

MARINA GELI
Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya

9

ELS PROFESSIONALS SANITARIS



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

MARINA GELI

Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya

ELS PROFESSIONALS SANITARIS

PRESENTACIÓ

FRANCESC RILLO

Director de Comunicació de l'Hospital Universitari de Bellvitge

INTRODUCCIÓ

MARGARITA ESTEVE

Directora d'Infermeria del Consorci Sanitari del Maresme

INTRODUCCIÓ

ALBERT J. JOVELL

Director general de la Fundació Biblioteca Josep Laporte

PRESENTACIÓ

Francesc Rillo

Director de Comunicació de l'Hospital Universitari de Bellvitge

Benvinguts tots. Abans que res voldria agrair, en nom dels professionals i de la Direcció de l'Hospital Universitari de Bellvitge, la vostra presència i agrair a la nostra consellera, Marina Geli, l'elecció d'aquest centre per poder fer aquesta conferència tan interessant -en aquest moment- i aquest debat amb els nostres convidats, que ara presentaré.

En primer lloc, intervindrà la senyora Margarita Esteve, que té una trajectòria de més de 25 anys a professional en l'àmbit de la salut, com a infermera, tant a l'Hospital de Sant Pau com a l'Hospital de l'Esperança, on va desenvolupar un treball de gestió molt a prop del malalt, i després ja en tasques més exclusives de gestió, a l'Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat i a l'Hospital del Consorci Sanitari del Maresme, on es troba avui en dia, i fonamentalment a l'Hospital de Mataró.

Cal destacar, en aquest últim lloc, el seu treball, ja que implica tant l'assistència, la docència, la recerca i el lideratge que ha donat a aquest Consorci Sanitari del Maresme, a través de les trajectòries clíniques. Sabeu que és un dels centres, possiblement el més important a Europa, que té en marxa una cinquantena de trajectòries clíniques, 28 de les quals estan ja totalment mecanitzades. Des de la perspectiva de la metodologia assistencial, aquest tema s'ha abordat, tant en la recerca com en la docència, i també aquesta inclusió de la infermeria d'una manera important en l'àmbit de la gestió.

En segon lloc, intervindrà el senyor Albert Jovell, que és metge, sociòleg i doctor en salut pública per la Universitat de Harvard, però, sobretot, és un dels nostres ponents més demanats a totes les conferències i els espais on aparegui aquesta relació metge-malalt. Ha dedicat molt temps de la seva vida i experiència a produir aquesta empatia entre metge i malalt, i ha estat a les dues bandes moltes vegades. Li ve del pare aquesta medicina de família propera, aquest vessant humanístic ampli. Avui ens aproparà més, des d'aquest àmbit dels valors, cap al que és la professionalitat.

A l'últim, la consellera Marina Geli tancarà l'acte i ens donarà la conferència sobre la professionalitat. Moltes gràcies.

INTRODUCCIÓ

Margarita Esteve
Directora d'Infermeria del Consorci Sanitari del Maresme

Hola, bona tarda a tothom. Agraeixo a la consellera de Salut, Marina Geli, l'oportunitat que m'ha donat de poder ser avui aquí, per tal de poder-vos expressar la meva opinió com a infermera i per introduir l'exposició que ella farà a continuació en referència amb els professionals sanitaris.

He de dir que, en aquests dos últims anys, per part de la consellera, hi ha hagut un reconeixement explícit en nombroses ocasions i en diferents fòrums del que és realment la nostra professió, amb aquesta visió de transmetre que les infermeres som aquí i que podem fer molt més del que fem en un àmbit competencial molt més gran. Hi ha una frase que ella diu i que a mi m'agrada força: els professionals sanitaris treballem, bàsicament, per fer salut. Per tant, des d'aquest vessant, es fa imprescindible comptar amb una visió molt àmplia que reculli les diverses òptiques dels diferents professionals que intervenen en el procés de salut.

Per definir breument la situació actual de la infermeria, em basaré en els resultats d'una enquesta que va ser impulsada pel Col·legi d'Infermeria, al mes de maig de 2005, a Barcelona, i que crec que dóna una idea bastant real del que passa. L'enquesta és molt àmplia i n'he agafat parts molt petites, però que crec que valen la pena. Diu que el personal d'infermeria representa el 48,4% dels professionals sanitaris. El 85% d'aquest grup se sent capacitat per ocupar posicions de més responsabilitat i el 70% les vol assumir. El 81% creu que no té capacitat d'influència en tot el que és política organitzativa i que se sent molt satisfet amb tot el que és la seva tasca professional, però molt insatisfet amb la seva posició social i amb el paper que se li reconeix dins del sector sanitari. El 48% es troba molt poc valorat per les organitzacions. Aquest personal també acusa la gran pressió assistencial, l'augment de la complexitat de la demanda i la precarietat que hi ha en aquests moments en la contractació. Tots aquests resultats recullen bastant el sentiment generalitzat d'aquest col·lectiu i l'escenari del que està passant en aquests moments.

Des de la meua òptica, la pressió assistencial també recau, i d'una manera molt important, en el personal d'infermeria. Hi ha un increment constant de pressió, de treball i, sens dubte, de més comple-

xitat. L'evolució de les organitzacions, amb tot el que ha aportat la part ambulatoria, la cirurgia major, els hospitals de dia, etc., ha desembocat en el fet que, a les unitats d'hospitalització, els tipus de pacients que atenem siguin molt més complexos, amb molta més edat i amb molta més diversitat. Això obliga, bàsicament, a fer que els equips multidisciplinaris, des de les diferents òptiques, siguem capaços de treballar amb aquest tipus de pacients i de fer-ho junts.

Dins de l'horari laboral, hi ha un altre aspecte que està sobre la taula i que algun dia hauríem de tocar: no tenim temps per abordar altres qüestions que ens serien pròpies. A més, hi ha un grau de transparència molt important: els qui formem part del personal d'infermeria som transparents; jo ho dic sempre: "no hi som". Realment, sovint no som presents en els llocs de decisions de les nostres organitzacions, la nostra veu se sent molt poc, la infermeria està situada més aviat en un paper secundari –dins del guió de la pel·lícula– que no com a protagonista o com a protagonista complementària, dins de la visió global del que és el treball en equip.

La manca de lideratge dins del nostre col·lectiu i la visió dels líders de les organitzacions, que estan molt poc oberts a noves fórmules, comporta que aquest fet no sigui suficient i que la infermeria no estigui en la definició dels objectius assistencials ni dels estratègics, en l'abordatge dels diferents grups de pacients, etc. No oblidem mai que qui està les 24 hores del dia al costat dels pacients és el personal d'infermeria. Per tant, tot el coneixement que tenen del que és l'abordatge dels malalts és un aspecte que cal tenir en compte i s'ha de tractar com cal.

Un altre punt que val la pena ressaltar és que els llocs de més responsabilitat estan ocupats, bàsicament, pel col·lectiu mèdic. Això no és ni bo ni dolent, és una realitat. Per contra, la infermeria està molt ancorada en els llocs on treballa, amb poca mobilitat. Aquest és un fet comú i no és un problema només de la infermeria; és un fet comú a altres col·lectius. La veritat és que l'endogàmia a les organitzacions empobreix el col·lectiu professional. Costa molt canviar de centre; també és veritat que, de vegades, hi ha poques oportunitats, però aquesta és una realitat. De fet, això és un inconvenient, perquè costa molt obrir-te a altres experiències i, realment, cal importar (cosa molt important) els avenços d'altres organitzacions. Hi ha un altre aspecte que és aquí: el dels intercanvis i valdria la pena de fer-lo bé. De fet, és preferible innovar i ser agosarats, que restar quietos

i no atrevir-se a avançar. Això ho diem molts de nosaltres, perquè va en contra del dinamisme que tenen les organitzacions. Cal avançar en noves fórmules organitzatives, de participació, d'aprofitament dels coneixements dels professionals que treballen a les organitzacions; perquè, sens dubte, com més participin i més els fem sentir importants, aquest sentiment de pertinença que tan sovint diem que volem dels nostres professionals seria molt més fàcil d'obtenir, si els impliquem des del primer moment en els projectes.

Des del punt de vista de la universitat, les escoles i els hospitals, hi manca un pont de diàleg entre l'àmbit universitari i el món de la pràctica; és un aspecte en el qual cal avançar.

Com a futur immediat, s'haurien d'adequar les dotacions del personal d'infermeria en funció de les càrregues de treball i la complexitat dels pacients, així com garantir-ne el nombre necessari per fer les tasques que li són pròpies amb el suport, sens dubte, de tot el personal auxiliar. Cal cercar una sortida per als qui tenen més edat. En aquests moments, a totes les organitzacions, estem veient que hi ha gent -cada vegada més sovint- més gran de 55 anys. Personalment, no m'imagino treballant en una planta d'hospitalització als 60 anys, perquè penso que amb la càrrega que hi ha no podré assumir-ho. Per tant, aquí tenim el repte de veure com ho fem, com aprofitem l'expertesa de tota aquesta gent que hi ha dedicat moltes hores, que possiblement té molta saviesa en aquesta matèria, i com busquem solucions per posar-les en llocs on possiblement poden tenir molt de sentit, des de consultes especialitzades, a l'acollida dels professionals o a l'àmbit de la formació, etc. Possiblement, hi ha una gran quantitat d'idees que, si s'apliquessin, podrien donar sortides a tot aquest grup de professionals; però, evidentment, si no hi ha un presupost que ho empari, no podrem aconseguir tirar-ho endavant.

Pel que fa a la situació actual dels professionals, també cal potenciar el treball en equip, en benefici dels pacients. Estem parlant de salut i cercant una relació de tu a tu. La suma del treball dels diferents agents de la salut ha de donar resposta a les necessitats dels pacients. La infermeria ha d'assumir un paper molt més rellevant en la pauta d'atenció als pacients i, consegüentment, ha de garantir-ne la formació i assumir el pes d'una responsabilitat més gran que la que està assumint en aquests moments. La potenciació dels intercanvis amb altres centres, de sortir a fora, de conèixer altres experiències, ha de ser una pràctica habitual.

Quant als nous rols, de fet, ja són una realitat. En els últims anys -si ho analitzem bé- la infermeria ha avançat molt. Hi han aparegut una quantitat de treballs que abans no hi eren, des de la gestió de pacients i de casos, la infermeria d'enllaç entre l'hospital i l'atenció primària, o amb una implicació més gran dins de la comunitat. En fi, entre tots els temes que estan sobre la taula, hi ha el de la prescripció, del qual s'està parlant ara, i que estarà en el marc d'una cartera definida i que, possiblement, la infermeria hi podria fer moltes coses. Sens dubte, la consellera sempre obre portes de forma decidida en aquest sentit.

La perspectiva de la llicenciatura d'infermeria i les especialitats és un fet que és aquí i que ens obligarà a repensar, en aquests moments, com muntarem les organitzacions i els equips de treball. No trigarà gaire a plantejar-se i, per tant, més val que comencem a pensar-hi i a abordar-lo com abans millor.

En tots els casos, el personal d'infermeria té l'obligació de formar-se dia a dia: ha d'aprofitar el temps per fer sessions clíniques, per llegir articles, per dedicar-se a ampliar coneixements a diari i, a més, penso que això s'ha de fer dins del marc de l'horari laboral perquè, si no, és molt difícil d'aconseguir i només comptant amb la bona voluntat dels professionals no sempre és suficient.

La infermeria ha de fer-se més "visible" dins el sistema (aquesta és una paraula que la consellera també diu sovint i jo hi estic totalment d'acord), tant per respondre a una realitat actual de reconeixement explícit dels pacients com per fer palès el seu rol davant del sector i, en especial, davant dels equips de treball. Per això, cal que la infermeria estigui als llocs de decisió i es valori, bàsicament, la seva opinió professional que, moltes vegades, hi aportaria un gran valor afegit.

Les direccions d'infermeria també són una realitat que no pot dependre de les persones que dirigeixin, en un moment determinat, les organitzacions. Tots sabem d'experiències diverses en les quals, en funció d'una direcció concreta, s'ignora aquesta figura o bé se li dóna un rol absolutament secundari. El personal d'infermeria s'ha d'incorporar a la gestió i al disseny de les polítiques sanitàries.

Per concloure, diria d'una manera molt resumida que cal que situem la infermeria en els llocs de decisió, tant des de l'estructura de direc-

ció com dins dels equips de treball. L'actitud pròpia de la infermeria té un paper cabdal per aconseguir-ho i no n'hi ha prou només amb el reconeixement extern: cal tenir una participació activa perquè el reconegui tothom. Caldrà iniciar tota la tasca de reflexió davant d'aquests nous reptes que abans he comentat: la llicenciatura, les especialitats, els nous rols, més implicació en l'educació dels ciutadans, un paper de promoció i de prevenció de la salut. Realment, s'hi està fent molt, però hi ha un ventall molt ampli per recórrer. En aquest sentit, vull agrair les paraules constants de reconeixement de la nostra professió a la consellera Marina Geli, que ens anima a pensar que estem davant d'una etapa molt més positiva per a tots nosaltres i, bàsicament, per a la infermeria. Moltes gràcies.

INTRODUCCIÓ

Albert J. Jovell

Director general de la Fundació Biblioteca Josep Laporte

Bona tarda a tothom i gràcies per la vostra presència aquí, avui. Un, aclaparat pel repte, se sent molt honorat de poder parlar de la professió mèdica en aquesta sala, on recordo que vaig donar la conferència inaugural, fa uns quants anys, sobre la medicina basada en l'afectivitat. I aquest honor i agraïment és doble: primer per al Departament de Salut, representat per la consellera Marina Geli, que m'atorga aquest honor que agraeixo especialment, perquè sóc un home del Departament de Salut, un lloc on vaig treballar quasi sis anys i m'agradaria que se'm considerés sempre com un agent col·laborador del Departament; per una altra banda, el meu agraïment també és per als professionals que treballen en aquest Hospital de Bellvitge i en el que hi ha creuant la Gran Via, l'Institut Català d'Oncologia, perquè, sense la seva dedicació i professionalitat en la cura de la meua salut, jo estic convençut que avui no estaria donant aquesta conferència.

Tanmateix, us he de dir que està força bé que avui pugui estar en aquest hospital en posició vertical, com solen estar la major part dels professionals que hi treballen; perquè sovint vinc aquí i hi estic en posició horitzontal, i em podeu creure si us dic que la medicina des d'aquesta posició es veu molt diferent que des de la posició vertical. Un podria dir que són dues visions que es necessiten i que només els professionals malalts estem en condicions d'aportar, i que això és essencial per no caure en els paranys de la indolència o de la falsa autocomplaença. Jo mateix, conscient que tenim des de fa temps petites convulsions, no voldria caure en el parany de donar-vos prescripcions fàcils a situacions complexes. Un espera que dels temps de revolta, se n'aprenquin bones lliçons, que es recuperi la confiança malmesa i que caminem tots junts cap a l'assoliment d'un únic objectiu que és el benestar dels malalts. Sense els pacients, la medicina -la nostra feina- no tindria cap sentit. He de confessar-vos que jo em sento metge i que sóc dels metges que pensen que un pot ser metge, ser i fer de metge, i ser, fer i sentir-se metge. Jo pertanyo a aquest darrer grup; més encara, crec -i perdoneu l'arrogància- que vaig néixer metge i, tot i que encara veig malalts, sobretot de càncer, com a metge de segona opinió, i els dono suport a ells i a

les seves famílies, entenc que per sentir-se metge i poder exercir-ne no és imprescindible veure malalts. En aquest sentit, hauríem de valorar positivament que els consellers de Salut de la Generalitat hagin estat sempre membres de la nostra professió. Creuen que els advocats acceptarien, en les posicions de comandament, algú que no ho fos?

Sense voler caure en el parany de la prescripció fàcil i per ser fidel a la meua posició actual de bibliotecari mèdic, els voldria donar una visió literària de la professió mèdica, representada en aquesta xerrada, fonamentalment, per un metge i escriptor que va reflectir en la seva vida i forma d'actuar que aquesta professió representava compromisos, actituds i sacrificis. Estem parlant d'un escriptor que signava els seus primers escrits amb el pseudònim de "V" i, després, entre d'altres, el d'Antosha Txekhonte. Aquest escriptor, de família humil, va prendre la decisió de ser metge als quinze anys, quan un metge li va salvar la vida gràcies a la seva paciència i devoció. Aquesta paciència i devoció han de ser dues virtuts pròpies de la professió mèdica. Txekhonte va treballar en els hospitals municipals de Voskresenk i de Zvenígorod i, en aquest darrer hospital, va haver de fer la seva primera operació a un nen petit. Com que va tenir por, va demanar a un altre metge que l'ajudés. Amb això reconeixia que els metges hem de ser humils, que no ho sabem pas tot i que hem de treballar en equip. Txekhonte atenia molts pacients; però, tot i així, com que no cobrava als pobres, es va veure obligat a demanar un préstec per arribar a final de mes. En això, representava el que aquesta professió sempre ha estat: una professió plena de reptes, sacrificis i mancances, i els fills de metges ho sabem molt bé.

Tot i que es guanyava millor la vida com a escriptor, mai no va abandonar la medicina. De fet, deia que la medicina era la seva esposa i que la literatura era la seva amant i, com altres homes en aquesta situació, també deia que no trigaria a abandonar l'amant per tornar amb l'esposa. I, en aquest aspecte, reflectia una altra virtut de la professió: la lleialtat.

Al 1884, Txekhonte va expectorar sang, fet al qual no li va donar cap importància, perquè patia una malaltia que jo mateix he patit fins a l'any 2001, que és la supèrbia del metge sa, identificada pel fet que un arriba a creure que la bata blanca el protegeix i l'immunitza davant de qualsevol malaltia.

Txekhonte era un metge de gran sensibilitat social. Va escriure un

conte anomenat *Tifus*, on reflectia l'impacte d'aquesta malaltia a la ciutat de Sant Petersburg, on havia anat a cuidar la companya del seu germà Alexander, afectada per la malaltia. Alertat per les notícies que rebia del mal tracte als presoners a *l'illa de Sakhalin*, al nord del Japó, hi va viatjar contradient les indicacions dels seus metges i va escriure, a l'any 1890, *L'illa de Sakhalin* on volia reportar les condicions de vida dels presos amb qui va conèixer i fer-ho servir com a tesi doctoral en medicina. La tesi va ser rebutjada, però la va escriure perquè creia que tenia un deute ineludible amb els deportats. Es podria dir que, a l'obra, Txekhonte va adoptar, veure i narrar els fets des de la posició horitzontal i, en això, representava les obligacions dels metges envers els seus malalts, que es van fer més paleses quan es va traslladar a viure a Melikhovo per fer de metge dels camperols, als quals no cobrava perquè eren pobres. En el viatge de tornada de Sakhalin, va viure la mort i el sepeli al mar de dos mariners, la qual cosa va inspirar el relat *Gushiev*, on manifestava la seva posició respecte a la mort, quelcom que el preocupava molt des del decés del seu germà Nikolai. Al relat, critica la indiferència de la gent respecte a la malaltia i la misèria. Aquesta mateixa indiferència, a la qual altres escriptors, com Sebald, han fet esment quan introdueixen el concepte d'ignorància deliberada per definir la reacció de la població civil alemanya respecte a l'Holocaust. Sebald diu coses com: "Miren i aparten els ulls al mateix temps", "van establir un cordó sanitari que separava les àrees destruïdes d'aquelles on es produïa una vida normal", "la inconsciència va ser la condició de l'èxit de la reconstrucció", "van prescindir de la vida emocional i es va produir la implantació d'uns sentiments d'autocompassió, d'autojustificació i d'innocència ofesa". També n'ha parlat Coetzee, d'aquesta actitud de relativisme moral quan atribueix, mitjançant el seu personatge impostat, Elisabeth Costello, el fet que els alemanys van perdre la humanitat als nostres ulls perquè van fer gala d'una ignorància voluntària. També diu que van tancar els seus cors i afegeix que el cor és la seu d'una facultat, la compassió, que de vegades ens permet compartir l'ésser aliè. La compassió té a veure amb el subjecte i molt poc amb l'objecte. Compromís amb els malalts i amb la societat del seu temps i compassió són dues de les virtuts que Txekhonte defensava en el fet de sentir-se metge.

Es podria pensar -i ho accepto- que introduir la metàfora de l'Holocaust és una exageració, però el que ho va fer primer va ser l'escriptor hongarès Imre Kertész, premi Nobel de literatura, quan a la seva autobiografia *Jo, l'altre*, tot parafrasejant la frase de Wittgenstein, diu que: "en tan sols un dia es poden viure els horrors

de l'infern", que ell va viure en mitja hora, quan estava a la sala d'espera d'un laboratori de TAC. Kertész, presoner a Auschwitz, es refereix a la mort, que en el passat era un fet natural, com a quelcom que, en la societat actual, rima més amb Auschwitz. Es podria dir que Txekhonte compartiria aquesta visió, sobretot tenint en compte el que va escriure del poble rus: "la gent és àvida i indolent, dient que amb un nou tsar les coses milloraran, però ningú no espera que aquesta millora es produeixi demà, la vida cada vegada és més complexa i només avança pel seu compte i qui sap on va. La gent s'aparta cada vegada més i se situa en els marges de la vida". Es podria dir que un dels riscos de la medicina, a part de la ignorància voluntària i de l'ambigüitat terapèutica, està en situar-se i valorar més els marges de la professió que el seu centre, la finalitat. Un d'aquests marges és estar pendents i només pensar en el futur, cercant solucions científiques als seus problemes i vivint anestesiats dels problemes de la nostra pràctica professional quotidiana. Sebalde denunciava aquesta fugida cap al futur com una forma d'ignorar el present per les incomoditats que hi porta associades. El mateix Txekhonte parla del fet que el coneixement no serveix de res, si no es posa en pràctica. I això ens hauria de permetre qüestionar-nos fins a quin punt la professió està cercant solucions als problemes que més afecten la ciutadania catalana i que, segons una enquesta recent feta per la Fundació Laporte i la Universitat de Harvard, són tots aquells associats amb els temps d'espera. Aquesta expectació va fer que Kertész qualifiqués la seva experiència a la sala d'espera d'un TAC com a pitjor que la d'haver estat a Auschwitz, o similar a la d'haver estat a l'infern. L'elevada fiabilitat, seguint el concepte del sociòleg britànic Anthony Giddens, que té a Catalunya el sistema sanitari públic i els metges, -segons l'estudi esmentat abans- i també els professionals de la infermeria, ens hauria de portar a recuperar la memòria històrica d'una professió que no es pot situar als marges, sense tenir ben centrats els seus compromisos i valors de serveis al pacient.

Deia Txekhonte que l'home és allò en què creu. Quan va estrenar la seva obra de teatre *L'esperit dels boscos*, al teatre Abramov de Moscou, la crítica la va considerar una obra fracassada sense cap significat, la qual cosa el va portar a escriure'n una nova versió que, sota el títol de *L'oncle Vània*, va ser tot un èxit. La perseverança i la constància de Txekhonte és un dels trets dels bons professionals de la medicina. També ho va demostrar quan es va declarar una epidèmia de còlera i el Consell Regional el va nomenar responsable de prevenció. Se sentia al darrere dels metges, sense mitjans de trans-

port, sense salut i sempre cansat. Tot i així, va aconseguir que no s'hi declarés cap cas de còlera. I és que la professió de metge sempre s'ha desenvolupat enmig de moltes mancances.

La salut de Txekhonte empitjorava progressivament, la qual cosa el va obligar a deixar de fer de metge perquè la seva malaltia era incurable. Va dir al seu germà que no li diguessin res a la seva mare i que avisessin els seus camperols que no podria fer més de metge. Val a dir que els seus metges no es posaven d'acord i mentre que un li recomanava que es prengués vuit ous diaris i que es posés una samarreta, un altre li deia que havia d'anar a lalta i un altre que havia d'anar a Moscou. Fins i tot va anar a Berlín per demanar una segona opinió mèdica. Aquestes contradiccions entre metges li van permetre afirmar que, quan se suggereixen molts remeis per a un sol mal, vol dir que no té solució i que no s'hi pot fer res més. A la seva dona Olga li va escriure: "Ningú no té la culpa que el dimoni m'hagi posat aquests bacils". Potser per això va tornar a fer de metge un altre cop i va posar tots els esforços a construir un sanatori per a tuberculosos, que era la malaltia que l'afectava. Va trigar dos anys a reunir els 40.000 rubles per només poder construir una caseta per a 30 malalts. Va dir que li pesava l'avarícia de la gent que li negava ajuda. I és que Txekhonte era un metge ben conscient de la necessitat de veure la sanitat des de les dues posicions, la vertical i l'horitzontal, cosa que té a veure amb els principis de solidaritat, subsidiarietat, responsabilitat i justícia social, propis de la nostra sanitat catalana i del vertader progrés social. El compromís dels metges és molt importat i, per això, vull expressar també la meva satisfacció perquè un dels candidats a la presidència del Col·legi de Metges de les Illes Balears inclogui en el seu programa els principis de la Declaració de Barcelona i tingui una vocalia de pacients i dos metges malalts que formaran part de la comissió deontològica.

Txekhonte creia que els escriptors havien de ser lliures i poder expressar les seves opinions sense retre comptes a ningú. Va dimidir de l'Acadèmia de Ciències de Rússia quan no hi van acceptar Màxim Gorki com a membre, per qüestions polítiques. Per a Txekhonte, la universitat treia a la llum totes les capacitats, inclosa la incapacitat. En aquest sentit, un dels pares de la sociologia, Max Weber, ja ens deia que a la universitat hi havia funcionaris, perquè això ens garantia la independència de pensament i el qüestionament crític i reflexiu de les idees. Possiblement, una part dels problemes de la nostra sanitat posen en evidència la manca de qüestionament crític i reflexiu de les nostres universitats. És per això que introduir

pacients a les aules, fomentar una recerca en els problemes actuals, com ara les incerteses associades a l'espera, assignar un tutor als alumnes que estudien medicina, assignar un tutor al metge en formació com a especialista, assignar un metge responsable del malalt hospitalitzat, cercar formes d'aprofitar el coneixement dels metges jubilats i ajudar els polítics a fer la seva feina, són reptes que una universitat moderna hauria d'assumir.

Quan de sobte, Txekhonte es va posar malalt i estant greu li van posar una bossa de gel al pit, va preguntar: "Per què has de posar gel sobre un cor buit?" Finalment, li va dir al seu metge: "M'estic morint, no cal que portis oxigen; porta una ampolla de cava".

Anton Txèkhov era el veritable nom de Txekhonte. Va néixer a Taganrog, el 17 de gener de 1860, i va morir de tuberculosi a la prematura edat de 44 anys, el 2 de juliol de 1904. Tolstoi admirava Txèkhov i deia dels seus personatges que oferien comentaris, judicis, observacions i opinions. Una de les seves biògrafes més autoritzades, la italiana Natalia Guinsburg, afirmava: "Txèkhov no feia mai comentaris, ni posava ni treia raons". Avui, jo tampoc no he volgut fer cap comentari. Moltes gràcies per la seva estima i confiança.

ELS PROFESSIONALS SANITARIS

Marina Geli

consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya

Bona tarda. Els devia aquesta visita més tranquil·la a l'Hospital de Bellvitge i, per a mi, aquest és un dia important perquè precisament parlem de construir junts, que és el que els proposo, a través de les reflexions sàvies i d'experiència de la senyora Margarita Esteve i del doctor Albert Jovell; construir junts, aprofitant les crisis i els reptes per transformar-los en oportunitats, el nou model sanitari de professionalitat.

Segurament ens hem dit, en aquests últims anys, i molt bilateralment, moltes coses: les organitzacions amb els seus professionals, els sindicats amb els seus gerents, amb els caps dels recursos humans, els polítics amb les organitzacions. En fi, bilateralment, ens hem dit que hi havia un debat pendent, una certa crisi de les expectatives professionals. Segurament, alhora que intuïm que els ciutadans cada vegada tenen més expectatives, ens adonem que estan molt posades en la mirada dels professionals i això els fa entrar en una certa crisi, primer per la demanda important i segon perquè es posen esperances a les quals els mateixos professionals no poden donar sortida.

Però també hi ha canvis en les expectatives professionals, en un món d'assalariats, fonamentalment amb un únic salari, amb grans contradiccions, perquè encara la professió sanitària és de les més ben valorades. Ho comentàvem avui, tot dinant amb el doctor Jovell. És així, totes les enquestes ho diuen i, en canvi, la percepció dels professionals és que han perdut autoritat. Per tant, els proposo parlar pluralment i convertir aquests debats que fèiem bilateralment per fer-los multilateralment; acoblar, com a mínim, aquest triangle de ciutadans, professionals i política (i aquí incloc les organitzacions sanitàries). Perquè el que hem de fer primer és saber quins objectius compartim. Compartim el model? Això és de debò? Volem fer-lo qualitatiu o humanitzat? Estem convençuts que volem treballar per l'equitat i per l'eficiència, perquè qui s'estima el model ha d'estar disposat a racionalitzar la despesa i a gastar bé. Crec que sí que, majoritàriament, a la societat catalana hi ha un acord en el model, que és on ens hem de trobar i casar interessos a vegades aparentment contradictoris. La mirada professional –vertical, com diu el doctor Jovell–, la mirada horitzontal dels pacients i la mirada, segurament, de tota l'habitació, que deu ser així com a simbolisme de l'organització sanitària o la política, és l'embolcall

que permet que els uns i els altres es trobin amb dignitat.

Aquest és el repte, n'estem convençuts. També perquè, per descomptat, és evident que hem de parlar de refer el nostre compromís social. Què vol dir això avui, en aquest sistema que ha canviat molt, cap a bé, en els últims 20 o 25 anys? En què ens reconeixem? En la set de coneixements, cada dia més canviants, en el fet que allò que aprenem a les universitats hauria de ser aprendre a aprendre, perquè és ben segur que la resta ens sobrepassa i ens fa sentir insegurs en un món on la informació és tanta. Hi ha també unes habilitats molt canviants, tecnològicament canviants que, de vegades, ens sobrepassen; però també un món d'actituds i de valors. Crec que això és el que hem de tornar a compartir.

Ara faré una repàs del que, d'alguna manera, està en discussió en aquest moment en el món, que no és aliè al que està passant a Catalunya, sobre què passa amb els professionals sanitaris, quins són els ingredients que hem de revisar i, per descomptat, baixaré al nostre terreny, a la meva responsabilitat, per fer-los unes propostes molt concretes.

Ahir vam començar un camí. Ara, quan escoltava les dues intervencions anteriors, pensava que ells han fet gairebé les ordres del dia del Consell de la Professió Mèdica i del Consell de la Professió Infermera. A més, hem decidit que ho fem col·legiadament, ja que és un òrgan col·legiat. Ens hem dit, potser sense dir-nos-ho, que la consellera de Salut, el Departament o el Govern de la Generalitat, amb els col·legis professionals i l'Acadèmia, per tant amb la ciència, amb els sindicats, amb les patronals, amb les universitats, tots junts, hem de construir el canvi; perquè potser tots el volíem construir, però ho volíem fer amb una mirada que no havíem posat en comú (i això, exactament, passa en el Consell de la Professió Infermera), per després compartir-ho. Perquè un dels ingredients bàsics és que la nostra feina de professionals -o la seva- ja no és una labor només individual: és una feina d'equip i, per tant, haurem de redefinir els rols de cadascun de nosaltres, perquè ens sentim clarament identificats, confortables en el nostre propi rol i en el que és compartit. A més, també hi ha un ciutadà canviant, que vol tenir el seu propi rol i que l'ha de tenir i, per tant, passa com en el món.

Vull compartir amb Giddens, passant pels liberals demòcrates americans i el doctor Jovell, que el debat d'avui és com distribuïm el poder. No és un debat només del sistema sanitari. Les democràcies donen oportunitats als ciutadans perquè ho siguin, cosa que no passa -evidentment- a Moçambic, on es moren,

abans d'arribar a qualsevol lloc, de tuberculosi, de malària, de sida, de pobresa o d'una gastroenteritis. Però les democràcies donen la possibilitat d'aquest canvi al ciutadà, el dret a ser-ho, i això ens agafa amb el peu canviat, perquè estàvem acostumats a un ciutadà diferent que tenia unes exigències diferents i que també ha d'aprendre a respectar l'autoritat de l'altre, no només perquè no hi ha més remei o perquè en situació de feblesa t'agafes al que pots, sinó perquè li reconeixes que té coneixements, habilitats, aptituds i valors, i tu en tens uns altres. Els professionals de la salut també els tenen com a professionals conscients del seus rols.

De debò crec que hem iniciat aquest procés, almenys nosaltres: hi hem posat el recipient, simplement, i ara la feina és complexa, a curt, a mitjà i a llarg termini; però em sembla que ho havíem de fer, perquè hi havia un debat molt submergit, que era present i quotidià.

Malgrat tot, potser no hem sabut transmetre ni aprendre el plaer del retorn humanista que és ser un professional sanitari. Aquest és un element molt important. La gent d'aquest col·lectiu, malgrat les seves conviccions d'estar mal pagada, de tenir molta demanda assistencial i molta pressió, continua en aquesta feina i si està contenta és perquè ha après aquest plaer i, a més, té orgull de la seva feina, de sentiment de pertinença a un sistema. Veuran que, només amb algunes comparacions mundials, un dels índexs de desenvolupament més alt és el percentatge de professionals sanitaris que hi ha. Això discrimina el món amb possibilitats i el de la pobresa. A l'Àfrica, al sud-est asiàtic i a alguns països iberoamericans, tenen un escassíssim nombre de professionals de la salut i, per descomptat, les seves possibilitats de supervivència -ja no dic de res més- són molt limitades. Amb unes quantes transparències, intentaré transmetre'ls algunes reflexions més concretes, per acabar amb algunes qüestions propositives en el terreny de la política del o de la política de recursos humans en l'àmbit de Catalunya.

Curiosament, i no és casual, el Dia Mundial de la Salut té l'eslògan que comentava la senyora Margarita Esteve: "Col·laborem per la salut". Aquest és l'eslògan internacional adreçat, també, als professionals sanitaris, perquè són importants, ja que continuen sent un element determinant per a la supervivència de les persones. Però no parlo des de l'egocentrisme, pensant que ho fem sols, perquè també, per descomptat, hi ha l'aigua potable, la democràcia, la possibilitat de tenir menjar, de tenir oportunitats econòmiques. Amb tot, el nombre de treballadors sanitaris que, en termes generals, fan altres funcions de les quals no ens adonem, segueix sent transcendent, fins i tot, en els països

pobres, per a la supervivència dels nens, de les dones, dels lactants, i això està molt demostrat.

M'agrada aquesta frase que es pregunta: "Què són, en realitat, els professionals?". Són el vincle humà entre el coneixement i l'acció sanitària. Potser, de vegades, diem que són transmissors de coneixements o d'acció sanitària; sí, però són persones. L'atenció sanitària és una indústria de serveis que es basa en el capital humà, en les persones i els valors d'aquest personal sanitari, perquè curen i atenen les persones. Atenen, no només curen, perquè en moltes ocasions no podem curar, per descomptat; alleugen el dolor i el patiment, i fan prevenció de malalties i mitiguen els riscos per a la salut. Perquè en tots els termes de salut pública, l'acció de molts professionals és determinant i no ho és sols en la malaltia, sinó en la prevenció dels riscos bàsics per a les moltíssimes malalties que es decideix fora del seu àmbit i això no passa tan sols als països pobres. Aquí es decideix i s'està decidint en relació amb l'activitat física, amb la dieta, la solitud de la gent, els límits del consum de tòxics o com ens movem amb relació al nostre vehicle; això està decidint, clarament, la nostra salut. Per tant, aquest és un element que sempre hem de ressaltar i un element clau que no podem perdre. En aquest mapa del món, el que està pintat amb color més fosc són els països on hi ha un dèficit crític de professionals sanitaris. La salut maternoinfantil és una de les seves grans prioritats, perquè és el pas previ. Aquest mapa és homòleg al que reflecteix la pobresa al món i al de les grans epidèmies que estan matant la gent. En els països del nord, en els més desenvolupats, encara que no en tinguem vacunes, algunes malalties pràcticament no existeixen; per exemple: no hi ha malària; hi ha tuberculosi, però és controla; tenim menys sida o les patologies que apareixen es van tractant. Això, sense vacunes. I, en canvi, en aquests altres països, on hi ha dèficits crítics de salubristes, d'assistencialistes i de personal, hi és un element imprescindible.

Aquests són els elements que se'ns plantegen com a reptes en aquest moment. Quins són els determinants dels professionals sanitaris? La demografia i les variables que han fet que ho hàgim de revisar. La demografia, en els dos sentits. A Catalunya, tenim l'increment de l'esperança de vida, que n'és un. L'últim dia que vaig estar aquí, vaig passar un moment per urgències i la directora d'infermeria em deia: "Això és geriatria. Terciarisme i geriatria". El segon element indiscutible és l'increment extraordinari de la població. Hem passat dels sis als set milions de persones i estem anant cap als vuit, amb un impacte directe en el sistema de salut i en els canvis culturals extraordinari. Han canviat, evidentment, els nostres elements de mortalitat i morbiditat, en relació amb aquests canvis demogràfics.

Però també hi ha la innovació tecnològica que canvia moltes qüestions. Les epidèmies emergents, les que teníem i les que tenim, que canvien perquè estem en un món globalitzat. Encara que són evidents les possibilitats de sortir-nos-en, en el nostre món, les epidèmies són molt diferents. I això ho hem de valorar, perquè si haguéssim situat la grip aviària, per posar un exemple, com a primer problema de salut pública a Catalunya, com algú pretenia, ens haguéssim equivocat. En canvi, és evident que hi hem d'estar amatents, perquè en aquest món les coses poden canviar i es poden introduir nous canvis. Les nostres epidèmies són les dels països rics: el sobrepès, l'obesitat, els accidents laborals o de circulació. I les noves epidèmies dels nous gèrmens resistents que van sorgint i els canvis que comporten.

El segon element és determinant per a la revisió del : els sistemes de salut. Estem d'acord amb el sistema nacional de salut i un sistema privat complementari? Si hi estem d'acord, hem d'estar disposats a saber com ho financem i a saber l'impacte extraordinari de la tecnologia. I hi poso els medicaments, també. Un altre element de canvi és saber què hi volen els consumidors, els ciutadans.

Un tercer element és el context en què ens movem. Quin és el mercat de treball que tenim? I, abans d'això, en aquest moment, és urgent que vagin de la mà les universitats i els empresaris, o nosaltres, que som els empleadors. Quines reformes hem de fer en el sector públic? Quins són els canvis davant d'aquesta globalització que fa que cada vegada formem més personal de fora de Catalunya? Altrament, als nostres professionals, quan han acabat la seva formació universitària, els induïm des dels nostres centres a marxar fora o també la gent jove pensa que, durant un temps, està bé anar a fora. Aquests són canvis importants del context on ens movem i, per tant, ens hem de contestar col·lectivament: ens falten o ens sobren professionals? En el nostre món, aparentment, és evident, és objectiu, que ens en falten; però, quins professionals ens falten? Amb quina formació? Perquè no és només un tema quantitatiu. Perquè, fredament, si mirem les xifres, ens diuen que a Catalunya ens sobren metges, comparant-ho amb Suècia, Finlàndia, Escòcia o Austràlia, i que ens falta moltíssim personal d'infermeria i auxiliar. D'això, estem disposats a parlar-ne? O, de moment, hem de jugar fent curt, quan tots tenim la impressió que ens falta de tot: infermeria, metges, auxiliars, zeladors, etc. Curiosament, a més a més, ara hem fet una oferta i crec que, a Catalunya, tenim una crisi de creixement de l'oferta.

Què hem de voler? Quins són els coneixements i les aptituds de treball en equip? El treball en equip és un element substantiu,

perquè aquest debat global dels rols s'ha de fer també dintre dels equips, a dins de Catalunya, i en el món, per descomptat. Quina és la distribució? Aquí tenim un altre problema important: la sostenibilitat dels recursos humans encara és molt més dura en l'àmbit aïllat de la regió metropolitana i tenim un sistema que és tot el contrari, un sistema capil·lar, amb més hospitals que la majoria de països del món. Això comporta un maldecap: la contractació de personal per als hospitals en un radi molt proper a Barcelona; no parlo del Pirineu, sinó de Vilafranca, per posar-hi un exemple. Aquest debat l'hem de fer, perquè pot fer insostenible aquest model. I, a més a més, hi ha elements clars, als quals ens haurem d'acostumar, d'emigracions. Amb l'espai europeu universitari, això encara s'ampliarà. A més, Barcelona i Catalunya són llocs on la gent vol venir a estudiar i hi vindrà encara més. Hem de revisar, per tant, els *numerus clausus* que tenim a les nostres facultats, perquè formarem gent que no es quedarà a treballar aquí. Això ens passa, per exemple, a la Facultat de Medicina de Lleida i a la de Tarragona. Quan dic als rectors i als degans: "L'any vinent, n'hem d'ampliar la matrícula", em diuen: "Consellera, és que així formarem aragonesos, valencians, portuguesos, brasilers", que és el que passa avui en un districte únic, a la Rovira i Virgili o a Lleida. Aquest és un debat importantíssim.

A més, hi ha les condicions de treball. Hem de parlar obertament de quines són les expectatives de les condicions de treball dels nostres professionals. Hi ha possibilitat de pactar el mínim perquè se sentin ben pagats? Quines compensacions pot oferir el sistema públic i el privat, especialment al gruix del sector públic? Quins incentius i sota quins barems ho estem possibilitant perquè els nostres professionals se sentin implicats en una gestió participativa de la presa de decisions? Quina seguretat volen? Podrem pactar flexibilitat i seguretat dins d'una organització sanitària, necessària per a les nostres institucions i per als nostres pacients? Aquests són els reptes i, curiosament, aquesta és una font de l'Organització Mundial de la Salut. No és que l'hàgim elaborada, aquests són reptes de tot el món, que s'estan plantejant arreu, en alguns llocs amb una escassetat extraordinària i en altres llocs amb massa professionals, etc., però aquests són elements internacionals de debat, de quin és, avui, el paper dels professionals del sector. Per tant, podríem dir que hi ha una crisi de recursos humans, tant en els països desenvolupats com en els que són en vies de desenvolupament; però crisi ha de ser igual a oportunitat.

Què és, per tant, el que hem de fer? Anar junts en la preparació dels treballadors, planificar l'oferta formativa i el model educatiu. Quin és el pas entre l'etapa de formació i la laboral? Els ele-

ments bàsics: qui els supervisa? Qui dóna entrada a aquests professionals? Qui els fa de tutor? Què els ensenya de coneixements, habilitats, valors, actituds? Qui els compensa? Qui els introdueix en el sistema? I qui els ensenya a aprendre? Perquè tota la seva vida s'hauran de reciclar, si no, seran professionals frustrats.

Evidentment, també hem de gestionar bé quantes persones surten d'aquest sistema a l'etapa laboral. Com deia la senyora Margarita Esteve, o en els debats d'aquests dies, i també el senyor Jovell: hem de fer una carrera sènior? Dintre del sector sanitari, és possible retardar la jubilació a qui vulgui amb un model d'exercici de la professió diferent? El treball a temps parcial, per a alguns professionals, és la solució? Serem capaços de gestionar, no tant uniformement, els nostres llocs de treball? I, per descomptat, hem de tenir professionals disponibles, competents, amb capacitat d'adaptació i de resposta, i productius. És així: productius en el bon sentit de la paraula, perquè amb la productivitat també et sens més comfortable, perquè pots participar en aquests debats amb més fonaments.

Aquest és un àmbit internacional que és absolutament aplicable a Catalunya, no és diferent. Això està passant ara i aquests debats es fan a tots els països amb models similars al nostre, des d' Austràlia, Suècia o el Regne Unit; tots els països que tenen sistemes nacionals de salut estan debatent quin és aquest paper. Aquests mateixos debats es van fer al Regne Unit, on van tenir una crisi extraordinària de professionals, i ara una part molt important d'ells són estrangers, perquè la gent nascuda allà no volia, de cap manera, dedicar-se a la professió sanitària.

Per tant, a Catalunya, què ens passa? S'ha creat un estat d'opinió d'un possible dèficit de professionals sanitaris -a mitjà i curt termini- mèdics i d'infermeria. És evident que existeix i, per això, des de l'inici, a l'Institut d'Estudis de la Salut, vam dir que el primer que hem de fer és saber: on som, quants professionals tenim, on treballen, quina edat tenen, són homes o dones, treballen al sector públic o al privat, quants anys fa que es troben al sistema, etc. Això és el que hem fet durant aquests dos anys de legislatura. El primer que hem elaborat és un estudi demogràfic dels professionals sanitaris. N'hi ha al voltant de 100.000 que treballen al sector sanitari de Catalunya: el 36,7% a infermeria i el 30% són metges; els altres col·lectius estan tots detallats, un per un. A més, s'hi han de veure les tendències, les edats, què ens passa avui, què ens passarà d'aquí a uns quants anys. Això eren aspectes previs que calia estudiar.

Hi ha dos elements que han de permetre passar a l'etapa de

prendre decisions. Això no vol dir que no n'hàgim pres, en relació amb les polítiques de recursos humans a curt termini, parlo de decisions de planificació, de concreció d'aquesta planificació. Passen els anys i la infermeria continua sense tenir cap indicatiu de masculinització. Això és bo o dolent? Com diu la senyora Margarita Esteve "és". Jo diria que és dolent. Segurament, és veritat que -a priori- per la cultura femenina, les dones tenim més habilitats per a les feines pròpies de la infermeria; però, en canvi, segurament -i n'hi ha molts estudis publicats-, quan no hi ha prou rol social de la professió, els homes hi van menys. Per tant, aquest és un element que ens ha de fer pensar. Tenim, evidentment, un debat important perquè estem en una franja important de personal entre 45 i 55 anys, i un pic molt alt entre 25 i 35 anys, que ens ha de fer preveure el futur. I, a més, ens han passat altres coses que no hem revisat prou. Tothom busca personal d'infermeria i les nostres escoles d'infermeria tenen una dualitat: les escoles públiques tenen sempre molta més demanda que oferta i les escoles privades tenen molta més oferta que demanda, i això passa un any rere l'altre. Vivíem en una certa fantasia pensant que teníem excés d'oferta i ara ho estem pagant. Per tant, hem de prendre decisions a curt termini: o becar la part privada o augmentar l'oferta pública. Aquí no hi ha miracles, perquè aquesta tendència no la canviarem a curt termini. En el nostre model universitari, majoritàriament, la gent pensa que universitat és igual a pública, al nostre país. A més, tenim un altre problema: que les escoles allunyades de la ciutat de Barcelona encara tenen més dificultats per omplir les places. És un model del país on estem. I moltes parts de Catalunya tenen dificultats molt més importants, encara que tinguin escoles d'infermeria. També n'hem de dissenyar unes amb dues sexes: Manresa-Sant Pau, per posar-ne un exemple. Perquè, si no, aquest país no té possibilitats de conèixer un món diferent, d'hospitals petits, de centres de salut més rurals, que no és el que transmetem als nostres professionals en l'etapa de formació.

En el sector mèdic, passa tot el contrari. S'està produint el mateix que, des de ja fa molts anys, s'ha consolidat a la infermeria: una fortíssima feminització a les edats joves i també una concentració preocupant en una franja d'edat de 45 a 55 anys. Això fa pensar que tindrem problemes quan aquestes persones arribin a la jubilació, a partir del 2015. Per tant, és ara quan hem de prendre-hi decisions -encara que hem fet una mica tard a curt termini- tot i que hem de revisar els rols mèdics i d'infermeria, i matisar què pot fer el personal d'infermeria.

Què hem fet, per tant, durant aquests dos darrers anys? Després de l'elaboració i publicació del *Llibre blanc de les professions sanitàries*, vam constituir immediatament la Comissió del seu

desplegament, que hi ha estat incidint amb tres grups de treball: 1) en l'estudi de demografia de les professions sanitàries, conjuntament entre el Departament de Salut, l'Institut d'Estudis de la Salut i liderat tècnicament pel Centre d'Estudis Demogràfics de la Universitat Autònoma de Barcelona, que ens permet començar a tenir projeccions de població fins al 2015; 2) a partir d'aquí, fent un disseny continu, absolutament necessari, d'un únic registre unificat de totes les professions sanitàries de Catalunya, i 3) revisant quin ha de ser el desenvolupament professional continu individual dels nostres professionals.

Quins són els seus conceptes fonamentals? Quins valors hi ha darrere del ? Quin compromís social adquireixen els nostres professionals amb el sistema i amb el seu centre? Hi ha un debat pendent, en el sector públic o en les societats, especialment europees: el sentiment de pertinença a quelcom que és teu. De qui és l'Hospital de Bellvitge? Encara que patrimonialment ho podríem discutir, aquest és un hospital de tothom, però el sentiment de pertinença, com a professional, que és teu aquest hospital, que el que tu facis és transcendent per a la imatge de l'hospital, això ho hem d'enfortir. Hem de donar possibilitats als nostres professionals d'enfortir aquest sentiment de pertinença, que pensin que també l'hem de posar al seu abast. A més, hem de tornar a revisar per què el sistema és el que és, l'acreditació i l'avaluació contínua de les competències, per desenvolupar un model professional continu incorporat a la vida professional. Què vol dir treball en equip? Què vol dir interdisciplinarietat (no només entre metges i infermeres)? Quins canvis organitzatius hem de fer en les nostres professions perquè tothom se senti còmode: ciutadans, gestors, directius i professionals? És possible la subsidiarietat? Els professionals voleu participar en la gestió? Gestió participada, participació en la gestió? Aquests són debats pendents, perquè diem molt que voleu, com a professionals, participar en la presa de decisions i que us sentiu excessivament controlats en un sistema que ha de primar també l'eficiència, la productivitat i l'eficiència, amb una forta demanda; però l'altre canvi, el de participar en això, què vol dir? És possible, dins del sector públic? Quin rendiment de comptes fem? Com a organitzacions, som capaços de ser absolutament transparents, individualment transparents, en relació amb la nostra feina diària? Hem de publicar, com fan als Estats Units, on vostès saben que, fins i tot, publiquen paràmetres (per a mi discutibles perquè no són imputables a un únic professional) com l'índex de mortalitat que té un cirurgià cardíac, per posar-ne un exemple. Això es publica, està en línia. Aquests són debats importants, que ens hem de fer i ens hem de dir conjuntament.

Hem de passar d'un model que és el de "tothom fa la seva feina,

però sense compartir", a un model on hem d'acceptar que les nostres feines estan relacionades amb els altres i que, fins i tot, la nostra feina depèn del que facin els altres. És la capacitat de quelcom que s'haurà d'ensenyar a les facultats, que és treballar en equip, generar entorns favorables d'empatia en els equips, malgrat les condicions de treball, fixin-se el que els dic. Perquè tu veus que aquest és un element determinant i que hi ha centres de salut molt tensionats on, quan entres per la porta, quan et parlen, diuen: "Sí, sí, ens pagueu malament. Aquí hi ha 25 persones que parlen llengües diferents, etc.", però després et diuen: "Hem fet això, allò altre, hem ordenat la demanda, etc.". Molt bé, nosaltres hem de millorar aquests entorns de condicions de treball, evidentment; és imprescindible. No és una cosa ni l'altra, ja ho sé que no. Els entorns afavoreixen la millora del treball en equip, però no només els entorns. I, per això, vostès saben que hi ha un debat pendent: hem de fer facultats de ciències de la salut? Han de fer formació troncal conjuntament els professionals sanitaris en algun moment de la seva activitat, diríem, estudiantil? Aquest és un debat pendent, perquè, és clar, si després han d'aprendre a treballar en equip, amb rols que cada vegada hem d'anar redefinint, potser hem de trobar un canvi. Ja no vull anar a països que tenen universitats de ciències de la salut, perquè les altres professions no ho volen això; però sí, en tot cas, a una revisió clara d'aquests models, perquè després van a les nostres organitzacions.

És evident: les nostres organitzacions sanitàries han de canviar. No podem fer gestionar als gerents, als directors mèdics i d'infermeria, i als directors de recursos humans només les crisis i que es reparteixin la migradesa econòmica i de personal. Han de tenir un escenari econòmic de més tranquil·litat i de possibilitat de contractació, perquè es puguin dedicar a altres coses, com ara, gestionar canvis interns. Això, encara que sigui a quatre anys, estic convençuda que aquests escenaris de més estabilitat econòmica i de plantilles els aconseguirem; però, mentrestant, hem d'aprendre a gestionar les organitzacions d'una altra manera. Evidentment, ha de ser des dels papers de la direcció mèdica, de la d'infermeria i també -per què no?- del de la resta de professionals i de l'àmbit sindical, no només gestionant amb ells qüestions laborals, sinó anant molt més enllà. Ens hi demanen, constantment, els agents socials la participació institucional. Estem debatent, al Govern de la Generalitat, quin és el paper de patronals i sindicats en la representativitat institucional, molt més enllà de la seva funció sindical, com a agents socials. Segurament, hi ha un debat pendent: s'han d'incorporar els professionals en els consells d'administració de les nostres organitzacions per coresponsabilitzar-se de les nostres decisions? Qui els ha de representar? Hi haurà retorn? Quin és el paper de les

juntes facultatives i les de personal? Ho hem de revisar. Perquè, si no, generem confrontacions innecessàries, ja que és evident que tothom té el seu rol: al gerent li diem que ha de fer complir el pressupost, que és la seva responsabilitat. D'això emana, evidentment, el fet que dóna ordres a la resta de directius dient-los que els recursos són els que són. I, en canvi, pel que fa al retorn als responsables de les juntes de personal o a les juntes facultatives, sols parlem d'això. N'hem de parlar també, però no únicament d'això.

Hi ha debats com el d'ordenar la demanda. Estem convençuts que només les decisions polítiques poden ordenar la demanda? Són necessàries, però no suficients. Hi ha molta demanda que s'ha d'intentar reordenar dintre de la mateixa organització i, a més, és absolutament diferent un lloc de l'altre. Vostès ho saben i ho hem analitzat: les demandes al món urbà i al rural no tenen res a veure. Hem de ser imaginatius i hi ha d'haver altres fórmules no presencials. És evident, i també hem de debatre per què com més dispositius de proximitat hi ha, això origina més demanda. No serà que estem forçant un consumisme que no ens porta enlloc? Per tant, aquí hi ha molt per fer en aquest canvi cultural i també organitzatiu i no hi ha solucions: les hem de construir basant-nos en models que funcionen -que en tenim sobre com s'ha d'actuar, si amb gestió participada o amb participació en la gestió. Això ho hem de debatre en profunditat i és possible que sigui tant l'un com l'altre. Segurament, no hi ha un model únic.

Per acabar, l'última part és potenciar el paper dels professionals. Hem de fer aquest triangle que els deia. Al territori, hi poso la política d'aquest espai sanitari i les organitzacions. Aquest és el triangle i aquests són els actors. Els polítics no ens podem adreçar només als ciutadans i els professionals no s'han d'adreçar únicament als ciutadans (que ho han de fer, per descomptat). Hem de muntar com ens ho fem, en aquest triangle. De fet, en aquests territoris, en aquests governs territorials, per baixar a un àmbit més petit, hi haurà professionals des de molts nivells discutint en aquest territori proper que coneixen què hem de fer amb l'oferta i amb la demanda, amb el seu paper, amb la formació en aquell espai, amb la possibilitat de compartir professionals en un lloc i en un altre o compartir experiències, etc.

Nosaltres ho intuïem i n'estàvem convençuts. Per això ara faré la llista dels temes més concrets. Al juliol de 2004 vam crear una mesa social, que es deia així per obtenir un acord per a la planificació i el desenvolupament professional dels recursos humans del sistema sanitari català. Vam demanar a la senyora Mercè Sala que la presidís, hi vam cridar sindicats i patronals, i

hem estat un any i mig discutint-ho. Més endavant, els en farem arribar les conclusions, que són absolutament interessants i d'una profunditat molt important. En canvi, això es va encavalcar amb altres elements i als actors els va semblar que no sabien ben bé cap a on derivava. Potser vam estar confonent els rols i vam portar a aquesta mesa social actors que eren més propis de la negociació de convenis i, en canvi, en faltaven d'altres, possiblement, com els dels col·legis professionals, etc.

Què hem fet amb el conveni recentment firmat del sector concertat i ara estem fent en la mesa sectorial de l'Institut Català de la Salut? Millorar les condicions salarials, en la mesura que podem i a curt termini, de tot el sector professional, dels 100.000 treballadors, amb una part de salari base i una altra de retribució variable, amb una part de carrera professional i una altra de preu d'atenció contínua. Però, no sols això; en aquests convenis, tant el del sector concertat com a la mesa sectorial de l'Institut Català de la Salut, estem debatent altres qüestions, com quin és el model de carrera professional de tot el sistema? Qui l'ha de cobrar i qui no? Quin és el model de retribució variable per objectius? Quins són els incentius per a tots els professionals, inclosos aquells que anomenem "no sanitaris" (als quals hem de canviar el nom), però que treballen al sector sanitari? Quins són els elements de conciliació laboral compatibles amb la qualitat assistencial? Per què ens passa tot això? Perquè hi ha moltes dificultats, no només perquè els paguem malament, sinó perquè -en termes generals- la gent no vol fer guàrdies.

Altrament, hi ha hagut un canvi en la percepció ciutadana del paper de l'àmbit privat. A més, quan segreguem homes i dones, és evident que les dones volen molt menys fer atenció contínua i això ha posat en crisi el sistema. Encara més (i no és una culpabilització de les dones, perquè això s'està estenent als professionals sanitaris que són homes joves), és un canvi cultural que no té retorn. Però, serem capaços d'imaginar uns horaris compatibles amb els quals aquest pacient pugui tenir el continu del seu metge, infermera o auxiliars? Perquè això sí que es relaciona amb la qualitat. Perquè el nostre model no pot ser: "treballa de dilluns a divendres i no vinc més", excepte a urgències, potser. Perquè, a les plantes i a molts llocs, hi té a veure si passes visita cada dia o gairebé cada dia. I a les consultes externes, la gent vol veure el seu metge o la seva infermera; perquè, si no, es queixen d'aquest model. Deia el doctor Jovell que es queixen de l'accessibilitat i, almenys a les nostres enquestes, d'un altre element: que canviem excessivament el personal que els atén. Aquesta és una de les queixes més importants, des del metge de família o la infermera comunitària, fins a les nostres consultes externes dels hospitals. La gent vol veure el mateix professional,

perquè hi confia i perquè no li ha de tornar a explicar allò escrit i no escrit que tenim d'ella. Per tant, hem introduït a les bases dels convenis elements propis que ara traslladarem a les últimes decisions que hem pres.

Estem elaborant un pla de govern de recursos humans que ara el portarem al Consell de la Profesió Mèdica de Catalunya i al Consell de la Profesió Infermera de Catalunya. Nosaltres l'havíem avançat en el segon i havíem creat aquesta taula per a l'avenç de la professió, de la revisió dels rols; però ara la passarem formalment al seu Consell, on debatrem, evidentment, tots aquests elements i buscarem accions molt concretes que passarem a la política. Hem fet un debat sobre les paraules, sobre si era vinculant o no. Per descomptat, la política ho és, per acció o per omissió. Sempre és vinculant. De vegades, és molt pitjor l'omissió que l'acció. És així, estem davant d'un debat en profunditat i no ussurpa elements propis de la negociació col·lectiva, aquí no discutirem el preu d'hora/guàrdia, sinó que debatrem sobre la base del coneixement objectiu: com se sent la gent a l'hora de fer guàrdies, se sent ben pagada, no se sent ben pagada, té por, no té por, vol treballar sola, no vol treballar sola, prefereix canvis en les organitzacions sanitàries de més concentració de professionals per sentir-se millor, etc. Això ho traslladarem, evidentment, des de la política sanitària a les nostres organitzacions.

Discutirem quin és el nou paper de les direccions mèdiques i d'infermeria. Direm quina direcció mèdica i quina d'infermeria han d'escollir els nostres hospitals? No. Però els direm que cal que sigui consensuadament, perquè les decisions s'han de prendre per majoria; els demanarem que tinguin en compte en la selecció aquests elements, perquè hem discutit i hem vist models que han funcionat i que van per aquí. I discutirem el model de retribució variable per objectius: quina ha de ser la part que posi el Departament de Salut i quina ha de ser la dels professionals i les organitzacions. I això ho traslladarem a l'acció, a les nostres organitzacions de responsabilitat pública.

Hi ha un últim aspecte que, per a nosaltres, és molt important. Vegin que he parlat constantment de la part de docència, de la formació, que comprèn el grau, el postgrau i la contínua. Fins ara, n'hem fet un reconeixement i hem d'aprofundir encara molt més en l'acció tutorial, amb un avenç en els continguts i en el contracte docent dels tutors. Els paguem encara poc, però és un petit reconeixement per dir que els necessitem i que els hem de seleccionar perquè vagin més enllà de la transmissió de coneixements. Tenir bons mestres és el millor que et pot passar a la vida. Igualment, ho hem aplicat al màxim possible en la forma-

ció dels MIR. Hem creat unitats de medicina al treball o estem col·laborant amb el Departament d'Educació i Universitats per revisar, l'any vinent ja, els *numerus clausus* de les escoles d'infermeria de les nostres facultats o universitats; però, molt més enllà, això es fa quantitativament i qualitativament.

Per acabar, citaré només dos articles del que diu el nou Estatut i que tenen a veure amb el que estem parlant. Aquí tenim un debat -que l'havíem de fer-, perquè, malgrat tot, encara no tenim l'última paraula en la formació sanitària especialitzada. Depenem del que diu el Ministeri d'Educació i Ciència, i de la Comissió Mixta amb el Ministeri de Sanitat. El nou Estatut, en l'article 162, diu que el Govern de la Generalitat tindrà la potestat, encara que sigui compartida, de fer aquestes funcions que crec que permetran desenvolupar molt més les necessitats de planificació de la formació sanitària dels nostres professionals.

No tindrà cap sentit el viatge que hem fet -complex, molt complex- en aquests dos últims anys, sinó és per la fragilitat que té avui el sistema sanitari, que té a veure amb aquest nombre creixent de 7,2 milions de targetes sanitàries, que són les persones que atenem, i que ha posat en una certa crisi el sistema sanitari, no sols per l'increment de persones, sinó també per l'envelliment i també per l'augment d'expectatives sanitàries. Malgrat tot, voldria dir-los les mateixes paraules que els deia al principi: hem de canviar aquestes crisis per oportunitats. Tenim els instruments i compartim els diagnòstics, i no seria lògic que no en sabéssim construir col·lectivament les solucions. Moltes gràcies.







Margarita Esteve i Ortega

Va néixer a Barcelona. És diplomada en infermeria i especialitzada en pediatria.

Va iniciar la seva activitat com a infermera a la Unitat de Pediatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, i després hi va treballar com a supervisora a la Unitat d'Endocrinologia i Cirurgia Cardíaca.

També ha estat cap d'Àrea de les unitats de Pediatria, Respiratori, Cardiologia, Oncologia, Neurologia, Medicina Interna, Digestiu, Endocrinologia i Reuma a l'Hospital de l'Esperança, i directora d'Infermeria a l'Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat. Posteriorment, va passar a ser directora d'Infermeria del Consorci Sanitari de Mataró i aquest mateix càrrec l'exerceix actualment al Consorci Sanitari del Maresme.

Té una àmplia experiència docent. Actualment és professora i autora d'un mòdul de Màster de Gestió Clínica, i també dóna classes a la Fundació Robert, a l'Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu i a la Universitat Oberta de Catalunya.

Margarita Esteve és autora de nombrosos articles i publicacions sobre la pràctica i la metodologia assistencial, i el paper del personal d'infermeria.



Albert J. Jovell

Llicenciat i doctor en medicina, especialista en medicina preventiva i salut pública, llicenciat i doctor en sociologia, i màster i doctor en salut pública. És director general de la Fundació Biblioteca Josep Laporte, president del Foro Español de Pacientes, director de la Universitat dels Pacients i professor associat de medicina preventiva i salut pública de la Universitat Autònoma de Barcelona.

El doctor Jovell també és assessor de diferents institucions públiques i privades, i d'organitzacions sense ànim de lucre, nacionals i internacionals.

En l'àmbit docent, és director de diferents cursos sobre gestió sanitària i ètica, i avaluació de serveis sanitaris i salut pública. Ha escrit més de 100 articles científics i periodístics, i diferents capítols de llibres. Ha intervingut en nombroses conferències en institucions nacionals i internacionals. Des de l'any 2005, és membre del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya.

Ha rebut diversos guardons, entre ells: el premi a l'Excel·lència Professional en Humanitats Mèdiques del Consell General de Col·legis de Metges de Catalunya, el premi Reflexions 2004 al millor article d'opinió mèdica publicat l'any 2003, el segon premi de la Fundació Sanitas sobre relats d'humor per Isquèmia claustrofòbica, i el premi Fundació Grífols per l'article periodístic de l'any 2004 "*Deseo de vivir, voluntad de morir*", publicat al diari *El País*.

