

DR. ALBERT PLANAS  
CAP Nord de Vic

Jo canviaré una mica el to i m'he permès fins i tot de portar unes quantes fotografies d'anuncis que fan esment de qüestions de salut, perquè voldria, en veu alta, reflexionar una mica amb vosaltres sobre algunes qüestions que tenen a veure amb la sostenibilitat. Vull partir, com ha dit el qui m'ha precedit, del fet que el nostre sistema sanitari és dels millors del món i que això cal tenir-ho en compte, perquè, quan ens plantejem de fer algun canvi o alguna reforma, anem amb la suficient cura per a no malmetre'l. Hem de fer petites millores o petits canvis que ens permetin de mantenir aquesta qualitat de gran sistema sanitari que tenim en el nostre Estat, i a Catalunya en concret.

Voldria començar amb un parell de conceptes que qualifico d'erronis i que podem discutir. Hauríem de parlar de sistema sanitari sostenible, perquè la salut és el que ens fa a tots plegats justament «sostenibles». Si no tinguéssim salut, no seríem sostenibles. És erroni també creure que tots tenim «dret a la salut». Crec que tenia molta raó aquell filòsof que va dir que, estrictament, no tenim dret a la salut; tenim dret, això sí, a rebre una atenció sanitària correcta o de bona qualitat. El dret a la salut, en sentit estricte, no està escrit en cap llei i sembla difícil que es pugui formular.

La salut depèn poc de l'atenció sanitària. Això està malament que ho diguem els metges, però és la veritat. Hom es pot preguntar: aleshores, per què es fa una despesa tan gran en el sistema sanitari? És clar que necessitem un sistema sanitari eficaç i sostenible, no solament per poder-lo mantenir, sinó perquè gastar en excés en el sistema

sanitari, com que la salut no depèn molt d'això, pot fer que aquesta empitjori en la població. Hem de gastar la mesura justa, ja que, si no, malmetrem recursos per una altra banda.

Hi ha algunes creences socials a les quals no són estranys els metges i els sanitaris, però que, segur, hi hem influït, tot i que algunes no depenen exclusivament del sistema sanitari, sinó d'altres situacions de la societat actual. La primera és, com ja he anunciat, creure que tinc dret a la salut, amb la qual cosa, per extensió, se'm fa molt difícil d'acceptar la malaltia, les limitacions, l'envelliment i fins i tot la mort. La funció del sistema sanitari, evidentment, no és evitar la mort.

He portat alguns anuncis extrets de premsa mèdica i uns altres de premsa general.

– «No límits». No hi ha límits.

– «Compromiso es saber que la felicidad no es un lujo, sino un derecho». Aquest fàrmac és un antidepressiu. El missatge és que un fàrmac no sols ens serveix per a millorar una persona caiguda en una depressió, sinó també per a ser feliços.

Una altra creença social és la immediatesa: vivim en una societat que vol solucions ràpides, immediates. En sanitat, voldríem tenir les coses ràpides com els diners que surten d'un caixer automàtic després d'introduir-hi la targeta. Som intolerants a les esperes i davant els dubtes. Els professionals sanitaris, a vegades, ens movem en un gran dubte sobre el que li passa a una determinada persona i necessitem temps per a esbrinar-ho. La nostra societat s'ha tornat bastant intolerant en això.

– «Momento Max. Alivio de acidez en menos de 1 minuto. Max eficacia, max rapidez, max seguridad». No hem de renunciar a menjar-nos els horribles entrepans americans. Al contrari: hem de menjar-nos l'entrepà i tenir a punt l'antiàcid per ràpidament tractar l'acidesa d'estómac.

– Quan tractem una malaltia infecciosa, el que sembla importar més és la rapidesa: «Un, dos, tres... a respirar, cuatro, cinco... ¡y a volar! Controle su paciente en cinco días». L'important no és que el pacient es trobi bé en cinc dies. La rapidesa és el que compta.

Una altra creença social: la desresponsabilització de la pròpia salut: la salut ja no és un afer personal; les àvies, a casa, ja no entenen de salut: ja no saben que és un xarampió, perquè no n'hi ha, i sembla que tota la responsabilitat de la salut s'hagi de passar als tècnics: als metges i a les infermeres. Hi ha la idea segons la qual l'Administració Sanitària s'ha de responsabilitzar de la meua salut i vetllar per ella.

– Ens venen, fins i tot, un aparell d'electrocardiogrames portàtil: «Marca el ritmo de tu vida». Pots portar l'aparell posat, es pot connectar per telèfon i pots marcar-hi el ritme de la teua vida. Deixa clar que algú es fa càrrec del ritme de la teua vida.

– Prenent un producte per a controlar la pressió arterial, no solament controlem la pressió arterial, sinó que vivim protegits: «Vivir protegido».

Una altra creença social és la de «més és millor»: com més visites, més proves i més especialistes, millor. Però la cosa no és sempre així.

Una altra creença és la de «més tecnologia és millor»: més radiografies, més TACS, més fàrmacs... No sempre és així, puix que les radiografies, els TACS, els fàrmacs, els escàners tenen efectes secundaris. Ja hem dit que la salut no depèn tan sols del sistema sanitari; al contrari, quan hi ha una vaga d'hospitals, baixa la mortalitat al país; baixa, però, perquè passen altres coses, no perquè fallin els hospitals o perquè els metges ho facin malament.

La darrera creença social:

– «Més nou és millor». Si una cosa és més nova, segur que és millor que l'anterior, i això passa, sobretot, amb els fàrmacs.

– Un antidepressiu: «La salida rápida de la depresión». Triga més o menys que els altres fàrmacs a l'hora de tractar-la; però cal, com hem dit abans, que la persona no estigui deprimida i visqui feliç. En la propaganda, s'hi afegeix reiteradament «es nuevo». El fet que sigui nou és un valor afegit, cosa que no és del tot cert, ja que coses que existeixen des de fa temps en sanitat són encara molt valuoses.

A part de les creences socials, els professionals i l'administració, a vegades, fem servir missatges contradictoris. La tecnologia sanitària i la indústria farmacèutica són sovint vistes com a eines que poden millorar i mantenir la nostra salut, però, a la vegada, també es veuen com a elements productius i beneficiosos per al país. Ara bé, entrem en una contradicció: si el que volem és estimular la indústria farmacèutica o la indústria d'alta tecnologia perquè el país tingui més llocs de treball, gastarem més en sistema sanitari; i si gastem més en sistema sanitari, deixarem de fer-ho en alguna altra cosa. Hi ha una contradicció, fins i tot, en el discurs públic que s'empra, i caldrà cercar un punt d'equilibri.

Un altre tema important: la sanitarització. Arriba un moment en el qual «tot» en la vida és un problema de salut. Els metges diem que, a vegades, trobem a faltar els capellans, ja que abans resolien coses que ara ens plantegen als metges. Comença a regnar l'opinió segons la qual qualsevol cosa que ens passi és tractable.

– En una propaganda, llegim: «Es imprescindible el tratamiento antiarrugas para el hombre activo». No es pot passar sense tractar les arrugues.

– Evidentment, els problemes d'erecció també han passat a ser un problema de salut: «¿Sabes cuál es la solución idónea para los problemas de erección para tu paciente y su pareja?» L'erecció també es pot tractar amb fàrmacs.

– Fins i tot hem arribat a sanitaritzar l'aliment. Hi ha aliments, anunciats a la televisió i a la premsa, que diuen que

van bé per al colesterol: «Presentamos la herramienta más más innovadora para reducir el colesterol». L'important no és que sigui bo, l'aliment, sinó que vagi bé per al colesterol. Hem fet de l'aliment un tema sanitari.

Un altre missatge que és contradictori i que és «poc sostenible» és l'atenció sanitària als famosos i el valor que donem a la seva activitat, tal com es pot sentir en els mitjans de comunicació. ¿Com un ciutadà de Catalunya pot tolerar que es trigui un mes a fer-li una ressonància magnètica, quan acaba d'escoltar a la televisió que un jugador del Barça ha caigut i s'ha fet un cop al genoll, li han fet en menys de vint-i-quatre hores dues radiografies i una ressonància magnètica, i els metges li diuen que no té res: que s'ha lesionat lleument? Ningú no li ha explicat, a aquest ciutadà, com tenen els genolls aquests jugadors i les conseqüències posteriors. Ara bé, com pot tolerar l'esmentat ciutadà que, amb ell, el sistema sanitari triga més d'un mes a fer-li una prova, quan, a la televisió sent que, a un altre ciutadà la hi fan en poques hores?

– «Microtransplante capilar: el método en el que confían políticos y famosos». Si els polítics i famosos ho fan, per què jo no?

Un altre missatge que és poc sostenible és el del poder dels professionals. Hem arribat a dir que ho sabem tot, que ho guarim tot. Quan surten per la televisió anuncis o referències a investigacions, sembla que ja ho dominem tot, que ja ho sabem tot, que ja podem tractar-ho tot, que ja tenim la solució de tot, que podem prevenir qualsevol cosa sense problemes, com passa en les informacions sobre el genoma humà. Per a tot sembla que tinguem sempre un nou fàrmac que podrà resoldre qualsevol problema, no sols de salut, sinó també de tipus social. Som, per dir-ho d'alguna manera, poc humils i un pèl exagerats.

Què podríem fer-hi, en aquesta línia d'actituds sostenibles?

L'Administració podria atendre:

- *El pes dels serveis sanitaris.* Els serveis sanitaris, clàssicament, en el nostre país, han estat centrats en els centres hospitalaris. Això, tanmateix, ha estat una sort. Hem tingut centres hospitalaris molt bons; però, per una sèrie de raons, resulten cars de mantenir: tenen una infraestructura ferma i és bo que la tinguin; tanmateix, resulta cara. Una alternativa podria ser invertir més en l'Atenció Primària de Salut, amb els metges de capçalera, en la primera línia d'atenció de la població. S'hauria d'invertir més en temes d'atenció comunitària, de prevenció i d'atenció a la malaltia, sense haver d'estar ingressat a l'hospital. És una qüestió d'inversió per part de l'Administració.

- *Els missatges institucionals.* L'Administració, a vegades, també es fica de peus a la galleda. No intervé, per exemple, en el control de la informació d'epidèmies a través dels mitjans de comunicació. Ara, fa pocs dies, a la televisió, van anunciar que havia arribat l'epidèmia de catarros de vies altes, és a dir, dels vulgarment coneguts refredats. La notícia continuava amb l'aparició d'imatges de les sales d'espera dels hospitals més importants de Barcelona plenes de nens amb refredats. És un missatge bastant dolent, perquè, per un refredat, no cal anar a urgències d'un hospital d'alt nivell de Barcelona. Un refredat el pot atendre un pediatre o un metge de capçalera, fins i tot la infermera més propera, que ho farà perfectament. Aquests missatges no són, potser, prou sostenibles.

- *L'increment de recursos.* Per a ser sostenible el sistema sanitari, com ha anunciat abans el doctor Anglada, s'haurà d'augmentar mig punt o un punt del PIB del que es destina a sanitat.

- *La distribució de recursos.* El pes de la farmàcia i de l'alta tecnologia. Com més invertim en alta tecnologia, més invertim en farmàcia. Estem deixant d'utilitzar aquests diners per a vacunar i per a fer educació sanitària, coses que es veuen menys i que no són tan ben agràides públicament,

però que potser són més eficients per a augmentar el nivell de salut. Ja hem dit que la mortalitat infantil als Estats Units és molt pitjor que la nostra. És un país que, tecnològicament, està molt avançat, però, en canvi, és totalment inequitatiu: gasta molt en alta tecnologia, però té una colla d'infants morint-se en la sala de parts per no ser atesos.

Per part dels professionals:

- *El rol professional.* És el que hem dit abans de la humilitat: som metges, però no som déus; som tècnics que sabem una mica més que la resta de la població sobre tema de malalties i de salut, i que podem ajudar la gent, però que no som capaços d'evitar que la gent es mori, ni de bon tros menys. Podem fer que la gent es mori més agradablement o amb una major cura, però poca cosa més. Podem també fer participar en les decisions els usuaris: «Vostè prefereix que fem aquesta anàlisi o prefereix una altra cosa?» Si a la gent li expliquem les coses, podrà participar en les decisions. La gent també és assenyada i diu: «Si el que em diu és que d'això no en traurem res, aleshores no cal que ho fem.»

- *El rol de les infermeres.* Les infermeres tenen un paper important en els temes d'educació, de suport i d'ajut a la guarició de malalties; i també el tenen en el fet de no voler «imitar» els metges, sinó fer de professionals d'infermeria.

- *Els missatges professionals.* Amb el tema del genoma, ara ja sabem el que pot passar amb la diabetis; ara bé, som molt lluny encara de saber com evitar, tractar o guarir la diabetis.

- *L'ús dels recursos.* Utilitzar els recursos de forma adequada. Procurar posar l'accent en l'atenció a domicili; procurar posar l'accent en el fet que l'atenció primària sigui més eficaç i pugui tractar més coses. Es vol evitar que la gent hagi d'anar a l'hospital, perquè és més car. Es tracta, simplement, d'una mesura d'eficiència. Els recursos, les proves complementàries (ecografies, TACS...) s'utilitzaran quan, de debò, siguin necessaris i útils, i no perquè sí.

I la societat, en general, què pot fer? La societat també pot tenir actituds sostenibles, influïdes per l'Administració, pels mitjans de comunicació i pels mateixos professionals.

- *L'autoresponsabilitat i l'autoguarició.* Hem de procurar tornar a ensenyar a la població que és molt sa autoguarir-se. Quan jo era petit, la meva mare trigava tres dies a cridar el metge quan jo tenia febre, i ara, a mi, em porten un infant que no fa ni una hora que té febre: gairebé no hi ha hagut temps perquè aparegui res. Podríem esperar una mica més per a veure què passa.

- *Els missatges dels mitjans de comunicació.* Algun dia ens haurem de plantejar la influència que els missatges de comunicació tenen en el tema de salut i en el tema del sistema sanitari.

- *L'ús dels recursos.* Haurem d'anar ensenyant també a la població que vagi aprenent que no necessàriament «més és millor», sinó que «més proper i senzill» és, a vegades, menys perillós i millor. En l'hospital, es fan grans intervencions, però també és un centre en el qual es produeix molta iatrogènia, és a dir, molts mals al pacient que van lligats amb la mateixa tecnologia que s'utilitza i, per tant, si no s'empra amb un bon filtre, l'hospital pot ser causant de malalties; en canvi, si ho filtrem bé i s'arriba només a les persones a les quals s'ha d'arribar, l'hospital pot ser molt beneficiós.

A Osona, concretament, què podem fer o que estem fent per una sanitat més sostenible?

Només dir que, a la comarca, hi ha deu EAPS, dels quals vuit presten atenció continuada (24 hores). Fora de la ciutat de Vic, tots aquests equips tenen atenció sanitària les 24 hores del dia.

Tenen una coordinació amb serveis hospitalaris bona. En dir «bona» volem dir «millorable», tenint en compte l'entorn del país.

Quines coses ens estem plantejant per a fer a Osona un futur més «sostenible» en sanitat?



Probablement, a la comarca, tindrem 11 EAPS o més.

Esperem fer un pla d'atenció continuada que coordini tota la comarca, fins i tot les urgències que van a l'hospital, moltes de les quals, probablement, no caldria que hi anessin.

Ser més accessibles. Hem de procurar que la població pugui venir amb més facilitat a nosaltres: facilitat per a obtenir hora, apropar serveis, fer que se sentin realment com a casa...

Augmentar la capacitat i la cartera de serveis d'atenció primària. Com més coses pugui resoldre l'Atenció Primària de Salut, menys ens caldrà que la població utilitzi els serveis hospitalaris.

Millorar la coordinació dels hospitals.

I dedicar major atenció a coses que hem oblidat una mica, com ara la prevenció i l'educació en la salut: la salut a l'escola, la prevenció a la consulta, etc.



*Dr. Albert Planas*

## COL·LOQUI

**Miguel Candel.** Moltes gràcies als ponents. Crec que han estat unes intervencions molt sostenibles en comparació a les que fem els de filosofia. S'ha dit que les àvies, abans, sabien guarir malalties a les quals estàvem acostumats, com eren el xarampió, els refredats o algunes malalties infantils, i que ara, en canvi, ja no en saben. Crec que, d'aquest fet, en part, en són culpables els metges, especialment pel pes que ha tingut la medicina privada en aquest país. Ha triomfat la idea de «com més pacients-clients, millor». Els metges han estat una mica culpables de fer-ne, de la saviesa popular, en termes d'autoguarició, sobretot pel que fa al remei de les iaies, una mena de maquinació. El remei de la iaia, a vegades, funciona. Sobre el que s'ha dit d'augmentar el nivell de participació del pacient i descarregar els serveis i recursos que s'han de reservar per a casos greus, i per als quals no serveix la medicina de la iaia, caldria educar una mica més la població. Això es podria fer fàcilment a través de televisió, de cursets o de fullets que l'Institut Català de la Salut podria repartir. Hi ha remeis que realment funcionen. Per a guarir moltes malalties infeccioses, abans es recorria a la dieta: una dieta molt més sòbria, molt més difícil d'empassar, sense líquids ni massa freds ni massa calents... Ara ja no es fa. Avui, rarament, sento dels metges de capçalera recomanar fer dieta; prescriuen un medicament i et diuen: «Faci vida normal.» Dels teus hàbits no n'has de canviar res. Això em fa sospitar molt. La meua filla, que ara ha acabat els estudis de medicina, sempre que faig ús d'algun remei de la iaia, em diu: «On vas amb això? No té cap fonament científic.» «Molt bé –li responc–, no té cap fonament científic; però, si funciona, ja va bé.»

**Doctor Planas.** Segur que hauria d'anar així, la cosa. Aquest era el missatge que jo volia donar. No volia dir, però, que les àvies haguessin perdut els coneixements dels remeis per manca d'interès; si l'han perdut, és perquè les famílies ja no són com eren abans: les àvies ja no estan tant a casa, o només tenen els nets quan els pares no hi són. El canvi de l'estructura familiar ha fet que, probablement, la família sigui menys atenta a la malaltia o als petits problemes de salut. Avui, de seguida, quan algú, especialment un infant, té una petita molèstia, es demana la intervenció

d'un tècnic, quan no sempre fa falta. Aquí entrava el fet social que he dit de la responsabilització. Com que tenim famílies molt enfeïnades, que no tenen gaire temps, i famílies amb pocs fills, la responsabilitat dels pares amb aquests fills és molt gran i els duen a la consulta mèdica només per estar tranquils. Ells ja sabien que venien per una cosa que era banal; però el que de debò volien era estar segurs; és a dir, que algun tècnic els digués: «Vostè té raó: era un refredat.» Els metges hem fallat per la influència de la indústria farmacèutica; hem fallat per la necessitat social de la rapidesa: per la idea segons la qual si no es fa alguna cosa sembla que no s'estigui atenent correctament. Hem donat contingut sanitari a coses que no els calia. Davant el simple refredat d'un nen, només cal recomanar al pare o a la mare: «A casa es passa molt bé; doni-li una aspirina o qualsevol cosa per a la febre, que begui molt líquid i s'ha acabat»; però, a vegades, se'ns en va la mà i acabem receptant alguna cosa que, tot al més, pot alleujar una mica la tos... Donant alguna cosa, ja has deixat clar a aquella persona o a aquella família que valdrà la pena anar a veure el metge quan et tornis a trobar amb símptomes semblants. Aquest és el mecanisme que s'ha anat produint. És cert que les àvies tenien remeis casolans que eren absurds, però en tenien alguns de ben raonables, i, generalment, la majoria d'aquests eren poc iatrogènics, és a dir, poc perillosos, que fan poc mal o que és difícil que facin mal, cosa que no passa amb tots els fàrmacs.

**Antoni Bosch.** Tot el que heu dit m'ha semblat d'enorme interès; però voldria referir-me més a l'aspecte amb què s'ha començat, és a dir, al fet que un sistema sanitari té un sistema econòmic que l'aguanta. Aquí dins hi ha tot el tema dels concerts hospitalaris, que és un tema difícil i on voldria insistir. En parlar del sistema sanitari, necessàriament m'he de referir al tema de la productivitat, sia en un hospital o en un centre d'atenció primària. Aquest tema, sens dubte, planteja molts problemes. Com es fa per a equilibrar el que cal sanitàriament fer i què cal fer per a produir bé? Es podria donar el cas que hi hagués algun hospital que, a partir de les estadístiques de les seves intervencions quirúrgiques de varius durant un any, es plantegés, en raó de la productivitat, incrementar-ne les intervencions. Això faria que algú que no li cal aquest tipus d'intervenció, per raó del concert econòmic de l'hospital, l'inter-

venen perquè necessiten fer un tant per cent més que l'any anterior. El malalt passa a ser, no un malalt, sinó un client; i quan hi ha el desplaçament de malalt a client, ja ho hem embolicat tot des d'un punt de vista sanitari. Al final, els malalts necessiten recursos econòmics per part de l'Estat, però també, amb aquest sistema, l'Estat necessita malalts; si no, el sistema no s'aguanta: no s'aguanta la indústria sanitària i no s'aguanta res. Qui necessita qui? Em poso, però, en el lloc del malalt i pregunto: és necessari que t'operin quan no cal?

**Doctor Anglada.** Tens raó. Però voldria aclarir un tema. La indicació no és fictícia. Has plantejat un tema importantíssim: les varius. Fa vint-i-cinc anys, la gent no s'operava de varius, perquè les tècniques eren més agressives i més problemàtiques; hi havia un tipus d'anestèsia molt més complexa que comportava un risc alt per a la vida a l'hora d'operar-se. Avui, en canvi, el nivell d'operar és més lax. Això genera, en el pacient, una seguretat que el duu a no pensar-s'ho gaire en el moment d'entrar en un quiròfan. Això passa igual amb les cataractes: abans operàvem de cataractes la gent que gairebé no hi veia; ara, tens una mica d'ombra i ja t'operen: un inici de cataracta i al quiròfan. Aquest tipus d'intervencions es fan amb anestèsia local i no tenen cap mena de risc; es fan amb una tècnica fàcil i, amb aquesta cultura de la rapidesa, de la qual ha parlat el doctor Planas, marxés cap a casa i al cap de vint-i-quatre hores ja pots llegir. No voldria que en traguéssiu la sensació que l'important és que sobrevisqui el sistema: el que necessitem són pacients, però, ens agradi o no, els pacients són clients. En el sistema sanitari, tot el que obres, ho omplés; és a dir, de clients, sempre en generes, perquè la cultura actual és la de fer clients. De clients n'hi ha hagut sempre. El sistema de finançament i de contracte que té l'Administració amb els hospitals és clau, perquè, com sempre diem: «Digues-me com compres i et diré com t'organitzes.» Si el que prima és tenir malalts, n'hi haurà, de malalts. El tema de la ciència i el fet d'entrar en una cultura de la medicina defensiva –tema importantíssim– provoca, cada dia més, la relació de confiança entre el malalt i el metge. Avui en dia el sistema sanitari, especialment en els hospitals, fa moltes proves per protecció del mateix facultatiu o del mateix hospital davant les demandes dels pacients. És un cercle viciós que, en entrar, ja no saps com sortiràs.

La protecció amb assegurances més altes a favor dels metges és més atractiva al sistema; per dir-ho d'alguna manera: «Que et demandin més, perquè això voldrà dir que ets més cotitzable.» Estem important formes de fer anglosaxones en una cultura llatina. Estem veient què fan els americans, què fan els anglesos, però amb una cultura molt diferent. Això, però, és molt més complex. Com ja ha dit el doctor Planas, l'activitat sanitària dels metges és una activitat humana, amb errors, els quals també s'han mesurat i s'ha vist que són similars a qualsevol activitat humana, com, per exemple, els dels pilots d'aviació. Els errors, a vegades, causen problemes greus, fins i tot morts, i això és inevitable. Si anem trencant aquest nivell de confiança malalt-metge i l'anem empresariant i transformant amb allò de: «Com que jo pago, jo exigeixo», acabarem malament.

**Jordi Sales.** En aquesta taula rodona ens han tocat metges austers i no tecnològics. Des del punt de vista humanístic, ser auster està molt bé. Jo plantejaré l'aporia, que és una feina de la filosofia. Tots aquests anuncis que hem vist són molt estranys, però segurament els ha hagut de fer algun metge, o almenys alguna cosa hi ha tingut a veure. D'altra banda, sembla molt clar que hi ha unes tendències de despesa que es justifiquen mitjançant la referència i la preocupació de l'home per la salut, com altres es justifiquen per l'erotisme que l'home pot tenir. Som en un procés en què es demana, des de l'austeritat, una purificació d'un sistema que hem fet sense saber a quina instància acudir. Sempre s'acaba dient que a l'escola facin educació sanitària. Qui la fa i com?, perquè pot venir algú a fer-la que et vengui anuncis com els que acabem de veure. En les oficines de farmàcia, quan vas a comprar, tret del bicarbonat, la primera fila la tenen de coses que no són del sistema sanitari, sinó perquè, mentre esperes, les contemplis i acabis comprant-les, com passa amb algun tipus de pastilles, etc. La picardia humana no és d'avui en dia, sinó de sempre. El que trobo és que arriba un moment en què acudim vers un sentit comú patriarcal del bon mestre, del bon metge de família, de l'àvia assenyada rehabilitada avui, quan el sistema d'anuncis i de farmàcies ho està destruint.

**Doctor Planas.** Hem de donar, certament, resposta al sistema sanitari. Hom no pot oblidar que existeix. La societat ens està demanant que anem més ràpids. S'ha de dir, però, que, en medicina,

ser més ràpids comporta uns riscos. Aquestes reflexions han de servir per a saber on som, per a saber que les coses són així, que són difícilment modificables i que alguna cosa hi podem fer per modificar-les. El que s'ha de fer és adaptar el sistema sanitari a aquesta situació canviant, com ha dit el doctor Anglada, o canviar la societat, com he dit jo. Algun missatge haurem de donar a aquesta societat per dir-li: «Compte, estem en una situació que ens ho podem menjar tot plegat!»; i una cosa que és bona, com el sistema sanitari, segons la modificació que hi introduïm, pot dur a situacions crítiques. Segurament que haurem de posar-hi més diners; però, si hem de posar-hi més, i com deia el doctor Anglada, ens els anem menjant igualment, reconduir-ho no té cap sentit. «Austeritat», que dèieu abans, sí, però fins a cert punt; he posat l'accent en aquest mot per provocar una mica. La ressonància magnètica és un gran avenç, però hem de fer-la servir quan cal, quan està ben indicada i amb mesura.

**Ramon Valls.** Permeteu-me, en primer lloc, que us felicit per què les dues exposicions m'han semblat francament modèliques i serien fàcilment vulgaritzables en àmbits més corrents de tota la població. Dit això, voldria comentar un parell d'aspectes. El primer seria l'assumpte dels tòpics falsos, de les opinions dominants que, ben mirades i amb un pèl d'anàlisi, ja es veu que no se sostenen, però que, en canvi, determinen moltíssim el grau de satisfacció real que té la població, el client, el malalt, perquè l'assistència que rep, essent bona, no respon a les seves esperances, que són il·lusòries. Per a mi, aquest és un assumpte preocupant. Ja fa un quant temps que dic que se m'ha acabat l'interès d'investigar la veritat, però que, en canvi, m'ha crescut l'interès per investigar allò que passa per veritat. Com es fabriquen aquestes opinions, com es produeixen i com es fan dominants? Hi ha un conjunt de creences que són moneda circulant i que es diu que són de sentit comú. Quan comences a criticar-ho, tothom diu: «Això és de sentit comú.» i com que tothom ho diu, ja ho és; i tu, en canvi, no ho veus així. Com s'ha dit aquest matí, si viatges, ja t'adones del que és evident aquí i no allà; llavors comences a relativitzar i arribes a pensar que el sentit comú és allò que s'ha dit la suma dels prejudicis d'una determinada societat en un moment determinat, i això és el que passa per sentit comú. A mi això m'interessa moltíssim i aquí se

m'ha fet palès que, en el vostre camp professional, hi té una incidència màxima i que hom no pot, senzillament, alegrar-se enregistrant el fenomen, sinó que està obligat, d'alguna manera, a influir perquè minvi, ja que es tracta d'un cúmulo d'opinions falses. Aleshores passa el problema al sistema educatiu: et diuen que facis una assignatura i tu dius: «Escolti, prou, perquè, al final, haurem de fer també una assignatura de circulació viària, etc.» I llavors penses: «Potser el que cal és canviar els programes de les assignatures ja existents, perquè, si hi afegim assignatures, anirem inflant l'horari escolar i hauren de fer vint-i-sis hores de classe al dia, i això no pot ser.» Quan jo era vicerector d'universitat, un dia em va venir una petita comissió d'un departament que té a veure amb aquest món i em van dir: «Hem de fer una assignatura nova.» Em van donar el nom de l'assignatura i vaig dir-los que no hi havia cap inconvenient i que en fessin un informe. Els vaig indicar que es faria un petit tràmit per acoblar l'assignatura al pla d'estudis i els vaig preguntar per l'assignatura que suprimirien. Aleshores van dir: «Això no pot ser, perquè tot el que hi ha és necessari i, a més, ara, el que proposem.» En la facultat de dret es va fer un pla d'estudis per pressió del rector, perquè havia de tenir la llicenciatura solament quatre anys i, després, si de cas, fer un postgrau de dos. El degà, obediènt i submís, per fer la pilota, va fer el programa. En el pròleg a l'edició del programa, que era, com deïem en els meus temps, de «Codorniz», de revista humorística, es deia, més o menys, que aquest programa era per a cinc anys, però que, en cinc anys, difícilment el podria fer cap alumne, de manera que l'alumne mesurés les seves forces i pensés que potser en necessitaria sis. Aleshores miraves i deies: «Per què les diu, aquestes bestieses?» Doncs les diu amb una raó certa; i és que el programa aquell posava la mateixa assignatura en la mateixa etapa que l'havia tingut sempre des del segle XIX, i, llavors, hi afegim assignatures, optatives o no, semiobligatòries, nous coneixements, però sense limitar res del que hi havia abans. El que vull dir és que no es poden fer carreres de mil anys i que l'alumne passi les dues terceres parts de la seva vida estudiant perquè acabi quan es jubila. S'ha de trencar aquesta dinàmica i combatre els tòpics falsos. Hauríem d'assumir el problema i pensar en un desllorigador, i no transferir-ho, senzillament, al sistema educatiu. Més que el sistema educatiu, influeix el sistema d'educació de la televisió, de la ràdio, etc., mitjans als

quals potser també els hauríem d'ensenyar alguna cosa. No dic jo ara que fem programes culturals avorrits; tampoc no cauré ara a parlar dels problemes de la televisió escombrària. El problema no és aquest: el problema és, una mica, de cultura general del país, i que hi ha molts més agents de cultura general del país que el sistema educatiu. Per últim, unes paraules d'una cosa que feia notar als alumnes fa anys. Quan parlem del sistema social global d'un grup humà, sempre deia que el sistema social es dividia en subsistemes. Feia notar un paral·lelisme entre el subsistema sanitari i el subsistema educatiu. El subsistema educatiu està pensat ja com a entrada dels nous individus al grup. Això equival a formar-los i educar-los per a integrar-los en una determinada societat perquè hi encaixin bé, és a dir, perquè no siguin membres desllorrigats. El sistema sanitari extrau del sistema general algunes persones temporalment incapacitades que té en projecte recuperar i es produeix un paral·lelisme molt interessant. Aquest matí, parlant amb una de les ponents, sobre si el metge guareix, li he dit: «Home, pròpiament, el metge no guareix: el malalt es guareix.» El malalt es guareix, recordant allò de *natura medicatrix*; és a dir, la mateixa naturalesa té uns elements d'autocorrecció i d'autogeneració. El metge, certament, ajuda en això, i ajuda amb fàrmacs que es poden considerar no gens homeopàtics, sinó estranys i invasors, però que algun aliat troben dins el cos per a refer la salut. El metge tampoc no pot reduir-se a un mer assessor tècnic. La relació metge-malalt ha de tenir el caràcter socràtic que es veu molt bé en el sistema educatiu: cal que el mestre susciti en els nois realment l'entusiasme per una determinada matèria. Es demana una relació no merament tècnica, sinó personal, socràtica, és a dir, que s'extregui l'educació del mateix educand, que s'extregui la salut del mateix malalt. La relació metge-malalt pot facilitar-ho i es pot dir que n'és la causa. Espero que aquest comentari serveixi, d'una banda, per a obrir perspectives i, d'una altra, per a certificar els motius de felicitació que he dit al començament de les meves paraules.

**Doctor Planas.** Gràcies per les felicitacions. Un comentari a la darrera reflexió que heu fet: el tema del mer assessor tècnic. Estic d'acord que el metge no és un mer assessor tècnic; sí que, a vegades, queda el pre-requisit d'assessorar i d'informar correctament.



El metge, abans de res, ha d'exposar de manera molt senzilla el que està passant i les formes d'actuació. Entre altres coses, el pacient pot dir: «Escolti, faci el que vostè cregui més convenient.» Haurem de tornar a reprendre aquest paper del metge de compartir els afers de la salut amb el pacient, perquè, si no, semblarà que els afers de la salut no siguin una cosa personal. Jo crec que és una relació personal en la qual hi ha un tècnic; per tant, es tracta d'una relació asimètrica, perquè el metge, en alguna cosa, ha après i aporta la seva visió tècnica, la qual és, en aquest cas, superior a la del pacient. Però el pacient té una superioritat sobre el metge en el fet que és amo de la seva persona i pot acabar decidint el que creu més convenient. El metge pot recomanar, però el pacient pot assumir el que li passi en deu anys per no seguir el tractament: «Per més que vostè m'ho expliqui, jo penso continuar fumant, perquè és la meva opció.» Certament, és una opció lliure i jo he de respectar-la; tanmateix, l'he de tornar a avisar que allò que està fent és perillós per a la seva salut, però no tinc gran cosa més a fer-hi. Aquest paper va associat a allò que deia abans de la humilitat: nosaltres no guarim, sinó que ajudem a guarir i hi participem, i a vegades també ens equivoquem, com ha dit el doctor Anglada, perquè som humans. Amb humilitat, no podem pensar que tota la salut depengui de nosaltres. Com deia al principi, només el 15% depèn del sistema sanitari; la resta depèn de la societat.

**Doctor Anglada.** Comparteixo perfectament el que acaba de comentar el doctor Planas. Només vull fer un incís. Jo diria que, a vegades, en parlar així, ometem una sèrie de coses que ja donem per suposades. A més de tenir un bon sistema sanitari, tenim un nivell tècnic molt alt. Hem de pensar que és un país ben regulat. Un metge, en el sistema públic, exercita i practica durant deu anys; si no, no pot actuar en el sistema públic: amb el programa del MIR, que és una de les coses més ben fetes, en aquest país, en tema de formació, li calen deu anys d'estudi com a mínim per a exercir la professió en el sistema públic. Tenim, per tant, un alt nivell de tècnica en coneixement. Qualificats tècnicament, som alts; però, com ha dit el doctor Planas, s'està incrementant el paper del ciutadà, del pacient, que vol participar i que té dret a participar, i això sobta. No hi estem acostumats; no ens han preparat per a això; ho hem hagut d'aprendre ara. Acabo de venir de l'hospital i tenim un tema

sobre la taula: un testimoni de Jehovà no vol rebre sang en una operació i hi té tot el dret, i l'empara la llei perquè no es deixi posar sang; però s'ha d'operar i hi ha un nombre alt de probabilitats que necessiti una transfusió sanguínia. Per a tota aquesta quantitat de coses noves que s'han de tenir en compte i treballar en el sistema sanitari, no ens han preparat. Això ha vingut en el treball del dia a dia. La bioètica va guanyant pes en el món sanitari; cada dia hi ha una anàlisi de la situació que realment qüestiona el pacient que decideix no ser tractat. Els metges ens hem de veure capaços de salvar-ho tot, i això, en la formació, no està estipulat. Per tant, fem èmfasi en aquest tema sense voler buscar simetries en la relació: «Jo sóc el doctor, això ho té sobre la taula i ja decidirà vostè», i això és el que no hauria de ser. De vegades ho simplifiquem perquè ens esbiaixem en el dèficit que tenim i, realment, costa; els aspectes que vénen directament del pacient ens costen. Nosaltres analitzem contínuament les reclamacions i les demandes perquè és un tema o una font de coneixement per a veure què està passant i com hem d'anar millorant els facultatius en el sistema. Hi ha un dèficit considerable d'informació. No és tant un problema d'equivocació, perquè això, si s'explica, la gent ho entén, sinó que no hem tingut el temps adequat o no hem perdut el temps suficient per a explicar les coses que poden passar i el que es pot decidir. Som en una fase de canvi dels actors, en la qual s'està demanant la compatibilitat entre el respecte a les decisions del pacient i la formació tècnica, que és la que els metges tenim i per a la qual ens han preparat. Tanmateix, caldrà que les facultats i les universitats, en el nostre camp, introdueixin, en els programes de formació, tots aquests aspectes.

**Ramon Valls.** Precisament per això jo estic col·laborant en el màster de bioètica i dret, no des de la sanitat, sinó des de la bioètica. La clientela normalment són metges i infermers. I penso que fem una bona tasca, àdhuc per mitigar els possibles conflictes entre les vaques blanques i les negres. Ara hi ha tota aquesta invasió de reclamacions i danys i perjudicis que obliguen els metges a subscriure una assegurança amb una prima astronòmica. Tots aquests problemes han de ser abordats i no són estranys a l'exercici professional de la medicina, sinó que en formen part i han d'entrar, d'alguna manera, en el currículum de formació, encara que sigui de

formació permanent. Us pregunto: què opineu de la presència del grup d'executius, senyors, senyores o senyoretetes molt ben vestits que van a fer la propaganda de certs productes farmacèutics nous? A mi, allò, d'entrada, em sorprèn. Què hi fan? Esperen que el metge els rebí per oferir-li una informació clarament esbiaixada i interessada. Què en penseu, d'això, si és que en teniu una opinió i si aquesta és exterioritzable?

**Doctor Planas.** Si més no, la presència d'aquest grup fa lleig. És un problema, podríem dir, ancestral que tenim. La funció d'aquests senyors i senyores és informar; per això, la seva definició professional és la d'informadors sanitaris. En principi, són professionals de la informació, més que sanitària, de productes farmacèutics, encara que també n'hi ha de tecnologia o d'altres eines sanitàries. El metge, el professional, necessita una informació sobre les novetats del que es fa i del que passa. Tenim un problema també aquí sobre com es manega el sistema sanitari. A mi em fan propaganda de moltes coses, des de diversos àmbits: televisió, premsa, a la botiga mateix... Els productes que tinc al davant m'estan fent màrqueting, com diuen els anglosaxons. El tema és que, en aquest màrqueting que em fan, jo acabo essent qui, teòricament, decideix què en faig, d'això. El tema dels senyors de la maleta és una mica més complex perquè qui rep la informació, molt o poc esbiaixada, és un professional que, en tot cas, emprarà aquell producte en un tercer. Hi ha una notable diferència amb el tipus de màrqueting, que és el que fa que sigui una mica més complex, i que crec que val la pena que algú hi pensi de debò. Insisteixo: teòricament, són informadors sanitaris; estic d'acord que la seva informació mai no pot ser objectiva –seria absurd pensar-ho–, però pot ser correcta; pot ser, fins i tot, ben donada, però amb la finalitat de vendre el seu producte, que és allò per a què hi són, cosa que crea una situació estranya en el sistema sanitari. Les propagandes que us he presentat exposen el que la societat demana: rapidesa, felicitat, etc.

**Doctor Anglada.** Un cop acabada una carrera universitària, es necessita una formació permanent per a actualitzar els coneixements. Una de les fonts de la formació, durant molts anys, ha estat la indústria farmacèutica, la qual ha facilitat l'assistència a congressos i cursos. Avui es planteja la revisió de la relació entre

indústria farmacèutica i metges perquè ha traspassat els límits de la formació. Hi ha sistemes d'actualització de medicaments de la mateixa Administració i de la universitat que justifiquen que, en aquest moment, no hi hagi d'haver l'aportació de la indústria farmacèutica. Certament, cal una regularització de la relació entre indústria farmacèutica i facultatiu, ja que no està aportant el que realment hauria de ser.

**Doctor Planas.** Forma part dels missatges contradictoris que he assenyalat. Tenim una indústria en el país i una altra que és estrangera, però que treballa aquí i genera llocs de treball i que produeix: produeix fàrmacs, tecnologia, etc., i es regeix per les lleis del mercat, que són les que regeixen en qualsevol indústria del nostre país. Això entra en contradicció amb un sistema sanitari públic com el nostre. És una balança d'equilibri inestable el manteniment d'uns interessos econòmics lícits, fins i tot saludables per al país en alguns aspectes, i la sostenibilitat del sistema sanitari públic: si venem més fàrmacs, venem més tecnologia; si donem més fàrmacs no estrictament necessaris ni imprescindibles, estem fent més despesa; tanmateix, estem produint més i estem generant més llocs de treball.

**Ramon Valls.** Per a una mateixa malaltia, hi ha diferents fàrmacs a la farmàcia que es poden prescriure igualment. Vaig parlar una vegada amb una farmacèutica que havia just acabat la carrera i que havia començat a treballar en una farmàcia molt prestigiosa en un lloc molt cèntric de Barcelona, i em va explicar com rebia instruccions del titular perquè, en el cas que es presentés algú a l'oficina i li demanés un producte per a una determinada patologia, sempre havia de donar el més car. Davant d'això, dius: els interessos particulars són legítims, però també hi ha d'haver unes fronteres: unes fronteres que puguin canviar, que no siguin absolutament fixes. Fer valer aquesta frontera ètica, que no sé ben bé què significa però que és útil, hauria de suscitar l'existència de més consciència ciutadana sobre la qüestió. Veiem a la televisió: «Consulti-ho amb els seu metge o amb el seu farmacèutic». Molt bé; però això pot dur a ser sotmès a l'esmentat abús.

**Doctor Planas.** El sistema de farmàcia en el nostre país també entra en contradicció amb el sistema sanitari públic, perquè no és públic,

com la resta del sistema sanitari. Es podrien receptar o oferir productes molt més barats i amb la mateixa eficàcia. El metge es troba pressionat d'una forma desagradable perquè sabem perfectament que la despesa en farmàcia representa sobre el 25% de la despesa del sistema sanitari i és una despesa que podríem modular fàcilment; des del punt de vista tècnic, hauríem de dir: «Aquest fàrmac no aporta res i, per tant, no cal finançar-lo amb diner públic.» D'aquesta manera, segur que podríem estalviar molts diners. Ara bé, cal també apel·lar al sentit ètic del metge, però tampoc no cal posar-lo en excessiva pressió, ja que l'entorn és el que és: l'Administració ha autoritzat aquests fàrmacs; l'Administració té, doncs, una responsabilitat també gran i molt concreta: dir si un medicament serà finançat per la Seguretat Social o no, si serà autoritzat o no. Qui està sotmès a la pressió de decidir és el metge, que és responsable d'un talonari de receptes amb el qual està fent una despesa pública i sap que pot donar un fàrmac dues vegades més car i no un altre, molt més barat, que serveix per al mateix. Estic sotmès a una pressió social de la qual no sempre és fàcil de sortir. No s'ha de carregar tot al metge, quan hi ha altres agents que també hi tenen una responsabilitat.

**Antoni Bosch.** Estic convençut que aquest modelatge que tu proposes que podria fer el metge amb les receptes no és veritat, perquè, si ho fes, la indústria farmacèutica corregiria els preus ràpidament; en canvi, sí que és veritat que l'Estat pot dir que s'utilitzin uns determinats medicaments per a tranquil·litzar la pròpia consciència.

**Ignasi Roviró.** Ara es comentava que tenim un dels sistemes sanitaris més bons del món. Aquest sistema sanitari ens costa un 40% dels diners de la nostra Administració i en traiem, de benefici, només un 15% del que tenim destinat a la salut. La meua pregunta és: apostem bé al cavall que guanya, si resulta que el 40% de l'àmbit de la salut és fomentar els estils de vida? Em sembla que el nostre govern no disposa d'un altre 40% per a fomentar els bons estils de vida. Com és que s'aposta tan fort en un marge tan reduït de benefici per una cosa que no aporta beneficis per a la salut? D'altra banda, quan diem que aquest sistema sanitari és bo, que estem dient: que és bo tècnicament, és a dir, que està ben muntat, que té bons recursos, que els seus professionals són bons o ho

són, gairebé, metafísicament? És bo perquè abasta una capa de població àmplia, és a dir, de ciutadans legals i d'il·legals? Quina es la seva qualitat de bonesa?

**Doctor Anglada.** Primerament, pels resultats que té comparativament amb la resta dels països del món occidental, pel que costa i pel nivell tècnic del que s'està fent, és dels millors. A més a més, socialment, arriba a totes les capes. Realment és un model universal que intenta garantir l'equitat. No es mira el nivell de riquesa del pacient. A un trasplantament, hi té dret qualsevol malalt; als Estats Units, si no tens una assegurança específica, no t'hi entra. Si un immigrant necessita un trasplantament, aquí es fa. Un tractament de la sida, en molts països, no entra en el sistema: o tens diners o no ets tractat; aquí, en canvi, tothom és tractat amb uns preus astronòmics si es compara amb el tractament d'altres malalties. Amb noranta anys i una malaltia renal, si cal fer diàlisi, es fa; en altres països, això no passa. Aquest és el sistema que tenim i ens dóna bons resultats; tenim costos més baixos que la resta per mantenir aquests resultats i unes prestacions i un accés a tota la població independentment de la riquesa que tingui la persona.

**Jordi Sales.** Com que això funciona realment bé, anirà creixent; però potser no hauria de créixer en tots els aspectes; i, quan una cosa creix per tots cantons, s'ha d'optar i, per algun lloc, s'ha de tallar. Voldria fer una pregunta: pels redactats de les reclamacions d'aquest públic que cada vegada demanda més, ¿heu observat si estan induïdes per senyors que també es passegen, al marge del sistema sanitari, per ensenyar a reclamar contra els sistema sanitari i cobrar uns honoraris a través d'això?

**Doctor Anglada.** Evidentment. No és en una quantia o en un percentatge gran, però això, en els últims anys, està creixent de manera impressionant. La família aprofita que ha mort algú per a veure si en pot treure alguna cosa. Això ja ve formulat pel despatx d'un determinat advocat i va en augment. Tenint en compte aquesta situació, el Col·legi de Metges ha augmentat el nivell de responsabilitat civil de cobertures dels professionals.

**Antoni Bosch.** A propòsit del que ha dit el doctor Roviró sobre el parell de variable 40-15%, em sembla que no ha de ser estrictament

així: hi ha un 40% de despesa sanitària i un 15% que repercuteix en la salut d'aquella gent que està malalta. Vull dir que hi ha molta gent que viu de la indústria farmacèutica que es troba molt bé perquè menja; per tant, aquests els hauríem de sumar al 15%, la qual cosa fa que no siguin dues variables equiparables.

**Miguel Candel.** La cosa, a més a més, va per un altre cantó. A Espanya, la influència del medi ambient no ha de ser gaire gran, ja que no gaudim d'un medi ambient bo. En canvi, al Canadà tenen un medi ambient bo. Aquest estiu, al Canadà vaig anar amb un cotxe de lloguer i, després de dues setmanes de vents, de pluges i de tot tipus d'inclemències meteorològiques, el cotxe no tenia gens de pols. Deixeu-lo aquí, a Vic, al carrer una nit, i ja no diguem a Barcelona... El 40% que contribueix al benestar de la gent, en ser natural, no té una repercussió econòmica. Com pots intervenir en el medi ambient? Pots intervenir-hi, en tot cas, limitant agents contaminants i coses d'aquestes, però res més. En el cas del Canadà, com que tenen tant espai verd i tanta natura en bon estat, ja es contribueix en un 40%, però això no vol dir que la inversió que es faci en sanitat estigui desequilibrada. No s'ha d'interpretar això, doncs, d'aquesta manera.

**Doctor Planas.** Una reflexió sobre el 40 i el 15%. Només influeix un 15% en la salut de la població; però és que aquest 15%, que és el sistema sanitari, és molt més car que les altres coses que hi influeixen; per exemple, l'educació sanitària o els estils de vida tenen un cost mínim en el cost que podem posar de PIB. Això de 15-40% ho hem de fer servir com a reflexió. Per a sanitat, només hauríem de dedicar-hi el 15%. Potser no és ben bé això: la sanitat és relativament cara i el desenvolupament tecnològic és també car. D'altra banda, el tema de la injustícia és una decisió social i política que depèn del sistema sanitari que vulguem tenir. El que ens diferencia, per exemple, dels Estats Units no són les millores tecnològiques, sinó el fet de ser nosaltres més equitatius: la nostra sanitat arriba a tothom. Als Estats Units, se'ls mor gent perquè no tenen opció econòmica. Políticament parlant, és una elecció social, no una elecció tècnica. Els metges, aquí, tenim poc a dir; si diem alguna cosa, ho fem com a ciutadans: «Jo vull ser injust, en el sentit que abans s'ha dit, i arribar a una situació en la qual aquell

que no hagi cotitzat no es beneficiï del sistema sanitari; o vull ser just, depenent del concepte que tinguem de justícia.» El tema del 40-15% també té a veure amb les eleccions que fem. El tractament de la sida és molt car, però el paguem. Fem malament de pagar-lo? No, fem bé; però hauria estat millor poder evitar la malaltia. Potser ens hem equivocat en el fet de posar molt poc accent en el tractament de la sida i en la seva prevenció. Segurament hauria anat millor, però és difícil endevinar-ho. Potser hauríem estalviat una mica en tractament. En els diaris sempre surt a primera plana quan algú ha fet un trasplantament cardíac o altres coses que sobten molt i que són cares per al sistema sanitari, però mai no surt a primer plana que es poden evitar vint-i-cinc infarts de miocardi quan algú està ajudant una persona a canviar el seu estil de vida, a millorar el seu colesterol o la seva hipertensió arterial. Això mai no surt a primera plana, i això també ho fa el sistema sanitari. Val molt més evitar vint-i-cinc infarts de miocardi que haver de fer trasplantaments de cor, la qual cosa no vol dir que no hàgim de fer totes dues coses.

**Dídac Ramírez.** Fa anys, hom deia al de la maleta «visitador mèdic», i ara m'assabento que és «informador sanitari»: totes dues coses responen al que fa, però hi ha hagut un canvi. Sobre el que s'ha dit del 15-40%, jo també hi he començat a donar voltes. Ahir ja va sortir el tema de les xifres, i aquestes s'han de manejar amb molta cura. El doctor Roviró ha tret una conseqüència d'aquest 15 i d'aquest 40%. Jo, ben bé, aquest 15% no sé què vol dir. El 15% de l'impacte sanitari de la salut: la biologia, el medi ambient... I els anuncis que s'han exposat, on els posem dins de tot això? Perquè també tenen impacte, i no sé on posar-los. D'altra banda, dic: si la salut, si el denominador, és la definició de l'OMS: «el complet estat de benestar físic, psíquic i social», no sé ben bé quan es dona. S'ha dit que no se sap què és ètica; però què és això, tampoc. En jugar amb aquestes xifres, cal anar amb molta cura, ja que, com s'ha vist, això no és el Canadà. Dit això, el que penso que és el principal problema d'aquest àmbit, és a dir, la sostenibilitat de la salut, suposo que hauria de ser la sostenibilitat del sistema sanitari; amb més precisió: del sistema sanitari públic. És el mateix problema que la sostenibilitat de tants sistemes i subsistemes que hi ha en la societat actual i en l'estat de benestar. En darrera instància, per a



mi, el principal problema és el naixement de les necessitats: el que fa un any no sentíem com a necessitat, ara, en canvi, sí que ho és; i l'estat del benestar es troba amb aquest repte, amb aquest desafiament que el pot posar en crisi perquè és un dels factors de crisi de l'estat de benestar. I poso un exemple fora de l'àmbit de la salut: arribarà un moment que qui no tingui un amarrador en un port esportiu que li pagui l'administració pública sentirà que una necessitat seva no està satisfeta, i qui no ofereixi aquest servei no serà votat. Aquí rau el principal problema del qual s'ha parlat.



*Dr. Didac Ramírez*