució.

La tercera consideració seria la de la gestió. En lloc de canviar cada poc temps, s'hauria d'establir un consens polític amb un pla realista que tingués vigència durant, almenys, quinze anys. Si això s'aconsegueix a nivell de rearmament amb nous avions a l'exèrcit de l'aire no veig -afegí- que això no es pugui aconseguir en sanitat.

Punts fonamentals d'aquest canvi serien la transformació radical de l'assistència primària, ja que sense això no és possible avançar en sanitat. Associat a ella i com a continuació d'aquesta transformació, la millora de l'utilitatge tecnològic dels hospitals, que en aquest moment va des de l'ascensor i la màquina d'escriure fins a la ressonància nuclear magnètica.

Per Elvira Guilera (responsable del curs de gestió hospitalària d'ESADE i de l'equip de consultoria en temes d'hospitals) l'opció d'un pla a llarg terme és, de moment, impossible en l'assistència pública perquè no existeix voluntat política de fer-ho. I això perquè el valor eficiència en el sistema públic és diferent que en el privat i, a més, les peces d'aquest sistema les creen els governs, creixen en funció d'una finalitat específica i desapareixen quan es fan inacceptables políticament. No és que la reforma no es pugui fer, ja que s'ha fet en altres sectors industrials espanyols. Cal que existeixi algú que sàpiga cap on vol dirigir-se.

Segons la meua opinió, el debat hauria de ser un debat de conscienciació, en el sentit que la reforma, si de cas, ha de ser

revisar el model i adonar-se que la situació actual no pot resoldre la problemàtica: que s'ha de canviar.

Es tanca el col·loqui amb la intervenció del Dr. Tizón, que va exposar que la seva impressió era que en el problema general hi havia tres debats diferents: un és el politico-ideològic, un altre el debat dels problemes organitzatius i, finalment, el pes de l'aspecte psicosocial en el dispositiu sanitari o, dit d'una altra manera, del problema de la relació o interacció assistencial i del seu canvi i la seva perspectiva en el moment actual de les nostres societats, que "no crec -va dir- que sigui el més important, però que és un problema que no s'ha sabut tenir en compte i que està frenant les possibles solucions de tota la resta".

La impressió general que es desprenia de tot el debat en el qual els protagonistes van ser el malestar dels professionals, la seva frustració i la sospita confirmada per molts dels qui van intervenir-hi, és que ni el model ni la seva plasmació pràctica, posada en dubte per molta gent, no convencen ni els usuaris ni els encarregats de proporcionar l'assistència sanitària.

El fracàs de l'assistència primària, peça clau -tantes vegades anunciada i sempre tan mal establerta- juntament amb la falta de voluntat política van ser, en resum, les perspectives negatives d'un tema, el sanitari, en el qual tots com a usuaris i alguns com a professionals estem personalment implicats.

Dr. Antoni Salgado

Moderador

Col·lecció DEBATS DE L'AULA PROVENCA

Títols ja publicats:

1. Els mestres, agents del model d'escola. M. Rúbies, P. Darder, J. Cots. 1989.
2. Ciutat i habitatge: perspectives per als anys 90. Ll. Cantallops, J.A. Solans, M. Ribas Piera. 1989.
3. El metge davant l'assistència sanitària. N. Acarin, A. Segura, A. Salgado. 1989.

En preparació:

4. Els Jocs Olímpics: per què i per qui? J.M. Huertas Claveria, J. Cruz, R. Alquézar. 1989.



