



J O R N A D A D E S A L U T

Les llistes d'espera en el sistema de salut

15 de febrer de 2006

SUMARI

INTRODUCCIÓ	5
INAUGURACIÓ DE LA JORNADA	6
Sr. Josep Mayoral. Alcalde de Granollers i President del Patronat de la Fundació Hospital/Asil de Granollers.	
Dr. Manel Balcells. Director d'Estratègia i Planificació. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.	
Dr. Rafael Lledó. Director general de la Fundació Hospital Asil de Granollers.	
PRESENTACIÓ	17
Sra. Pilar Calvo. Periodista	
CONFERÈNCIA INTRODUCTÒRIA	18
Dr. Albert J. Jovell. Director General de la Fundació Biblioteca Josep Laporte i President del Foro Español de Pacientes.	
TAULA RODONA	29
Dr. Enric Agustí. Subdirector. Servei Català de la Salut.	
Dr. Antoni Anglada. Director Gerent. Hospital General de Vic.	
Sra. Laura Pellicer. USP Nova Dexeus.	
Dr. Mateu Huguet. Director de la Divisió d'Atenció Hospitalària. Institut Català de la Salut.	
Sra. M. Carme Sabater. Directora. Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat	
Dr. Antoni Sitges Serra. Catedràtic de Cirurgia de la UAB i Director del Servei de Cirurgia. Hospital del Mar.	
DEBAT	55
PARTICIPANTS EN LA JORNADA	71



Edita: FHAG
Dipòsit Legal: B.7462-2007
Impressió: Gràfic

INTRODUCCIÓ

El 15 de febrer de 2006 es va celebrar la II Jornada de Salut, que es va centrar en el tema de les Llistes d'Espera en el Sistema de Salut. Una Jornada, organitzada sota el paraigües de l'Observatori de la Salut Dr. Carles Vallbona, que pretén esdevenir un fòrum de trobada anual per al debat d'aquells temes més rellevants en l'àmbit de la sanitat.

El tema central de la Jornada, les llistes d'espera, és sempre de gran actualitat i d'una importància cabdal dins el sistema sanitari del nostre país. Un tema en el qual tothom hi té a dir: els ciutadans, els professionals de la salut, els gestors sanitaris i l'Administració.

Aquesta publicació recull la participació de cadascun dels ponents i convidats al debat, a partir de la transcripció de les seves intervencions. Tots ells són destacats professionals de l'àmbit de la sanitat, de l'administració sanitària, que amb les seves valuoses aportacions van contribuir a aportar elements de reflexió i a l'enriquiment del debat. També trobareu les intervencions del públic assistent.

L'Observatori de la Salut doctor Carles Vallbona té com a missió generar iniciatives al voltant de la salut que apropin la Fundació Hospital/Asil de Granollers a la comunitat i que contribueixin a millorar el benestar de la societat. I és en aquesta línia que s'ha impulsat aquesta II Jornada de Salut.

Dr. Josep M. Ibañez
Dra. M. Pilar Mas
Dr. Enric Pedrol
Coordinadors de la II Jornada de Salut

5



J O R N A D A D E S A L U T

INAUGURACIÓ DE LA JORNADA

Dr. Rafael Lledó

Bon dia a tothom, benvinguts. Acabo de creuar unes frases amb el Dr. Farré, amic, que acaba de llegir, per sobre, el llibre que recull els parlaments de l'any passat i em diu, escolta'm, està bé el teu parlament de l'any passat, gairebé et podries estalviar el d'aquest any. Lamento dir-te que no m'estalviaré el parlament d'aquest any. És, en qualsevol cas, breu i ens permetrà emmarcar l'inici d'aquesta Jornada. Avui celebrem la segona Jornada de Salut. Aquesta Jornada s'emmarca en l'OSVA que, com sabeu, es acrònim d'Observatori de la Salut Dr. Carles Vallbona. L'OSVA és una iniciativa de l'Hospital Asil de Granollers i té l'origen en una reflexió que vam fer fa un parell d'anys. Acostumem a atendre uns 300.000 pacients/any. Són 300.000 persones que ens visiten allà on som, dalt de la muntanya i nosaltres consideràvem que ens corresponia retre visita a aquelles persones que ens venen a veure allà dalt i baixar, acostar-nos a la ciutat. Sobre aquestes bases neix l'OSVA, amb la voluntat de travessar les parets de la institució, de baixar de la nostra atalaia, d'acostar-nos activament a la població. És per això que celebrem aquesta Jornada en aquest espai, en el bell mig de la ciutat i de manera oberta a tothom que hi vulgui assistir.

6

Volem fer un pas endavant, volem comunicar per conèixer-nos i d'aquesta manera entendre'ns una mica més bé i apreciar-nos una mica més. Tot plegat, fent el que sabem fer. La missió de l'OSVA és generar iniciatives al voltant de la salut que contribueixin a millorar el benestar sanitari i social de la nostra població. L'OSVA té tres àmbits principals. Un d'ells és el de la salut pública i és aquí on fixem la Jornada que ens ocupa avui. L'any 2005 vam parlar del finançament sanitari i els medicaments i va haver-hi en aquell punt una afortunada coincidència. I és que el Dr. Vilardell, ponent principal d'aquella Jornada, acabava de presentar el seu informe a la Consellera, la qual cosa va afegir un punt d'interès a la Jornada que trobeu sintetitzada en el llibre que us hem lliurat.

Enguany, 2006, parlem de les llistes d'espera. Sabem que l'abordatge de les llistes d'espera pot ser molt variat. Podem entomar-lo tot augmentant l'activitat, és a dir, l'oferta. També es pot entomar reduint la demanda, ja sigui limitant les indicacions o enumerant criteris de prioritització, o també podem entomar-la gestionant les demores. Tots plegats ens hem trobat quan visitem, és un exemple ben conegut, visitem un parc temàtic, anem a Port Aventura, ens fan esperar 70 minuts per entrar en una atracció que dura 15 segons, i mentre esperem ens entretenen i



J O R N A D A D E S A L U T

ens fan passar el temps. Si en comptes d'esperar 70 minuts n'esperem 60, ens sentim afortunats. És un exemple il·lustratiu de com podem treballar per gestionar les demores. Per aquesta diversitat de sensibilitats, de visions, hem convidat ponents que tenen diferents perspectives. Altrament, comptem amb assistents que sabem que faran ric el debat que moderarà la Sra. Pilar Calvo.

En aquesta Jornada vull demanar una cosa, volem demanar una cosa, que ens fixem en les ombres del sistema, que ens fixem en allò que podem millorar. I vagi per davant, estem ben convençuts que el nostre sistema de salut és un dels millors del món, que darrerament s'han fet accions remarcables per afrontar el problema, la selecció de processos prevalents, la compra addicional, el seguiment de la compra selectiva... i també vagi per davant que la feina feta darrerament pel Departament de Salut ha donat resultats altament satisfactoris. De 64.500 pacients que esperaven l'any 2004, hem passat a 58.700 al 2005 i d'un temps de resolució de 5,3 mesos a un temps de resolució de 4,5. Ara bé, independentment que valorem el sistema amb un nou, un nou i mig o un nou coma nou, hi ha oportunitats de millora. Sempre hi ha marge per millorar. I avui ens agradaria parlar d'aquest marge. Ens trobem aquí per exposar-nos al risc de trobar alguna idea. Una idea que ens ajudi a pal·liar les demores que tots plegats observem. Per tant, demanem que en aquestes Jornades siguem crítics, siguem constructius, siguem valents, siguem responsables. Estem obligats a fer-ho cada dia millor i és per això que demanem que ens fixem particularment en les ombres. I per no dir-ho i fer un pas enrere, nosaltres fem el primer pas.

7

Fem el pas endavant avançant-nos tot citant oportunitats de millora que identifiquem a l'Hospital de Granollers. Hi ha persones actualment en llista d'espera, que no poden esperar. La compra selectiva addicional, que és un gran encert i un encert que tots gaudim, deixa fora alguns diagnòstics pels quals la demora pot ser excessiva. Això em feia pensar en aquell company que tots plegats trobàvem a la facultat que deia: jo ho he aprovat tot. Llavors, a l'estiu, seguia estudiant com un desesperat i no entenes què havia passat. Diu: eh, he aprovat tot allò a que m'he presentat!. M'he presentat a dues, i n'he aprovat dues. Els processos seleccionats podrien tenir una analogia equivalent. A l'Hospital de Granollers la llista d'espera ha augmentat per aquells processos que són objecte de seguiment. En canvi, l'activitat ha augmentat per aquest processos d'un 32%. Això és una paradoxa. En bona part gràcies al quiròfan que hem pogut obrir amb ajut del Servei Català de la Salut i que esperem explotar el 100% durant l'any que ve, durant l'any 2007.

Hi ha una quarta oportunitat de millora, hi ha altres llistes d'espera, hi ha demores



per ser atesos a una primera visita, hi ha demores per proves diagnòstiques. El ciutadà sap que ha de ser intervingut en menys de 6 mesos. Quan no és així, qui rep el cop?, qui para aquest cop?, qui dóna explicacions?. El professional, indiscutiblement. El metge i la infermera és qui han d'aturar aquest cop i això certament desgasta. Aquest cop és mes o menys contundent en funció de si el tema de la llista d'espera ha aparegut als mitjans en aquell moment o no ha aparegut als mitjans. Passa com la minifaldilla, que ara està de moda, ara no. Amb la llista d'espera i pel que fa als mitjans, passa una cosa similar. I aquesta circumstància actua, en molts casos, de commutador que transforma una pacient espera o una espera pacient, en una desesperança impacient.

I per últim, i deixo per últim allò que és principal, que és més important, el pacient. El pacient considera que esperar és normal, i pacient és la virtut o qualitat del que sap suportar (jo això ho he buscat al diccionari) del que sap suportar sense pertorbacions ni danys els infortunis, les ofenses i els treballs. Això és ser pacient. I assumint això, podem convenir que ens estan deixant per impossibles, és a dir, ja no són pacients, ja són persones resignades i jo crec que això és una cosa que no podem acceptar, crec que aquest és un punt que no podem acceptar. La manca de resposta, en general al ciutadà, l'acomodació o aquest silenci convenint que és estrident. Per tant, avui som aquí amb el volgut propòsit de reflexionar, amb la il·lusió de veure alguna esperança de millora. És amb aquest esperit que organitzem la 2a Jornada de Salut, i és amb aquesta intenció que hem reunit aquí les persones més significades de l'àrea de debat.

8

Per tant, i per tots plegats, tenim un llistat de ponents i convidats destacats que donen prestigi al programa i que el fan atractiu, una conductora d'excepció pel debat, que és la Sra. Pilar Calvo, i que estic segur que conduirà un debat molt suggerent. A tots plegat, gràcies per assistir, gràcies per trobar espais comuns de conversa, gràcies per exposar-nos a l'intercanvi de coneixements, aquest intercanvi que neix de la pràctica diària i en definitiva, gràcies per venir i per participar de la Jornada que pretén contribuir a millorar la satisfacció dels professionals i la salut de les persones.

Desitjo que passeu un bon dia, que la Jornada sigui d'interès i que trobem motius per seguir-ne celebrant. Gràcies i sense més, cedeixo el torn del micròfon al Dr. Manel Balcells, qui ve en representació de la Consellera de Salut.

Dr. Manel Balcells.

Molt bon dia a tots i a totes, alcalde, director general de la Fundació Hospital Asil



J O R N A D A D E S A L U T

de Granollers. De fet, en nom del Departament, en primer lloc, agrair que ens haguessis convidat a la inauguració i a la participació en aquesta Jornada. Un fòrum de debat que és el segon any, vaig tenir l'oportunitat de ser l'any passat també aquí, i per tant, amb tota la satisfacció del món, excusar la Consellera, tenia l'agenda apretada. Però entre altres coses, cada vegada que surt Granollers diu: ves-hi tu, a Granollers ves-hi tu que hi tens una especial estima. I jo li dic home, però Consellera, a Granollers et volen veure a tu també, perquè el missatge és directe i la Consellera diu: tu els hi explicaràs bé, jo ja hi vaig sovint a Granollers quan cal. En qualsevol cas doncs, porto el missatge de la Consellera, porto el missatge del Departament. En un tema voluntàriament havia pretès ser breu, però no ho seré, aviso. Perquè és complex el tema que s'ha plantejat avui. I hi haurà una taula rodona després en la qual participarà en nom del Departament i com a Subdirector del Servei Català de la Salut, Enric Agustí, que porta totes les dades i entrarà en el detall, propostes de solució, etc.

El tema és complex, és un dels temes més complexos, per tant, seria una mica decebedor que un representat del Departament en la inauguració passés amb una pinzellada per sobre, volent dir que el Departament doncs no afronta aquest tema. I no és cert, l'afrontem a més a més agafant el bou per les banyes, que es diu. El tema de les llistes d'espera és un tema de gran sensibilitat, és un tema dels més sensibilitat. D'ençà d'aquell moment, us enrecordeu, en el qual el cirurgià cardíac va fer aquella denúncia que va fer que es posessin en temps de garantia amb el suport del Parlament, a les llistes d'espera. Ha estat una i és una de les obsessions del Departament, d'ençà que vam entrar en el nou Govern fa dos anys.

Què vam fer quan vam entrar al nou Govern?. Primer fer una anàlisi de situació en el tema llistes d'espera quirúrgiques. I el que vam evidenciar és que estàvem bastant pitjor del que semblava que estàvem. Per tant, primer, exercici de transparència i dir on estem realment. Pel que van créixer les llistes d'espera perquè hi havia un temps, tres mesos, que era un temps tècnic, el qual no comptava. Vam situar allà on estàvem realment i ens vàrem donar compte que estàvem pitjor del que dèiem que estàvem. Primera constatació. Segona constatació (i no és cap crítica al Govern anterior, o si), un greu desequilibri territorial. És a dir, les coses, a Catalunya, no estan igual a tot arreu. Hi ha diferències, hi ha diferències d'accés, diferències d'equitat, diferències en qüestió dels territoris. Quina és la causa? No ho sé!. Podria ser una causa geopolítica? Podria ser. Causes de que els proveïdors planificaven en comptes del Departament que havia perdut autoritat des del punt de vista de planificació? També. Per tant, un conjunt d'accions, un conjunt de coses que feien, fan, que hagi un desequilibri territorial important. És a dir, parlem del Vallès Oriental i és diferent de parlar del Bages. O és diferent de parlar del Baix



Camp, o és diferent de parlar del Pirineu, per no parlar del que és Barcelona ciutat i el que és el Baix Llobregat, per exemple. Per tant, diferències: segona constatació.

Un cop fet l'anàlisi de situació, que va ser relativament fàcil, calia començar a fer coses, i amb les llistes d'espera es van començar a fer coses. Plans de xoc de les llistes d'espera. És a dir, això no pot ser, és insostenible, fem-hi coses. Quines coses?. Doncs anem a incrementar compra de serveis, anem a incrementar amb les que estaven més apurades, per exemple artroplasties de genoll, doncs fer unitats especialitzades a dos hospitals de Barcelona que en fessin 1.000 a l'any, incrementar la compra en el conjunt del territori, etc. etc.. Plans de xoc, per exemple, amb Atenció Primària, metges i infermeres d'Atenció Primària. Per tant, increment de recursos de forma immediata.

10 Però ens vàrem donar compte d'un altre element que és importantíssim i que jo agrairia als ponents i després en el debat, que es tingués molt en compte. És a dir, no solucionarem el problema sense abordar un canvi de model assistencial. Un canvi de model, que és la segona de les obsessions que tenim en el Departament des de l'inici. És a dir, estem –estàvem– en un model excessivament centrat a l'hospital, deixant molt de banda l'atenció primària i hem d'anar revertint cap a un model en el qual l'atenció primària sigui molt més resolutiva, no només en els casos de diagnòstic, sinó també en els casos de tractament i sobretot en certes patologies. Per tant, deixant a l'hospital el que és de l'hospital i deixant a l'atenció primària el que és de l'atenció primària. Tenint en compte que l'atenció especialitzada està a cavall entre un i l'altre i tenint en compte que l'atenció sociosanitària és un continu de l'altre. I que tot plegat és el continu del cicle vital de la persona i que fins ara es veia d'una forma molt compartimentada. Per tant, un canvi de model. Sense aquest canvi de model, difícil de trobar solucions. Perquè sinó, l'únic que anem fent és posar més recursos a llocs que estan mal organitzats, per tant, ha d'haver-hi més recursos però hi ha d'haver també un canvi de model organitzatiu. Perquè sinó, fracassem. I això és el que s'ha anat fent.

I ara hem entrat en una altra fase, que és entrar també en les llistes d'espera de les proves diagnòstiques. Que ha costat una mica més fer l'anàlisi de situació. I ens hem trobat amb una situació que realment no és del nivell assistencial que es mereix el nostre país ni del nivell de qualitat que té el nostre sistema sanitari. És una situació flagrant d'espera que s'ha de tenir en algunes proves diagnòstiques. Insostenible. I a més a més, amb greu desequilibri en diverses parts del territori. És a dir, que una persona s'hagi d'esperar més de 300 dies per fer una prova complementària, sobretot si és una mamografia o és un TAC, això és insostenible



en el nostre model actual. No pot ser!. I encara hem d'entrar més en la llista d'espera d'atenció a l'especialista, que ha costat també bastant de posar en solfa allà on estem. Per tant, hi ha a més a més uns propòsits d'aquest any 2006, que l'altre dia ja va fer públics la Consellera en la roda de premsa, que en el 2006 el temps màxim per les proves diagnòstiques monitoritzades, i per tant també identificades, ha de ser de 3 mesos màxim. I entrarem en el temps màxim de primera visita en l'especialista, que també s'ha de monitoritzar. Per tant, un conjunt de mesures que han començat a fer el seu efecte, de manera que no els cansaré amb xifres, però sí que em sembla que és de rebut també comentar com han anat les coses.

De desembre 2004 a desembre 2005, per tant en un any en el qual totes les mesures que havíem impulsat el 2004 es van fer efectives al 2005, per tant hi ha responsabilitat plenament d'aquest govern, es va disminuir l'espera mitjana d'una forma substancial, de 5,3 mesos a 4,5. El 4,5 encara és molt. Es cert, però ha disminuït. I per altra banda, s'ha incrementat l'activitat. No només l'activitat, sinó que hem de tenir en compte un altre element, que és absolutament substancial, l'increment poblacional. És a dir, de desembre 2004 a desembre 2005, les targetes sanitàries han crescut en 179.000. Per tant, hi ha 179.000 persones de més que, estiguin empadronades o no, estiguin censades o no, però que estan utilitzant el sistema sanitari. 179.000 persones més, amb un increment d'activitat conjunt de més de 10.000 intervencions que ha suposat aquesta disminució de llista d'espera. Hem entrat, com deia, en el tema de les proves diagnòstiques, en el qual el temps de resolució de la mitjana de les proves monitoritzades - i aquí entren ecocardiografia, ecografia abdominal, TAC, mamografia, les polisomnografies, la colonoscòpia amb sedació, etc- és d'una mitjana de 139 dies. I el propòsit d'aquesta Conselleria, del Departament, és que sigui a final d'any de 3 mesos, excepte les polisomnografies, que serà de 120 dies, una qüestió igual com quan vam apartar de la mitjana de temps d'espera dels procediments quirúrgics l'artroplàstia de genoll, perquè és impossible de poder assumir aquest compromís en el temps adequat.

Per tant, l'altre tema és: i què ha passat a Granollers?, i què ha passat al Vallès Oriental?, com és que si a tot arreu ha baixat, a l'Hospital de Granollers hi ha tanta pressió, hi ha tanta sensació de pressió?. I és que no és veritat que hi hagi sensació de pressió, el que hi ha és pressió. Pressió assistencial, amb els números a la mà. És a dir, probablement sigui dels únics llocs a Catalunya que ha crescut el temps d'espera, el temps de demora. I doncs, com és això?, quan en canvi s'ha incrementat en més de 1.000 intervencions l'activitat. Això és un tema conjuntural, és un tema clarament conjuntural en el fet del tancament d'activitat de la Policlínica, que feia una activitat i que la deixa de fer. Aquesta situació conjuntural, absolutament jo crec

que previsible quan es va començar a analitzar la situació de la Policlínica, doncs està en vies de solució. Aquesta seria la bona notícia, que des de fa pocs dies i avui mateix s'analitzava en la sala de reunions de l'alcaldia quina era la situació. I, efectivament, amb la propietat, per part del Departament de Salut, de l'actual edifici, s'està ja fent el full de ruta del que ha de ser aquest equipament en un futur que donarà servei a la població i a la comarca.

Per tant hi ha una situació en aquest moment de pressió lògica, cojuntural a la ciutat de Granollers i a l'activitat de Granollers que s'ha de solucionar temporalment amb solucions puntuals, però amb perspectiva a mitjà termini, amb solucions estructurals que permetin que la ciutat i la comarca tinguin els recursos necessaris, que no els tenia fins ara i que els tindrà en un futur, si a més a més hi afegim la posta en marxa del nou edifici de consultes externes de l'Hospital. Per tant, la perspectiva a mitjà termini no és dolenta, jo diria que és molt bona, que estem en un moment d'oportunitat important per Granollers i comarca per posar-se al nivell dels recursos que necessita ara i pel futur, però que durant un temps, probablement, hi hagi una situació de certa tensió pel que fa a les llistes d'espera.

12

Tensió que per altra banda, ha de tenir absolutament solucionat que els que no es poden esperar, no esperin. Aquest és un tema clau. I és un tema de gestió. Ara ja no ens toca al Departament. Això seria el que toca als proveïdors i concretament a l'Hospital General. És a dir, el que necessita ser intervingut ha de ser intervingut, si pot esperar, espera. Però el que no pot esperar, no ha d'esperar, ha de ser intervingut. Nosaltres al Departament això, ara ja ho tutelem, és a dir, hem posat terminis pel diagnòstic de 3 neoplàsies. Però es dona per suposat que tot pacient que necessita ser intervingut urgentment, és intervingut i el que té prioritats té prioritats amb criteris. I el que es pot esperar, s'espera, i el que s'espera més del temps màxim, té altres possibilitats: o des d'esperar-se o el propi Servei Català li garanteix ser intervingut en un altre centre. Per tant, hem de tenir clar que el que necessita ser intervingut, és intervingut.

En un futur proper, a més a més, fugirem d'un tema que és una mica paradoxal i jo diria que fins i tot pervers, que és el tema del model de pagament actual. El model de pagament actual, que és allò de: escolta, he de fer més activitat i si no me la paguen no la faig (això que passa a la majoria d'hospitals) ha de desaparèixer i desapareixerà. Jo crec que el Dr. Agustí, en el seu moment, ja us ho explicarà amb detall, però estem anant a un model capítatiu, que la comarca del Vallès Oriental hi entrarà d'aquí ben poc i que és un altre concepte. És dir: escolti'm els proveïdors de la comarca, aquí tenen els recursos que necessiten per tot l'any i



vostès s'organitzen, s'organitzen i aleshores el que fa l'atenció primària no ho fa l'hospital, no es dupliquen coses, s'optimitza, es millora. Per tant, això té un cost i el cost és aquest. Per tant, un pagament que era absolutament pervers pel propi sistema i pel propi hospital. És a dir, fins ara, si es fa més activitat a vegades és penalitzada per l'economia de l'hospital i això no pot ser, això no pot ser. De fet, ja som conscients de que no pot ser i ha anat canviant progressivament.

Per tant, un tema complex el de les llistes d'espera, que necessita un abordatge multidisciplinar, que necessita molta racionalització, que necessita també canvi de model, que no es soluciona només posant més recursos sobre la taula, sinó que aquí tots els qui hi intervenen hi tenen un paper. Però al final, el que interessa és que el ciutadà, la ciutadana, tingui una atenció de qualitat i en el temps adequat. I això és el que hem de garantir des de l'Administració, des del sistema. Que qui s'hagi d'intervenir es faci de forma immediata, que les proves presumptament greus (i aquí tenim l'exemple en l'Hospital de Granollers, d'unitats de diagnòstic ràpid, mal dit, de diagnòstic potencialment greu que han estat exemple per a altres hospitals de Catalunya), es prioritzin el que cal prioritzar. I això és un motiu d'esperança per la gent de Granollers, que també estan en aquests moments patint una certa pressió, una certa espera de que, a mitjà termini les perspectives són francament millors, disposant jo diria, com a mínim, dos nous equipaments. El nou edifici de consultes externes de l'Hospital i el nou edifici de Policlínica al servei de la sanitat pública de la població que permetran doncs, respirar una mica més, esponjar una mica més la situació de tensió que es viu i, per tant, afrontar millor totes aquestes situacions de la gent que està en espera.

13

Per tant, jo desitjo que la Jornada sigui útil, que s'afrontin amb molta responsabilitat tots els temes i, evidentment, nosaltres estarem amatents, lògicament, a les conclusions. Perquè a l'hora d'afrontar aquests temes, fòrums de debat com el d'avui ens permeten tenir l'opinió d'especialistes, d'experts que ens ajuden a prendre les decisions que són les més adients, lògicament pel benefici del conjunt del sistema i per tant de la població.

Sr. Josep Mayoral

Moltes gràcies. Jo sí que seré més breu que l'amic Balcells. Entre altres coses, perquè jo no els puc parlar d'artroplàstia de genoll sense entrebancar-me, no sóc del ram. I per tant, la visió que jo porto aquí és la d'un modest alcalde de ciutat. Un alcalde que va tenir ocasió, fa aproximadament dos anys, de rebre per primera vegada la Consellera. La Consellera, que va venir acompanyada, òbviament, del Dr. Balcells, gran ambaixador de Granollers dintre de la Conselleria de Salut del



nostre Govern. Què li demanàvem a la Consellera?. Sempre tenim, com a perspectiva, evidentment, que el que cerquem tots plegats és la millora de la qualitat de vida dels ciutadans i les ciutadanes. La funció dels que estem en gestió pública no és altra que aquesta de mirar que la gent sigui cada dia un pèl més feliç, si ho volen acceptar així. Li demanàvem bàsicament tres qüestions: planificació, inversions i proximitat. El Dr. Balcells ho ha explicat perfectament. No estàvem satisfets de la situació en la que el govern anterior havia deixat la salut i la sanitat en la nostra ciutat i en la nostra comarca. Per tant, demanàvem un esforç bàsic, que és el d'avaluar el punt en que ens trobàvem, d'aprofundir en les necessitats i d'actuar amb una certa rapidesa perquè les xifres ja ens explicaven que Granollers i el Vallès Oriental estava mal servit des del punt de vista sanitari.

Efectivament, la Consellera es va comprometre a avançar en temes de planificació. I ho ha fet. I ho ha fet amb una celeritat extraordinària, i això ens va permetre afrontar amb decisió la segona petició que li fèiem, que era la d'inversions. És evident que per afrontar la millora del servei al ciutadà, ciutadana, fan falta metres quadrats, fan falta espais, fan falta infraestructures, fan falta instal·lacions. Fa falta també educació i voluntat política per tirar endavant. Però sense els recursos físics tampoc podem avançar massa. I, efectivament, aquests dos anys de treball conjunt de l'Ajuntament de Granollers amb la Conselleria de Salut, jo crec que han estat fructífers. S'han assenyalat algunes de les fites. Hem començat ja les obres d'ampliació de l'Hospital que ens permetran atendre molt millor les consultes externes. Hem afrontat amb decisió la solució al tema Policlínica. Hi ha hagut moments prou traumàtics i prou complexos, però ho hem fet. I ho hem fet de mà i ho hem fet assumint els riscos de manera consensuada i col·lectiva, parlant molt, caminant plegats. I som, deia el Dr. Balcells, a les portes de passar del pla director (que ja s'ha presentat per tal que el Servei Català de la Salut tingui la propietat de la Policlínica) a definir ben aviat el pla d'usos que ens permetrà avançar també cap el pla director arquitectònic i posteriorment, la programació de les obres de renovació d'aquest espai.

Per tant, dos espais emblemàtics, l'Hospital amb més capacitat i la Policlínica al servei d'aquesta visió col·lectiva d'afrontar els temes de salut a la nostra ciutat. Però també l'assistència primària. El Cap de Sant Miquel s'ampliarà ben properament i hem avançat prou en termes de planificació territorial, en termes de planificació sanitària, per poder anticipar el cinquè centre d'assistència primària de la ciutat, que serà també una realitat en poc temps. També hem avançat molt i molt en temes de salut mental. Per tant, en aquest espai de temps, relativament curt, que va d'aquesta visita de la Consellera el mes d'abril de fa dos anys fins ara, hem

14



J O R N A D A D E S A L U T

estat capaços, han estat capaços des de la Conselleria de fer les previsions necessàries per tal de trencar aquests dèficits històrics que té la nostra ciutat. Estava en una situació jo diria que poc adient per a una ciutat i per una comarca que és dels eixos centrals de l'economia productiva de Catalunya.

Dèiem planificació, dèiem inversió i dèiem proximitat. Hem après tots plegats que la millor manera d'afrontar els problemes és amb el diàleg, és mirant-se als ulls, és fer que les Administracions comparteixin sensibilitats, que entre les administracions pràcticament es toquin pell a pell. I això en l'actual gestió, l'actual gestora del Departament de Salut ho hem aconseguit. Ella i el seu equip han estat moltes vegades, molt habitualment a la nostra ciutat. I quan no han estat a la nostra ciutat han estat al costat del telèfon quan hem tingut problemes per solventar. I això s'ha de dir. I això jo crec que és la millor garantia per afrontar un problema com el que avui es tracta, que és aquesta vocació i aquesta voluntat, el compromís sincer i sencer de les qüestions que es posen a sobre la taula. La Consellera Geli i el seu equip ens han demostrat que quan s'han compromès han tirat endavant. I en matèria de llistes d'espera, això també serà així, perquè les bases per tirar endavant, que és aquesta capacitat de planificar i d'invertir, estan més que demostrades no només en compromisos. Amb fets i també en un bon pressupost del govern de la Generalitat per afrontar els dèficits sanitaris que te el País.

15

Proximitat que també es construeix no només des de la vocació i la voluntat d'entendre's, sinó també des de la configuració d'òrgans descentralitzats del govern. D'aquí poques setmanes constituïrem el govern territorial de salut del nostre entorn, de l'entorn de Granollers, dels vint i tants municipis que d'alguna manera pengen directament de l'Hospital General de Granollers. Per a fer què?. Per prendre decisions consensuadament i col·lectivament. Perquè la Conselleria vol prendre les decisions conjuntament amb el món local. I el món local ho agraeix, perquè efectivament, els inputs del que passa a la ciutat, se'ls troba l'Alcalde o la Regidora de Salut que ens acompanya, al carrer, parlant amb la gent, que és on estan les coses de veritat. A la plaça, la Porxada, caminant per la carretera, és on ens expliquen els problemes que tenen, si li han fet l'artroplàstia aquesta o no, si s'ha d'esperar molt o no. I això ens ho expliquen al carrer, i nosaltres, des de la proximitat, tenim la capacitat de traslladar-ho a la gent que te la responsabilitat de gestió de la salut del nostre País.

Per tant, jo diria que la paraula fonamental és esperança. Crec que el govern, en matèria de salut, està ben orientat. Tinc confiança, tinc, tenim, des de el món local, profunda confiança en el que està fent la Consellera Geli i el seu equip i estem convençuts que podrem abordar amb decisió els grans problemes. Evidentment,



amb terminis, evidentment amb paciència. Amb paciència però amb perseverança també, amb la convicció de que aquest país, de que aquesta comarca, necessita de decisions externes i de decisions, d'alguna manera, orientades amb aquest únic gran principi que és la millor qualitat de vida dels nostres ciutadans i ciutadanes.

Només ens resten els agraïments. El primer a Mossèn Pardo per haver-nos deixat aquesta sala. Mossèn Pardo forma part també del Patronat, no l'he vist per la sala, però en tot cas li transmetrem el meu agraïment. A més a més, fer-los notar que l'any passat ens vam trobar en un fantàstic edifici, del segle XIV-XV, del gòtic granollerí. I avui, aquí darrera, tenim el llençol de la muralla del segle XI. Sembla ser que els amics de l'OSVA i els amics de l'Hospital escullen sempre espais emblemàtics per poder protegir les seves reflexions a l'ombra de la història i projectant-se cap el futur. Han passat també per una sala d'aquí al costat en la que, si s'hi han fixat bé (encara no hi ha els rètols posats però, la Parròquia i l'Ajuntament avançaran també per fer aquest espai visitable d'una manera fantàstica) també hauran pogut veure unes altres restes de muralla i una canalització romana del segle II. Per tant, aquesta reflexió que estem fent avui sobre les llistes d'espera té a la història com a gran valedor i té al futur com deia abans com a gran esperança. I a més a més també l'agraïment a l'OSVA. L'agraïment a l'Observatori de la Salut que, de nou, ens dóna l'ocasió de reflexionar sobre un tema de gran actualitat. I com deia el Dr. Lledó, ens proposa que ho fem sense pors i sense tabús. Es tracta d'avançar, de veure molt clar on fem per poder projectar aquesta esperança de futur i aquesta vocació de millora per a la nostra societat. Per tant, que tinguin unes bones jornades, que disfrutin d'aquest espai i que l'OSVA segueixi fent-nos propostes tan entusiasmats. Moltes gràcies.

16



J O R N A D A D E S A L U T

PRESENTACIÓ

Sra. Pilar Calvo

Bon dia a tothom. A mi, el primer que em ve al cap és comentar que aquestes segones jornades de salut, queda palès que tenen molt bona salut per l'assistència que hi ha. I que, comentava el Sr. Lledó fa uns moments, em definia com una conductora d'excepció. Jo li donaria la raó per un fet, i és que és excepcional que em trobi aquí parlant de sanitat. Però jo el que vinc a fer aquí és, si puc, portar dues samarretes: la del número quatre per donar joc a la taula quan es produeixi el debat, i la del número 12 per voler representar la gent que no pertany al món de la sanitat i que per tant no té tota la informació que molts de vosaltres teniu a l'hora de buscar les raons o la problemàtica que hi ha al voltant d'unes llistes que es diuen d'espera i que, com tothom sap, moltes vegades són les llistes de la desesperació.

Com molts de vosaltres sabeu, jo vinc del món del periodisme esportiu. Fins el desembre passat he estat treballant a Televisió de Catalunya i el que us puc dir, que em sento autoritzada per dir, que avui podem fer un molt bon programa, si utilitzem símilis televisius. Per dues raons: pel nivell dels ponents que tenim, per la capacitat o l'autoritat amb la que podran parlar del tema que ens ocupa, i també pel fet de que, seguint amb el símil periodístic, els organitzadors d'aquestes jornades, fa mesos, van decidir dedicar les jornades a les llistes d'espera i poc s'esperaven que pocs dies abans justament les llistes d'espera fossin tema de portada dels diaris. Això vol dir que és com si tu quedessis per fer una entrevista a un jugador una setmana abans, i justament el dia que li toca jugar el partit, et fa un hat trick i resulta que el jugador amb el que has pactat l'entrevista s'ha convertit en el protagonista del partit de la jornada. Vaja, que tens que l'has encertat de ple!. Per tant, segur que podem fer un bon programa.

Jo havia preparat una sèrie de dades, però entenc que en aquesta taula hi hauran moltes de dades i crec que és millor perquè a més el tècnic així ho aconsella, que passem ja a escoltar les veus dels nostres ponents. I per tant comencem les jornades donant la paraula al Dr. Albert Jovell, director general de la Fundació Biblioteca Josep Laporte i President del Foro Español de Pacientes.

17



J O R N A D A D E S A L U T

CONFERÈNCIA INTRODUCTÒRIA

Dr. Albert J. Jovell

Be, moltes gràcies, Pilar. Jo segueixo la Pilar des de que estava amb en Puyal. Vull dir que és un plaer poder estar aquí. Moltes gràcies també a la gent de Granollers, al Dr. Ibáñez, al Dr. Lledó, a la Pilar Mas i a tots els que esteu aquí, per haver vingut. És molt bo fer unes primeres Jornades. Però hi ha una cosa que mai s'explica, és millor fer unes segones, perquè vol dir que es consoliden. I una de les coses que hem d'aprendre a fer en aquest país és a consolidar les coses. Per tant us felicito per això. Jo no donaré dades i la meua posició aquí serà doble: per un costat, com a persona que li interessa molt la política sanitària i per l'altre, com a persona que en certa manera és pacient i per tant, coneix una mica què és això de les llistes d'espera perquè ho ha viscut.

18

Jo parlaré –intentaré fer-ho breument- de set grans conceptes. L'un és el concepte de l'espera. Per tant, a la primera part de la xerrada li trauré la paraula llistes, i parlaré de l'espera. Després parlaré del que és una llista d'espera, encara que hi ha gent que en sap més que jo i per tant seré molt breu en el tema de la gestió tècnica de les llistes d'espera. La gestió moral de les llistes d'espera: aquest és un tema que em preocupa. Quina és la situació a Catalunya?. Quines qüestions queden obertes i quines petites conclusions podríem donar. A mi em preocupa molt el concepte d'espera, més que la llista d'espera, que és una conseqüència de l'espera. I l'espera suposa dos fets: un primer fet és que et treuen l'agenda. Avui et toca una anàlisi, demà et toca una visita, l'altre dia et toca la radiografia. I clarament, tu quan ets malalt, la teva agenda l'has d'obrir i has de començar a buscar els dies en funció de quan et posen les proves. No hi ha ningú que et gestioni que tot es faci el mateix dia si és possible. Per tant, aquest és un primer concepte.

Un segon concepte és que et treuen el rellotge. I això passa quan entres en un hospital, et treuen el rellotge. I per tant, l'espera, com a element clau, el gran problema que té, és l'orfe d'informació que et sents. Hi ha dos tipus d'espera a que em volia referir: un és el problema de l'espera genèrica, en els cinc moments en els que pots patir l'espera, un és el diagnòstic de presumpció, el que tardes en tenir una primera visita, el que tardes en tenir un primer diagnòstic. Hi ha algú que això sap comercialitzar-ho. Per exemple, a l'hospital, de la Universitat de Harvard, fa mamografies i dóna els resultats a peu de prova. Això s'ho fa pagar. Quan acaba la mamografia, ja dóna el resultat orientatiu. El diagnòstic de confirmació



també es retarda. Nosaltres vam fer l'estudi en malalts oncològics. De 59 malalts que vam entrevistar amb profunditat, un d'ells era una bronquitis durant molt de temps i després era un càncer de pulmó. Un altre era una hemorroide i després era una rectorràgia. Jo que faig de metge de segona opinió, acabo de tenir un problema amb un dels malalts que porto, tumor de pàncreas, ha estat dos mesos que era qüestió d'un tendó. Per tant, els retards els diagnòstics, aquest és un problema que tenim.

L'altre és el tema dels controls. Jo als controls els hi dic el síndrome d'Auswitch. I algú pensarà que això de la síndrome d'Auswitch és molt dur. Però els hi diré, és meu però no és meu. El que primer parla del síndrome d'Auswitch és un senyor que es diu Imre Kertesz, que és premi Nobel de literatura de l'any 2002, amb un llibre que es diu en castellà "Yo, otro: Crónica del cambio". Aquest senyor va estar presoner a Auswitch i parla que pitjor que estar a Auswitch va ser estar en el que ell diu laboratori del TAC, que és quan esperava el resultat d'un TAC de la seva dona que tenia un tumor cerebral. Diu: "vaig patir més llavors que quan vaig estar a Auswitch!".

I després hi ha també l'espera terapèutica, que sempre la fem a la cirurgia però que no només és a la cirurgia. És en qualsevol tractament. I després hi ha l'espera en el seguiment. I aquest és un tema que mai en parlem. És a dir, quants malalts de cirurgia abdominal tenen consell dietètic?, quants malalts de cirurgia toràcica tenen fisioteràpia pre i post toràcica? I d'això ningú en parla. Per tant, el problema de l'espera genèrica, és per a mi, els retards diagnòstics i terapèutics que no comptabilitzem, però que també existeixen.

Hi ha un altre tema, que és el tema de l'espera dins de l'hospital, això de l'apropiació del rellotge. El càstig que a mi m'ha passat varies vegades, sobretot els malalts que estem hospitalitzats ens fan la radiografia a la tarda. Et baixa el zelador i et deixa al mig d'una sala i t'hi pots estar dues hores. Postoperatori, corrents d'aire, ningú et diu res, allà passa tothom, tothom et veu, confidencialitat zero, ningú controla res. No saps si et fan la radiografia, quan te la faran, quan et vindran a buscar, quan te l'han fet. Aquesta és una espera. Esperes a llocs on no t'expliquen que hi has d'estar. Quants malalts operats saben que després de l'operació aniran a l'RPQ?. T'operen i et trobes a l'RPQ i et diuen: "si tiene dolor, dele aquí", que és la morfina. A quants malalts abans els hi ha explicat això?, molt pocs. El tema d'esperar que et vinguin a donar el tractament. Teòricament toca a les 10, però per problemes de coordinació... I no t'acabes d'adormir perquè t'han de portar el tractament i el tractament pot arribar a les 12. A mi, fa poc, a l'última hospitalització

que vaig tenir, a les quatre de la matinada. I quan són les sis de la matinada et posen el termòmetre. I se suposa que estàs en un hospital per descansar.

Per tant, és important les llistes d'espera, però l'espera és un problema que no tenim gens solucionat. És a dir, quan jo marxo de viatge amb la família em donen una programació del viatge. Jo marxo amb nens petits, no puc anar a l'aventura. Quan entro a l'hospital no tinc una programació de l'hospital i m'agradaria tenir una programació de l'hospital. Per tant, no existeix una programació de l'ingrés i de les seves incidències que el malalt pugui veure. No existeix informació. I el que és preocupant és que això no és deliberadament, és que no hi ha cultura de comunicació i d'informació. Per tant aquest és el tema que a mi m'agradaria transmetre'ls.

Per tant, la gestió de l'espera en general en el nostre sistema sanitari, comparada amb altres sectors de serveis, és bastant deficitària. I el seu cost és molt alt, en termes d'angoixa, malestar i por. I probablement afecta també a l'efectivitat dels tractaments. Jo estic convençut, és una hipòtesi, que un malalt amb fisioteràpia respiratòria post cirurgia toràcica, cosa que no fem perquè és molt cara, segurament redueix l'estada hospitalària, cosa que representaria que és més cost efectiu. Per què no ho mesurem?.

20

Per tant, conclusió de l'espera. Per entendre què és una llista d'espera s'ha d'haver estat en una d'elles. Jo això a la Facultat de Medicina no m'ho van ensenyar.

(...)La mesura de les llistes d'espera, que no es mesuren o no es mesuren bé. Aquest és el mal de cap de molts polítics. Ara mateix, el primer ministre canadenc ho està patint, l'Angela Merkel també i els britànics també. El professor Cook de la Universitat d'Oxford diu que la seva mesura està subjecta a manipulació, cosa que és veritat quan agafem la comparativa espanyola. Sabeu que la Comunitat Autònoma de Madrid té uns criteris diferents als criteris de la resta de Comunitats. És un desajust entre l'oferta i la demanda, per la qual cosa és un problema de planificació, perquè no sempre és previsible. I és una estratègia de racionament. Per exemple, jo sóc un gran defensor de que la major part dels malalts oncològics tinguin accés al PET TAC. Jo sé que al CatSalut, segurament, quan digui això no els agradarà. És una tecnologia que soluciona moltes coses, és molt cara, si, digueu-ho a la població que és molt cara, però soluciona molts problemes. I és un problema que precisa de gestió i avaluació. Ara, també té molts interrogants: quina espera s'ha de mesurar?. A mi em sembla que s'ha de mesurar l'espera de tot el procés terapèutic, no només la intervenció quirúrgica. Per tant, el fet de que



el CatSalut s'hagi anat ara cap a les proves diagnòstiques, em sembla que és una cosa a felicitar-los, perquè és el que s'ha de fer.

L'altre problema és més tècnic: què es mesura persones o temps d'espera?. Els britànics que van començar mesurant persones, ara diuen que han de mesurar temps d'espera. Com ho mesurem, com a percentatge de reducció de les persones i del temps, o com a reducció de nombre de persones i de temps. Són altres conceptes. Com ho mesurem? Com a promig d'espera o com a reducció de temps màxim?. És a dir, què ens preocupa? l'espera mitjana, la espera mediana que es diu en castellà, que és un altra cosa, o els casos extrems. Per tant, hi ha qüestions tècniques aquí importants, però això ho deixo pels experts.

Aleshores, què és important?. El que és important és entendre perquè tenim llistes d'espera. Aquesta és una de les primeres coses que a mi m'agradaria poder tenir avaluat i si aquest és un fenomen que és conjuntural o és un fenomen que el tindrem sempre. La meua impressió és que el tindrem sempre, sobretot ara que disminueix el número de metges que són essencials, com els radiòlegs i els anestesiòlegs, disminueixen metges que necessitem. Segon concepte que és important. Hem de comprometre tota l'organització en la reducció dels temps d'espera. Fonamentalment, l'experiència anglesa diu que això es soluciona si compromets als metges. Per tant, és molt important comprometre als metges. I tercer, hem de conèixer la nostra capacitat de resposta, tant en termes de flexibilitat per quan tinguem els colls de botella com en termes de eficiència i de qualitat. Hem de conèixer també el sistema, la coordinació entre dispositius, entre nivells assistencials, poder fer previsions futures. És a dir una previsió de quina serà en funció de l'edat de la població i en funció d'altres factors.

Hem de definir objectius que siguin assumibles globalment, per tant no només d'una llista d'espera i d'un procediment sinó en general. I aquest és un problema que ens afecta a tots, per tant hauríem de saber comprometre als malalts, sobretot a les associacions de malalts i d'usuaris que són els que els representen. Per tant, l'objectiu genèric en un sistema modern, des de la meua perspectiva, seria mantenir una reducció sostinguda a llarg termini del temps d'espera, reduint els costos intangibles pel malalt i la seva família. Per costos intangibles s'entén la por, el dolor, l'angoixa..... Previnint els casos extrems i sobretot, com ja ha dit el Dr. Balcells, prioritzant aquells casos on l'espera condiciona negativament el pronòstic de la malaltia, que això és crucial.

Quines accions es poden dur a terme?. Una és augmentar l'oferta. Per tant, una



de les coses que hem de començar a pensar és que una de les millors tecnologies que s'ha inventat i que mai li donaran el premi Nobel i que té poca publicitat, és la cirurgia ambulatoria. Per tant, promocionem la cirurgia ambulatoria, aquest és un primer tema. Un segon tema: fem benchmarking, que en la nostra cultura no en fem. És a dir, comencem a tenir una base de dades i gent que sàpiga gestionar transversalment a tots els hospitals les llistes d'espera, tinguem experts en la gestió de llistes d'espera. Una altra cosa que podem fer és incrementar les hores de treball, les famoses peonades que es diu a altres llocs. Funciona a curt termini.

L'altra, complementarietat amb el sector privat, això fa por dir-ho. Però el National Health Service, ara mateix el The Economist els ha recomanat que el 15% del pressupost el dediquin al sector privat. A Ontario, a Canadà, la llista d'espera de cirurgia cardiovascular la solucionen molt fàcilment: els envien a Detroit. Per tant, clarament, hi ha una complementarietat del sector privat, que és important aquí. Pagar per procediment. Té els seus problemes. Podem també gestionar la demanda, ja abans s'ha dit, resoldre a altres nivells. Nosaltres són molt ineficients en el nostre sistema sanitari pels problemes de coordinació entre nivells assistencials. Una altra cosa que es pot fer, però que hem de tenir molta cura: substituir procediments o reclassificar-los. Allò que és cirurgia obligada ara passa a selectiva. Amb això hem de tenir cura, o si afegim com deia abans el PET TAC. Home, podem treure un TAC potser, no és a més, és en substitució. Valorar la idoneïtat de l'oferta. Tenim problemes, per exemple, variacions de la pràctica mèdica. Hi ha cirurgia que és evitable, adenoïdectomies evitables. Bé, corregim això. Un altre punt que tampoc hi estem molt a sobre: compliment terapèutic. Si tots els malalts amb risc cardiovascular estan tractats amb estatines, possiblement al cap del temps ens estalviem cirurgia cardiovascular. I, en canvi, el promig d'ús d'una estatina demostra que la major part dels malalts amb risc cardiovascular no estan adequadament tractats.

I després hi ha un concepte que no ens atrevim a definir, que és definir què és una necessitat mèdica. Això és un tema que socialment, en algun moment, hi hauréu d'entrar. Com hem definit què és una necessitat escolar o d'escolarització, per tant aquest és un tema que hauréu d'entrar. Altra cosa que podem fer: augmentar el pressupost global de la sanitat. Això ho ha fet el National Health Service amb el Toni Blair i els hi ha anat bé. L'altra cosa és, com ha dit algun exconseller de la Generalitat, és quan augmentem el pressupost si el fem servir bé. Això és una altra cosa, però augmentar el pressupost és un element important. Altre tema és donar incentius als hospitals. Per exemple, el sistema britànic té un sistema que avalua els hospitals com els hotels, per estrelles, i té fins a nou estrelles. Cinc

22



d'elles estan relacionades amb llistes d'espera o en temes d'espera. Té problemes. Un dels problemes que te és que quan tu tens les dades del National Health Service i tens les dades d'entitats independents que fan l'enquesta als ciutadans, no coincideixen. Això The Economist, per exemple, ho ha denunciat. És a dir, quan un sap quines dades avaluaran doncs clarament orienta la seva política per satisfer que aquelles dades donin els resultats esperats i no mirar altres dades que també afecten el sistema sanitari. El que hem de ser és honestos en el tema del copagament. Un tema que ens fa por parlar, però hem de ser honestos. I l'altre tema que els britànics es plantegen ara, és el tema de pagar per resultats. És un tema que té també pros i contres, però és una forma de començar a pagar per resultats, no tant per procediments sinó per resultats.

Problemes que podem tenir a Catalunya o que estem tenint a Catalunya?. Un és que s'incrementarà la demanda de serveis. Increment de les targetes sanitàries, increment de la població, etc. L'altra és que s'incrementarà la tecnologia. L'altra és que anem cap a la personalització dels tractaments i de les proves diagnòstiques i això és més car. L'altra, que és molt greu, és que disminueix el nombre d'especialistes. I no hem estat capaços de donar atractius perquè vinguin aquí els especialistes, al contrari, el nous alumnes de la Facultat marxen. L'altra és que és fàcil reduir els temps d'espera extrems però no els mitjans, que són els que afecten a més persones. Ho tenim de tenir en compte això. I l'altra, que el pagament per resultats i per procediments te límits. Perquè primer suposa que els centres assumeixen riscos, com per exemple disminuir la qualitat, o perquè poden produir fenòmens de selecció adversa, com ha passat de vegades amb cardiovascular. I una altra cosa de la que ningú vol parlar, perquè des del punt de vista polític no és políticament correcte parlar, és que entrem en una crisi econòmica d'Europa del Sud. I per tant no tindrem tants recursos socials com per poder pagar tota aquesta nova despesa.

Parlem una mica del concepte moral de les llistes d'espera. Un tema curiós de les llistes d'espera, i és una crítica que jo faig contínuament, és que des del punt de vista de l'ètica, aquest tema no es toca i és perquè ara tenim una ètica que està fugint cap a una cosa que es diu bioètica, que ens sentim molt més còmodes parlant de la clonació, de l'eutanàsia, d'aquests temes que no dels temes de l'ètica quotidiana. Però aquest és un tema propi de l'ètica quotidiana, per tant és un tema absolutament moral, perquè és un tema de l'ètica de l'avui, que pateix la gent del dia a dia. Hi ha cinc elements de legitimació moral des de la meva perspectiva de les llistes d'espera. Una és la transparència i la transparència és significativa, uns criteris de per què s'està en llista d'espera, definir bé el procés, definir bé qui ho

fa i definir bé qui ho supervisa. Jo crec que aquí ha d'haver-hi també supervisió externa. I ho dic perquè les dades del National Health Service, quan les compares amb dades de consultories externes, no coincideixen. Un altre element ètic és la justificació. És a dir, s'ha de justificar amb una relació risc/benefici què suposa estar en una llista d'espera, quins són els riscos que s'assumeixen. Doncs quin és el temps raonable, i això té una perspectiva clínica però també té a terminació social, com s'ha fet aquí a Catalunya, l'Agència ho va fer amb el tema de cataractes fa uns anys. I després a la persona que està en llista d'espera li hem de garantir una supervisió professional, és a dir que algú vigilarà si aquella persona empitjora mentre està en llista d'espera, que algú se'n farà responsable.

Hi ha un altre tema que és el de consistència, el nostre és un sistema que diu que a igualtat de necessitats, tots hem de ser tractats iguals. Per tant, hem de gestionar les llistes d'espera com gestionem les llistes d'espera de trasplantaments. No totes les llistes d'espera es gestionen amb els mateixos criteris que es gestionen les llistes d'espera de trasplantaments i això ens hauria de fer reflexionar perquè. I hi ha un altre criteri que és el de representació. I nosaltres en aquest tema, com a Foro Espanyol de Pacients, la setmana que ve ens posicionem amb una agenda política a Madrid amb 20 punts. I hi ha dos temes molt concrets, el primer és d'aquests temes que quan el Partit Socialista estava a l'oposició el tenia en cartera i ara que està al Govern se n'ha oblidat, i és que a l'hospital hi hagi un metge responsable del malalt. Em sembla que és cabdal. I després que en aquestes situacions hi ha un metge, hi ha algú, no ha de ser un metge, un professional sanitari, que sigui responsable de coordinar l'atenció sanitària del malalt, sobretot la coordinació entre nivells assistencials, que aquest és un tema que el tenim molt poc clar. I dins de l'àrea d'atenció a l'usuari ha d'haver-hi un responsable de llistes d'espera, perquè aquest és un concepte on hi ha ambigüitat terapèutica, on el cirurgià diu és culpa de l'hospital, o vas a un altre lloc i diuen que és culpa dels quiròfans, i tothom va passant la culpa a les altres àrees. A les àrees d'ambigüitat terapèutica hem de començar a posar gent responsable, perquè els malalts o la societat tinguin un referent. I després hem d'introduir elements de deliberació, és a dir, on tenim un problema que no podem solucionar tècnicament perquè és difícil de fer-ho i ningú ho està podent fer a la resta del món, home, hem de socialitzar la població. I això és un concepte de democràcia deliberativa, jo crec que aquí a l'Agència d'Avaluació en el seu dia es va fer una cosa molt maca que no sé si ha servit.

Quina és la situació a Catalunya?. Nosaltres tenim dades que no hem fet públiques d'un estudi que hem fet amb la Universitat de Harvard al novembre de 2005. Però

24



J O R N A D A D E S A L U T

les llistes d'espera és el principal problema de salut identificat pels ciutadans catalans i pels ciutadans espanyols. Això és així de clar. Quan els hi preguntes quines són les principals mesures que li demana al sistema sanitari, la primera és posar més metges i la segona és posar més recursos. I després hi ha una proporció important de ciutadans, no és majoritària però és important, que sospita que a l'Estat Espanyol i a Catalunya, comença a haver-hi problemes per veure especialistes, per tant comença a haver-hi estratègies del que es diu racionament implícit. Per tant, la gent ja se n'adona d'això, per tant possiblement és un moment bo per poder plantejar aquest tipus de temes.

Quines qüestions queden pendents?. Hem de tenir objectius de temps d'espera com estem marcant a Catalunya?. La resposta és sí, però han de ser flexibles perquè sinó ens creen un altre problema, que és la tensió perquè no els estem complint o perquè en un moment determinat no els podem complir. I llavors això deriva totes les prioritats cap a un altre lloc. Algun dia, això és un tema tabú també, parlarà algú de que quan hem focalitzat molt l'hospital en fer trasplantaments, quines coses s'han deixat de fer i què ha suposat això per l'hospital. Per tant, posar massa èmfasi en determinades coses, amb objectius molt rígids, trenca, afecta a altres persones. Això s'ha de tenir en compte. Han de ser els objectius de reducció ambiciosos? Home, han de tenir en compte que és prohibitiu la llista d'espera zero, això només ho poden tenir a Detroit. Per tant, llista d'espera n'hi haurà i ha d'haver-hi sempre. Ara, com s'han d'estructurar aquests objectius?. Home, hem de distingir el que és un càncer, el que és un diagnòstic en un tumor de pàncreas, el que us deia jo abans, del que és una situació on no hi ha un risc greu o la persona tolera bé l'espera, sobretot si sap que està vigilat en aquesta espera i sobretot si sap quan ha d'esperar. Aquest és un element clau: si sap quan ha d'esperar.

S'han d'avaluar els objectius sanitaris tan sols en temps d'espera o en resultats globals d'efectivitat?. I aquesta és la gran pregunta intel·lectual per a mi, s'han d'avaluar en termes globals d'efectivitat. El malalt, no és tan important si esperes o no esperes, si no t'han donat la millor atenció millor possible i hem aconseguit els millors resultats possibles. Hem de començar a valorar que quan diem: el sistema sanitari nostre és molt equitatiu, això és una interpretació parcial del nostre sistema. El nostre sistema és equitatiu en accés, però no sabem si és equitatiu en tracte, no sabem si és equitatiu en resultats, perquè no ho tenim mesurat. Per tant, haurem de començar a mesurar tracte i resultats. Per tant, l'objectiu de la política de gestió de llistes d'espera és tenir uns resultats amb efectivitats similars per a tothom en igualtat de necessitat.

I altre problema és qui mesura i qui dona les dades. Ho dic perquè es pot donar la paradoxa que s'ha donat en alguns moments a l'atenció primària que diu: escolta, si els metges de primària diuen que al malalt li donen consell tabàquic, això els hi compta com un valor positiu en la seva valoració, amb lo qual: casella de consell tabàquic, sí. Algú ha comprovat si això s'ha fet i s'ha fet bé?. No. Però posem que sí. I amb això hem de començar a ser una mica honestos a la nostra societat, que estem creant alguns sistemes d'incentivació que són més perversos que realment efectius, són més cosmètica que realment realitat.

Conclusió: hem de gestionar les esperes amb humilitat. La meua teoria, una mica radical, és que aquells que gestionen llistes d'espera haurien de passar pel procés, els haurien de fer com un circuit, com una gimcana, que és la espera. Perquè llavors és quan tu ho entens. És a dir, jo de l'espera n'he après molt més com a malalt que no sé quants anys fa que soc metge. Per tant, és un element important. Nosaltres hem reclamat varies coses, la setmana que ve amb això ens hi posarem molt seriosos, una és el defensor del pacient en totes les Comunitats Autònomes, que a Catalunya no en tenim. Posar els malalts a les aules. Potser ja és un moment que és més important que els metges, els meus alumnes, aprenguin més sobre llistes d'espera que el cicle de Krebs, que no és tan relativament important. I amb el tema aquest que volem presentar el mes que ve, que serà la Universitat dels pacients, sí que volem crear una aula de cirurgia. Si al final, si el sistema sanitari té problemes, que m'ho diguin, perquè llavors el que farem és que un malalt com jo, pot agafar una sèrie de malalts que estan a l'Hospital de Granollers pendents d'operació i els hi puc explicar què és l'RPQ, com funciona, els hi puc donar moltes explicacions i ho faré gratuïtament, ho faré encantant perquè em sentiré útil i per tant, això serà una avantatge per a tothom. Per tant, no tinguem aquesta sensació que de vegades l'esquerra la té molt, de dir, escolta us donarem tots els drets, però no tenim tots els cèntims donar-vos tots els drets. Per tant, escolta, deixeu que la societat civil s'organitzi, ajudeu a que la societat civil s'organitzi i doneu la possibilitat a la societat civil de que pugui fer aquesta feina. Com per exemple en aquest cas, els pacients experts, que és el que està fent ara el National Health Service, que formen altres malalts.

Hem de tenir en compte el temps d'espera com a part d'un problema global, per tant a medicina no hem de tenir por de dir-li a la gent, escolti, el problema que tenim a la sanitat actual és que estem morint d'èxit. És a dir, si no tinguéssim cirurgia tan sofisticada, si no operéssim als malalts per sobre dels 65 anys (que fa 15 anys no els operàvem), si no féssim els trasplantaments per sobre dels 60 anys (que fa 10 anys no els fèiem), doncs no tindríem aquest problema de les

26



l·listes d'espera. Per tant, podem treure el pit, i dir, escolti és que som víctimes del nostre èxit. Em sembla molt important el fet de que el malalt ha d'estar informat i vigilat en l'espera, jo crec que és mol important això del metge responsable. Hi ha una altra cosa que jo crec que és un gran fracàs en el nostre sistema, és no tenir una història clínica electrònica universal. És a dir, amb una història clínica electrònica universal, les estadístiques es poden portar perfectament i les pot portar tothom, no hi ha problemes. I després em sembla que és important el tema de temps de garantia de demora, el que passa és que aquí entrem també en el problema aquest de les competències absurdes, que després els hi explicaré.

Crec que hem d'endegar més recerca en la gestió i avaluació de les l·listes d'espera, inclús en la relació entre l'espera i com afecta aquesta a la prognòsis, entre com afecta l'espera als resultats que s'han obtingut i sobretot valorar les iniciatives que ja s'han pres. Aquí sembla que cada vegada que hi ha un canvi polític, hi ha 100 noves iniciatives diferents. Per tant, jo avui felicitava a Granollers per consolidar això. Escolta'm comencem per les iniciatives que hem fet ja, que hem tret i si han funcionat o no i què està funcionant a nivell europeu o d'altres països perquè el problema que tenen és el mateix. Hem de controlar tota l'espera i hem de preveure les coses. Fixeu-vos com els bancs, des de fa 3 setmanes, han reaccionat a la possible pujada d'interessos, baixen les comissions, canvien les hipoteques. En sanitat hem de fer el mateix, quina tecnologia vindrà, quins malalts tindrem, com ens hem d'ajustar?. I no tenim a Catalunya serveis d'estudis, no tenim gestors que estiguin pensant en el futur, tothom està pensant en el problema immediat. "Y no te digo si está la prensa detrás, no?". No polititzar les l·listes d'espera, no entrar en competicions absurdes com hem entrant en la despesa farmacèutica, aquesta competició absurda que llavors fa que a Madrid no entris en una l·lista d'espera fins que has fet la visita preanestèsica, és absurd, no?. Es veu que les eleccions de Madrid dependran ara de quants hospitals facin en aquesta legislatura i de com estigui la l·lista d'espera. És absolutament absurd. No jugar amb els números, no jugar amb les dades, no jugar amb els criteris i que quedi clar quan s'ha d'esperar i qui ha d'esperar.

Incloure la perspectiva del pacient i les seves preferències. A mi em preocupa dels governs en general aquesta idea de que li diuen al metge: escolti, abandoni la relació metge/malalt paternalista i en canvi els governs adopten amb els ciutadans aquesta relació paternalista. Apliquin el mateix criteri. Si li diuen al metge o al professional de la sanitat abandoni la relació paternalista, abandoni vostè també la relació paternalista i quan tingui un problema doncs, home, faci'l públic, faci'l públic i deixi que els sectors ciutadans puguin negociar. Estudiem la història natural

de l'espera. Augmenten els procediments d'urgències? Aquest és un element cabdal per la gestió d'un hospital, perquè si no t'augmenten, alliberes recursos propis. Cal augmentar el nombre d'especialistes, hem de canviar el sistema MIR, hem d'augmentar el número d'estudiants de la Facultat de Medicina, hem de pagar més als MIR, hem d'incentivar que es formin, sinó en 10/15 anys tenim un problema molt i molt i molt greu. Estem justets de cirurgians toràcics i els que queden, molts d'ells estan per sobre dels 55. Per tant, comencem a pensar en això. Cercar la complementarietat amb el sector privat, que el tenim i funciona i podem pactar. Millorem el seguiment del malalt crònic per evitar si aquest malalt ha d'anar o no ha d'anar a cirurgia en el futur, el cas del risc cardiovascular és claríssim. Definir què és necessari i què és selectiu. Fem públiques les iniciatives per reduir les llistes d'espera i incloem sistemàtiques d'avaluació d'aquestes iniciatives. Tenim la costum de promoure moltes iniciatives i de no incloure calendaris d'execució ni calendaris d'avaluació.

La setmana que ve nosaltres ens posicionarem com a Foro Espanyol de Pacients amb una idea molt clara: governs autonòmics i govern espanyol, a partir d'ara, qualsevol llei sanitària ha de tenir calendari d'execució i criteris d'avaluació, perquè sinó encara tenim l'autonomia del pacient parada, i totes les lleis parades i això no pot ser, o creiem que no potser. Adoptem una perspectiva des del malalt i una perspectiva global. I finalment, i amb això acabo, impliquem als metges en la solució dels problemes. Ja no són proletaris, són pocs i per tant tindran més poder. I a més, són els que decideixen. Per tant, els hem d'implicar. Moltes gràcies.

28



TAULA RODONA

Sra. Pilar Calvo

Jo convidaria que pugin a la taula per fer el debat a les persones que ens acompanyaran, al Dr. Enric Agustí, Subdirector del Servei Català de la Salut, que ens parlarà per la seva condició d'expert en la gestió de les llistes d'espera. El Dr. Antoni Anglada, director gerent de l'Hospital General de Vic. El Dr. Victorià Peralta, que és gerent de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida i exposarà l'opinió que es percep des de la Divisió d'Atenció Hospitalària de l'Institut Català de la Salut que gestiona la majoria dels grans Hospitals, com el de Bellvitge, Vall d'Hebrón, Josep Trueta, Can Ruti, Arnau de Vilanova, Joan XXIII, Verge de la Cinta de Tortosa, entre d'altres. La Sra. M. Carme Sabater que representarà i aportarà la visió de la Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat. El Dr. Antoni Sitges, cirurgià, director del Departament de Cirurgia de l'Hospital del Mar i catedràtic de Cirurgia de la UAB, a més des de fa 4 mesos és President de la Societat Catalana de Cirurgia, una Societat que ha fet un treball destacable i seriós sobre les llistes d'espera. I finalment la Sra. Laura Pellicer, que substitueix el Sr. Gabriel Masfurrull, a qui li ha sortit un inconvenient a última hora i no ha pogut venir. Laura Pellicer és doctora en Economia de la Salut i màster en Gestió Sanitària per Harvard i actualment està dirigint el projecte del nou hospital USP nova Dexeus. Jo demanaria que fessin un torn d'intervencions de no més de 10 minuts i començaríem escoltant al Dr. Enric Agustí, com dèiem, Subdirector del Servei Català de la Salut.

29

Dr. Enric Agustí

Bon dia a tothom. Gràcies als organitzadors per haver-me convidat, en nom del Servei, en nom del Departament. Jo tinc un problema. Em sembla que s'han dit tantes coses que jo anava escoltant i anava pensant mira, això ho tenia de dir jo, però ja ho han dit, m'ho han dit, m'ho han dit i al final és aquella sensació que dius, bé, vegem què dius. Bé, jo no volia començar parlant de números, perquè em sembla que els números els tenen tots vostès a la web i els hem vist a tots els diaris. Em volia centrar una mica en els conceptes, però tant el Dr. Jovell com el Dr. Balcells han parlat bastant de conceptes. Jo penso que refermaria una mica més els conceptes i refermaria una mica més el que penso que s'hauria de fer en llistes d'espera.

Abans de tot haig de fer una acotació a la primera part del Dr. Jovell. És que el



problema principal, que no ha dit ell, i que jo penso que és fonamental per a un hospital, és que l'hospital no està pensat pel pacient, està pensat pel professional que treballa a l'hospital. I aquesta és clau. I a partir d'aquí, comencem a xerrar. I si comences per aquesta hipòtesi, jo penso que el que ha dit el Dr. Jovell, a partir d'aquí comença tot. Doncs a vostè resulta que li prenen la temperatura a les sis del matí, perquè el torn acaba a les set i han de passar els 34 que estan a la planta. I els que han estat a un hospital ho han vist. I com que toca sortir a les set i alguna vegada es té la mala sort que et renten a les 5,30 del matí perquè toca fer-ho... Per tant, és veritat que els hospitals estan pensats, o estan fets o estan dissenyats a la mesura dels professionals. I amb això jo penso que en aquest sentit, el Dr. Jovell està fent alguna cosa molt important, que és explicar a tothom que no ha vist, o que ho ha vist malament o ha vist tangencialment allò que els professionals et van dient dia a dia. Que el malalt diríem que és l'actor principal, però resulta que moltes vegades és el secundari perquè hi ha moltes coses a fer.

30 Llistes d'espera. La llista d'espera ja ho ha dit tothom, és un desajust entre oferta i demanda. És veritat, és un desajust entre els dos, i només es produeix en sistemes nacionals de salut. Per què?. Perquè nosaltres hem ofert a tota la ciutadania la possibilitat d'entrar dintre d'un sistema. Això no es produeix a Estats Units. A Denver no hi ha llista d'espera, entre d'altres raons perquè hi ha a Denver i a la resta dels Estats Units més de 40 milions de persones sense assegurança. Per tant, aquests senyors no fan llista d'espera. És que si tenen un problema, o van a urgències, o ja s'espavilaren perquè no poden pagar. Per tant, això és un sistema nacional de salut, i tal com té coses bones com és l'accessibilitat de poder arribar-hi, té coses evidentment que no són tan bones. I ens passa a nosaltres, passa a Anglaterra, passa a Canadà, passa a Nova Zelanda, passa a Austràlia. I passa a Suècia que a sobre hi ha copagament. I passa per dues raons: primer l'oferta. No tenim tota l'oferta, no solament oferta de recursos, sinó oferta pressupostària, no tenim prou calés. Però ningú te prou calés, perquè l'altra cantó de la demanda, la demanda es diu infinita o pot arribar a ser infinita. Per tant, estem ens estem trobant amb un problema d'ajust, ja s'ha dit, ho ha dit el Dr. Balcells, ho ha dit el Dr. Jovell.

A partir d'aquí és on has de prendre les decisions, no?. I aquest jo penso que és el concepte fonamental que em sembla que tothom en aquesta sala el té, però que és important de remarcar. Seran zero les llistes d'espera en un sistema nacional de salut?. No. Jo penso que mai seran zero les llistes d'espera i ho dic així, mai seran zero. Si un dia són zero és perquè o hem posat una quantitat de calés increïble, uns recursos increïbles, a més de millorar la productivitat, els hospitals,



els rendiments, les coordinacions... Vol dir que aquesta demanda s'ha parat i és molt difícil que es pari, entre d'altres coses perquè aquí cada vegada som més, som més vells. I, recordem que estem parlant de llista d'espera de patologies que poden tardar una mica a resoldre's en el temps i que normalment solen passar en persones grans. I cada vegada serem tots més grans i per tant és d'esperar que en algun moment de la nostra vida hi entrem, esperant que ens operin de cataractes o d'alguna pròtesi, o d'alguna altra cosa.

Podrem contenir-les?. Home, estem treballant per contenir-les, més ben dit: estem treballant per rebaixar-les. I alguna cosa més important que estem treballant, estem treballant per intentar treure l'angoixa de la gent que s'ha d'esperar. Què vol dir treure l'angoixa?. A nosaltres ens agradaria que quan un senyor entra en llista d'espera se li digui que l'operaran tal dia de tal mes, perquè això és fonamental. O sigui, la incertesa és el pitjor que li pot passar a un senyor quan està esperant, la incertesa del no sé què, la incertesa de què passarà. Ara, actualment, tenim unes mitjanes estadístiques, però el que nosaltres volem i volem arribar a aconseguir és dir miri, sap què?, vostè que ha sigut visitat el dia 15 de febrer, doncs serà operat d'això el dia 17 d'abril. Això jo penso que és important. Perquè l'angoixa, l'espera, el ja em trucaran, el què passarà, és el que pitjor tolera l'ésser humà, i això en qualsevol de les circumstàncies de la nostra vida i més en una cosa de salut. Aquest és el nostre objectiu.

31

Però hi ha unes llistes d'espera que no han d'existir o que han de ser mínimes: són les llistes d'espera per patologia greu, per patologia urgent i per patologia que pot comportar problemes. Problemes importants de salut. I amb això estic parlant sobretot de la patologia neoplàsica, evidentment de la patologia urgent. Estem treballant molt perquè tota sospita de malalt neoplàsic sigui com a mínim diagnosticat el més ràpid possible. I amb això estem fent una cosa que no s'havia fet mai, que és coordinar. Coordinem tot el sistema. Té raó el Dr. Jovell quan diu: aquí tenim una descoordinació. Te raó, som conscients d'això, te raó quan diu que no hi ha història clínica electrònica. Però també li haig de dir que estem a sobre per intentar fer-la. La història clínica no ens resoldrà el problema, però com a mínim serà una eina per poder coordinar tot el sistema, que ara no la tenim.

Per tant, han d'haver-hi llistes d'espera en pacients neoplàsics? No. I hem de fer el possible perquè siguem suficientment àgils com per moure tot el sistema cap a que en 30 dies siguem capaços de fer el diagnòstic i començar el tractament. I això és el que hem de fer. Aquest és el nostre objectiu per aquells pacients que no han de tenir llistes d'espera. I l'objectiu és, sobretot, que el pacient sàpiga



exactament què és el que li està passant. No arribarem a ser un Denver, evidentment que no, és molt difícil que siguem un Denver en aquest aspecte, però quan més aviat li diem al pacient si o no, més aviat el desengoixarem i per tant, més aviat podem saber què passa i evidentment començarem el tractament.

Be, la següent cosa que els hi volia dir és: oferta i demanda. Oferta, és clar, no en tenim prou. Demanda: podem regular la demanda?, és a dir, podem agafar i que la demanda ens vingui i puguem regular-la?. Jo penso que és molt difícil avui. Sí que hi ha factors que podrien fer-ho, per exemple una educació sanitària correcta podria regular la demanda, una prioritització podria regular la demanda, una orientació prèvia podria regular la demanda. I estem començant a iniciar coses com aquestes, però això no és a curt termini, això no és una legislatura. Això és agafar i començar a pensar i començar a parlar amb la gent. Nosaltres podem regular la demanda sempre que, conjuntament amb el pacient, el metge pugui seguir-lo fins que arribi un moment que el col·loqui en llista d'espera o no. Jo penso que aquests dos són factors importants a tenir en compte.

L'altre tema que també s'ha parlat aquí és el tema de la informació. La informació és absolutament manipulable. Hem tingut aquí un exemple fins l'any 2003: el novembre de 2003 teníem 30.000 malalts en llista d'espera dels 14 procediments. I el desembre de 2003 després de fer un recompte de les dades en teníem més de 60.000 de malalts en llista d'espera dels 14 procediments. No tothom compta igual, no tothom pensa el mateix. Aquí està el problema de les llistes d'espera, no tothom està explicant les mateixes coses, no tothom col·loca els mateixos casos de CMBD a dintre del mateix procés. Per tant, el problema és explicar-ho bé, explicar-ho coherentment, fer-te una fita cap on has d'anar, i amb els mitjans que puguis, arribar-hi. Nosaltres vam posar unes regles molt clares al desembre de 2003: tenim seixanta mil malalts en llista d'espera de 14 procediments i farem el possible per baixar-los. I hem fet tres coses: primer, hem augmentat l'oferta. Què vol dir?. Augmentar l'oferta com ha fet el National Health Service. Fins que no va arribar el Tony Blair no hi havia una lliura per llista d'espera. Amb el Tony Blair, em sembla que entre el 7 i el 8% de l'increment pressupostari anual ha estat per llista d'espera, perquè el govern conservador anterior el que va fer va ser, "el mercat és intel·ligent, ja s'ho farà". El mercat no és intel·ligent en un Servei Nacional de Salut. No hi ha mercat. I això ho ha fet en Tony Blair. Per tant, nosaltres havíem d'augmentar l'oferta. I havíem d'augmentar l'oferta incrementant la compra, perquè abans s'havia incrementat l'eficiència dels centres mitjançant una cosa que es diu compra selectiva. Abans se'ls deia a l'hospital: amb el mateix que et pago, me n'has de fer més. I ara diem: amb el límit que has arribat, i a més me'n has de fer

32



més augmentant compra. Què ens ha passat amb això?. Doncs que hem anat bé amb els 14 procediments, però quin és dany col·lateral?. El dany col·lateral consisteix en que els 14 procediments que van ser elegits perquè en el seu moment eren els més importants en volum, ara ja no ho són tant.

Ara hi ha dubtes reals sobre si hem de monitoritzar o no, per exemple, una amigdalectomia. Els que són clínics m'entendran, no sempre està indicat això. Però com que resulta que n'hem de fer tantes, doncs farem les que siguin. El que ens ha passat és que els clínics ens diuen que tenen llista d'espera d'altres coses, i que aquestes coses són les que han de fer. Aquesta és la porta que nosaltres obrim ara, que és dir: sabem que hi ha procediments que no tenim monitoritzats i ho volem fer. L'exemple clar són les patologies vertebral, la patologia vertebral d'ortopèdia, en la qual sabem que hi ha una llista d'espera elevada. Obrim i diem que volem monitoritzar els demés procediments, perquè la decisió política és donar un temps d'espera raonable. I la paraula raonable té molts matisos entre el moment que es diagnostica i el moment que es tracta.

El segon pas per valorar la demanda que hem fet: hem prioritzat. Hem agafat estudis que l'agència d'avaluació ens va fer i actualment estem prioritzant les pròtesis de genoll. La prioritització de les pròtesis de genoll, actualment, nosaltres ho agafem com un ajut al professional, o sigui, nosaltres el que li diem al professional és: jo li aconsello que col·loqui, o que entri un senyor en llista d'espera, quan tingui més de tants punts i si no els té, doncs torni'l a fer venir d'aquí un temps i miri quants punts té i en el moment que tingui una quantitat de punts, entri'n en llista d'espera. Perquè hem de ser conscients que quan un professional entra una persona en llista d'espera, ja s'ha d'operar. És aquella vella costum del professional de dir, miri, doncs que sap què passa, com que l'hem d'operar d'aquí dos anys, entri en llista d'espera i d'aquí dos anys ja en parlarem. No, no és aquest el tema. Actualment estem en 9 mesos de promig d'una pròtesi de genoll, per tant, digui-li 3 mesos en un lloc, digui-li 14 mesos en un altre, serà operat de pròtesi de genoll. Per tant, aquesta és una eina que nosaltres estem donant. Però a més també hem parlat amb la societats científiques perquè ens prioritzin patologies. Per què? Perquè volem treballar conjuntament amb el clínic, i dir ens interessa que col·loquem aquesta, aquesta i aquesta. I això ho hem començat a fer. No podem estar apartats del què és la vida real.

33

Sra. Pilar Calvo

Molt bé. Donem ara el torn de paraula al Dr. Antoni Anglada.



Dr. Antoni Anglada

Bé, bon dia a tots. Agrair també a l'organització l'oportunitat que ens dóna de poder expressar la nostra opinió. M'ubicaré en l'àmbit clarament del que és un centre proveïdor, un hospital general, i a partir d'aquí intentaré amb el poc temps que tenim donar uns flashos, donar unes idees que després, si voleu, podem ampliar. Primer, una visió general del que són llistes d'espera i després em centraré més en el tema de l'intervenció quirúrgica, en l'espera quirúrgica.

Primer de tot, en el tema de la llista d'espera, voldria fer esment especial que tenim tres colls d'ampolla: visita, prova i intervenció quirúrgica (el que és a dintre de l'hospital) i que a més a més una acció reguladora sobre un d'aquests el que crea és un increment del problema en el següent pas. Per tant, primer problema: que això, tots els que hem fet una acció contundent en el tema de primeres visites, per atrapar primeres visites, el que genera és més quantitat de proves en llista, més quantitat de llista d'espera quirúrgica que per tant doncs, té una continuïtat al problema que no es pot abordar d'una manera senzilla des d'un dels punts. A més a més, quan augmentem l'activitat quirúrgica causem un altre efecte dominó el sistema, a nivell de rehabilitació, a nivell dels sociosanitaris, a nivell de la primària, perquè desbordem el flux natural del que realment està drenant un hospital de manera habitual.

34

Respecte al tema de visites i proves. Línies de futur que ens sembla que podríem comentar, almenys en la nostra experiència des d'Osona, és que la variable econòmica és una variable de les més potents per fer canviar les organitzacions. Per tant, el canvi de finançament de passar d'un sistema de compra per activitat a una compra per càpita, realment permet tenir uns instruments que permeten gestionar aquest tema.

Des de la vessant de la primera visita, jo penso que només hi ha una solució: la substitució, el pacte i el nou model que ja comentaven, el nou model de quin és el paper de l'atenció especialitzada en aquest nou model de substitució d'activitat en la primària, augment de resolució de primària i que per tant, l'especialitzada aporta un valor diferent i no simplement en mesures de productivitat.

En la vessant del que és prova. El camí només és un. S'han fet experiències, penso que són útils, que és l'increment de la resolució de tot en una visita: a la visita es fan les proves i es fa el diagnòstic, en una sola visita. Això es pot fer. No



vull parlar de forma genèrica a totes les especialitats, però a moltes es pot fer. Evidentment, vol dir un canvi cultural i, sobretot, un canvi organitzatiu. Petita experiència ràpida que tots coneixeu en el món de la gestió. Els malalts estan més temps en contacte amb els administratius que amb els assistencials. El que haurem de fer és dedicar més temps amb els assistencials i reduir el temps amb els administratius. Realment no hi han gaires possibilitats més de treballar en aquesta línia. Evidentment en el tema prova entenc que el problema és prova diagnòstica no la de control, la de seguiment, que evidentment jo penso que no hem de tractar de la mateixa manera i realment no és aquesta la situació que penso que ens trobem.

Per entrar en el concepte més de llista d'espera quirúrgica, m'ubico clarament pels esments que hi ha hagut en el tema de cirurgia programada. La urgent i la que realment necessita d'una immediatesa, dubto que no es realitzi així en qualsevol tipus d'hospital de Catalunya. Per tant, jo la deixaria a banda, a part d'alguna cosa que pot diríem, emmascarar en el tema de la programada segons quines organitzacions hi hagin en el procediment de d'ompliment de quiròfans, etc. Només anàlisi dels últims cinc anys de l'acció de compra específica feta pel CatSalut en els 15 procediments principals des de l'experiència nostra, Hospital General de Vic. Com ja ha dit el Dr. Agustí, en els 15 procediments principals o escollits, el tema llista d'espera, el temps d'espera i el tema de reclamacions, fenomenal, ha reduït el 50% les reclamacions d'aquest grup. Ha baixat o s'ha mantingut la llista d'espera, pel que comentarem després. I el temps d'espera ha baixat dràsticament en un 50%. Per tant, diré que l'acció mirada de forma individual, fantàstica. Què passa amb la resta, l'agrupador 99 o altres procediments quirúrgics?, doncs que s'ha triplicat. S'ha triplicat el número de reclamacions, s'ha doblat el temps d'espera i l'entrada de llista d'espera també s'ha doblat. Penseu que en una activitat normal d'un hospital general, això és un 50% d'activitat. El 50% d'activitat dels 15 principals, afecta un 50% de l'activitat d'un hospital i l'altra, és un altra 50%, més o menys un 10%. Bé, això podríem dir que poder hem fet algun aspecte en l'activitat, o hem variat l'activitat. Evidentment, l'activitat en la compra específica ha augmentat moltíssim en els hospitals, en el nostre cas, gairebé és més d'un 60% però la demanda, senyors, també ha augmentat. És a dir, el grup on hem treballat més, hem generat més demanda. Hem generat més demanda, per tant, l'únic que hem fet és mantenir la llista. Primera cosa important que em sembla i que ja és dit i tornat a dir: l'oferta crea demanda.

(...)

Hem observat clarament que a més activitat, més creixement de la demanda. També podríem dir, home, també creix la població, per tant creix la demanda per

la població. La població en els últims 5 anys, sempre comparant del 2000 al 2005, ha crescut un 15%, que déu n'hi do, però la demanda com us he comentat un 50.

A nivell d'institució i quan parlo d'institució em refereixo al binomi clarament professional-gestor, aquí en el nostre concepte el que és l'assistència professional que és el que ha de donar la cobertura basant-se en les necessitats del pacient mentre que l'empresa en sí mateix, com a gestió, ha de donar el suport i l'organització per a realitzar aquesta cobertura. Jo crec que té tres funcions clares en el tema de la llista: el tema de la indicació, que ara el comentarem, el tema de la gestió de la llista o la prioritització i el tema purament de la productivitat. Des de la vessant de la indicació, el tema que ja hem comentat aquí, variabilitat clínica o variabilitat de la indicació. Tema important, afecta clarament a la llista d'espera: quatre resultats ràpids dels 15 procediments en la nostra Regió, Catalunya Central, a la qual podem veure que l'artroscòpia, si el 100% seria la mitjana de Catalunya, oscil·la, als diferents hospitals de la nostra Regió entre un 85 i un 200, entrades en llista, estem parlant, eh?, per tant, indicació. Pròtesi de genoll, doncs entre un 100 i un 240, cataractes, entre un 70 i un 140. Fixeu-vos que el doble, el triple, de variabilitat d'entrada en llistes depenent de l'hospital. Per tant, això és una realitat. Evidentment, allà on n'entren més, tenen més pressió, tenen més necessitat, tenen més activitat, tenen més demanda.

36

Indicació també, no en la intervenció, sinó en el procediment a escollir. Importantíssim. Alerta en la diríem, difusió del coneixement, que comentaré després com afecta a la productivitat. Però la difusió del coneixement en els estudis realitzats en el propi estudi del Pla Director de cirurgia oncològica, estem veient que no es difonen a la mateixa velocitat tècniques noves, menys agressives o menys, des d'hospitals universitaris o hospitals comarcals. Per tant, aquest retard que pot haver-hi més temps quirúrgic d'alguns procediments o mes agressivitat, ja no entro en el tema de la qualitat sinó el tema purament de gestió de llistes, pot ser un problema.

L'altra, l'elecció del recurs utilitzat. En aquest moment, fer una intervenció amb cirurgia local o amb cirurgia major o ingrés al malalt, evidentment té un canvi dràstic en l'impacte que pot tenir en la pròpia productivitat i en la pròpia llista d'espera. Resultat ràpid: oscil·lació de la indicació de vasectomia. Des de 0, perquè no hi ha llista, perquè es fa en la mateixa consulta, a 160% perquè ocupa temps quirúrgic de cirurgia major ambulatoria. Clar, escolti'm, això té un efecte directe, gestionable, des de la vessant del tema de llistes d'espera.

Gestió. Gestió de la llista, bé és una realitat, realment hi ha d'haver un sistema de prioritització i s'està avançant, comencen a haver-hi instruments. De totes maneres,



un centre mitjà, general, de la nostra dimensió, la capacitat de gestió oscil·la entre un 20% de tota l'activitat programada. Per què?. Perquè un cop has tret tot el que és l'activitat que ja ve de compra específica directa, més dones prioritats a la gravetat, cirurgia oncològica i alguna cirurgia d'alta necessitat, treta la urgent, sinó programada. Què queda?. Queda un 20-25% de l'activitat que podem gestionar. Per tant, aquest és el nostre marge en aquest moment de capacitat de gestió del que és la llista. Això ho he mirat abans de venir, amb els serveis, servei per servei i bé, més o menys és al voltant d'un 20, en alguns serveis evidentment, no arriba ni al 5%. Tota li ve comprada directament en què és el que ha de fer aquest servei.

L'altre aspecte que hem comentat i l'últim per acabar, és el tema de la productivitat. De vegades ens espanta parlar de productivitat. Escolti, és un acte de responsabilitat social. Uns recursos, unes obertures, unes sessions amb uns recursos humans i materials, ha d'haver-hi la transparència o hi hauria d'haver la transparència per realment fer una comparació de quina és la nostra productivitat en base a aquests recursos. Cosa que sembla fàcil, però que realment hauríem d'insistir. Cal planificar l'activitat quirúrgica programada. Cal planificar-la. Dotar a les sessions i als recursos per fer aquesta activitat programada i organitzar la jornada de treball i el procés en sí del treball. Importantíssim. Sembla una tonteria: no ho estem fent adequadament. Control: n'hi ha d'haver. Hi ha d'haver un quadern de comandament, hi ha d'haver uns indicadors, hi ha d'haver una definició dels indicadors, transparents, i que tothom sapiguem què és el que està fent amb la productivitat d'aquestes àrees quirúrgiques, per serveis, per metges, etc. No per anar de manera sancionadora, sinó per anar a veure de forma transparent i socialment responsable què estem fent amb aquests recursos que paguem entre tots els ciutadans. L'altre és actuar. No només quedar-se amb la indicació ni veure el control, sinó redireccionar clarament i si realment veiem una desviació, doncs hem d'actuar corregint aquests errors.

Només una consideració de l'aspecte de que la no qualitat de la manca de planificació ens està consumint en la capacitat de gestió o de recursos dels nostres espais, que, més o menys, ho tenim xifrat en pràcticament un 15 o un 20%, que és la corba d'aprenentatge de noves tecnologies, o noves tècniques i nous procediments, que incorporem de forma gratuïta en la programació normal, que desplaça evidentment aquesta corba d'aprenentatge a una producció normal que hi podria haver en unes sessions quirúrgiques. Alerta en els hospitals que hi ha MIR. Els temps quirúrgics de la productivitat canvien. Per tant, una altra cosa a tenir en compte és que s'ha de valorar. Què vull dir, que això no s'ha de fer?. No, al contrari. Jo penso que ens hem de plantejar de forma seriosa en el que és el Sistema de

Salut, com fem la difusió del coneixement i la incorporació de noves tecnologies i de noves tècniques que capacitin clarament els professionals per incorporar-se en aquestes noves tecnologies de forma ràpida en tots els hospitals, però que no afectin a les llistes d'espera d'una forma considerable. Res més.

Sra. Pilar Calvo

Molt bé, escoltem ara a Victorià Peralta, com dèiem, de la Divisió d'Atenció Hospitalària de l'Institut Català de la Salut.

Dr. Victorià Peralta

Bé. Per indicacions de la Sra. Calvo i per respecte a vostès, intentaré no repetir-me del que ja s'ha dit. Vull dir, estem tots treballant en el mateix sistema, les reflexions moltes vegades són similars i les experiències i les frustracions també. Llavors, intentaré no repetir-me. El risc és que pugui perdre una mica el fil de la línia argumental que els volia exposar. Em limitaré a unes quantes consideracions, fruit en algun cas -perquè no volia entrar en personalisme ni en experiències molt concretes- d'una certa recerca bibliogràfica que he fet. I després d'aquestes reflexions o consideracions em permetré algun suggeriment respecte al problema, o a intentar millorar el problema de la llista d'espera, si es que és un problema.

38

Si fan una recerca bibliogràfica, jo em vaig molestar a fer-la fa uns quants dies, hi ha una sèrie de dades o de constants que es van repetint. Algunes han sortit en aquesta taula amb experiències ja molt més personals. El Dr. Anglada comentava que per més que es posin més recursos, que s'augmenti molt la producció, el número de persones en llista no ha disminuït ni molt menys. Jo tinc una experiència de fa vint anys quan jo començava en aquest món de la gestió, doncs a l'hospital on estava fèiem 300 cataractes anuals. Ja hi havia llista d'espera, doncs als anys 80 ja hi havia llista d'espera; comença als anys 70 el problema de les llistes d'espera. Doncs cada any, durant tres anys, vam duplicar el de l'any anterior, vam passar de 600 a 1.200. En aquest moment, en aquest hospital, vaig preguntar la setmana passada, s'estan fent 3.000 cataractes a l'àrea sanitària de referència d'aquest hospital. És a dir, en 20 anys, han passat de 300 a 3.000 i el número de persones que estan en llista d'espera continuen sent les mateixes de fa 20 anys, és a dir, que aquesta, a més d'experiència personal, és una reflexió que quan fas recerca bibliogràfica la trobes. És a dir, en augmentar la producció, hi ha algunes excepcions, però en augmentar la producció sí que disminueix



momentàniament el temps d'espera, però no es modifica a mig termini el número de persones que estan en espera. És a dir, que l'oferta genera demanda, i això és una constant absoluta. En tots els treballs publicats al respecte i en la majoria de les nostres experiències personals.

L'altra reflexió i que també és una constant bibliogràfica, el que es troba a la bibliografia, em sembla que també s'ha dit aquí, és que la llista d'espera va vinculada als sistemes sanitaris públics, als sistemes sanitaris d'assegurament universal. Abans parlàvem d'Estats Units, segurament no tenen aquest problema, a Alemanya molt poc, molt poc, gairebé gens, i a Itàlia, per real decret no controlen la llista d'espera, o no la fan pública, per tant, tampoc la tenen. A la resta de serveis de sistema sanitari públic amb assegurament universal i amb pressupost global, la llista d'espera és una constant, és a dir, que no som una excepció en aquest sentit i des dels anys 70.

La segona consideració és la gran variabilitat. Abans també ho comentava, em sembla que ho deies tu Anglada, la gran variabilitat geogràfica, la gran variabilitat per indicacions. Ens trobem que no hi ha veritats absolutes, és a dir ens trobem dintre del nostre país una gran variabilitat i sí que hi ha una sèrie de constants que sembla que van lligades a la variabilitat: a més recursos, més llistes d'espera. És a dir, allà on hi ha més metges per població, allà on hi ha més hospitals per població, la llista d'espera acostuma a ser més alta. Això és una altra constant que et trobes a la bibliografia. És un contrasentit, doncs és així. Torna la línia de que l'oferta genera demanda. I no és bo ni dolent, però és una realitat que ens trobem.

L'altra, quant a instal·lacions i quant a professionals. Una altra reflexió que també et trobes a la bibliografia és que la llista d'espera, que en principi hauria de ser un element de garantir l'equitat del sistema, ho garanteix, eh?, jo crec que fonamentalment ho garanteix. I aquest és un gran avanç dintre dels sistemes públics. Però no per a tothom. També es troba a la bibliografia que els famosos, els familiars de sanitaris o els sanitaris, no tenen els mateixos problemes i els polítics no tenen els mateixos problemes a la llista d'espera que la resta dels mortals. I a menys nivell cultural, a menys nivell socioeconòmic, més problemes hi ha a les llistes d'espera als sistemes públics. Les altres reflexions que també trobes constància, és que no hi ha una relació clara tampoc entre el PIB dedicat a la sanitat i les llistes d'espera. És a dir, en els països del nostre entorn occidental, per més PIB que es dediqui a la sanitat no vol dir menys llista d'espera. Tampoc es dona, va molt unit amb el que els comentava abans dels recursos i de l'oferta

i la demanda.

Per l'altra part, la llista d'espera tampoc va unida al color polític o a la tendència política del govern de torn. Ni autonòmics, ni governs estatals. Les llistes d'espera es perpetuen i es mantenen sigui quin sigui el color del govern. I l'altra referència que també et trobes, i ho deixo aquí com a reflexió, és que no hi ha uns paràmetres que es puguin comparar. És a dir, cada país ho compta com vol o com pot i cada Comunitat Autònoma ho compta com vol o com pot. És molt difícil establir comparacions fiables entre els diferents països.

Bé, doncs fetes aquestes reflexions, definir la llista d'espera ja és difícil, però jo m'he trobat cinc definicions que no vénen al cas en aquest moment. Però sí una reflexió i és que l'augment de població, l'oferta que genera demanda, l'evolució de les tècniques, sobretot de les tècniques quirúrgiques i també diagnòstiques, ha condicionat els últims anys la llista d'espera, la condiona totalment. La relació cost/benefici pel pacient Abans els parlava de les cataractes, recordo fa 20 anys als hospitals una cataracta era 10 dies d'ingrés. Tots sabem ara com es fa la cataracta. És a dir, aquesta millora de l'equació cost/benefici ha propiciat també que aquestes llistes d'espera augmentessin, afortunadament.

40

Reflexions sobre Catalunya. Jo que he estat en uns altres sistemes sanitaris, em puc permetre aquí fer algunes reflexions, tres o quatre només, sobre com està la meua perspectiva de la situació de les llistes d'espera a Catalunya. Crec que a Catalunya hi ha dos punts fort, que no sé si tots els catalans en som conscients perquè tots els catalans ho hem viscut des de dintre i els tenim perfectament assumits. Un, és que a pesar dels canvis de govern s'han mantingut uns criteris continuïstes, filosòficament continuïstes. S'han posat més mitjans, però no s'ha canviat absolutament el sistema, no passa a totes les Comunitats Autònomes, eh?, canvia el Conseller, canvia el Govern, i el que abans hem mesurat d'una manera, es mesura d'una altra, i el que abans era política sanitària d'un tipus passa a ser un altre. Per tant, jo crec que és molt positiu, perquè primer és donar continuïtat, donar coherència, donar credibilitat i perquè no, experiència als que ens dediquem a això. No estem canviant cada quatre dies de sistema. L'altre gran punt fort que jo diria que tenim aquí a Catalunya, seria el fet que, a pesar de que probablement últimament està canviant, però que la llista d'espera no s'està utilitzant amb massa crueltat política. Tampoc passa així a la resta del territori ni altres Comunitats Autònomes. Surt, però no és un fet de gran diguem polèmica política, o en qualsevol cas és inferior a altres llocs.



Com a punts no tan forts aquí a Catalunya, jo diria que el propi sistema sanitari d'aquí a Catalunya, la gran fragmentació, fa molt difícil, i abans els companys ho comentaven, una correcta monitorització de tots els processos. És a dir, passar al metge de capçalera, del metge general o el metge de família passar a una prova diagnòstica, de la prova diagnòstica passar a una indicació quirúrgica, aquesta indicació quirúrgica passar a l'hospital, refrendar la indicació quirúrgica, passar al preoperatori, doncs a la complexitat que ja porta el sistema en sí, si a sobre ens trobem per seleccions amb proveïdors diferents, això es fa més complicat moltes vegades i en qualsevol cas, el que sí és complicat és monitoritzar-ho tot això.

L'altre aspecte que jo també m'atreveria a mencionar aquí com un aspecte a considerar per part de l'autoritat sanitària, és que jo crec que el tema de la monitorització de les 14 patologies ha tingut un efecte molt positiu, ha ajudat a posar-se les piles. Però té algun efecte secundari, un efecte pernicios, com és que hi ha altres patologies -i em sembla que també ho comentava en Anglada-, hi ha patologies que estan deixades de la mà de Déu, no estan dintre d'aquestes 14 i s'eternitzen. I no necessàriament aquestes 14 que es monitoritzen i es dona comptes al Parlament ni són les més greus ni possiblement les més preocupants.

Solucions a les llistes d'espera. Home, si fa 30 anys que tenim problemes i els problemes els identifiquem com a multifactorials no són fàcils de solució. Jo crec que hem de saber que hem de conviure amb les llistes d'espera. Les llistes d'espera, en certa manera, és una garantia d'eficiència del sistema i tampoc ho podem millorar. Les llistes d'espera les tenim i les tindrem, em sembla que abans ho deia el Dr. Agustí, i això crec que és un missatge que hem de deixar molt clar. Una altra cosa és quin és el temps d'espera desitjable, quin és el temps d'espera que ens podem permetre i si tots els temps d'espera han de ser iguals. Si és el mateix esperar per a una patologia o per una altra. I possiblement, aquest seria un canvi que s'hauria d'anar fent. És a dir, anar modulant l'espera segons patologies. Jo crec que el sistema en general ha treballant molt en treure llista d'espera, és a dir en ofertar més serveis, ha augmentat molt la producció. Jo crec que això s'ha fet molt bé, i que s'ha de continuar fent, però probablement s'ha treballat molt menys en l'entrada a la llista d'espera. Abans em sembla que també ho deia el Dr. Agustí, és difícil, és més fàcil segurament i té més adeptes augmentar la producció que no decidir socialment, si amb evidència científica i amb una certa cohesió per part dels professionals i de la pròpia ciutadania, què ha d'entrar en llista d'espera i què no. Jo crec que és el gran desafiament que ens queda, hem de seguir produint més, hem de seguir millorant l'eficiència, però si no controlem el que entra a la llista d'espera.. I ho controlem de forma racional, eh?, és a dir una llista d'espera

41



racionalitzant l'entrada, no estic dient ni més ni menys, sinó racionalitzant l'entrada, no trobarem o no avançarem en la solució del temps d'espera, que al final és el que últimament s'està mesurant.

Jo suggeriria dues coses, i ja acabo, respecte al tema de l'entrada de la llista d'espera. Jo crec que hem de fomentar als hospitals jo diria petits comitès, dintre cada servei, que decideixin l'entrada en llista d'espera i que ho fessin d'una forma homogènia. En aquest moment l'entrada a la llista d'espera no és homogènia i per això ens trobem amb una gran variabilitat. Jo crec que aquest és el desafiament: continuar produint més però homogeneïtzant i racionalitzant l'entrada en llista. Gràcies.

Sra. Pilar Calvo

Molt bé. Gràcies. Escoltem ara la Sra. Carme Sabater, de la Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat.

Sra. M. Carme Sabater

42

Bon dia. Moltes gràcies a l'organització, al Dr. Ibáñez, per haver-nos convidat i pensar en els usuaris, en els receptors de tota aquesta activitat. S'està plantejant, com és normal, com una empresa. O sigui, el sistema públic de salut és una empresa, en la qual hi ha diners que entren i uns serveis que s'han de prestar. Però és clar, la salut per nosaltres i per vostès com a usuaris, no té preu. Si no, preguntem a les persones què desitgen: primer de tot salut, diner i amor. És com aquella cançó de fa molts anys. Per tant, penso que sí, s'ha de mesurar i hem de fer sostenible un sistema de salut, però que per a les persones, la salut no és mesurable. Agrair també que estem aquí els usuaris, és a dir aquelles persones que estem a l'altre extrem de tot el que es fa. I evidentment, volia fer alguna petita puntualització, que comparteixo amb el Dr. Lledó. El Dr. Lledó ha dit que pacient és qui espera, qui pateix, és per això que nosaltres no acostumem a utilitzar la paraula pacient, diem malalt. A Catalunya tenim aquesta sort, podem dir malalts. Llavors això de pacient és de paciència, no ens interessa, perquè la paciència se'ns acaba.

El Dr. Balcells ha dit que qui és urgent, és intervingut. No sempre és així, no sempre és així, perquè la urgència, cadascú la pateix des del seu punt de vista i des de la seva quotidianitat. És a dir, si una persona està de baixa, si una persona té



segons quin treball i s'ha de fer una intervenció que no està dins dels procediments de garantia, pot esperar un munt de temps. Després farà una casuística molt puntual, que veuran com és.

Des del punt de vista global, com a reflexió, els usuaris estem molt contents: les llistes d'espera s'han rebaixat, s'han rebaixat força. Hi ha més transparència, sembla que ens hem posat les piles. I a més a més, amb força efectivitat. Però, tot i això, volem puntualitzar alguns aspectes i aspectes que estan recollits dintre d'un DOG, que és del 22 de juny de 2005, que és el 4.159, que són el temps d'espera dels processos de garantia de sis mesos, més un mes pel CatSalut. Perfecte, fins aquí res a dir, però és evident que, primer puntualitzar que el nostre biaix és sempre de l'altre costat. A nosaltres no ens vénen les persones contentes a dir escolti'm, miri, vinc a dir-li que el sistema de salut funciona molt bé; no, tot el contrari, ens vénen aquelles persones que tenen queixes. Un gruix prou significatiu de les persones que venen a consultar-nos o a fer reclamacions està relacionat amb les llistes d'espera. I no tan sols de les intervencions quirúrgiques dels procediments en garantia, sinó d'altres llistes que també s'ha parlat aquí a la taula, les proves diagnòstiques, les especialitats, que, en principi, hi ha altres patologies que no són tan greus com deia el Dr. Anglada o deia el Dr. Peralta, però que van augmentat i van creant una bola important.

De fet, amb les llistes en garantia el que passa és que la gent està molt desinformada. Tu vas al metge i diu: miri, després d'haver-li fet un seguiment, s'ha d'operar. La persona creu que en aquell moment entra en la llista d'espera. I no és cert, no és així. No s'entra en la llista d'espera fins que el centre no facilita el document informatiu d'indicació d'intervenció. I hi ha centres que això no ho faciliten. I aleshores quan ve una persona amb una queixa evidenciem que no s'ha fet el que s'havia de fer. Amb això haig de dir que tenim el recolzament i el suport del CatSalut que ens ajuda moltíssim en aquesta recerca per intentar solventar aquelles coses més punyents. Per tant, no podem deixar de dir que els usuaris som molt bons, massa bons. Perquè què passaria si passem dels 7 mesos i com que hi ha un Decret en el qual em diuen que als 7 mesos puc anar a la privada, doncs me'n vaig tranquil·lament a la privada i passo la factura a la pública. I què passaria? I què passaria si nosaltres com a Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat o altres organitzacions similars, i en aquest cas també poso al Dr. Jovell, féssim una campanya promocionant això, què passaria?. No és el cas, no és el cas perquè nosaltres sumem, no restem, i sempre intentem col·laborar amb l'Administració perquè creiem que el benefici sempre és comú, tant pels usuaris com pels professionals.

43



Anem a veure, les intervencions sense garantia. S'ha dit que els hospitals que hagin de demanar més activitat, o sigui més recursos per activitats que no estan fixades dintre del sostre de l'exercici, quan hi ha un exercici que s'ha arribat al límit de les intervencions, es pot demanar un pressupost d'activitat. Doncs no ho entenc, per què tenim tanta borsa fora de les llistes de garantia llavors?. La percepció d'urgència neix de la necessitat de desenvolupar una vida quotidiana normal, de treballar, de no haver d'anar al metge una, dos i tres i quatre vegades, de no haver d'agafar baixes laborals, que el porti el metge de capçalera...

Volia presentar tres casos molt puntuals però molt significatius. Persona jove, laboralment molt activa, pateix un procés d'infecció, té problemes, se li practica una colectomia i un cop passada la infecció se li diu que se li farà la reconexió. I d'això fa 3 anys. Diguí'm com aquesta persona ha de viure. Un altre, amb el que nosaltres vam actuar, i ho lamento, però vam actuar a través de TV3. Era un senyor que va caure d'un quart pis, i aleshores a aquest home li havien de posar una placa frontal, perquè qualsevol cop li hagués pogut provocar danys irreparables. Aquest senyor feia 5 anys que estava esperant la intervenció. En 15 dies, quan va sortir per la televisió, se li va fer. Aquestes coses fan mal, molt de mal. I si no, una altra que és del Vallès, i aquesta és de la zona nostra, jo també soc del Vallès. Al 2000 se li diagnostica una cosa tan simple com és un varicocele, tan simple. Era un senyor jardiner. L'any 2003 ens va trucar que encara estava esperant. Jo porto un any intentat que l'operin. Això és una mostra de la percepció que tenim les persones de la urgència, de les patologies que no estan en llista de garantia, no tenim garantia. Estic convençuda que els professionals, siguin infermers, siguin metges, fins i tot l'administratiu que li van a demanar cada dia, escolti'm no estic a la llista d'espera?, a la llista d'intervencions?, ho deuen de passar malament. No ho sé, jo els hi preguntaria què sent vostè quant aquest pacient li ve una i dos i tres vegades i li diu escolti'm que no em trobo bé, que cada vegada estic pitjor, i vostè li diu escolti'm es que jo no puc fer res, com se senten?, deuen sentir-se fatals i a més a més pressionats per la pròpia gerència de l'hospital perquè s'ha de fer.

I si parlem de proves diagnòstiques, ara que ja sabem que la Consellera s'ha compromès. Hem de dir una Consellera molt valenta, ja veurem si se'n sortirà perquè s'està compromentent a tantes coses i amb tants diners que jo li desitjo tota la sort del món perquè la seva sort és la nostra, no?, la de vostès i la nostra. Entenem que s'hagi de fer un control i passis un temps determinat, per exemple en les persones amb malalties cròniques que han de fer-se controls i proves diagnòstiques i aquestes se'ls hi doni un temps determinat, perquè és un control. Ara bé, hi ha aquelles persones en que no és un control, és un problema que ha

44



sorgit amb el qual s'està evolucionant i aquella persona ho passa molt malament esperant i esperant. I què passa, sí, moltes vegades es desesperen i se'n van a la privada. Bé, a la privada paguen, fan l'esforç econòmic, paguen la visita i els prescriuen el tractament. I llavors van al seu metge de capçalera, el qual majoritàriament, tot i que es fa de mes i de menys, afortunadament, no li pot receptar. I és clar, aquell senyor que ha fet l'esforç d'anar a la privada en aquest cas i el medicament és molt car... Evidentment que la llei diu que no es pot fer però és clar, potser cal valorar i hem de fer un examen de consciència del que està passant.

I finalment, entrem en el tema de les especialitats. No pot ser que una persona vagi a un especialista perquè li fa mal per exemple un genoll i no pot caminar i li diguin que ha d'anar d'aquí 4 mesos a visitar-se. S'està generant des del propi sistema i des del propi metge, que se'n vagin a les urgències. Cosa que no volem ningú. Perquè per una altra part, les urgències són per casos urgents, no per casos que es poden resoldre dins del sistema. Que hi d'haver més coordinació com diem, el Dr. Jovell ho deia, bé jo crec que ho diem tots. Els plans de xoc, nosaltres no hi creiem en els plans de xoc, perquè s'ha dit si han posat metges, han posat infermeres. Metges pocs, perquè alguns s'han jubilat. Infermeres, jo encara no les he vist, potser sí, alguna n'hi deu d'haver, no dic que no. I penso que ja he dit prou, em sembla que m'he passat del temps, ho sento. Gràcies.

45

Sra. Pilar Calvo

Tenim també a la taula al cirurgià Antoni Sitges, que representa la Societat Catalana de Cirurgia.

Dr. Antoni Sitges Serra

Be, jo tinc la sort de que quasi ningú ha dit el que jo anava a dir. Així que espero que sentiu coses noves. Be, jo us parlaré en tres nivells, primer com a clínic, com a cirurgià en actiu, opero de l'ordre de 200 pacients l'any i en veig 600 o 700 a les consultes externes, per tant, estic en certa manera a la trinxera. Després us parlaré en representació dels meus col·legues, com a President de la Societat Catalana de Cirurgia i tocarem alguns temes d'organització que em semblen rellevants. I finalment, faré algunes ressenyes com a científic, com a home preocupat per les evidències racionals en aquest tema.



En primer lloc, com a clínic, quatre coses ben senzilles. Nosaltres estem en desacord amb la prioritització de patologies. El clínic, el que ha de fer és operar abans als malalts que ho necessiten primer. Per tant, el procés de prioritització de patologies “es un callejón sin salida”, perquè n’hi ha moltes. Els cirurgians generals belluguem més de 100 diagnòstics i si els tinguéssim de prioritzar no acabariem mai. Per tant estem per la prioritització per gravetat i per tant per un criteri selectivament diferent del que tenim ara. Ja hi ha molts projectes en marxa a molts països on s’ha abandonat la prioritització de patologies en funció de la gravetat del pacient i de la necessitat que es crea d’operar aquest pacient. Per tant, com a clínic, jo, en general, dono sempre prioritat al pacient que més ho necessita sobre el que més espera. Però és un primer tema pel debat.

Segon tema molt important pel clínic. Les llistes d’espera, la gestió de llista d’espera, no ha de crear conflictes en la confiança metge/pacient. Això és molt important, perquè veiem iniciatives preocupants, com per exemple, malalts que súbitament són comprats per un altre hospital, desapareixen de les llistes d’un centre i apareixen en un altre, on els operarà un cirurgià que mai han vist, que no coneixen i que no els ha fet el preoperatori. O al revés, apareixen alguns cirurgians com en algunes Comunitats Autònomes tenen, ambulatoris, com eren cirurgians a l’edat mitja que passejaven per diferents ciutats operant. Per tant, qualsevol element de gestió que interfereixi en la confiança en el metge és un problema, i és un problema que a la llarga repercutirà en pitjor qualitat i més judicialització de la cirurgia.

46

El tercer, evitar que un pacient sigui perjudicat pel diagnòstic que se li fa. No podem tolerar que un pacient que tingui hemorroides sigui perjudicat perquè el diagnòstic d’un altre sigui una hèrnia o viceversa. O sigui, el diagnòstic en cap moment ha de poder representar una sentència d’espera. Per tant, novament, independentment del diagnòstic, la prioritat s’estableix en funció de la gravetat, de l’impacte psicològic, de l’impacte social del pacient. Jo crec que això és molt important. I finalment, també, les patologies intermitges no han de sortir perjudicades, perquè clar, totes no les podrem prioritzar i finalment, la patologia de la paròtida, de la diverticulosi o de la tiroïdal, ha de tenir algun lloc, perquè no són ni càncer ni banals. Per tant, insisteixo, hem de canviar de model, hem d’anar cap a un sistema de prioritització en funció de l’impacte.

I finalment també com a clínic, una cosa que em preocupa molt, és l’equitat. Tots els que estem aquí, tots, tenim accés a l’especialista, a la mamografia, o a la colonoscòpia, en menys de 48 hores. Per tant, els que estem en el sistema sanitari,



som uns privilegiats en aquest entorn. I en canvi, no pensem que els usuaris estan a vegades molt perjudicats, perquè no tenen la influència que tenim tots nosaltres per manipular amics o coneguts, començant pels polítics i acabant pels metges, per entrar o per saltar-se les llistes d'espera. Per tant, l'equitat és un tema preocupant.

Deixeu-me ara que us digui algunes coses com a President de la Societat Catalana de Cirurgia, com a representant d'un col·lectiu de professionals que, en definitiva, estan en la base, com deia la companya d'usuaris, doncs estan també al final del sistema i nosaltres estem molt a prop seu també, al final del sistema. Mireu, com a president de la Societat Catalana de Cirurgia, haig de reclamar més participació dels tècnics, dels cirurgians en aquest tema. I això per tres motius. En primer lloc, perquè el tema de les llistes d'espera i la gestió sanitària s'ha de civilitzar. I agafeu el tema civilització amb tots els sentits que té, però sobretot amb un: ha de ser patrimoni de la societat civil, cada vegada més. No pot ser que les administracions públiques manegin aquest tema al seu antojo. Hem de tenir entre els ciutadans i l'Administració un cos tècnic preparat que gestioni independentment i amb solvència i credibilitat les llistes d'espera. Per tant, aquí els tècnics, i entre ells els cirurgians, podem jugar un paper molt important. Hem de civilitzar la gestió de llistes d'espera.

47

En segon lloc, podem aportar criteris tècnics, que sinó no s'aporten. Podem aportar evidència científica, que sinó no entra, o entra a través de persones que estan allunyades de l'assistència clínica. I finalment, una tercera raó molt important. Per què hem d'estar els cirurgians involucrats?. Perquè els cirurgians necessiten més visibilitat. Si no donem visibilitat als cirurgians, si no fomentem el rol d'un cirurgià competent, d'aquí a 10 anys o 15 anys, veureu els efectes del que està passant ara, que la cirurgia general i moltes especialitats quirúrgiques s'estan agafant amb els últims números de MIR i amb poca qualificació. Com a President, els hi haig de dir que en aquests moments, en cirurgia general, tenim una crisi vocacional de gran envergadura que es pagarà, evidentment no demà passat, no serà un problema a lo millor del govern del Sr. Maragall, però serà del que vingui després o de l'altre. I és obligació nostra pensar-hi ara. La crisi vocacional en cirurgia és molt important, i per això el cirurgià necessita més visibilitat perquè hem de potenciar aquest personatge social, donat que com sabeu tots, tots, quan morim tindrem com a mínim, en el cos, una cicatriu quirúrgica.

Per què també em preocupa com a President de la Societat Catalana de Cirurgia, per què, al final, com es compensen les llistes d'espera? Treballant més. I treballant



més amb els mateixos recursos o amb molt pocs més, al menys els que arribin als cirurgians. Hi ha cirurgians que per fer una tarda de cirurgia cobren 150 euros bruts. Això és indigno. Aquí molta gent vol medicina suïssa a preus marroquís. Això no és així. Això no va així. O als metges se'ls hi paga el que se'ls ha de pagar o no tindreu metges. Ja es deia ara que a l'Empordà estan important ginecòlegs colombians o a no sé a on cirurgians polacs. És clar, si voleu això, és el que tindreu. Perquè o es paga als metges, se li dóna visibilitat social i se li dóna el que mereix, o tindrem una crisi vocacional encara molt més d'envergadura. Per tant, la compensació econòmica ha de ser real. Altres centres en lloc d'aquesta misèrrima compensació econòmica, han decidit: molt bé, feu peonades i no mirem l'horari ... teniu horari fins a les 5, ara podeu marxar a les 3 i en canvi opereu una tarda. S'han carregat tota l'activitat de tarda del servei, s'ha acabat el temps acadèmic, s'ha acabat el temps de sessions bibliogràfiques i hi ha molts serveis que, per culpa de la gestió de la llista d'espera han eliminat l'activitat de tardes, perquè els seus membres compensen l'horari. Per tant, com a President, estic molt preocupat pels sistemes de compensació, tant econòmics com en temps.

48

Tercer problema: l'eficiència del sistema. A nosaltres com a cirurgians ens deixa estupefactes veure com no hi ha gestió dels quiròfans. Sincerament, no hi ha gestió de quiròfans. El quiròfan el gestiona la instrumentista més espavilada, que amb el temps s'ha fet supervisora, i que moltes vegades és una excel·lent infermera però que té pocs coneixements de gestió d'un quiròfan. Quan us sembla que estem esperant els cirurgians entre operació i operació en aquests moments als quiròfans catalans?, entre 45 i 75 minuts, entre pacient i pacient. És impressionant!, menys del 50% de temps quirúrgic és del cirurgià. El cirurgià fa un 50, amb sort, l'anestèsista està pel trenta i pico, i la resta és quiròfan buit. Per tant, cal una millor gestió del temps de quiròfan. Els malalts que surtin ràpid, que entrin ràpid, que es netegi ràpid i que es canviï en funció de criteris de gestió actuals, no simplement perquè és l'hora de l'esmorzar sindical i hem de parar mitja hora, de 10 a 10:30. Aquest punt de l'eficiència del sistema és un de molts, de molts, però sobretot aquest és especialment punyent, perquè a més els temps anestèsics s'han allargat molt i realment el temps quirúrgic va cada vegada a menys. És molt freqüent un cirurgià, per exemple, que té una sessió quirúrgica de 8 a 3, que d'aquestes 7 hores realment n'estigui fent 3 i mitja o 4 com a cirurgià.

Una altra cosa que us volia dir. En realitat, els plans de xoc, els plans de xoc estan molt bé. El Sr. Agustí ha fet una bona arenga, la Sra. Sabaté ha estat molt ajustada. Vale, el pla de xoc "es pan para hoy y hambre para mañana". El Sr. Peralta, el model no canvia. Home, tots teníem certes esperances de que alguna cosa canviés



fa un parell d'anys, jo al menys. És a dir, tothom està convençut de que el pla de xoc no va i té una acció limitada, per tant les coses han de canviar, en Jovell ho ha dit ben clar: hem de canviar de model, a què esperem?. Hem de canviar de model. No es pot dir: la sanitat catalana no entra en el tema polític, aquí tots estem d'acord, que va, que va!. Això és del que em queixo jo, que no hi hagi oposició en aquest tema, no utilitzar la sanitat com a arma arrojadiza evidentment, però sí veure que amb mesures momentànies "es pan para hoy y hambre para mañana". Necessitem canvi de model.

I finalment, com a científic, com a evidència científica, jo crec que en els darrers anys s'han anat produint aportacions molt interessants que cal recollir. El projecte d'Ontario, per exemple, sobre prioritització publicat al *Canadian Journal of Surgery*, és un model extraordinari. Per què no l'implementem, per què no agafem sistemes de prioritització comprovats?. Això, evidentment, no acabarà amb les llistes d'espera, això és una realitat que tenim, però al menys podrem gestionar-les de manera que siguin més racionals i que perjudiquin menys als pacients. Després, s'ha d'explicar a la població que, en càncer, l'interval entre símptoma i tractament, senyors, no canvia el pronòstic, això és una evidència dura. I evidentment, això no treu l'angoixa dels malalts. A mi em sembla molt bé que tothom vulgui fer una colonoscòpia l'endemà que tinguis una rectorràgia, però si tens un càncer de colon, que et facin la colonoscòpia demà passat o dintre d'un mes i mig no canviarà en absolut el pronòstic. I l'evidència científica a favor d'això és contundent, per a colon, per a esòfag, per a pàncrees, per a estómac. En el càncer digestiu, senyors, l'interval símptoma-diagnòstic no influeix el tractament, perquè evidentment estem mirant a l'1 per mil de la història natural d'aquest càncer. Això és una evidència que és important. Que podem tenir la colonoscòpia en 3 dies? Millor. Segur que si algú de nosaltres te una rectorràgia la tindrà feta en una setmana. Però siguem també conseqüents amb l'evidència científica.

Més volum més qualitat. Una altra evidència científica impressionant i irreversible. Jo, i ara també parlo coma President de la Societat Catalana de Cirurgia, miro també estupefacte que Catalunya tingui 50 serveis de cirurgia. Probablement és el país que té més serveis de cirurgia en nombre d'habitants. Resultat: sistema molt poc eficient. Poc volum, menys qualitat i menys eficiència. Això per les urgències, l'evidència és contundent a Catalunya. Però inclús amb molta cirurgia electiva, també -en Roger Pla està fent un esforç enorme per a demostrar-ho i ho ha aconseguit. Però és que en totes les patologies necessitem un sistema diferent. No podem anar inaugurant hospitals, no podem tenir hospitals de 80 llits, de 100 llits, que facin mitja jornada de cirurgia. Jo crec que el sistema és molt poc eficient.

Hem de concentrar esforços, hem de ser més eficients i hem de tenir més patologia per cirurgia perquè ho puguem fer millor. Per tant, tot el que ens està dient la literatura sobre volum i qualitat, és que la patologia convé fer-la amb volum suficient que els cirurgians tinguin suficients malalts per operar, perquè sinó, no ho fan bé.

I finalment, dintre dels protocols preoperatoris s'ha d'aplicar també l'evidència. Estem sobrecarregant als electrocardiografistes, les plaques de tòrax i l'analítica. Hi ha evidència contundent de que un pacient de poc risc no ha de tenir preoperatoris. Bé, però ningú ho implementa això. Doncs fem-ho, fem-ho, ho ha dit la Societat Espanyola de Cirurgia, la d'Anestesiologia, els protocols d'Estats Units, (...) Per tant, apliquem les evidències. Per què no canviem realment el model?.

I finalment doncs potenciar la CMA. Lògicament això també ho han dit altres col·legues, també hi ha una evidència científica abundant i clara, és un sistema àgil, ràpid, segur i sobretot, més eficient per manejar llistes d'espera o patologies banals. Jo crec que són uns quants arguments d'evidència científica suficients com perquè realment els implementem i els fem servir.

50

I ja finalment, per acabar, penso que realment el que necessitem són canvis estructurals. No podem passar-nos la vida posant uns quants diners més. El problema de les urgències és igual. Jo, quan era MIR, ja estaven col·lapsades les urgències i anem fent plans de xocs, però ningú ha fet un canvi estructural, siguem realistes, les urgències ingressen el 30% dels malalts de l'hospital. Doncs fem serveis d'urgències adequats, sinó sempre estem igual. La llista d'espera serà igual, fem canvis d'organització, fem canvis de sistema, no podem anar posant uns quants milions sobre la taula. I sobretot, sobretot, civilitzem la gestió de les llistes d'espera i civilitzem la sanitat. No pot ser que arribi la Consellera Geli, aixequi la porta del seu despatx i digui: he descobert 30 mil malalts més. Perdoni, això a la població li provoca una autèntica crisi de credibilitat i vostès com a polítics, tenen en aquests moments un gran problema de credibilitat i només la podran guanyar si civilitzen la gestió, incorporen tècnics, introdueixen evidències científiques i obren, obren definitivament el tema de les llistes i de la sanitat també a la participació de la societat civil. Ja està. Gràcies.

Sra. Pilar Calvo

El Dr. Sitges, com veuen, ha fet cas de la seva condició de cirurgista, ha posat el dit a la nafra i ara ens queda escoltar l'opinió de la sanitat privada. Com dèiem,



la Sra. Laura Pellicer representa USP nova Dexeus.

Sra. Laura Pellicer

Bon dia, quasi bona tarda ja. Abans que res, moltíssimes gràcies per la invitació al Dr. Ibañez, al Dr. Lledó. Demano disculpes en nom de Gabriel Masfurrol per no poder estar aquí. Li hagués agradat, però per temes d'agenda m'ha demanat que vingui. Ja m'imagino la vostra decepció, imagineu-vos la il·lusió que em fa aquí dir que no pot venir, però intentaré –tot i no arribar a les expectatives–, fer-ho el millor possible. Gràcies també per deixar que intervingui el sector privat. No és habitual. El sector privat moltes vegades sembla que el veuen com una sangonera xupant del sistema. I jo, la veritat, he passat molts anys en el món acadèmic, he treballat també uns quants en el sector públic, i el que explicaré ara, el que defensaré ho he defensat també en èpoques anteriors, sobretot l'acadèmica que és com la que més cuirassa et dona, i avui ho haig de fer des del sector privat.

Jo el que volia comentar, bàsicament l'objectiu del que pretenc explicar, és que les llistes d'espera són un símptoma d'una patologia que és crònica. Però és només el símptoma, i la patologia no és que no és que no es pugui curar, no, és que no es vol. No es vol perquè és contrari al que es pretén que faci el sector públic. I això dient per endavant que sóc una defensora a ultrança del sector públic. Per què no es vol? Perquè s'ha fet una aposta en aquest país, com a molts europeus, cap a un sistema sanitari universal i per tant, sistemàticament i per definició, un sistema que és universal i que vol dir que dona una cobertura asseguradora, una cobertura asseguradora pública, vol dir que tothom hi està gratis, tothom. Des d'un punt de vista de l'equitat i de l'eficiència, i perdoneu perquè sóc economista, no sé si n'hi ha gaires més aquí, però des d'aquest punt de vista, és el millor sistema que es pot tenir. I això és així. És el millor sistema, indiscutible. Ara bé, té aquest petit inconvenient, que totes les prestacions són gratuïtes, tothom hi pot anar, i són totes les prestacions possibles. Gratis. Sistema de prestacions màxims, tota la població. A més, la demanda va creixent, tots ho sabem: pel nivell educatiu que fa que les expectatives que tinguin de l'assistència són més altes, perquè tens molta població immigrant que està entrant, perquè tens 50 milions de turistes a Espanya, etc. Etc. Hi ha un increment de demanda brutal i, a més, estem dient hi ha una cobertura universal.

Clar, jo no veig com es pot parlar de reducció de llistes d'espera. Es poden fer plans de xoc, millores de gestió, s'han mencionat iniciatives molt interessants,

51



molt lloables. Però és realment intentar pal·liar un monstre, una cosa que és tan gran, que no s'arribarà a controlar amb això. Jo crec que és una cosa que tots sabem. Però el que sí volia dir és que no és que no puguem, és que és contradictori dir solucionem això fent que la gent pagui. Ara hi ha cues perquè és universal, no fem-ho tan universal, fem-ho amb copagaments i ja està, ja has obert la capsa de Pandora. Perquè des d'un punt de vista econòmic els copagaments no està gens clar que funcionin, això per una banda. Perquè si els pagues els copagaments sobre serveis que són molt necessaris, que l'economia diu que tenen una demanda molt inelàstica, la gent no deixarà de demanar-los. Si t'han dit que tens una intervenció i que hi ha un copagament X o hi ha un copagament tres vegades X, te la faràs igualment. Tenen un efecte recaptatori i dius, si tampoc era això.

O bé hi ha serveis que tot el contrari, que si hi ha copagament deixes de fer-los servir. Dius, a veure, un altre cop antiuniversal el sistema, perquè vol dir que hi haurà gent, certa gent, que degut a les seves condicions socioeconòmiques no hi accediran. Per tant, també contradiu l'objectiu que buscàvem. I a més, políticament, cada cop que es planteja un copagament -tot i que alguna cosa es podria fer- és com cremar-se com un misto, ningú vol parlar-ho de front. I així es diu que no posem copagament perquè trenquem la universalitat i el sistema és universal i jo, que crec totalment en un sistema universal, també crec que no existeix, que és mentida, que és un miratge, que sempre mesurem aquesta universalitat en termes de ningú paga, tothom ho té gratuït i tothom ho té tot. I això és mentida, no existeix. És veritat que no paguem, però no és veritat que tothom tingui dret a les mateixes prestacions.

52

El Consell interterritorial, aquest que hi ha a Madrid, que coordina les Comunitats Autònomes, es tornen bojos. Han sigut incapaços, en 20 anys, de definir quin és el catàleg de prestacions que han de donar les Comunitats Autònomes. Una et finança la llet, l'altre els canvis de sexe, l'altre l'obesitat mòrbida i tothom ha finançat el seu. Què passa?, un és més universal que l'altre?, quin és l'universal?. Qualsevol d'ells. La qualitat tècnica que ofereixen els diferents sistemes sanitaris no és el mateix, amb la qual cosa no podem parlar de la mateixa universalitat. El Dr. Jovell posava l'exemple del PET TAC. Bé, és universal si no hi ha PET TAC? O sí que ho és?. Possiblement no ho és perquè encara hi ha un grau més d'universalitat. I finalment, el temps que triguen en atendre't. És el mateix fer-te esperar més de 200 dies per una mamografia que fer-la demà?. No és més universal el sistema que te la fa demà, que el que te la fa d'aquí 200 dies?.

Quan jo sento a dir que a Espanya segons la Constitució hi ha un sistema



J O R N A D A D E S A L U T

d'assegurament universal com al principi. És un miratge absolut. I estem sent una mica o cíncics o hipòcrites, o fent la política de l'estruc, posant el cap sota terra i no reconeixent de front que això no és possible i que si no s'hi posen mesures, sempre hi haurà llistes d'espera, i com a molt, podrem arribar a gestionar la justícia d'aquestes llistes d'espera. S'ha de reconèixer que el que s'ha de fer és reconèixer de front que el sistema universal sanitari no pot existir. I que el que sí que està en les nostres mans és veure com gestionar aquestes limitacions en el sistema sanitari universal. Això és el que pot fer sostenible el sistema públic en el futur, perquè si no afrontem això d'aquí dos dies direm no, és que hi hem posat més diners i no ho acabem de resoldre, és clar.

El copagament no és possible. Hi ha gent que està pagant un copagament molt important i no es reconeix. És tota la gent que es compra assegurança privada. Hi ha gent que es pensa que ho fan per caprici. No, ho fan perquè des del seu punt de vista, un sistema que fa esperar 200 dies per una mamografia no és suficient cobertura. És una opció que tenen. En el fons, estan pagant una assistència al marge, que podrien obtenir a la pública, però ho estan pagant dues vegades. És una manera de permetre que el sector públic pugui anar funcionant. En part gràcies a que hi ha gent que està pagant aquest copagament. Copagament no reconegut. Si un polític agafa això per davant i diu: aquesta és una possibilitat, analitzem-la. Hi ha gent que està disposada a pagar un copagament. Aquest copagament es diu "pòlissa de l'asseguradora x". Molt bé, però l'està pagant. Aquesta persona, què fa?. Doncs està descongestionant el servei públic i està finançant amb els seus impostos que igualment paga el sistema públic també. Amb lo qual, escolti, tots contents. Quin problema hi ha amb això?. Si és reconèixer que el sector públic no arribarà a tot. I aquest és un exemple a analitzar.

Fa uns anys, quan hi havia el PSOE al govern central, es va aprovar una mesura que va durar uns anys, en la qual es donaven unes certes avantatges fiscals a l'IRPF si compraves una assegurança privada. Quan va arribar el PP, en aquest moment jo treballava a Madrid a l'Administració, es va decidir que aquelles desgravacions fiscals es treien perquè eren retrògrades y "tenemos que demostrar que somos muy de izquierdas en política sanitaria". I es van treure. Ara s'han tornat a posar mesures d'aquesta mena. Però si això es debat obertament pot ajudar moltíssim a aquestes llistes d'espera. L'altra cosa és dir: però és just que siguin els rics els que tinguin una assegurança privada?. Molt bé, plantegem-ho, aquest és el debat, qui ha de pagar un extra?, per què? Per tot? Només per tenir opció a fer un part a no sé a on?, quines són les prestacions que realment volem treure del sector públic per qui vulgui que se les financï privatament?.

L'exemple que posaves: és que hi ha gent que se'n va a la privada, li prescriuen un medicament i pel fet que hagi estat a la privada, que ha estalviat una visita a la pública, quan va a demanar el finançament del 60% del medicament, li diuen que no, que se'l pagui sencer. Per què no contemplem aquesta possibilitat de dir: a veure, una prescripció de la privada pot contemplar-se, homologar-se en aquests termes?. En fi, jo crec que és una de les maneres que no s'han exposat aquí, d'afrontar la limitació del sector públic per donar cobertura a tothom gratuïtament, que és l'origen fonamental de les llistes d'espera. Res més. Gràcies.

DEBAT

Sra. Pilar Calvo

Molt bé, doncs. No sé de quant de temps disposem... fins a dos quarts?, si?. Em diuen que fins a dos quarts màxim, perquè havíem d'acabar a les dues. Jo he vist que al llarg d'aquestes diferents exposicions hi ha hagut qui ha anat prenent notes, no sé si algú voldrà utilitzar la paraula perquè s'ha sentit al·ludit, com és el cas de l'Enric Agustí, per exemple.

Dr. Enric Agustí

Jo li faria una resposta global al Dr. Sitges. Vostè està en un sistema nacional de salut. Comenci a pensar que està en un sistema nacional de salut, que em sembla que no ho sap. Estic molt d'acord amb el que ha dit, que hem de ser més eficients. Però miri, comptem amb vostès, sap? Perquè qui posa els 30.000 malalts a la llista d'espera són vostès. Jo no els posaré, entre d'altres coses perquè no els veig. Jo penso que comencem a parlar una mica de dir qui posa els malalts en la llista d'espera. I parlem d'una cosa que no s'ha dit aquí, que es diu demanda induïda senyor meu. Demanda induïda. Col·loquem la paraula demanda induïda aquí?. Tots sabem de que mira, oi, saps què?, millor que jo tingui llista d'espera, perquè segons com jo podré demanar més o podré demanar menys. I això és possible i és factible, clar. Per tant, aquí és com allò "a ver quien tira la primera piedra", doncs no. Tots estem col·locats en un sistema i és un sistema complex. I no és un sistema tan absolutament variat com el que acaba de dir. I no parlem d'eficiència. Perquè no hem de parlar únicament d'eficiència clínica, hem de parlar d'eficiència social. Si s'han creat serveis de cirurgia per Catalunya, per cert, que Andalusia els està creant ara, perquè tenia 30 hospitals i en farà 20 més i per tant arribarà a fer el mateix tipus d'equitat d'accés que tenim nosaltres. Per tant, no deuríem estar tan malament perquè ara ho estan fent uns altres.

Aquí el que hem de determinar és què han de fer els serveis de cirurgia. Amb això estic absolutament d'acord. Hi ha coses que no pot fer un hospital comarcal. I aquesta és la gran tasca que està fent el Roger Pla i som conscients d'això i som conscients de que hem de regular això. Perquè aquí sí que hi ha un efecte volum. Però hi ha altres coses que són claríssimes, una equitat d'accés és una millora social, com tots els que som experts i estem aquí sabem que diagnosticar un càncer el dia 22 o el dia 62 no canvia el pronòstic. Clar que ho sabem, però sí que canvia una cosa molt important, que és l'angoixa del pacient i és la capacitat de dir-li al pacient: senyor meu, vostè té o no té molt més abans i com a mínim,

donar-li una fita per a on anirà. I això és un guany social i em remeto a la conferència primera que hem sentit.

I parlant d'evidència científica, cada un dels professionals que estan treballant, han de ser conscients de l'evidència científica del que vol dir entrar o no entrar i del que ha dit el Toni Anglada. Miri, tenim una diferència d'entrar en llista d'espera fins i tot del 200% entre entrar un senyor o no un senyor en llista d'espera. Doncs això si algú es mira l'evidència científica sabrà si entra o no entra. I per això nosaltres estem intentant que l'Administració no faci allò que se'ns critica que és dir: mira, por el Real Decreto ens acaben de dir que hem d'operar això. I ho van fer-ho. I nosaltres que vam fer?. Vam dir: miri, aquestes hi són, perquè hi són, parlem una mica de què podem fer. Prioritzar per gravetat, oh és clar que hi estic absolutament d'acord. Però llavors comencem a parlar de quina és la llista de llista d'espera i parlem exactament de què col·loquem i què no. I canviem-ho tot, canviem-ho, si a mi no m'importa. El problema és que tenim de dir-li al ciutadà la veritat o al menys estem en un sistema i en uns moments que tothom pot saber què passa a tots els llocs, amb lo qual li hem de dir la veritat, o al menys donar-li les regles de que li estem dient la veritat. I si n'apareixen 30 més, doncs com ens han aparegut. Escolti'm, m'han aparegut 180.000 persones en llista d'espera de proves diagnòstiques. Qui s'esperava 180.000 persones?. Doncs és la primera vegada que tenim les dades. Què hem de fer llavors?. Agafar i dir que no sé què. Doncs no. Són aquests els que hi ha. I senyors meus, farem el possible augmentat l'oferta, intentant regular, intentant més baixes, intentant no sé què, ser més eficient. Perquè això és el que hi ha.

56

Sra. Pilar Calvo

Dr. Sitges?

Dr. Antoni Sitges

Penso que, malauradament, és obvia la diferència de punts de vista i la desconfiança fruit d'una manca de col·laboració. I és el que he dit, el meu missatge és molt clar: no tenim societat civil o és molt poc apreciada. La iniciativa d'en Jovell és estupenda, i com altres jo crec que hem de guanyar. La societat civil ha de civilitzar la política en aquest país i poc a poc ho anirem aconseguint perquè, en definitiva, del que es tracta és d'arribar a punts d'acord, no a confrontacions. Però el que és obvi, és que fins ara, des del meu modest punt de vista, la politització de la sanitat és extrema, que és un dels problemes que sàviament ha callat la companya que parlava del sistema privat versus al públic, no?. En definitiva, en el sistema privat, els criteris d'eficiència i probablement els criteris de funcionament prevalen. És



molt fàcil dir: miri ara a totes les dones catalanes les hi farem una mamografia, això és molt polític, això és molt exitós per guanyar unes eleccions, però després la que té un nòdul de mama s'ha d'esperar 4 mesos i aquesta pringa perquè s'estan fent dos milions de cribratges. Per tant, el debat sobre cribratge diagnòstic és molt important, i aquest no es fa. El trasplantament, el trasplantament és fantàstic. Es salven, no sé, 500 vides l'any. Està molt bé. I Catalunya ha sigut pionera al país, i com a cirurgià estic molt orgullós perquè la Societat Catalana de Cirurgia té els quatre o cinc membres més destacats en trasplantament d'òrgans a Catalunya. Però també hem pagat un preu molt alt. Perquè quan arriba un trasplantament a un hospital es cancel·la el programa quirúrgic i si hi havia 4 hèrnies se'n van al cap de tres mesos. Hem de ser conscients també, parlem amb els ciutadans també del que passa quan s'incentiva massivament la política dels trasplantaments, quan es paga molt als cirurgians que fan trasplantament i no en canvi als que fan les hèrnies a les tardes per 150 euros la tarda. Si paguem trasplantament a 1.000 euros, paguem als senyor que fa les hèrnies també. Perquè sinó, és un sistema que és hipòcrita, i és cínic i està defensant allò que li és més rentable des del punt de vista polític i de glamour i en canvi, el senyor d'hemorroide o de fissura, que és la realitat de cada dia, aquest senyor s'ha d'esperar. Per tant, hem de canviar novament de model, hem de fer un canvi estructural, no és un problema d'afegir diners, només, que malgrat tot, sí que ho és, perquè com també ha dit el Sr. Agustí, Espanya està a 5,5 del PIB, quan la mitja europea és del 7. Per tant, tenim un 1,5 punt per guanyar diners, tenim marge, però que vagin bé aquests diners i a bon lloc. I, certament, invitar novament a la classe política a que no faci d'aquest tema el tema polític, entrar a la gestió tècnica d'aquestes coses i no aixecar les taules i trobar 30.000 malalts en la llista d'espera. Perquè Sr. Agustí, el problema és que a lo millor quan vostè se'n vagi, algú en trobarà 90.000. Aquest és el problema que el ciutadà tem en aquests moments.

57

Sra. Pilar Calvo

A veure, abans de seguir amb aquest debat, veig que hi ha algunes mans aixecades, si?. Vostè. Els demano molta brevetat a tothom.

(...)

Una petita aportació d'una persona que ha gestionat diversos hospitals i que ha sortit la paraula hipocresia i només volia donar una dada de la realitat a la meua experiència viscuda. Jo, en tres ocasions, he hagut de lliurar com a gestor, la batalla del "raptó de las libretas". Aquí hi ha molts professionals i m'entenen. Llavors, és clar, quan es parla de transparència, la transparència comença per posar tota l'activitat en el sistema i que per principi ja sigui transparent.



Sra. Pilar Calvo

No sé si hi ha algú de la taula que vol... Molt bé. Si, senyora, si us plau.

Sra. Mariona Creus

Jo volia aportar una dada que no s'ha dit, que és que s'ha parlat d'una manca de metges, que efectivament hi és, però jo volia aportar que en aquest moment estan faltant infermeres i moltes. I aquí només s'ha parlat dels professionals mèdics, però jo volia posar-ho sobre la taula. Nosaltres des del Col·legi de Barcelona s'ha dit que en aquest moment només a Barcelona en falten ja 2.000 i en els propers cinc anys en faran falta 10.000. Simultàniament, se'n van infermeres a fora, hi ha infermeres que no treballen per les condicions de treball, etc. O sigui, jo només volia aportar això. Pel que fa a les llistes d'espera, jo voldria dir una cosa. Jo crec que els gestors, jo tinc molts anys d'experiència com a gestora, encara que en aquest moment no ho sigui, mai no tens la suficient capacitat per poder organitzar les coses o capacitat, o instruments, hi ha molts elements que tota la gent que és gestora, no cal que jo incideixi. Si no hi és això, el que cal és la complicitat dels professionals. Per tant, jo crec que hi ha d'haver una certa capacitat més de gestió, però també més complicitat amb els professionals, i aquí coincidiria amb el que deia el Dr. Sitges. Aquí quan diem professionals, jo insisteixo, no només són els metges els que estan en el tema de llistes d'espera, sinó que les infermeres també hi estem. I després, em sap greu que el Dr. Sitges hagi trobat, jo penso, l'única supervisora sindicalista incompetent que hi ha en el sistema, perquè jo li puc assegurar Dr. Sitges, que la majoria de supervidores s'hi deixen la pell en els quiròfans perquè les coses funcionin. El que passa que em sap greu que vostè hagi topat amb aquesta. I també li diré una altra cosa, que penso que aquí el tema d'evidència científica no l'ha utilitzat ni pensat.

58**Sra. Pilar Calvo**

Bé jo no sé si hi ha alguna altra paraula demanada, si? Aquí davant, si us plau. Després voldria introduir dos o tres temes a la taula, si és que ens dona temps...

Sra. Carme Tusquellas

Jo volia fer una puntualització al Dr. Sitges. Jo, com instrumentista espavilada, que vaig arribar a supervisora, fa 28 anys que sóc infermera i 10 m'he estat formant en gestió. Jo, l'únic que vull dir és que la intervenció quirúrgica és un procés en que hem de treballar en equip a nivell multidisciplinar i llavors, des de que es comença a baixar al malalt, es prepara el quiròfan, es fa l'acte quirúrgic, es dorm, es desperta, es torna a netejar, hi ha 3 hores de l'acte quirúrgic que són molt importants, però els altres dos són tant o més importants que els tres.



Sra. Pilar Calvo

Molt be, de moment no hi ha cap altre cosa...

Dr. Antoni Sitges

Jo crec que són molt importants, perquè això és el que determina l'eficiència amb que es maneja un quiròfan. Per tant, evidentment que el temps quirúrgic és important, perquè procediments massa llargs fets per cirurgians poc competents també són un problema, però també el temps entre cirurgia i cirurgia és important. Al meu hospital, durant una època, es va monitoritzar. Després, quan es va veure que no es feia res perquè allò canviés, es va deixar de monitoritzar i ara, no sabem ni fem res per arreglar-ho i els temps d'espera són molt llargs. Jo no sé si aquí hi ha algunes infermeres que poden dir una mica quina és la seva experiència en temps entre operació i operació. En el sector privat, això li dono la raó a la companya, són de 20 a 25 minuts i en el sector públic són de 50 a 70 minuts. Això és així. Si hi ha algun hospital que ho faci millor, jo encantat de conèixe'l i d'exportar el model. I a més, dono tota la raó a les companyes infermeres, les supervidores es deixen la pell, però probablement no és un problema de supervisió, és un problema com dius de treball multidisciplinar i que les coses es facin més ràpid, més ràpid i millor. A lo millor necessitem un altre perfil de persona que gestioni el quiròfan o una infermera que sàpiga molta gestió. El final comú ha de ser que el temps entre intervenció i intervenció sigui de mitja hora i això es pot fer.

59

Sra. Pilar Calvo

Molt bé, jo voldria preguntar a la taula, he sentit veus, sobre tot en contra dels plans de xoc. Suposo que vostè està a favor no? d'aquests plans de xoc, perquè de fet d'alguna manera poden apaivagar les crisis en moments puntuals.

Dr. Enric Agusti

A veure, un pla de xoc és una mesura cojuntural, i això és per definició. És una mesura cojuntural. No tenim capacitat d'arribar a fer una oferta infinita, no podem, entre altres coses, perquè, com diu ell, no tindrem professionals, ni hores, ni quiròfans, estic parlant de quirúrgics eh?, i per tant, no és allò que diguis, doncs en una consulta t'ho fas tot. És una mesura cojuntural. I és una mesura, que en moltes ocasions el que fa és, com a mínim, intentar que aquestes rectes que divergien que oferta i demanda doncs, com a mínim que siguin paral·leles o s'apropin. I això ja s'ho pensen que és cojuntural. En el fons què hi ha?. Regulació de la demanda, prioritzem i posem a qui ho necessiti i quan necessiti entrar a la llista d'espera, que per a mi és el fons això, però moltes vegades hem de fer plans



de xoc. Bé, de fet, al món, tothom fa pla de xoc, i quan no el fa d'oftalmologia, el fa d'hèrnies i això està descrit, em sembla que és des dels anys 80 que ho estan fent i ho seguirem fent, al Canadà ho estan fent.

Sra. Pilar Calvo

Jo també voldria fer-li una qüestió al Dr. Peralta, perquè sé que ha fet molt bé els deures abans de venir aquí al debat i portava tota una sèrie de dades entre les quals em comentava que en 10 anys ha augmentat en un milió de persones la població de Catalunya. Fins a quin punt aquesta arribada d'immigració ha empitjorat el tema de les llistes d'espera per l'allau de gent?, fins a quin punt és aquesta necessitat plausible que tenim, diguem-ne que els clients dels hospitals o de la sanitat pública i privada de viure cada vegada més temps millor?, quin seria...

Dr. Victòria Peralta

Les llistes d'espera, que al final és com dèiem, l'equilibri oferta i demanda, doncs el creixement de la població, l'envelliment de la població, que és una altra manera de créixer vegetativament la població, és a dir, per immigració i per envelliment. L'evolució de la tecnologia i sobretot, sobretot en actes quirúrgics, en procediments quirúrgics, la tecnologia cada vegada és menys elegida, menys cruenta, estem parlant de procediments molt freqüents com poden ser cirurgia abdominal via laparoscòpica, o com poden ser cataractes, doncs l'evolució d'aquesta tecnologia ha fet que el benefici és més immediat, amb menys risc, i per tant ha augmentat la indicació quirúrgica. És a dir: població més tecnologia ha fet augmentar la indicació quirúrgica i, en conseqüència, augment de la demanda i això va íntimament lligat a les llistes d'espera.

Sra. Pilar Calvo

Això podria ser evidentment la gran conclusió, que no hi ha manera d'abolir les llistes d'espera, ni tan sols tirant de la sanitat privada.

Dr. Victòria Peralta

Jo, abans comentava de que hem de conviure amb les llistes d'espera. La llista d'espera és inherent en un sistema com el nostre. El que hem de fer és transparència, em sembla que ha sortit, molta transparència, acotar-les al que socialment i científicament es consideri convenient, i acotar-les per gravetat. Jo, aquí sí que no limitaria per procediments, 14 són pocs, jo de vegades poso per exemple, i abans em sembla que ho posava vostè, de que una senyora que necessita una histerectomia o que se suposa que necessita una histerectomia, dic se suposa perquè és de les patologies o dels procediments amb més variabilitat, doncs té

60



un accés relativament ràpid i una senyora que té incontinència urinària que li suposa tants o més problemes que l'origen de la histerectomia, doncs es perd en llistes de difícil resolució.

Sra. Pilar Calvo

S'han donat al llarg de totes aquestes exposicions, jo crec que moltes dades i molt interessants totes, l'única cosa que no s'ha fet referència, crec jo, i ara intentarem treure'n l'entrellat del perquè no, en cap cas s'ha parlat de fomentar un estil de vida sa com a mesura per evitar o per mirar també de reduir les llistes d'espera en un futur.

Dr. Antoni Sitges

Jo sobre això, voldria dir una cosa. Que, normalment, en aquestes discussions, no entrem mai en el debat cultural. Que un dia s'hauria de fer. Perquè això si que és un problema de fons. Per exemple, la nostra societat es caracteritza per: estils de vida problemàtics, consum de medicina com a bé, estem en una societat de consum on la medicina no escapa, estem fent molta medicina defensiva, millor indicar que no indicar a lo millor per si a cas i finalment, estem medicalitzant molt la societat. Hem convertit l'obesitat en una malaltia. Aviat la infertilitat de les dones de 35 ho serà, quan en realitat als 35 hi ha molta menys fertilitat que als 22, però ara, com les mares volen ser mares als 35, hem medicalitzat l'embaràs i no hi ha límit. Degut molt a que podem medicalitzar la societat. I això és un debat cultural de fons, això no és un problema de llista d'espera, però això segur que té un gran impacte en la demanda, que és el que a tots ens passa. Per què la demanda és imparabile?. Doncs la demanda en gran part és imparabile per un problema cultural, i dintre de la cultura lògicament els estils de vida són molt importants, no són els únics, estem en un sistema capitalista, és un bé de consum la medicina, i a més aquesta, jo diria, aquesta medicalització progressiva de la societat, davant de la qual ja hi ha iniciatives que afavoreixen més la medicina alternativa, les acupuntures, les homeopaties. I això anirà pujant, anirà pujant perquè és una manera de defensar-se de la medicalització, per tant de la farmacoteràpia agressiva i de la cirurgia.

61

Sra. Pilar Calvo

És a dir, la naturopatia pot ser una manera en contra de l'al·lopatia també de mirar de millorar les llistes d'espera?. I perquè des de la medicina pública no es posa tant en pràctica com per exemple en la medicina privada aquest tipus de medicina, la naturopatia?.

Dr. Antoni Sitges



Perquè és un debat cultural, no és un debat de metges. Això és un problema, aquest és el debat que els polítics haurien de liderar. En lloc de tant Estatut, parlem de coses de.. a més de l'Estatut home!, clar que sí!, però és que a més la societat té problemes culturals d'enorme rellevància que hem de solucionar entre tots. L'obesitat és problema de cultura, de cultura, no podem dir que és una malaltia. Què fem quan diem que l'obesitat és una malaltia?. Medicalitzar-la, passar-la als endocrins i als cirurgians que l'operin. Però escolti, és un problema de cultura. La infertilitat és un problema de cultura. La prematuritat massiva que veiem en aquests moments en els naixements és un problema cultural, per què medicalitzar-los?, Clar, al final, els medicalitzem perquè no hi ha més remei, perquè si aquella persona pesa 200 kg., potser que no els pesi. Però al final és com una patologia simptomàtica, és el símptoma que tractem, discutim a fondo del perquè generem tots aquests problemes.

Sra. Pilar Calvo

Home, cerebro haver tret un tema del que, en el que es posen d'acord...

Dr. Enric Agustí

No, amb això, amb això. És que, nosaltres, quan comences a estudiar aquest ofici, estudies salut pública, sempre et diuen que hi ha una diferència entre necessitat i demanda, eh?. Vull dir, hi ha una diferència. Tu, diríem que com a planificador, tu detectes una necessitat i resulta que a lo millor la gent no ho sap. I ho detectes i t'avances. Diuen que t'avances a la demanda possible que pot haver-hi. Doncs cada vegada és mes a prop, cada vegada hi ha menys distància entre això, perquè cada vegada la gent coneix més tot, cada vegada els ritmes de vida han canviat. I, per tant, estan canviats els patrons, vas a internet ara i qualsevol pot, lo que diu ell, medicalitzar-se en 20 segons i, segons com, amb una mica de mala sort li enviaran per internet alguna cosa que ves a saber què. I per tant, això és veritat, aquest és un debat, que no correspon a aquesta taula, però és un debat que, home i tant, això te molt de pes.

Sra. Pilar Calvo

Home, si parlem de pressupostos, a lo millor sí que correspon a aquesta taula no?, a l'hora de destinar partides a canviar culturalment a la societat. Abans de que parli el Dr. Jovell havia un torn de paraula demanat.

Sra. Montserrat Roca

Si. Una cosa, primer, jo no sé si aquests tipus de medicina o de cures així alternatives no és deixar de medicalitzar la salut. És medicalitzar-la d'una altra manera, penso

62



jo. I l'altra, que els estils de vida, evidentment, que és un aspecte cultural, però des de l'àmbit salut d'on més es pot incidir és des de l'Atenció Primària, des de la Salut Pública. Però molts professionals, infermeres i metges de l'Atenció Primària diuen: solucioneu-nos les llistes d'espera, que podrem dedicar-nos a tota la promoció i prevenció. Perquè com que hi ha un tap amb les persones que necessiten fer-se proves diagnòstiques per arribar a un diagnòstic concret o a una intervenció, són persones que consumeixen atenció primària quan, en realitat, possiblement, aquests professionals es podrien dedicar a un altre tipus d'activitat més relacionada amb els estils de vida. Tot i que no es solament des del sistema sanitari des d'on s'ha de resoldre això, però el sistema sanitari aquest universal que tenim és un lloc on les persones saben que hi van, se'ls atén i se'ls dona alguna solució. Moltes vegades un medicament que no cal, o una prova que potser no seria l'adequada, però no hi ha un altre lloc on anar en aquesta societat que demandem i que volem que se'ns respongui.

Sra. Pilar Calvo

Molt bé, ha demanat la paraula la senyora de la quarta filera d'allà. Mentre arriba el micròfon, escoltem al Dr. Jovell.

Dr. Albert J. Jovell

No, jo volia fer quatre precisions. Una és, crec que hem de ser una mica coherents amb els discursos, és a dir, si fem un discurs basat en l'evidència científica, tota aquella medicina que no estigui basada en l'evidència científica no la podem acceptar dins de la medicina convencional. Una altra cosa és que des de fa un parell o tres d'anys, ens interressi que els usuaris se'n facin càrrec d'altres tipus de medicines que no carreguen el pressupost públic. I això ja ho heu notat, per exemple, al Regne Unit, quan la Simbastadina ha passat a ser OTC, cosa que fa 3 o 4 anys seria impensable. Bé, és veritat que hi ha una transferència del sector públic cap a, sinó cap a l'assegurança privada, perquè no es pot dir cap a les butxaques privades de moltes coses. Només cal entrar a una farmàcia i mirar al costat per veure tot el que es pot comprar sense càrrec al pressupost públic. Per tant, jo crec que amb això hem de ser coherents.

Una altra cosa que hem de ser també coherents, és, escolteu, una dona que no pot tenir fills als 35 anys durant uns quants anys és un problema de salut. És un problema de salut i li tenim de donar una solució des del sistema sanitari. Socialment podem decidir quants cicles, si ha de pagar, no ha de copagar. Tot això es pot decidir, però és un problema de salut per a aquella senyora. Una de les coses que hem d'evitar moltes vegades és caure en aquest discurs de que lo que nosaltres

no veiem o no tenim no és un problema de salut i lo que nosaltres veiem i tenim sí que ho és. És a dir, a mi em sembla claríssimament que, jo no crec que sigui tan clara l'evidència de que el retard diagnòstic no afecti el pronòstic, però en tot cas crec que qualsevol persona que tingui una sospita de càncer vol que demà ja la tractin si saben quin tractament li han de donar. I això ho vol tothom. Per tant, jo crec que hem de ser prudents perquè sinó estem enviant missatges confosos entre altres coses perquè l'evidència científica per mesurar això, mai pot ser de bona qualitat, perquè mai podem fer un assaig controlat i aleatoritzat perquè no seria ètic. I aquest és un dels temes que jo crec que també hem de valorar.

A mi hi ha una cosa que em preocupa molt. I és aquest grau d'emprenyament que hi ha en la professió mèdica, que seria possiblement, tinc a l'Ibañez aquí davant, per l'any que ve, no?, el malestar dels professionals, ja et dono el tema, perquè és clar; aquest potser és més important que la llista d'espera, la despesa farmacèutica, i jo crec que...

Sra. Pilar Calvo

Amb una mica de sort una setmana abans, hi ha una manifestació de metges i tothom a posar la portada als diaris.

64

Dr. Albert J. Jovell

Perquè jo que tinc l'avantatge de viure en un oasis, perquè viure en la Universitat és viure en un oasis, i per tant és un despatx on tothom t'explica la seva, sí que noto des de fa dos o tres anys que el malestar és molt gran. Llavors clar, hem de fer alguna cosa per augmentar l'autoestima dels professionals i hem de fer alguna cosa perquè els professionals s'hi sentin més còmodes. També ells ens han d'ajudar. Jo crec que el Dr. Sitges ha fet moltes propostes, però aquestes propostes les societats científiques les han de posar sobre la taula de l'Administració, que aquesta és una cosa que de vegades les societats científiques no fan. És a dir, posar-les davant de l'Administració i dir, mira això són les llistes d'espera, això hem de fer i tal, i hem d'aconseguir que entre Administració i professionals hi hagi una millor comunicació i entre gestors i professionals també.

Escolteu, si no ho aconseguim, els pacients ho farem, eh?. Això és el mateix que vaig dir fa no molt temps amb la història clínica electrònica: si no tenim història clínica electrònica, això ho solucionarà el Google o el Foro Español de Pacientes. Hi ha moments que aquí hem de començar a marcar ja els timings, perquè, i no ho fem per nosaltres, perquè jo ja no me'n beneficiaré, ho fem per a tots vosaltres. Per tant, aquí és una cosa que hem d'aconseguir ja. Hem d'aconseguir que el



Servei Català de la Salut, que l'ICS i que els professionals s'asseguin i arribin a acords. I sobretot hem de construir confiança. El nivell de confiança és molt baix. Hi ha una cosa que el Dr. Sitges te raó i jo la tinc mesurada des de novembre. La confiança de la població espanyola i catalana amb els metges és molt alta. Això és una avantatge que els metges tenen i han de fer servir. La confiança amb els polítics és molt baixa. Per tant, aquí hem de fer alguna cosa. Perquè això a la llarga no és una cosa que agradi dir perquè ens perjudica a tots. Per tant, jo, sí que demanaria una mica aquí, que tenim gent de diferents sectors, que si us plau, es construeixi un cos de confiança i es comenci a parlar i que les societats científiques i el Servei, si hi ha un problema de llistes d'espera en el que no esteu d'acord, escolta, us asseieu i ho solucioneu, però feu-ho ja.

Sra. Pilar Calvo

Tres paraules demanades, endavant.

Sra. Montserrat Ponsa

Si, jo volia felicitar, d'entrada, al Dr. Jovell per la seva exposició que ha fet d'entrada. Jo hi havia coses de les que ha dit que subscric, quasi totes les subscric plenament i penso que això que diu ara últimament doncs respecte a la situació dels metges. Les llistes d'espera zero no s'aconseguiran mai, perquè com deia el Dr. Laporte, a qui voldria retre un record, que avui fa un any que es va morir, deia això és com si un concessionari de Mercedes digués que tots els que hi vagin allà a casa seva li dóna un Mercedes gratuït. Doncs és clar, diu, hi hauria unes cues impressionants i això és el que passa una mica en la nostra sanitat.

65

Llavors, el que sí que m'agradaria és demanar en els llocs d'urgències, en els hospitals, qui és que valora la urgència i com se fa la prioritat a l'hora de tractar als malalts. Perquè no pot ser que hi hagi una persona que s'hi passi dos dies esperant perquè és una cosa que sembla poc important, però no sé sap mai fins que no s'ha vist. Gràcies.

Sra. Pilar Calvo

Abans de continuar amb el torn de paraules, vol contestar Sr. Anglada, per exemple, la pregunta que feien

Dr. Antoni Anglada

És que no t'he entès exactament la pregunta: qui valora la urgència?

Sra. Montserrat Ponsa



Jo vaig a urgències aquesta nit, m'estic tres hores allà perquè m'ha atès una persona a l'entrada que no és ni metge. Llavors, doncs va passant gent, perquè uns són més espectaculars que els altres i aquells entren ràpid i l'altre doncs no passa.

Dr. Antoni Anglada

Jo et diria que és molt variable, cada centre i cada hospital com fa el sistema de cribratge. Jo crec que no hi ha un sistema únic per dir qui valora la urgència. Hi ha molts centres que la valora directament el metge, altres tenen sistemes de cribratge validats, que els fa una infermera i que fa un nivell de gravetat i els atenen diferentment. I altres no sé, no sé si exactament hi ha altres que dius, pel que entenc és que et deixen en un lloc i que realment ja aniràs passant... No sé, no t'ho puc dir, així en la globalitat de tots els centres.

Sra. Pilar Calvo

Endavant.

(...)

Sí, jo vull felicitar als organitzadors i als ponents perquè ens ha arribat una visió molt completa de la llista d'espera. Però al mateix temps vull fer aquesta observació, i és el fet de que trobo a faltar en la taula un representant de, o que parli en nom dels metges d'Atenció Primària. I això ho dic en relació al debat aquest que s'ha fet sobre els estils de vida saludables i penso que des de l'Atenció Primària també es podria donar una visió que ajudés a entendre aquest problema que avui debatem. Per exemple, una cosa tan important com és la coordinació o la comunicació entre nivells assistencials.

Sra. Pilar Calvo

Bé, gràcies, hi ha un altre torn de paraula que han demanat aquí.

Dr. Lluís Triquell

Bon dia, sóc Lluís Triquell, d'Antares Consulting. Bastant vinculat en el passat a l'Hospital General de Granollers i no volia intervenir, però la intervenció de l'Albert Jovell m'ha incitat. Jo venia amb no masses expectatives sobre aquest debat, jo pensava que no en sortiria massa cosa. He de dir que les expectatives s'han superat de molt. Però he tingut una sorpresa molt agradable per les intervencions del Dr. Sitges. Jo penso que entre la intervenció del Dr. Sitges, la intervenció del Dr. Agustí i la intervenció de l'Albert Jovell, crec que val la pena fer aquest comentari que faré i és presentar una petita experiència. Fa tres mesos nosaltres estàvem



fent un taller amb 35 alts directius, la majoria gerents, dels principals hospitals d'Espanya. I el tema era la gestió dels recursos humans als hospitals. I el taller es tractava de fer unes preguntes, treballar en grups i explorar primer què feien aquests hospitals en relació a la política de recursos humans i després què haurien de millorar. Al final del dia, un dels gerents d'un dels hospitals més emblemàtics d'Espanya, va i fa la pregunta a l'auditori i diu: escolta, si tenim clar tot el que hem de fer, per què no ho fem?. I aquí està per a mi el quid de la qüestió en aquest tema. És culpa dels professionals o és culpa dels gestors?. Jo, com que ja he deixat la gestió sanitària des de fa temps, m'atreveixo a ser una mica contundent en això. O sigui, al llarg del matí la paraula més vegades anomenada ha estat la coordinació.

La coordinació té a veure amb gestió dels processos, no amb gestió de les funcions. I per tant això requereix unes habilitats diferents de les que avui la majoria de gestors tenen. Jo crec que fa falta un recanvi generacional de gestors, fa falta que tinguin un discurs diferent, que sàpiguen traduir el llenguatge de la gestió en llenguatge clínic i que siguin capaços de mobilitzar els clínics en favor de treballar en equip, en favor de treballar amb orientació al malalt, etc. etc. No són els clínics que han de canviar, són els gestors que han de canviar. Sé que això és molt dur dir-ho, però penso que fa falta un recanvi generacional. I acabo. (...) La clau és aquesta: els que han de mobilitzar, els que han de fer bé les coses, els que han de contribuir a que la gestió de les llistes d'espera siguin les adequades, són els gestors dels centres. I crec que fan falta gestors de centres i gestors de quiròfans també, que aquest és un problema crònic. Gràcies.

67

Sra. Pilar Calvo

Bé, ja estem en temps de pròrroga i clar, jo he de fer la crònica. He estat prenent notes, com heu vist, perquè tot em semblava interessant. He fet quatre notes de quines serien les conclusions, les faig i després jo demano a la taula que m'ajudin i si hi alguna cosa que consideren important que s'ha d'afegir, doncs estaré encantada.

La primera conclusió, perquè abans deia el Dr. Lledó que el que es volia a través del diàleg i crec que hi ha hagut de diàleg, fins i tot amb una certa tensió-, era esvaïr algunes ombres. Jo crec que la primera conclusió, malauradament, és que no acabarem mai amb les llistes d'espera. Ja s'han donat diferents arguments, entre altres coses perquè estem afortunadament en un sistema universal de salut. Però podríem fer més que una llista de conclusions, una llista de bones intencions, com per exemple: millorar la comunicació de la gestió d'espera en els nostres



pacients,; contra l'angoixa aplicar una atenció marcada per la transparència i la fiabilitat; establir responsables del malalt a l'hospital i de les llistes d'espera per poder-ne demanar després les pertinents explicacions; informar de quan s'entra a les llistes d'espera; tenir flexibilitat a l'hora d'aplicar criteris de què és urgent i què no; millorar l'eficiència del servei de les proves de diagnosi, dels tractaments per evitar la intervenció quirúrgica, de la gestió dels quiròfans ja que es desaprofita en gran mesura la instal·lació; incentivar la formació de nous especialistes i buscar revulsius per evitar-ne èxode d'aquests especialistes tan necessaris. Jo també afegiria fomentar l'estil de vida sa, sobretot des de l'Administració pública perquè crec que, jo em sembla que tothom està d'acord, en que és una manera de fer que disminueixin els malalts en un futur, almenys el percentatge de malalts, perquè es maltractin a l'hora d'alimentar-se i a l'hora de no fer esport. Seguint amb les bones intencions, com dèiem, més que conclusions, potenciar la cirurgia ambulatoria per evitar la saturació dels hospitals i que a la visita es facin proves i diagnosi, és a dir, optimitzar recursos; treballar en previsió no només pensant en les llistes d'espera d'avui, sinó en com es poden aplicar les noves tecnologies i el coneixement que tenim ara per mirar de fer reduir les llistes d'espera del futur; augmentar el pressupost sanitari, però no aplicant plans de xoc, sembla que aquí tothom té clar que s'han d'augmentar el pressupostos però buscant un canvi estructural, perquè a més a més augmentar aquests pressupostos, sembla ser que la conclusió que tothom treia és que mantindrien les llistes al mateix nivell, és a dir, que no minvarà el nombre de pacients.

Millorar el repartiment d'assignació als diferents hospitals de les proves i de les intervencions, per evitar desequilibris entre ells; monitoritzar les patologies ha estat positiu però no s'ha de caure en l'abandonament de la resta de patologies. I després jo, per acabar, parlaria d'un efecte manta, que m'ha fet, no diré gràcia, perquè parlem d'un tema molt seriós, però quan estaven explicant que s'ha reduït el 50% de les reclamacions per les llistes d'espera i s'ha triplicat el nombre de reclamacions de la resta d'activitats que es fan als hospitals i als ambulatoris, amb la qual cosa, vull dir, que potser també aquí s'hauria de millorar la gestió o els criteris a l'hora d'establir quines són les proves o les intervencions que han d'anar monitoritzades o no.

Jo demano a la taula, com dèiem, si algú vol afegir alguna cosa més a aquesta taula de bones intencions i de conclusions. Si, Sra. Laura Pellicer.

Sra. Laura Pellicer

Si, alguna cosa a veure amb el sector privat.



Sra. Pilar Calvo

Si, perdó, tens raó. La gestió privada que considera que la gestió de les llistes d'espera no és justa i que s'ha de tendir a un sistema públic que equilibri el sistema públic i el sistema privat a l'hora de gestionar aquestes llistes. Sí, tens raó.

Molt bé, doncs moltíssimes gràcies a tots. Bona tarda ja, i gràcies per la vostra atenció.



PARTICIPANTS EN LA II JORNADA DE SALUT

INAUGURACIÓ

Sr. Josep Mayoral. Alcalde de Granollers i President del Patronat de la Fundació Hospital/Asil de Granollers.

Dr. Manel Balcells. Director d'Estratègia i Planificació. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Dr. Rafael Liedó. Director general de la Fundació Hospital Asil de Granollers.

CONFERÈNCIA INTRODUCTÒRIA

Dr. Albert J. Jovell. Director General de la Fundació Biblioteca Josep Laporte i President del Foro Español de Pacientes.

TAULA RODONA

MODERADORA

Sra. Pilar Calvo. Periodista

71

PONENTS

Dr. Enric Agustí. Subdirector. Servei Català de la Salut.

Dr. Antoni Anglada. Director Gerent. Hospital General de Vic

Sra. Laura Pellicer. USP Nova Dexeus

Dr. Mateu Huguet. Director de la Divisió d'atenció Hospitalària. Institut Català de la Salut.

Sra. M. Carme Sabater. Directora. Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat

Dr. Antoni Sitges Serra. Catedràtic de Cirurgia de la UAB i Director del Servei de Cirurgia. Hospital del Mar.

CONVIDATS-DEBAT

Dr. Alfons López Soto. Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Dr. Sebastià Juncosa. Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària

Dr. Joan M. Ferrer. Unió Catalana d'Hospitals



Dr. Joan Farré. Consorci Hospitalari de Catalunya

Dr. Manel Balcells. Director d'Estratègia i Coordinació. Departament de Salut

Dr. Josep Ganduxé. Gerent adjunt Regió Sanitària Barcelona. CatSalut

Sra. Aurora Dueñas. Directora del sectors sanitaris Vallès Oriental i Maresme. CatSalut

Sra. Montserrat Roca. Regidora de Salut Pública de l'Ajuntament de Granollers

Dra. Pilar Mas. Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

Dr. Xavier Mate. Director general de l'Hospital de Sant Celoni

Dr. Jaume Duran. Director general de l'Hospital de Mollet

Dra. M. Josep Torres. Directora SAP Granollers-Mollet. ICS

Sra. Mariona Creus. Presidenta del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

Dr. Esteve Llargués. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears

Sra. Montserrat Ponsa. Periodista

Sra. Carme Tusquellas. Cap d'Àrea de Cirurgia i COT. Fundació Hospital Asil de Granollers.

Dr. Lluís Triquell. Director de Farmàcia i d'Indústria Farmacèutica. Antares Consulting.

72

