

onada

Quadern de debat

Número 95 - març 2002 - 3,60 euros



►► La salut
autonòmica

aquí i ara



Consell de
Mallorca

■ Departament de Cultura
Arxiu del So i de la Imatge

Ajuda'ns a salvar les antigues imatges de Mallorca.

Fent Memòria

Si tens pel·lícules o fotografies antigues, el Consell de Mallorca, a través de l'Arxiu del So i de la Imatge, t'ajuda a conservar-les.

Informació: Tel. 971 228 023 Fax 971 717 066 a/e: malberti@conselldemallorca.net.

Adreça: Plaça de l'Hospital, 4. 07012 Palma.



4 hemeroteca i editorial

5 informe

La urgència de redibuixar la sanitat balear.
Per Gina Garcías Sansaloni.

10 sanitat

En el centre de l'huracà sanitari.
Entrevista a Aina Salom,
per Constanza Forteza.

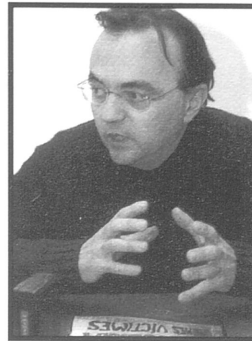


16

Salut i doblers.
Taula rodona amb Rosa Bueno, García Beneyto, M. A. Martín Soledad i Ramon Socies, per Magdalena F. Mulet.

22

Agilitar la gestió.
Entrevista a Jaume Orfila,
per Antoni Oliver.



28

Cor sa.
Entrevista a Fernando Rigo, per
Juanjo Sánchez.

34

"La salut necessita una mirada més interdisciplinar".
Entrevista a
Rosamaria Alberdi,
per Magdalena Cortés.



40

Primer de tot, prevenir.
Entrevista a Carles Amengual
i Vicens, per Sebastià Verd.

45 la clau d'ONA

ona Quadern de debat

n. 95, març 2002

Edita: Fundesba, SL.

Directora gerent: Sinfo García Gómez.

Director: Sebastià Verd.

Consell assessor: Mateu Carrió (arquitecte), Bartomeu Bennassar (teòleg), Antoni Fleixes (economista) Jaume Garau (psicòleg), Sinfo García (dir. gerent Fundesba), Empar Rocabruna (economista).
Secretària de redacció: Magdalena F. Mulet.

Redacció i col·laboradors: Jordi Calleja, Magdalena Cortés, Gina Garcías, Maria Ferrer, Constanza Forteza, Miquel Massutí, Antoni Oliver, Joana Ma. Roque, Antoni Rosselló, Juan Antonio Sánchez i Jaume Rosselló.

Disseny i muntatge: Eparrutx, tel. 971 420 966 - Palma

Impressió: Imp. Homar. Tel. 971 43 08 61 - Palma

Administració i Publicitat:

Fundesba, S.L. c. Francesc de Borja Moll, 10, entresòl b.
Tel. 971 71 16 61 - Fax 971 71 91 94. 07003-Palma de Mallorca.

Dipòsit legal: PM-608-1992

Preu: 3,60 euros - Subscripció: 36 euros per any (10 números)

(Jaume Rosselló és l'autor de les fotografies d'aquest número)

Tarja de subscripció

En

Adreça

Ciutat Tel

C/c. Banc o Caixa d'Estalvis

Signatura:

Per a subscripcions, copiau aquesta tarja i adreçau-la a **Fundesba, SL.**
c. Francesc de Borja Moll, 10, entresòl b. 07003-Palma de Mallorca, o
telefonau al 971 71 16 61 - Fax 971 71 91 94 - e mail: fundesba@jet.es

El repte social de la salut

Les Illes Balears ja han assumit les transferències de Sanitat. L'acord, que l'any passat es firmà al Ministeri d'Administracions Públiques ha permès culminar un procés que el Govern considera històric -assolir el sostre previst de competències autonòmiques- però que el situa davant un repte social de gran abast: la salut entesa com un factor de benestar que afecta tota la societat illenca. Nogensmenys, la negociació imposada pel Govern central suposa rebre 162 milions d'euros menys dels esperats. Un cop més l'Administració central ha estat avara amb les Illes Balears i ha posat el Govern entre l'espasa i la paret. En qualsevol cas, però, tant el conseller d'Hisenda com la consellera de Salut (nova denominació de la conselleria) es varen manifestar moderadament satisfets, perquè creuen que la quantitat obtinguda serà suficient per garantir, i millorar, la qualitat de la sanitat pública a les Balears. Es confia, en aquest sentit, que podrà millorar la gestió, si be s'és conscient que caldrà cercar nous recursos, és a dir, seguir batallant prop de l'Administració central perquè apliqui el Règim Especial d'una vegada per totes.

El fet és que s'ha posat en marxa un dels principals reptes de l'autonomia: acostar l'administració sanitària a tots els ciutadans, és a dir responsabilitzar-se que els serveis responguin a les necessitats i a les expectatives. Després del traspàs de competències en educació, la sanitat era el passa decisiva cap al control dels serveis socials més essencials. En aquest sentit, la Conselleria de Sanitat es transforma en Conselleria de Salut, un concepte molt més ampli que l'estrictament sanitari, la qual cosa, d'entrada, alertava sobre la necessitat d'incrementar no només els mitjans econòmics, i humans, sinó els objectius, és a dir, ser més ambiciosos per garantir la millor satisfacció possible dels ciutadans d'aquestes illes. Així, com una de les primeres mesures, no passava una setmana des de l'assumpció de les competències i la consellera ja presidia la inauguració d'un nou servei de salut mental al recentment obert hospital de Son Llàtzer. També s'han produït canvis en els organigrames de l'estructura sanitària, amb la creació de cinc noves direccions generals, entre les quals s'hi troben les de Farmàcia i la de Planificació i Finançament.

La primera passa ja s'ha donat. Ara es tracta de vetllar per la salut de tots els ciutadans, un col·lectiu que en els darrers anys ha experimentat un creixement espectacular a causa de la immigració i també, no es pot oblidar, de la presència constant de milers de visitants que potencialment poden requerir assistència mèdica. És evident, per tant, que ben aviat començaran a sorgir problemes i que la hisenda de la comunitat autònoma haurà de respondre amb mitjans suplementaris. Quelcom difícil si tenim present que malgrat la millora del finançament autonòmic, les Illes Balears continuen sent la comunitat de tot l'Estat que disposa de menys recursos financers per nombre d'habitants.

Aquesta és la doble batalla a la qual haurà de fer front la Conselleria de Salut i la d'Hisenda, conjuntament. Treballar per la salut de tots els ciutadans i perquè quan aquesta falli trobin tots els elements de curació que hom pot trobar a les societats més avançades, però al mateix temps una assistència més humana, en la qual els ciutadans puguin exercir el seu paper i no ser un número més en les llistes d'espera que l'autonomia ha heretat del passat.



Balears tendrà 250.000 habitants més en 2010 con el crecimiento actual

informació d'Última Hora, seria recomanable, si no es vol caure en un desenvolupament insostenible.

Segons un estudi de la Conselleria d'Economia, Indústria i Comerç n'hi ha prou d'extrapolar algunes dades per imaginar la realitat que ens esperaria si no es posa un fre a l'actual model. Així, amb el ritme actual d'activitat, les Balears tendrien el 2010 fins a 250.000 habitants més. El manteniment de l'economia requeriria 160.000 llocs de feina més, amb la qual cosa la població sobrepassaria el milió dues-cents mil persones.

LA CONSTRUCCIÓ CONTINUA

El sector que més es veu afectat per l'alentiment econòmic és el de la construcció. Així ho diuen els empresaris, a pesar que l'activitat segueix creixent. La informació del *Diari de Balears* ens recorda, per exemple, que l'any passat el nombre de cases construïdes duplicà el de noves famílies establertes a les Illes i que el presumible excés d'oferta no aconseguí abaratir els preus de l'habitatge. Sobren habitatges, diu un dels titulars, però el preu de les segones residències encareix tot el mercat. En aquest sentit, es preveu que la futura llei de quotes sigui especialment severa en el control de l'oferta residencial i turística.

DESENVOLUPAMENT INSOSTENIBLE

Quan des d'alguns sectors s'anuncia la imminència d'una crisi que afectarà els dos grans motors de l'economia de les Illes -construcció i turisme- des d'altres només es parla d'alentiment, una reducció del ritme de creixement que, d'altra banda, segons aquesta



LA CRISI QUE HA DE VENIR



ILLES BALEARS.
El sector turístic evalua en 421 milions de euros la repercussió de la crisi

ningú no sap si arribarà, però n'hi ha que la criden constantment. És el cas del sector turístic en relació a l'ecotaxa. Com era d'esperar els mitjans de comunicació, entre els quals hi trobam *El Día del Mundo*, es feren ressò de la roda de premsa multitudinària i empresarial que convocaren les grans cadenes hoteleres contra el Pacte de Progrés. Federació Hotelera, CAEB, foment de turisme i Cambra de Comerç demanaren la retirada de l'impost i més promoció per fer front a la baixada de reserves.

El diàleg ha estat impossible i, en conseqüència, el Govern ha decidit començar la recaptació de l'ecotaxa. Les cartes són a la vista de tothom. La temporada és a la cantonada. Prest arribarà la tardor i sabrem si l'amenaça de la crisi era o no era una bubota.

Apostar per un model sostenible

Ferran Navinés, economista del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears, entrevistat en el número 94 d'ONA, ens ha fet conèixer alguns errors de nom i de qüestions tècniques en les paraules que li atribuïm i que, dissortadament, no vàrem ser a temps de corregir abans de la publicació. Així, es refereix al catedràtic Martí Parellada (no Perellada) i Jordi Arcarons (en lloc d'Arcons).

Igualment quan es parla del Departament d'Economia de la Universitat de Barcelona s'hauria d'haver dit d'Econometria.

L'entrevistat ens havia fet altres puntualitzacions de tipus tècnic difícilment corregibles sense publicar tot el text, però pensam que no desvirtuen el contingut general de la conversa. Si més no, queda clar que l'evolució econòmica de les Illes ha desbordat les previsions i que, com diu el títol, cal apostar per un model sostenible.

INFORME

La urgència de redibuixar la sanitat balear

Gina Garcías Sansaloni

Aquestes setmanes ni els més interessats han pogut fingir que creien els resultats de la recent enquesta de la Fundació "la Caixa", que assegurava que les Balears són la comunitat autònoma amb un benestar col·lectiu més alt, on és més elevat el grau de satisfacció pels serveis sanitaris públics. L'evidència dels dèficits en les prestacions sanitàries és tan clara que fins i tot els responsables del tema han hagut d'admetre que per una vegada els treballs estadístics de la Fundació "la Caixa" podrien haver-se errat.

Les Balears pateixen un dèficit assistencial crònic, fruit, d'una banda, de la mesquinesa dels successius governs centrals, que històricament han escatimat solucions a les nostres necessitats, més interessats a "castigar" els governs autonòmics sempre de signe contrari, que a solucionar els problemes de la població; i d'altra, de reeixida pressió dels promotors sanitaris privats, entestats a assegurar la rendibilitat de les seves inversions a costa d'una sanitat pública deficient. En els darrers anys, a aquest fet s'han d'afegir els efectes d'una corba demogràfica trastornada de la seva evolució natural per la immigració i el turisme i la constatació, cada vegada més evident i sagnant, de la misogínia de la sanitat pública, que s'ha mostrat indiferent i incapaç de resoldre els problemes de salut específics de les dones, que han de recórrer majoritàriament a la medicina privada per poder interrompre voluntàriament un embaràs (96% dels casos), per obtenir la "píndola del dia després" amb la qual evitar un embaràs (cent per cent dels casos) i moltes vegades per rebre assessorament i assistència preventiva quan són fèrtils i volen decidir la seva maternitat, o, quan deixen de ser fèrtils, per prevenir els efectes negatius de la menopausa o quan senten que l'assistència pública les menysprea, com si fossin



"coses seves", particulars i vergonyants, els problemes de salut o d'estrès derivats de la inacabable doble responsabilitat laboral i familiar.

L'1 de gener del 2002 han arribat les transferències sanitàries a les Balears, just quan no queda més remei que reorganitzar el mapa sanitari de les Illes i just també quan al Govern de progrés li queda poc més d'un any per demostrar una altra sensibilitat davant aquests fets.

LES TRANSFERÈNCIES

613 milions d'euros (102.000 milions de pesetes), tres hospitals (Son Dureta, Can Misses i Monte Toro), dues fundacions (Son Llàtzer, Hospital de Manacor), 52 centres sanitaris, prop de 7.000 treballadors, concerts amb el Complex Hospitalari de Mallorca (Hospital General, Joan March

i Hospital Psiquiàtric) i altres concerts amb els hospitals de la Creu Roja i Sant Joan de Déu: aquest és l'actiu del qual disposa l'administració autonòmica ara. Grans xifres que, tanmateix, no poden amagar que les Balears han estat fins ara l'autonomia amb la més baixa despesa sanitària per habitant: 721 euros (120.000 ptes.) anuals perhom, mil euros menys que la mitjana espanyola. Unes xifres que, d'altra banda, desmenteixen l'axioma que fins ara defensava una sanitat centralista i centralitzada com a garant de la igualtat assistencial de tots els espanyols.

PRESSUPOSTS PER TAPAR FORATS

Unes xifres, finalment, que tanmateix poden dur a engany. Vicenç Navarro, catedràtic de polí-

tiques públiques de la Universitat Pompeu Fabra, ha constatat que com més elevada és la despesa social d'un estat més baixa proporcionalment necessita ser la despesa sanitària. I ha afegit que Espanya és justament el país europeu on aquesta relació és inversament proporcional. Segons Vicenç Navarro, el primer i principal servei d'ajuda que hauria de donar l'Administració pública és l'ajuda a la família, una qüestió que els països europeus, especialment els nòrdics, han assumit des de fa anys i que a Espanya ha estat pràcticament oblidada, perquè quan la dreta ha governat el país ha aplicat la seva visió enormement conservadora que emfatitza la família, però que no la proveeix dels serveis i les ajudes públiques que faciliten el seu desenvolupament (tot considerant que és una unitat en la qual l'home garanteix la seva viabilitat amb el salari i la dona és la responsable de la cura dels infants i dels ancians), i, quan ha governat l'esquerra, l'ha oblidat i menyspreat, tot considerat que el tema "família" pertany al patrimoni ideològic de la dreta.

El cas és que el cost de la manca de serveis d'ajuda a la família no és només humà, sinó també social i econòmic. Espanya, amb Galícia i les Balears al capdavant, és el país amb la taxa de reproducció més baixa de tot el món (0,6). Les dones es decideixen a tenir un infant -si el tenen quan ja han complert els 30 anys. La població envella, el percentatge de població directament dependent de l'ajuda familiar i permanentment lligada al sistema sanitari, augmenta. Els serveis d'atenció a la salut s'han de reestructurar.

LA DESPESA FARMACÈUTICA

Que al nostre país les administracions públiques gastin -en relació a les proporcions dels països europeus- més en sanitat que en assistència social, no ha de dur a engany. El sector sanitari consumeix a Espanya un 5,8% del PIB -un dels més baixos de la UE-. D'aquesta despesa, un 20% se'n va a les farmàcies -el percentatge més gran de la UE- perquè aquí l'assistència és bàsicament reparadora i perquè el consum de genèrics és, altra vegada, el més baix de tota Europa.

A les Balears, la despesa farmacèutica amb càrrec a l'Administració pública, ha augmentat un 13% només el darrer any. En total s'han consumit medicines per valor de 134,11 milions d'euros (22.314 milions de pessetes) segons dades del Col·legi d'Apotecaris. Des del 1995 s'ha duplicat a les Balears la despesa en productes de farmàcia (i a aquestes quantitats s'ha d'afegir l'aportació dels malalts, que si no són pensionistes paguen una part important del cost dels medicaments que consumeixen).

EL MAPA HOSPITALARI

En aquest marc, ara el govern autonòmic té com a prioritat reestructurar el mapa hospitalari, especialment el de Mallorca. La posada en marxa de l'hospital de Son Llätzer -després de més de deu anys de promeses i projectes- ha possibilitat la reestructuració

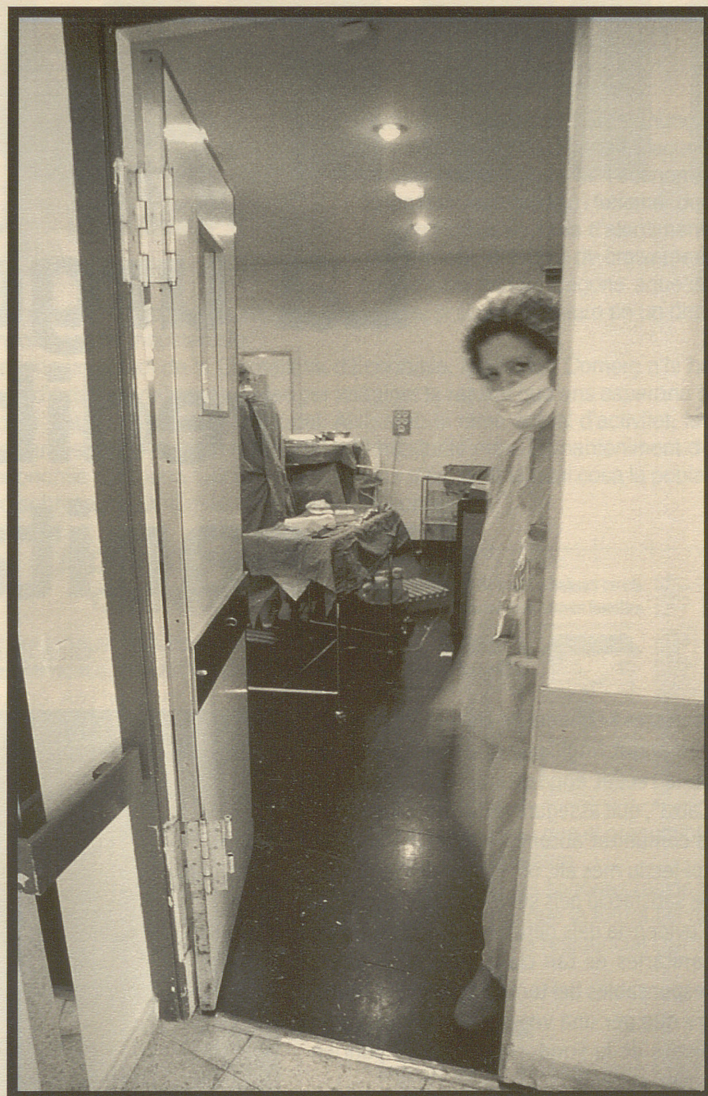
La "Proposta de reconversió del complex hospitalari de Mallorca" presentada per GESMA (Gestió Sanitària de Mallorca) el desembre del 2001, es basa en els factors demogràfics, en els factors de l'entorn assistencial, en els factors relacionats amb la tipologia dels pacients i en els relacionats amb els criteris de salut mental.

FACTORS DEMOGRÀFICS

D'acord amb aquests criteris, GESMA diagnostica que la taxa de natalitat regressiva i l'augment de l'esperança de vida provoquen un increment progressiu de l'índex de dependència de la població, suavitzat per "la major aportació de joventut" que provoca la immigració. Tot i això, l'envelliment de la població augmenta un 1% anual, és a dir, cada any 6.000 persones majors de 65 anys entren al grup de "població dependent", un grup que actualment supera les 120.000 persones. La població activa cada vegada ha de sustentar un major nombre de persones ancianes. L'índex de dependència és ara d'un 15,6% i d'aquí a tres anys haurà arribat al 16%. Més del 60% del consum sanitari el realitza el grup d'ancians en els cinc darrers anys de la seva vida. Com a conclusió GESMA afirma la "necessitat de potenciar els recursos sanitaris enfocats als grups de més edat, i per tant aposta clarament per la necessitat de reconvertir els hospitals del Complex Hospitalari de Mallorca en centres sociosanitaris.

ENTORN ASSISTENCIAL

Amb l'obertura de Son Llätzer i la promesa de construcció de l'hospital d'Inca, Mallorca disposarà de 2.100 llits hospitalaris. Tot considerant una freqüentació hospitalària de 90 ingressos per cada mil habitants i any, l'estudi de GESMA considera que no es necessiten més de 1.700 llits d'aguts. És a dir, que es poden "reconvertir" aproximadament 400 llits i dedicar-los a un altre tipus de funcions. Segons Josep Carbonero, director de GESMA: "Lògicament la sanitat no pot tenir recursos ociosos. No podem tenir una xarxa amb dues qualitats distintes. I a més, les necessitats de la població no es cobreixen exclusivament amb l'assistència primària i amb l'hospitalització dels



malalts aguts". Sorgeixen nous problemes: es necessiten llits per fer tractaments pal·liatius per a malalts de càncer, per als malalts progressius, terminals... crònics... Necessitem un tercer sistema, el sociosanitari, amb distints tipus de recursos, ambulatoris, domiciliaris i a vegades hospitalaris per atendre malalties cròniques, processos de llarga durada. No hi ha ningú que hagi dit quants de llits són necessaris. Encara no s'ha establert. Els 102 mil milions de pessetes amb les quals l'Estat cobreix les transferències sanitàries no contemplen l'atenció sociosanitària. Les comunitats que l'han posat en marxa ho han fet amb doblers propis. No és tant un problema de llits, sinó de recursos globals.

DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA

D'acord amb aquests criteris, GESMA ha projectat una distribució geogràfica dels recursos hospitalaris, que a partir d'ara giraran entorn a dos punts per als malalts aguts: l'hospital de Son Dureta serà el de referència per a tot el Ponent mallorquí. L'hospital de Son Llätzer, per a la banda de Llevant.

Segons aquest disseny, l'Hospital General passarà a ser un hospital de subaguts directament coordinat amb Son Llätzer. L'hospital Joan March serà el centre de subaguts dependent de Son Dureta.

ELS TERMINIS

Segons Josep Carbonero, els terminis de compliment d'aquest projecte ja estan definits: "D'aquí a final de legislatura, s'acabarà d'obrir Son Llàtzer i s'iniciarà la reforma de Son Dureta. L'hospital d'Inca, que prest es començarà a construir, i el de Manacor, a ple funcionament, constituïran els hospitals comarcals d'aguts. Quant a l'Hospital General i el Joan March, que de fet ja comencen a complir el paper d'hospitals de subaguts, hauran acabat la reconversió el 2003. Ara encara fan de pont fins l'obertura total del Palma-2. Finalment, l'hospital de la Creu Roja podria fer el paper d'hospital de crònics, dins un disseny integral. I l'hospital militar, podria convertir-se en una residència assistida per a la població civil. Comptant amb ells si ells ho volen".

EL PLA DE SALUT MENTAL

Tancar definitivament l'Hospital Psiquiàtric és un objectiu irrenunciable per als actuals gestors de la sanitat de les Balears. D'acord amb ell han elaborat un Pla de salut mental amb el qual preveuen que hi hagi sis unitats de salut mental a Mallorca: quatre a Palma, una a Inca i una altra a Manacor. Seran els centres d'aguts pels quals els malalts "entraran" dins el sistema. Ara per ara només hi ha 16 llits psiquiàtrics a Son Dureta i estan sempre saturats. L'obertura de 16 més a Son Llàtzer i altres tants a l'hospital de Manacor pal·liarà el problema. Al futur hospital d'Inca es preveu una unitat psiquiàtrica d'aguts. Això per-

metrà en un futur molt immediat tancar una de les dues unitats d'aguts que hi ha a l'Hospital Psiquiàtric, molt obsoleta. L'altra és en fase de remodelació per ser una unitat mixta amb règim únic i un servei d'urgències. "Aviat Mallorca tindrà un servei de salut mental d'alta qualitat", segons Josep Carbonero. "Quant als crònics, -continua- cercam la forma de treure tots els malalts del Psiquiàtric. Tenim acords amb l'IBAVI per aconseguir pisos. Feim centres comunitaris de rehabilitació. Aspiram que quan acabi la legislatura, a l'Hospital Psiquiàtric quedin només els malalts psicòtics que no puguin passar un programa de rehabilitació i de reinserció i hagin de quedar. Per als majors dementats feim una residència psicogeriatrica amb un pressupost de sis milions d'euros (1.000 milions de pessetes). I una petita residència per als disminuïts que hagin de quedar. Per tant, desapareix el concepte d'hospital psiquiàtric."



LES FUNDACIONS

Amb les transferències, el Govern de les Illes Balears ha rebut dos hospitals constituïts en forma de fundacions sanitàries: segons Josep Carbonero "és un model de gestió que cerca l'estalvi i la competència. És un model molt de dretes. El Govern té l'obligació, i s'hi va comprometre, de revertir les fundacions. És una promesa difícil de complir, des del punt de vista legal hi ha molts d'aspectes compromesos. Resoldre el tema necessita un estudi jurídic molt profund. Son Llàtzer és més fàcil, perquè les Balears l'han rebut pràcticament sense estrenar. En els dos casos, revertir les fundacions és un compromís del Pacte i tenim la confiança que es complirà".

ELS HOSPITALS TRANSFERITS

L'Hospital Universitari Son Dureta (900 llits i 3.600 treballadors) té assignada una població de més de 300 mil habitants, corresponents a l'àrea de Ponent de Palma, Inca i els municipis de Ponent. És encara l'hospital de referència de totes les Balears, 800.000 habitants als quals s'ha d'afegir la població flotant.

Quan es va inaugurar, l'any 55, només feien feina a Son Dureta dos metges residents, entre un total de 150 treballadors que atenien 300 llits. Era quan, en l'anàlisi de Josep Carbonero, "la sanitat pública -de la qual era responsable el desaparegut Institut Nacional de Previsió- només tenia la funció de reparar la força del treball. De fet, el pagaven els empresaris i els treballadors. Era un hospital exclusivament quirúrgic. No hi havia medicina interna, ni hospital maternoinfantil". La resta de metges només anava al centre quan havien de fer-hi visites o operar, i cobrava per acte mèdic. El 1989 es redactà el Pla director amb l'objectiu de reformar totalment l'hospital. Però no ha estat fins ara que s'ha decidit finalment i de manera ferma iniciar una remodelació completa, que la consellera de Salut va presentar fa pocs dies:

De Son Dureta només es conservarà l'edifici general. El maternoinfantil i el de consultes ex-

ternes seran substituïts per un complex de nova planta. Tindrà una superfície de 118.300 metres quadrats. Amb un cost de 115 milions d'euros, les obres duraran 6 anys.

L'hospital es reconstruirà per fases de forma que no s'interromprà ni es reduirà la capacitat assistencial actual.

Concebut com a Fundació Sanitària, l'Hospital Son Llàtzer és un hospital general per a malalts aguts. Ha de donar assistència especialitzada a una població de 220.000 habitants, els que viuen al Llevant de Palma i als municipis de Sóller, Marratxí, Santa Maria, Binissalem i Lluçmajor. Amb 65 mil metres quadrats de superfície construïda, disposa d'àrea quirúrgica, sales d'exploracions i tècniques especials, consultes externes i urgències.

L'Hospital de Manacor es va planificar per cobrir les necessitats hospitalàries dels municipis del Llevant mallorquí: 108.000 habitants, que representen un 20% de la població mallorquina, distribuïts en els municipis de Manacor, Artà, Capdepera, Son Servera, Sant Llorenç, Vilafranca, Montuiri, Petra, Porreres, Ariany, Sant Joan, Felanitx, Campos, Ses Salines, Santanyi, Muro, Santa Margalida, Sineu, Llubí, Costitx i Maria de la Salut.

BALEARS 2001

Població:	800.000:
	393.000 homes
	406.000 dones
Esperança de vida:	78 anys:
	Homes, 75 anys
	Dones, 82 anys
Mortalitat infantil:	4,3 per mil
Edat mitjana	
matrimoni:	30 anys
Taxa de	
reproducció:	0,6

Josep Carbonero:

Sempre en defensa de la sanitat pública

G.G.

El seu despatx a l'Hospital General és una austeritat blanca. Quan cau la llum que entra per la finestra, el llum al·lògen de la taula dona a les seves mans una textura translúcida. Aquí treballa moltes hores tot sol Josep Carbonero, l'ascetisme imprès al cos i a la boca, i a les arrugues del rostre, on només és revoltosa la mirada, que brilla quan brilla la complicitat. Sempre ha estat fidel a ell mateix, i quan després de molt de temps un el retroba, retroba amb ell la perseverança de la vida convençuda. Un llarg fil sense embulls. Si qualcú el critica, és perquè no ha tengut la ventura de conèixer la immensa qualitat humana que palpita sota la distància de la seva tímida. Carbonero Malbertí, dos llinatges que neixen de la infinita calor que alena en el cor de la terra

-La transferència de la sanitat a les autonomies significa que ja no es garanteix l'equitat en les prestacions a tot l'Estat?

-La transferència autonòmica té l'avantatge de l'eficàcia. És molt més fàcil preveure i atendre les necessitats de la població si els centres de decisió són pròxims. El centralisme, en canvi, garanteix l'homogeneïtat. L'inconvenient és que cada comunitat autònoma podrà fer el seu disseny dels serveis de salut. El problema és que les transferències han arribat amb un canvi en el sistema de finançament de la sanitat, fins ara deduït dels pressuposts de l'Estat i a partir d'enguany, recaptat, en part, mitjançant impostos indirectes. Aquella comunitat autònoma que vulgui orientar la seva tasca als serveis públics i a la salut, ho podrà fer, però mitjançant un sistema de finançament absolutament regressiu i reaccionari com és la imposició indirecta. I en canvi els governs podran potenciar la medicina privada, que estranulla la pública. És molt fàcil de fer.

-En la comunitat espanyola on hi ha un major percentatge d'assegurances privades, quina funció i quin espai ha de tenir la medicina privada, que ha assolit un pes molt important a causa de les deficiències històriques de la sanitat pública?

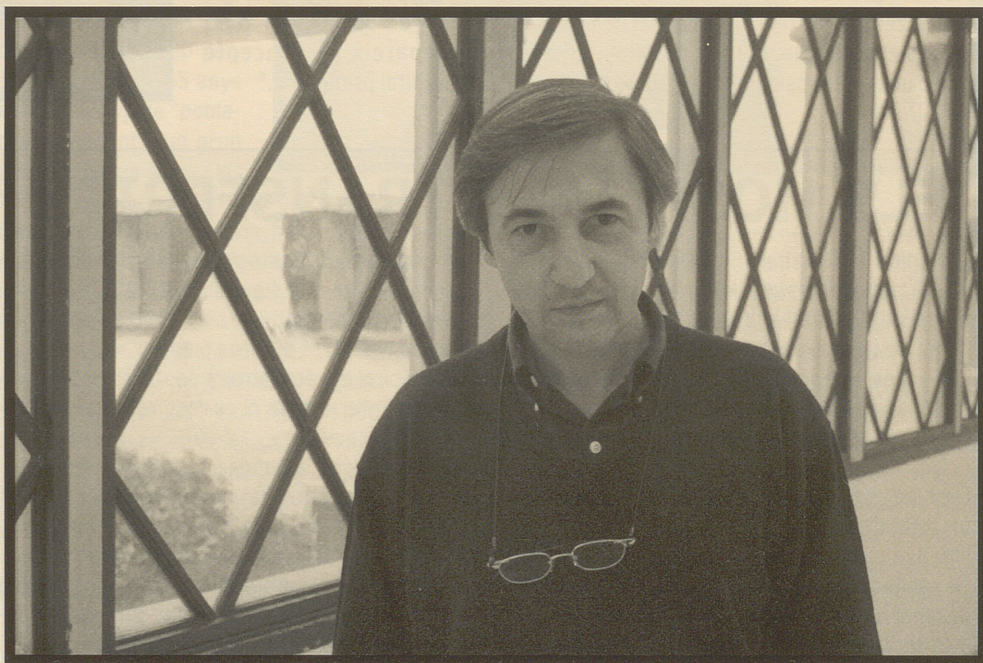
-És una decisió política. Personalment crec que no hi ha cap motiu perquè la privada participi del sistema sanitari públic. L'autosuficiència de l'assistència pública és l'única garantia que tots els recursos s'emprin en benefici de la població, que no es destini cap euro als beneficis privats. Ara mateix la sanitat pública precisa de la privada només per a qüestions molt puntuals, cirurgia cardíaca, per exemple. És possible que alguna

és la gent major. Els darrers cinc anys de la seva vida una persona consumeix el 60% dels recursos sanitaris que ha hagut de menester, i el darrer any, més que els cinc anteriors. Les assegurances privades tenen unes clàusules per les quals limiten el temps d'hospitalització. Quan un malalt necessita una estada hospitalària superior es desvia cap a la pública. No és veritat que la sanitat privada doni suport a la pública. El que succeeix és que hi ha gent que té doble assegurança i que tria la privada per motius de prestigi o per motius de confort. També és veritat que la privada ha fet esforços importants per atendre millor els seus clients. Si a les Balears, que és una comunitat rica, hi ha ciutadans que volen tenir una assegurança privada, no hi ha problema. Però no es pot confondre una cosa amb l'altra, ni permetre que la privada parasi la pública.

-Amb les transferències, les Balears poden sortir perdent quant a qualitat sanitària?

-El PP ha fet una transferència enverinada. Per primera vegada la sanitat es pagarà de forma mixta. Amb els pressuposts de l'Estat i amb impostos indirectes, que sempre són regressius. Per tant, aquest risc existeix, perquè per millorar les prestacions sanitàries les autonomies es veuran obligades a augmentar els impostos.

-Diu que els darrers cinc anys un malalt consumeix el 60% dels recursos sanitaris que ha emprat durant tota la seva vida. No és una cosa des-



clínica privada posi cirurgia de trasplantaments, però no hi ha altra prestació que no es pugui fer a la sanitat pública. Quant a capacitat, només en situacions extremes hem hagut de fer convenis amb la privada, perquè els llits per a cures intenses a vegades no ens han bastat. En un futur molt pròxim l'assistència pública serà autosuficient.

-Si ara per un moment tots els ciutadans optassin per la pública es produiria el col·lapse?

-Jo crec que no. A nosaltres el que ens col·lapsa

ballestada voler prolongar inútilment una vida, que acabarà amb patiment i desolació?

-L'esperança de vida torna a ser un indicador molt potent de la qualitat de vida. L'esperança de vida a Espanya ha augmentat moltíssim. Moltes malalties mortals s'han transformat en cròniques. La població envellaix. Quasi tothom consumeixen al manco un fàrmac: ansiolítics i antidepressius en primer lloc, i en segon, antihipertensius. Quasi tots els ancians consumeixen polifàrmacs. Això representa un cost importantíssim, i més si es té en compte que cada vegada que necessiten una

recepta han de visitar el metge de primària que els controla. També han avançat i s'han popularitzat les tècniques quirúrgiques, avui tothom s'opera de cataractes, quan fins fa poc era una intervenció minoritària. Hem passat del *baby-boom*, a haver de reordenar el dispositiu per dirigir-lo a les persones majors. Aquesta és la distribució de costos.

-Miterrand va dir, vull morir abans de deixar de ser íntegrament una persona.

-Les persones majors mereixen un nivell d'atenció molt personalitzat, lligat al confort i l'atenció i manco lligat a la medicació. Això és molt costós. Moltíssima gent major viu molts d'anys amb malalties cròniques, amb més d'una malaltia crònica, i rep medicació i té un nivell de vida acceptable. No tots els països ho poden fer. A Àfrica disminueix actualment l'esperança de vida. És un tema per meditar. Ara és més baixa que a principis del segle passat. Viuen la meitat que nosaltres. La vida es deriva dels pressupostos per a la salut i el benestar.

-A les Balears la immigració ha complicat les necessitats sanitàries?

-Sí, els immigrants compliquen la situació. Tenen tots els elements que fan necessari incrementar el dispositiu sanitari. La Llei d'immigració, que és absolutament reaccionària, preveu que tots puguin ser atesos. Però això només els soluciona una part del problema. No resol l'atenció integral que precisa aquesta població. S'han de potenciar els aspectes de prevenció. Tenen dret, tot i que no tinguin papers. Resoldre aquest problema necessita una certa sensibilitat democràtica, que la dreta no té. Algú m'ha dit, "transformem els hospitals de segon ordre en centres de qualque forma benèfics". Això és feixista, reaccionari, segregacionista. No volem que aquests hospitals es transformin en hospitals per a pobres. Els marginats, els immigrants han de tenir els mateixos drets i la mateixa qualitat assistencial. Per això s'ha de fer discriminació positiva. S'ha de tenir especial sensibilitat per esbrinar les necessitats ocultes d'aquest sector de la població, que és gent que difícilment reclamarà alguna cosa, entre d'altres motius, perquè no està organitzada i té por...

-També tot el col·lectiu femení està desatès en allò que es refereix a l'atenció que precisa específicament.

-El sistema públic de salut acusa els mateixos

problemes que la societat. Les dones tenen un salari inferior, fan doble jornada... Han canviat de rol en molt poc temps. L'any 74 encara no podien decidir per elles mateixes. Ara les dones han de continuar pressionant, perquè els homes encara no ens hem adaptat. S'han fet avenços, però més dèbils del que les dones necessiten i reclamen. Ara ha disminuït el nombre de càncers invasius de cèrvix uterina gràcies a la detecció precoç, però els continuen patint les dones que estan en una situació social deprimida. És un problema de dones, però també és un problema social. Igual passa amb el càncer de mama. No hi ha un procés de promoció de la salut. I la llei d'avortaments és reaccionària. Això és el principal problema. Amb una altra llei la sanitat pública no es podria oposar a fer avortaments.

-I el turisme, quines alteracions ha provocat?

-Poques. La població flotant, el turisme, dona pocs problemes al sistema sanitari. És gent jove, sana, que ve a l'estiu. Poden patir accidents o abusos ètics, però és difícil que pateixin malalties. L'increment turístic no genera més demanda sanitària.

-Immigrants, dones, pobres... El Govern de progrés ha posat les bases perquè canviï la situació de desassistència dels sectors que sempre han estat en un segon pla?

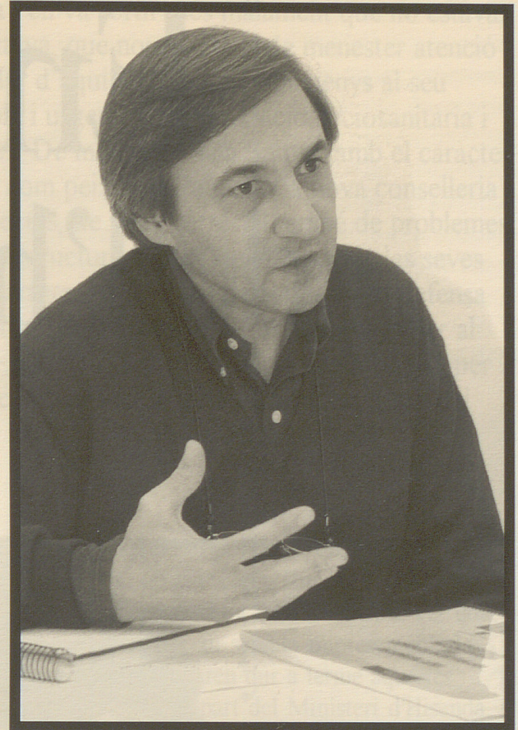
-Aquest és un govern multicolor, i a més ha tregut molt poc temps, encara, per tirar endavant noves iniciatives. No fa un mes que tenim les competències sanitàries. Pensam fer un esforç importantíssim per posar en marxa tot el dispositiu sociosanitari. Un esforç que no es faria amb un govern del Partit Popular.

-Però sempre queden els mateixos buits, les mateixes debilitats.

-És molt difícil que hi hagi canvis substancials quan els governs possibles més que ser alternatius són alternants. Els partits majoritaris són el producte d'un suport social que en un 80% no vol un canvi radical de les coses. És veritat que sempre hi ha les mateixes debilitats, a la cobertura social i assistencial. Però la intensitat d'aquestes debilitats varia d'un govern a un altre, perquè els conservadors, quan governen, sempre intenten trençar el sistema públic, d'acord amb la seva ideologia neoliberal.

-Les estadístiques europees demostren que com més alta és la despesa social, més baixa proporcionalment necessita ser la despesa sanitària. I, dins la despesa sanitària, els països amb millor qualitat assistencial destinen més poc percentatge a la despesa farmacèutica. A Espanya, és al revés. A les Balears és al revés.

-Aquests són elements cabdals d'un determinat model de societat, on la majoria dels recursos van a despesa assistencial perquè no ha situat recursos en educació i en prevenció. I els recursos sanitaris que consumeix són majoritàriament de tipus assistencial. Són països on el concepte de salut no és integral, sinó simplement reparador de malalties. Llavors només es tracta la ma-



laltia, i amb medicines. Quan el dispositiu no s'orienta cap a la salut sinó cap a la malaltia, és menys social i consumeix més fàrmacs, per a gran goig de les multinacionals de la farmàcia, El consum farmacèutic a Espanya té alguns aspectes clarament escandalosos. Hi ha una submissió total cap a la indústria farmacèutica.

-Espanya és el país europeu amb un percentatge més baix de consum de genèrics.

-Clar, tot és fruit del mateix concepte. Però és que, a més a més, tot està viciat, jo no entenc per què no es pot fer la distribució de medicaments a través dels centres de salut, de forma que ens estalviariem un intermediari molt car. Aquí es va fer una prova, quan Josep Pomar era el gerent d'atenció primària. Es varen subministrar els bolquers als centres de salut. L'estalvi, només en un any, va ser impressionant. Igualment es podria fer amb les medecines: facilitar els productes genèrics en la quantitat adient.

-Són bons malalts, els malalts de les Balears?

-Hi ha molta gent que consumeix fàrmacs de forma irresponsable, en el doble sentit: uns no compleixen les prescripcions mèdiques, i deixen la medicació pel seu compte, els altres s'automediquen, i abusen de tot tipus de fàrmacs. Espanya és possiblement el país d'Europa que més incompleix els dos aspectes. El control sobre els fàrmacs és molt baix. Tots aquests indicadors són coneguts. Els responsables de salut s'escandalitzen cada any, però després no hi posen remei. Aquí els fàrmacs duren molt poc al mercat. Cada vegada se substitueixen per altres més cars, sense demostrar, en moltes ocasions, que siguin més eficients que els anteriors. Hi ha una potentíssima penetració de la indústria farmacèutica en els professionals de la medicina. A Espanya cada any s'incrementa la despesa farmacèutica entre un 10% i un 15%. Aquest hauria de ser un motiu de reflexió.

Josep Carbonero, director de la xarxa d'hospitals públics que conformen el Complex Hospitalari de Mallorca i de l'empresa pública GESMA, va néixer a Palma el 1951. Metge especialitzat l'any 1979 en anatomia patològica a la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, ha estat entre els anys 81 i 87 director de l'Hospital General i des del 99, director de GESMA. Defensor des de sempre d'un sistema nacional de salut autosuficient, igualitari i públic, va impulsar, l'any 84, la creació a les Balears de l'Associació per a la Defensa de la Sanitat Pública. Milita a Esquerra Unida des de la seva fundació.

En el centre de l'huracà sanitari

Entrevista a Aina Salom

per Constanza Forteza



Aina Salom parla de quan, temps enrere, ingressaren la seva padrina a Son Dureta i en va sortir més malament que no estava, perquè el tractament d'un hospital d'aguts per a un malalt d'edat que no el necessitava, que només havia de menester atenció i rehabilitació per un traumatisme, no és la solució. Potser li haurem de recordar d'aquí a un temps, o almenys al seu departament, quan hagin de retre comptes sobre l'establiment d'una indispensable i urgent xarxa d'atenció sociosanitària i sobre la conversió d'hospitals com el Joan March i el General en centres de crònics. De moment, Aina Salom, amb el caràcter vital i expansiu que li ha atorgat més d'una caricatura als diaris, sembla sentir-se com peix dins l'aigua a la nova conselleria fruit de les transferències, una conselleria de pressupost descomunal, plena de projectes, de nous càrrecs i també de problemes, els de sempre de la sanitat balear i d'altres recentment estrenats, fruit de la nova estructura. Tot i que, a tenor de les seves respostes, la consellera de Salut encara sembla no haver abandonat la posició guerrera de l'etapa anterior, la de la defensa contra un Madrid insensible als mals aviciats de la sanitat illenca. De cara al futur, Aina Salom assegura, almenys per al període immediat d'un o dos anys, que les inversions històriques es faran progressivament i que la comunitat no optarà per poder pagar-les ni pel camí del deute ni per la solució, criticada per aquells que la consideren un atac als fonaments del finançament del servei públic de la sanitat, d'haver d'aplicar un impost indirecte sobre els combustibles.

-Què significa, quina actitud implica per part de l'Estat el fet que s'hagi aprovat un model financer per a la sanitat que supedita les inversions d'allò que és un servei públic a la possibilitat d'aplicar un impost indirecte sobre la benzina?

-Bé, jo començaré pel principi de la història. Perquè, des de principis del 2001 fins al mes de juliol, quan el conseller Mesquida negociava el finançament autonòmic, i, paral·lelament, la conselleria i l'INSALUD de Madrid també negociàvem, les coses anaven bé. Negociàvem setmanalment, quinzenalment, mensualment..., i tot anava bé. Els problemes vengueren quan, a finals del mes de juliol, esclata l'escàndol Gescartera i a aquell senyor, a Giménez Reina, li donen una setmana per resoldre el finançament autonòmic. Sí, és que va ser així, les coses foren així. Esclatà Gescartera i, aleshores, sortí Montoro dient que "pobret, i tal, que li queda una setmana, que acabi d'arrodonar el finançament autonòmic". I, aleshores, aquell senyor, que estava més cremat que un misto, va fer la repartició com li va semblar, no va discutir, li demanaven deu, doncs deu, li demanaven quinze, doncs quinze... Què va passar? Primer de tot, es va posar l'impost al qual es referia, perquè no hi havia doblers i amb aquest impost de les benzines s'asseguraven 133.000 milions de pessetes, la xifra que, més o menys, els feia falta. I, no obstant això, el cas és que quan es negociava el 27 de juliol, al Consell de Política Financera, el que sí era ben clar era que la sanitat era una qüestió a part. És a dir, que les comunitats acceptaven el nou finançament autonòmic i, després, si convenia, acceptaven sanitat amb una cistella d'imposts..., i si no, no l'acceptaven. I això els donava un cert marge per maniobrar i negociar. Però, després, varen treure la famosa esmena acompanyant la Llei de pressuposts i aquesta esmena deia que no hi havia nou finançament autonòmic, que et quedaves amb l'anterior model, si no et menjaves la sanitat. I, clar, dir: "bé, hem arribat a un acord, aquí hi ha 5.000 milions", per dir després: "ah!, no, no els tenim".

O el que li deia al principi, perquè això a Madrid era un clam, que Giménez Reina se'n va anar i ho va deixar tot fet un desastre. Per tant, primera anàlisi: em sembla impresentable la manera com es varen dur a terme aquestes negociacions per part del Ministeri d'Hisenda. Després, la vinculació de la sanitat a un possible impost sobre la benzina és que no hi va haver més remei que acceptar-ho, però, és clar, no em sembla bé, de cap de les maneres.

NO SOM ELS BENEITS

-Però com es pot basar la sanitat, un servei bàsic i expansiu, en un impost indirecte i, a més, sorgit d'un govern central que rebutja l'augment impositiu?

Aina Maria Salom Soler va néixer a Palma l'any 1953 i és llicenciada en farmàcia per la Universitat de Barcelona, universitat on, en una primera etapa professional, va ser professora de pràctiques de microbiologia. És especialista en gerontologia i nutrició i, durant anys, va ser vicepresidenta del Col·legi d'Apotecaris de les Balears i presidenta de l'ONG Apotecaris Solidaris. Militant del PSOE, és, des del 2000, membre del consell polític d'aquest partit a les Balears i també presidenta de la Comissió Executiva del partit a Palma. El mes de juliol del 99 va ocupar el càrrec de consellera de Sanitat i Consum, responsabilitat que, una vegada rebudes les transferències, abasta ara, amb el nom de Conselleria de Salut i Consum, el departament de més envergadura i pressupost del Govern. Aina Salom és casada amb el vicerector de la UIB Carles Manera i és membre numerari de l'Acadèmia de les Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

-Un impost que el Govern central ja aplica des del passat dia 1 de gener, i que també apliquen totes les comunitats del PP. I les comunitats on no governa el PP hem dit que no l'aplicarem. Amb els impostos no s'ha de fer demagògia. És una contradicció clara que un partit dugui al seu programa electoral que reduirà els impostos per, a continuació, augmentar-los. Tots sabem que no és cert que disminueixin, han augmentat més d'un 50% o un 60% tots els impostos indirectes, han disminuït els impostos dels que més tenen i, al final, posen un senyor impost sobre els combustibles.

-I com valora ara, passats els moments més conflictius, els fons transferits rebuts?

-Bé, jo sempre he dit, en relació a les transferències sanitàries, que, a pesar de no haver volgut entrar en el tema de les inversions pendents pel que fa a infraestructures que, en un principi, era un tema sobre el qual semblava no haver-hi problemes, perquè reconeixien que les Balears presentaven un problema específic i peculiar..., doncs bé, a pesar d'això, dic que aquí no hi ha hagut ni més llestos ni més beneïts, aquí s'han aplicat uns indicadors que s'han basat en el cens del 99, i això és un avanç, perquè, fins ara, anàvem amb el de l'any 89. D'altra banda, s'ha inclòs dins l'estimació de la població protegida els majors de 65 anys i, per primera vegada, un indicador relatiu a la insularitat. Ara bé, també he de dir que a mi ja m'agradaria tenir la sanitat d'Astúries, governada per socialistes, on tenen un hospital cada deu quilòmetres amb una població que no té res a veure amb la nostra.

-Però des de la conselleria també es va protagonitzar un canvi d'actitud bastant radical, de dir que es rompien les negociacions a, ara, justificar les transferències rebudes i argumentar que les Balears no han sortit perjudicades en relació a altres comunitats.

-Bé, jo no estic d'acord amb aquesta afirmació. Jo mai no he dit que volguéssim rompre. Quan els dos finançaments, l'autonòmic i el sanitari, es negociaven per separat jo estava molt més tranquil·la, això no es pot perdre de vista. Quan jo sabia que el conseller Mesquida negociava per una banda i que, per l'altra, jo tenia un bon marge de maniobra, evidentment, em sentia segura i, per tant, si allò que se m'assegurava no s'atorgava finalment, llavors, jo tenia el marge de poder dir que no ho acceptava i no passava res. Però des del moment que s'inclogué l'esmena pressupostària que lligà les dues qüestions i, a més, s'establí un finançament autonòmic amb 14.000 milions més; i després em fixaren un finançament sanitari que passà del 82.000 milions del 2001 – és a dir, el pressupost de l'INSALUD de les Balears en el 2001 – als 102.000 milions, és a dir, un 20% més..., és que si sumam els 14.000 milions i aquests darrers 20.000 milions més de diferència són 34.000 milions més de pessetes, i amb aquesta vinculació, si no ho acceptàvem globalment quedàvem sense aquest augment i en quedàvem fora. Per tant, no és que jo hagi canviat, és que davant aquesta conjuntura no quedà més remei que dir, bé, acceptam. Perquè l'altra alternativa, obrir-nos les carns, rebutjar l'oferta i quedar com estàvem, no hagués estat responsable, hagués estat un mal negoci.

-Una vegada transferides les competències sanitàries i el finançament autonòmic global, el conseller d'Hisenda indicà literalment que "les reivindicacions històriques s'hauran de temperar". Ens ve un temps de dificultat per fer front a aquestes grans despeses i inversions?

-Miri, el Govern, des que governa el Pacte de Progrés, i sense

transferències, ha invertit en sanitat de 8.000 a 10.000 milions de pessetes, i no només a la seva xarxa hospitalària sinó a la xarxa primària, que no era de la seva competència. Jo puc dir ben alt que en dos anys i mig hem fet vint-i-sis centres de salut nous, i això sense tenir la competència, sense tenir-ne l'obligació. Bé, amb les transferències sanitàries ens situam als voltants dels 102.000 o 112.000 milions de pessetes de pressupost sanitari per a la comunitat. I amb aquesta quantitat, en principi, sí que es poden escometre els temes pendents. No per tirar la casa per la finestra, però sí per iniciar les principals infraestructures i demandes pel que fa als recursos humans d'aquesta comunitat. I això sempre ho he dit, aquí no hi ha cap contradicció. És cert, i per això som moderadament optimista, que amb la xifra transferida es pot fer front en principi a les grans infraestructures, fer front al pagament dels 18.000 milions de pessetes per a la reforma de Son Dureta i a la inversió per a l'hospital Verge del Toro. Hem de considerar que tant Educació com Sanitat són conselleries expansives, és a dir, que cada vegada que es dóna més oferta, es genera més demanda. Aquí, al final, entram una vegada més en el debat sobre el model de societat i de territori que volem, perquè si mantenim la progressió dels darrers anys, d'aquí a cinc o set anys tendrem un increment de la població d'un 25%. I això és del tot insostenible, no serien suficients els recursos sanitaris ni cap tipus de recursos, ni les escoles ni els hospitals ni res. Viure aquí seria una odissea.

EXEMPLES INDESITJABLES

-La possibilitat d'endeutar-se es troba entre les alternatives previstes?

-Jo, avui per avui, crec que amb els doblers de què disposam, no només amb els transferits sinó amb tots els disponibles fins ara per part del Govern i els transferits, amb això, en tenim prou per fer front al començament de totes les inversions, sense necessitat de més impostos i sense necessitat de més deute. Ara, el que no sé és si d'aquí a dos anys serà o no necessari.

-D'aquí a un any és com dir avui.

-D'aquí a un any tampoc no serà necessari.

-És que és difícil oblidar els casos de Catalunya o Andalusia, amb déficits sanitaris descomunals que hipotequen la gestió autonòmica global.

-El cas de Catalunya és un punt i a part. Feren una mala negociació, potser perquè foren els primers, per aconseguir l'autogovern. S'equivocaren completament i es varen trobar, el mateix any de les transferències, amb factures als calaixos que no s'havien cobrat, de més de 15.000 milions de pessetes d'aquell moment. I en el cas d'Andalusia, i és un tema que he parlat amb ells milers de vegades, és una qüestió diferent. Andalusia va quedar fora del nou sistema de finançament, i això no ho pagaran ni en vint anys. Les conseqüències de quedar fora i fer la bravata..., això els va hipotecar. Això m'ho han dit ells: "m'és igual el que em donin, no ens pot tornar a passar el que ens ha passat amb la sanitat". És clar, quan veus això, quan escoltes els teus companys d'Andalusia i d'Extremadura explicar el que els ha passat pel fet d'haver fora del sistema, doncs, hem de pensar que és una injustícia, ens fan passar per l'adreçador de la majoria absoluta, ens ho imposen, però clar, reaccions i penses que entre estar com estàvem i optar per l'augment del 20%..., lògicament optes pel sistema. Perquè pensí que, quan jo he dit que l'INSALUD

de Balears pressupostava 82.000 milions de pessetes per a l'any 2001, he dit "pressupostaven" però no he dit "gastaven". L'any passat Madrid va gastar aquí 72.000 milions de pessetes, deu mil milions menys dels prevists. Madrid no va fer Pla director, Madrid no va fer cap centre de salut dels que tenien programats, Madrid no va fer el Verge de Monte Toro, no va fer el centre de salut d'Eivissa, no va fer l'heliport que també hi havia pressupostat..., és clar, aquestes són les partides d'aquest deu mil milions que manquen per invertir.

-Amb les competències sanitàries aquí, ja han començat a sortir els conflictes i les divergències. Per exemple, els enfrontaments amb els sindicats pel que fa a l'homologació salarial entre el personal autonòmic i el que prové de l'INSALUD i també en relació a la jornada laboral de 35 hores.

-Miri, nosaltres, en primer lloc, vàrem publicar el decret que estableix la jornada de 35 hores. Jo crec que no s'ha fet a cap altra banda de tota Espanya. I ja abans de l'estiu, fèiem feina amb totes les forces sindicals i socials per parlar d'aquests temes. Clar, les transferències han arribat després d'una darrera etapa durant la qual el Ministeri va pitjar l'accelerador. Però nosaltres duiem el ritme adient per fer una sèrie de feines prèvies, entre les quals hi havia la d'arribar a un pacte social de la sanitat. Des d'abans de l'estiu ens hem asseguts amb els sindicats, forces socials, metges, etc., de forma periòdica, per veure com s'implantaven de manera progressiva tots aquests temes. Per una banda, a aquestes taules negociadores hi ha present el tema de l'homologació i, per l'altra el tema de les 35 hores i, finalment, una reivindicació històrica dels professionals de la sanitat, que és la carrera professional. Ells mai no han tengut una valoració com la que té, per posar un exemple, un professor de la universitat; i és un tema en el qual volem entrar a efectes de promoció i de reconeixement professional. I no és cert que aquest tema vagi malament; demà em poden fer una vaga de 5.000 metges, és cert, però, de moment, les meses són obertes i les converses van bé i ningú no ha trencat les cartes. Tractam els períodes, el temps, que pot ser de tres, quatre anys.

-El període d'homologació sanitària serà semblant al d'Educació?

-L'homologació del professorat encara no està enllestida, fa vuit anys que s'hi treballa. Nosaltres, a Sanitat, ens hem avançat i això ens ho reconeixen els sindicats. Els sindicats, quan surten a la premsa, fan el paper que han de fer, és a dir, dir "volem ja l'homologació, volem

ja el sou...", jo crec que si jo fos sindicalista faria exactament el mateix. Però, per l'altre costat, hi ha el vessant lloable i digne que són les negociacions, i això es manté. El dia que jo vegi que aquestes meses de negociació s'han romput és quan em preocuparé. Però si jo veig que ningú no ha cremat les barques, tots seguirem fent esforços. Els mateixos sindicats em diuen que, en el cas d'Educació, mai no es va fer aquest esforç, que la planificació de les homologacions es va fer sense negociar, i molt menys amb cinc mesos d'avanç com hem fet nosaltres. Per primera vegada es va cridar els sindicats per negociar aquest tema. I pensar que aquest tipus d'homologacions es



poden fer instantàniament és pensar que nosaltres renunciem a fer les millores que els usuaris i les persones necessiten. Sense anar més lluny, no podríem escometre la reforma de Son Dureta.

EL FRAU DE LA REFORMA DE SON DURETA

-L'eterna reforma de Son Dureta. Aquest serà el projecte definitiu?

-El projecte de remodelació és magnífic. El projecte que ha guanyat és innovador i és el millor que jo he vist, per suposat millor que els anteriors de l'INSALUD, que eren un desastre, i el millor dels que es presentaren a concurs. És un projecte que preveu mantenir l'activitat mentre es faci la remodelació. L'hospital quedarà completament nou. Es fa un increment de superfície, la comunicació entre edificis està molt ben solucionada, manté un gran respecte ambiental, té una bona planificació dels carrils de trànsit, una bona previsió d'aparcaments..., i, a més, preveu una planificació de les obres, la qual cosa impedeix esbucar un edifici fins que l'activitat que alberga no es pugui instal·lar a un altre, i així successivament. Perquè no ens podem permetre tancar l'hospital, i, d'aquesta manera, poc després d'haver començar les obres ja es podran anar incorporant els edificis remodelats. I, aquí, a mi m'agradaria fer cinc cèntim de comentari sobre allò que es diu, que s'hagués pogut comprar el solar dels militars i fer un hospital nou. Bé, jo he de dir que, segons la meva

experiència, això hagués implicat un procés molt llarg en el temps. Si ara hem d'estar set o vuit anys per veure acabat aquest projecte, imagini's que ara haguéssim de començar a negociar terrenys. Podríem passar-nos dos o tres anys per negociar el solar per, després, haver de consensuar metre a metre una altra vegada i tornar a fer el Pla funcional que han fet els professionals per a aquest projecte, pla que, per cert, ha estat molt elogiat. Hem de pensar en les persones que utilitzen l'hospital. Crec que aquest projecte preveu les coses de l'única manera que es poden fer, perquè tots els projectes anteriors, venuts al llarg dels darrers anys, eren insalvables.

-El darrer projecte frustrat de l'INSALUD va ser qualificat de frau.

-És un frau. I li ho puc dir perquè m'han assessorat bé en el tema. Algú sap amb quina quantitat s'ha indemnitzat l'empresa? I quina quantitat ha rebut d'indemnització l'advocat? Ningú no ho sap ni ho sabrem, són dades que han quedat a Madrid. Però el que sí sabem és que s'ha jugat amb doblers públics i que, per tant, tenim dret que se'ns informi. I no com a consellera, sinó com a ciutadana que em dic Aina Salom. És a dir, saber si s'han gastat 500 o 5.000 milions per indemnitzar. I no ho sé. Ells sí que ho saben, perquè l'arquitecte i l'empresa constructora han callat, i això és perquè han pactat. Si hi hagués hagut algú disconforme amb la quantitat pactada ben aviat l'haguéssim sabuda.

-Amb la capacitat del Govern sobre la sanitat, milloraran els índexs d'una comunitat que, a pesar d'una suposada qualitat de vida, presenta els índexs més alts de riscos cardiovasculars, la taxa de sida més elevada, i altres llocs bastant dubtosos pel que fa a la salut dels ciutadans?

-Tot això és prioritari. El que és clar és que, amb les transferències, farem les polítiques de salut des d'aquí. Nosaltres hem fet una enquesta, la primera enquesta de salut, amb dades exhaustives que ens permetran fer feina, tenir dades exactes per fer molts de plans sectorials. I atès que això no s'havia fet mai, almenys ara ja tenim un document de treball. D'aquest document sortirà el pla de salut i una sèrie d'accions sobre els temes que ha esmentat, i tots els que els tècnics ens han aconsellat per començar. El pla de tabaquisme, el pla cardiovascular, els de salut maternoinfantil, les drogues i la sida, i, aleshores, començar a fer feina en aquest tipus de planificacions. Per exemple, puc esmentar el Pla de drogodependències, que ha experimentat un augment pressupostari del 70%, cosa que mai no s'havia vist a aquesta comunitat. És cert que començam des de quasi de zero, jo diria que, fins i tot, de menys de zero. Perquè des dels governs anteriors no s'havia fet res, però res, en aquests terrenys. Hi havia quatre subvencions destinades a una sèrie d'entitats o ONG i, després, aquesta conselleria feia una memòria del treball dels consells i de les ONG que hi estaven immerses. Però feina planificada des de la conselleria no n'hi havia.

L'ATENCIÓ CRÒNICA

-La gran assignatura pendent és resoldre els problemes d'una població envellida dependent, més encara si es considera l'estructura demogràfica d'aquesta comunitat.

-Sí, aquesta era una de les grans mancances d'aquesta comunitat autònoma: com és que aquí no s'havia començat mai amb un pla sociosanitari? Senzillament, perquè els hospitals del Govern, que són els que han de dur a terme aquesta tasca feien aguts. Nosaltres ja hem començat, des de dia 15 de desembre estam reconvertint

l'hospital Joan March, per poder escometre aquesta feina..., però bé, per què no s'havia fet abans? Perquè teníem mal llogats els nostres hospitals a la senyora ministra per fer aguts; els nostres hospitals feien medicina d'aguts perquè, si no hagués estat així, ja es pot imaginar, no bastava ni la pública ni la privada ni sumant la Creu Roja ni res... L'Hospital General no el podrem reconvertir enguany, de moment continuarà fins el 2003 amb aguts. Es farà progressivament, ja s'ha llevat la UCI, una sèrie de serveis que s'han traslladat, però de moment és ple d'aguts del sector de la població que li correspon. Perquè és clar, encara que l'hospital de Son Llàtzer compleixi els terminis i fins i tot si s'avança en la incorporació progressiva de serveis, el que no es poden fer són miracles. Nosaltres necessitam hospitals per a subaguts, per a crònics. Tothom ha tengut un pare o una mare que necessita tractament sociosanitari de subaguts, i que ha estat sotmès al tractament dels hospitals d'aguts, d'on surten pitjor que quan entren. La meua padrina va entrar per una caiguda i va sortir que ni caminava, la varen afatar de proves tecnològiques, agressives, etc., quan ella l'únic que necessitava era, a causa d'un cop a la cama, estar tres setmanes ben atesa, controlada i fent rehabilitació. I és clar, després de tres setmanes a Son Dureta, ficada dins una cofurna d'habitació, en va sortir que ni parlava. Aleshores, això és prioritari i tant de bo jo m'ho hagués trobat en marxa, però atès que no teníem hospital d'aguts... però bé, jo esper que prest es comencin a veure els resultats de la feina que es fa, i esper també tenir-ho bastant avançat en un any i mig: l'hospital Joan March ja funcionarà i part de l'Hospital General també. A més, als dos hospitals els fa falta una reforma estructural integral. Nosaltres ja hem fet coses, tot pensant que s'havien d'integrar en la xarxa sociosanitari. Però és que, a més, el pla sociosanitari no són només hospitals, són moltes coses més. Primer, no és un pla només de Sanitat, també és un pla de Benestar Social. I hem fet feina, la consellera Caro i jo durant un any i mig, setmana a setmana, amb reunions i per coordinar, perquè hi ha tota la part comunitària, tota la part de l'assistència domiciliària..., hi ha d'haver una vinculació entre el centre de salut, la xarxa hospitalària i l'habitatge de la persona que és dependent.

-Està satisfeta de com es du endavant el procés d'obertura de Son Llàtzer?

-Home, sí. Ara fa uns moments acaba de venir el gerent de l'hospital, el Sr. Pomar, i em deia això que comentàvem, que segueixen la cronologia encara que una mica més accelerada i que si en aquests moments havíem de tenir vuitanta o noranta usuaris, resulta tenim 132 persones ingressades. I que s'obren els diversos serveis a mesura que els centres de salut, també progressivament, hi deriven els malalts.

FUNDACIONS I POLÍTICA

-Per què les fundacions són tan dolentes? En un congrés de la Societat Economistes per a la Salut, gent bastant sòlida i d'arguments aliens a la discussió ideològica, deia que el tema de les fundacions és un tema absolutament polititzat i que, al cap i a la fi, és més aviat una qüestió de resistència funcional que no d'eficàcia de gestió.

-En principi, és al Pacte, perquè quan es va fer el pacte de Govern se'n recordaren d'aquest tema, del rebuig a les fundacions, del "no" a les fundacions. Potser que en aquells moments no s'escoltàs a aquests professionals que ha esmentat, o si més no, no se'ls va escoltar de manera suficient, perquè en aquests temes sempre s'ha



perquè el que no pot ser és funcionar amb un model que no agrada a ningú. I això és el que ha passat, encara que entengui molt bé els raonaments, absolutament correctes, que fan els tècnics.

-Bé, aquesta associació d'economistes arribava a dir que el principal problema de la sanitat espanyola és el grau de politització, el grau d'enfrontament que hi ha a la comunitat sanitària.

-Bé, aquest és un problema en el qual jo també m'hi trob immersa. Cadascú defensa el seu sistema. I això jo ho veig a les meses de negociació de GESMA. Ara, que tornam a estudiar el tema, quan començam a mirar les passes que hem de donar, doncs, ens trobam que les forces sindicals no són partidàries de tocar l'empresa pública, però, a la vegada, hi ha les persones que han estat contractades d'una manera no poden passar a ser funcionaris o estatutaris de cop i volta, i això crea un problema laboral i sindical important. És a dir, tot això, de moment encara és motiu de conversa, perquè no s'ha trobat la fórmula; no és que no la trobi jo, és que no la troben els sindicats.

FACULTAT DE MEDICINA

-Educació descarta una facultat de medicina, almenys de manera immediata. Realment, el projecte d'una facultat no és un objectiu formatiu d'abast intel·lectual i d'ambició en temes de recerca, de posició d'aquesta comunitat, que convé analitzar més enllà de les xifres pressupostàries?

-El que passa és que hi ha experiències d'altres universitats, de facultats de medicina creades recentment, facultats molt joves, per exemple en el cas d'Alacant, que es pot comparar quant a població amb nosaltres, que presenten uns índexs de qualitat baixos. Jo vaig ser quatre dies a Alacant per estudiar tot això i

d'escoltar els tècnics. Però bé, és que no es pot perdre de vista que el PP va guanyar les eleccions el 1996 i va imposar aquest sistema. I les forces socials i polítiques pensaren que el PP volia desmembrar la sanitat pública, i jo no crec que les forces sanitàries i sindicals anassin desencaminades en aquesta consideració. I aquesta és, al meu parer, la raó per la qual es demonitzaren al seu moment les fundacions com a sistema de gestió. Tothom, en el fons, tenia por que es carregassin la sanitat pública i jo, en principi, som malpensada, i sí, sí que crec que el PP entrà a governar amb aquesta pretensió. Però el sistema sanitari està molt ben conformat i en els primers quatre anys de legislatura no varen poder desfer-lo i, en aquesta legislatura, s'ha transferit la sanitat a les comunitats autònomes. I, aquí, les forces d'esquerra i nacionalistes partiren, quan pactaren, d'aquesta anàlisi, és a dir, intentar anar amb moltes precaucions en relació al model de fundacions, i és per això que es va especificar en el Pacte el rebuig a aquest model. I això s'ha de mantenir, encara que se n'hagi de parlar molt. És un compromís de Govern, no d'aquesta consellera, per tant, s'ha de cercar una altra fórmula. Lògicament, això no vol dir que s'hagi d'anar al règim estatutari, sinó que possiblement s'hagi de triar un model que totes les forces pactin,

ells mateixos diuen que va ser un gran error. Perquè tenen altres universitats d'envergadura molt a prop i perquè la facultat d'Alacant no passa de ser un institutet. I és clar, amb això s'ha d'anar molt alerta, precisament perquè tractam de doblers públics. Fer una despesa tan important per després mantenir unes ràtios de matriculació molt baixes i veure que, tanmateix, els alumnes que es volen formar trien Barcelona, València o Madrid..., tot això s'ha de valorar. Per exemple, molts d'estudiants de Menorca s'estimen més, per a estudis que són a Palma, anar a Barcelona. Aquest és un fet verificable, que es repeteix a Eivissa, que moltes vegades s'estimen més anar a València. També pens que el nou Institut d'Estudis per a la Salut serà un embrió molt positiu que, encara que sigui un institut dedicat a la recerca, serà un bessó, una passa important per, amb tots els estudis que s'hagin de menester, començar tal volta no amb una facultat, però sí amb segons cicles, amb les especialitats per a les quals comptam amb els professionals i que podem impartir. És cert que els estudis de medicina potencien la societat en general. Ara, tirar-se al riu com varen fer els d'Alacant, doncs no, els doblers públics són sagrats. Perquè a Alacant el que passa ara és que no saben com tancar-la.

Taula rodona amb **Rosa Bueno** (secretària de la Federació d'Associacions de Veïns de Palma),
Manel García Beneyto (secretari de la Federació de Sanitat de Comissions Obreres)
M. A. Martín Soledad (senador del PP) i **Ramon Socies** (diputat pel PSOE).

Salut i doblers

Per Magdalena F. Mulet

Atendre els pacients, diagnosticar-los i guarir-los si és possible, no depèn només de la qualitat de l'assistència, de la feina dels professionals de la sanitat balear que ningú no posa en dubte. Depèn, sobretot, dels pressuposts, i d'això s'ha parlat molt aquests dies de transferències.

Les tres condicions que hom requereix per ben viure: salut, doblers i amor, van de cada vegada més unides a la sanitat. Per atendre la salut es necessiten pressuposts... i també atenció més humanitzada, per poder curar no només els cossos sinó les ànimes d'una societat malalta en moltes ocasions de desatenció, per als governants de la qual oferir uns serveis socio-sanitaris de qualitat i a l'abast de tothom és el repte més important que es perfila ara amb la responsabilitat a la mà.



ONA: *Amb la transferència de la sanitat es completa el sostre de competències que la comunitat assumeix. Significarà algun canvi substancial per als usuaris de la sanitat balear?*

Socies: El fet d'haver acceptat les transferències sanitàries és molt interessant per a la nostra comunitat, per a totes les comunitats en general, perquè ve a completar el mapa tranferencial i un sostre competencial que teníem fixat com a futur. Era la gran transferència pendent. Ara, el gran interrogant és si serà suficient amb el que ha arribat de cara a mitjan i llarg termini i saber si seran suficients per donar els serveis que necessitam. Aquesta és la pregunta que es fa el món sanitari, però també tota la població: saber si l'evolució podrà ser serà positiva o si no es podrà evolucionar per mor de la situació econòmica. Hem de veure si els doblers seran suficients per poder donar un servei públic de qualitat i per poder competir amb les mateixes armes que la sanitat privada, que d'altra banda no hem de veure com una enemiga, però que aquí té una presència molt grossa, tal volta també fruit de no haver tengut una sanitat pública en condicions.

M. Soledad: Les transferències han estat importants per a totes les comunitats. Al nostre programa electoral quan vàrem concórrer a les eleccions del 2000 eren un compromís ineludible. Totes les comunitats havien d'arribar al mateix sostre competencial. A més, la negociació ha estat molt positiva tant per a la comunitat autònoma com per a l'Administració central que ha garantit que hi ha suficiència financera per poder enllestir les inversions que ens mancaven des de fa molts d'anys. D'altra banda ara es tracta de posar a prova la capacitat de gestió que tenen les comunitats autònomes i de veure com milloram els serveis que reben els ciutadans, donat que la transferència no és més que una manera d'atracar els serveis i que els gestors estiguin mes prop dels administrats. Indubtablement la transferència és positiva i a més permetrà cobrir el dèficit històric que tenim quant a infraestructures. Per ventura el dubte que puc tenir és si se'n farà una bona administració, hem de tenir en compte que és pràcticament tres quartes parts del pressupost de la comunitat autònoma! I en teoria s'ha de donar sortida a molts de problemes que hi ha a aquestes illes. Quant a la sanitat privada, jo la veig més com una ajuda que com un competidor. Efectivament el gran repte de la sanitat pública no és a la part científica o clínica sinó que ha de millorar des del punt de vista d'hostaleria, on competeix la sanitat privada, per poder donar a la pública els estàndards de qualitat que dona la privada.

Bueno: Com a usuària, jo no puc parlar de tota aquesta polèmica de xifres que s'ha posat sobre la taula i que només coneixem a través dels mitjans de comunicació. I la por que tenim com a ciutadans, enmig d'aquesta batalla de xifres, és si el finançament serà suficient. Ens vàrem almar quan parlaren de l'impost sobre la benzina. Però ara es veu que no l'apliquen i diuen que hi ha prou finançament. En tot cas no podem parlar de gestió sense un bon finançament perquè no es pot gestionar el no-res. Si s'ha arribat a un bon acord, evidentment com a usuaris ens sembla bé tot el que significa apropar serveis al ciutadà, a l'usuari. Ara, la reestructuració, com es farà?, què passarà amb Son Dureta? La dotació d'altres infraestructures com serà?... perquè la població ha crescut molt... el mapa sanitari ens preocupa, i també ens preocupa el tema de la gestió. Les fundacions, sobre les quals ens arriben queixes..., de Manacor ens diuen que tot el que no és rendible no s'hi fa. És una manera de privatització encoberta i poc clara. Quant a la concertació amb la sanitat privada, també requereix un debat amb tots els sectors de la població.

García: En la meua intervenció hauré de posar un poc de salsa i

encetar el que efectivament és preocupant. Al company del Partit Popular vull dir-li en primer lloc que esper que tinguin més capacitat de gestió que capacitat de negociació. Perquè capacitat de negociació n'hi ha hagut poca. És a dir, s'ha fet un finançament molt arran de les necessitats d'aquesta comunitat autònoma i si pensam en el capítol 1 que és el de personal, no en parlem! Quant a infraestructures: és que el dèficit que tenim ho diu més o menys tot i ens trobam amb una transferència de més de sis mil treballadors per als quals com a mínim necessitam entre 7 i 8 mil milions de pessetes exclusivament per homologar els salaris dels treballadors que vénen de l'INSALUD amb els dels que ja depenien de la comunitat i aquestes són qüestions de què estaven perfectament advertits a la Conselleria de Sanitat. També ens trobam amb la normativa europea de les 48 hores que ve a suposar un dineral, incalculable. Quant a personal facultatiu i d'infermeria... també és un escàndol i avui per avui als hospitals i sobretot a la part forana són abusives les jornades que fan els professionals, com ha quedat ben acreditat a les altres fundacions. I si parlam de les fundacions ens referim a diferències econòmiques brutals i també a diferències de jornades terribles: per a cada treballador i treballadora d'aquestes fundacions anar a les 35 hores decretades, representa més o manco dos mesos i mig menys de feina i parlam de 1.500 treballadors! Hem de començar a pensar la quantitat de gent que haureu de contractar... I amb l'aplicació de la directiva europea hem de començar a pensar també quants de facultatius s'hauran de contractar si no els volem tenir mal pagats.

ONA: *Quina és la situació actual de les infraestructures?*

García: Pel que fa a les infraestructures, crec que si uns pensen malament llavors vénen els altres a fer-ho pitjor! Pensar que a Son Dureta s'ha acceptat una proposta del Partit Popular que era perfectament rebutjada per la pràctica totalitat dels sindicats, tots, sense color, i per una gran quantitat d'associacions, que creuen que entrar a Son Dureta a fer obres a aquest moment, una vegada més, amb els caos que provocarà d'obres, de camions, de circulació, el malestar que es crearà i que es generarà als usuaris i als treballadors de la sanitat, no és assumible. Son Dureta està col·lapsat a base d'urbanitzacions que l'ofeguen. Era millor trobar un altre lloc, perquè Son Dureta és l'hospital de referència de la comunitat autònoma i ara es pretén que estigui nou anys en contínues reformes. Això és incompreensible, no és possible. Ho hem dit al PP i ara al PSOE, que ha acceptat la possibilitat. Un altre tema que vull posar sobre la taula és el del transport sanitari a aquesta comunitat, tant l'aeri com el terrestre. No hi ha hagut força per arreglar-lo des de l'Administració central i el patiment que hem de sofrir els treballadors i els ciutadans d'aquesta comunitat no té nom. Com a mínim, que se sàpiga hi ha tres nadons morts a aquestes illes, per manca d'un bon transport. I la funció que no assumí al seu dia el PP a l'INSALUD ni ara el PSOE, l'hem hagut d'assumir nosaltres, i que és l'acció popular davant un fet d'aquesta naturalesa.

TRANSPORT SANITARI

Socies: Jo en principi havia fet una valoració general sobre què significa tenir les transferències, com a PSOE en nom del qual parl... Ara, si entram a parlar de coses concretes he de dir que sobre el transport sanitari vaig presentar una interpel·lació al Senat, i com a conseqüència una moció. Va ser rebutjada. Avui, això va ser abans de l'estiu quan tornava a venir tota la plena, la veritat és que just abans de les transferències ens han col·locat l'empresa sanitària de transport aeri que segons els rànquings té més accidents... no és molt agradable. I del terrestre no important ni parlar-ne. L'any 87 hi hagué un intent de comprar ambulàncies per part de l'INSALUD a la Creu



Rosa Bueno.

Roja, però no va ser possible, hi hagué interferències a molt alt nivell i instància. Aquí s'han posat sobre la taula temes que ens preocupen a tots. Jo crec que el finançament és insuficient. Crec que és pa per a avui i fam per a demà, cap al 2004 o el 2005, sobretot si tenim en compte que no ha arribat cap partida extra per a les inversions. Unes previsions d'inversió que han estat als pressuposts del 96 i del 97, etc... i que no s'ha executat, ara s'han eliminat i no s'ha executat ni una pesseta. I l'únic que s'executà va ser per tirar els doblers a la mar, amb la despesa que suposà el projecte i la contractació per fer la reforma de Son Dureta, devers 1.400 milions, que no han servit per a res. No s'ha fet cap infraestructura durant cinc anys... i abans, l'únic que havien de fer era tallar una cinta i encara varen torbar-se set o vuit mesos... i una altra obra que ja tenia la primera pedra posada i el Pla funcional fet i que només havia de dotar-se la partida econòmica; això és tot el que va fer el PP.

García: I un altre que l'han forçat i ara és un desastre.

M. Soledad: Per al·lusions, des del meu punt de vista vull defensar les nostres postures i dir que això que no tenguérem capacitat de negociació...

García: No, jo em referia als d'aquí. Vosaltres heu estat molt hàbils, perquè ens heu deixat la ronya!

M. Soledad: Però s'ha demostrat que si dos volen es posen d'acord, una condició de la transferència és que el finançament va lligat al PIB. Si hi ha un increment del PIB d'aquest país, el finançament puja

i ens hem garantit un període del 5% independentment del PIB; per tant, amb una evolució progressiva de l'economia i amb una evolució dels estàndards europeus pot anar bé. El que passa és que queda un poc supeditada a l'evolució del PIB nominal de les Illes. D'altra banda, jo crec que no es tracta de fer un debat sobre fundacions, empreses públiques, sistemes estatutaris i sistemes funcionaris, etc., perquè aquest no és el tema que importa a la gent. De fet l'Hospital Fundació de Manacor és un dels millors de tot l'Estat espanyol, està situat entre els vint millors. Igualment Son Dureta, amb tots els problemes d'infraestructura que esmentau es troba a la llista dels millors grans hospitals d'Espanya, amb els índexs que es manegen d'estança mitjana, rotació de llits, mortalitat, morts per infeccions hospitalàries..., i crec que en una comunitat de 800 mil habitants tenir dos hospitals entre els millors és per no queixar-se tant. I un amb un model i l'altre amb l'altre model. L'assistència sanitària no té res a veure amb la figura de gestió que hagi de tenir. Aquí també s'ha parlat de privatització... i les empreses públiques?, Andalusia i Catalunya tenen un sistema d'empreses públiques. Plantejam, per ventura, una discussió sobre un tema que l'únic problema que té és el dels concursos, de si hi ha més garanties o no, però l'assistència no ha de ser diferent. En tot cas, només varia l'agilitat de la gestió. D'altra banda, ja he dit que sobre el tema de la negociació, fins i tot el conseller Mesquida està content amb la transferència, i va lligada a una millora del finançament de 18 milions de pessetes. Després s'ha lligat a l'impost de la benzina, etc., però tots els que som a Madrid sabem des que va començar l'inici de les negociacions del finançament autonòmic que el nou model anava lligat a la transferència de sanitat i al darrer moment es va crear la polèmica com si ho haguéssim clavat a traïció, quan en realitat no ha estat així.

Socies: Aquí discreparem.

M. Soledad: Pel que fa a l'homologació dels treballadors, és un problema de la comunitat autònoma, no s'ha de fer des de l'Estat. Les transferències històricament mai no han contemplat l'homologació, sigui quin sigui el partit que hi hagi hagut a Madrid. A més, amb el nou model de finançament les comunitats tenen més del 40% dels impostos que es cobraran a la comunitat. I si tenim la gestió dels impostos els podem dedicar ara al que vulguem. Ja no hem ara d'anar a demanar a Madrid.

ONA: *En vistes del que han parlat fins ara, no serà que el grau de politització i d'enfrontament partidista a la sanitat en dificulta la gestió...*

M. Soledad: A les transferències tothom s'ha posat d'acord.

Socies: No crec que sigui exactament així. Això que si dos volen negociar s'arribi a un acord... no ha passat així exactament. Hi ha frases que passaran a la història en aquesta negociació com la que va dir el ministre: "hace mucho frío fuera del sistema".

M. Soledad: 18 mil milions de fred.

Socies: Clar, però això és un xantatge, no és "posar-se d'acord" en una negociació. Perquè si reclamàvem el que creïem que és just per als ciutadans d'aquesta comunitat, i resulta que amb aquesta transferència continuem tenint el pitjor finançament sanitari per càpita de tot l'Estat, i això és ben cert i s'ha publicat a tots els diaris i es troba reflectit als llibres de resums de l'INSALUD sobre el que té cada ciutadà per càpita a tot el país, i jo no m'ho invent, quan et diuen "és que fa molt de fred fora del sistema", no s'està negociant... això té un



García Beneyto.

altre nom. I vull recordar aquí que al conseller de Cantàbria l'hagueren d'anar a cercar a l'aeroport perquè se n'anava sense firmar, i a Cantàbria són del PP!

Hi ha altres elements que també demostren que ens han passat per l'adreçador: amb les fundacions ha passat el mateix. Ens imposen les fundacions quan ens donen les transferències. Si tenim la competència no ens han de dir com ho hem de fer! I això és perquè no creuen en l'estat de les autonomies. Això és com si em dones un cotxe i em dius com l'he de menar, on he d'anar i a qui he de dur. Així doncs, no em dones un cotxe, el que passa és que vols que sigui el teu xòfer! I el tema de fons i de calat quant a les transferències és que ens hem de qüestionar si el Partit Popular creu en les autonomies, i la resposta és no.

Quant a la capacitat de gestió del Govern, doncs, què hem de dir?, l'homologació s'haurà de fer per mor de la poca capacitat de gestió dels governs anteriors a aquesta comunitat autònoma perquè per posar en marxa l'hospital Joan March, que havia de ser el "buc insígnia" de la comunitat, així ho varen vendre al seu moment, el conseller Oliver Capó va posar uns sous per damunt del que es pagava a la resta de la sanitat a tota Espanya, per poder tenir metges i infermeres. I ara en pagarem les conseqüències.

Bueno: El que preocupa de les fundacions als ciutadans en principi no és el model en si mateix, que segons Soledad no ha d'afectar l'usuari, el que preocupa és que pugui efectivament afectar-lo. Perquè les fundacions per tenir comptes de resultats positius han de ser rendibles i per ser-ho retallen serveis i prestacions. Efectivament la sanitat està polititzada o millor dit instrumentalit-

zada políticament. I veiem que en aquests moments es juga molt amb tot això per fer política, no sanitària que ja estaria bé, sinó política de partit. Quan es parla de sanitat no es parla de malalts, de serveis, de millores... sinó que hi ha lluites partidistes i això es veu. A les transferències de sanitat s'ha vist clarament.

ONA: La sanitat privada també té un paper molt important a la nostra comunitat, al marge que sigui o no un complement, ha funcionat com a element de distorsió a Balears?

M. Soledad: No, no ha distorsionat, ha cobert un buit que hi havia de la sanitat pública.

Socies: Efectivament ha cobert un buit, i això ha distorsionat. Astúries amb una població bastant similar a la nostra té nou hospitals públics.

M. Soledad: Però té una dispersió de població molt important.

Socies: Més dispersió que la d'una comunitat insular?, nosaltres hem de tenir un hospital a Eivissa i un a Menorca. I aquest fet insular a les transferències compta un 0,25%.

QÜESTIONS LABORALS

García: El paper de la sanitat privada, que ara no hem de debatre, sens dubte ha distorsionat, precisament perquè hi era la inversió que es feia a Balears no era en infraestructura pública. Clar, això és descapitalitzar la sanitat pública, era transvasament de renda pública a capital privat.

I com que ho teníem concertat, no es feien hospitals públics. Fins que a un moment determinat es decidí fer xarxa hospitalària pública... i ja hi hagué molts de problemes amb Son Llätzer, des de l'inici, si ho recordau, per als terrenys. I ara amb l'obertura precipitada i obligada, perquè Son Llätzer està fet un desastre. A més a més, també vull dir que el Partit Popular als treballadors i treballadores de la sanitat pública els ha maltractat. Han estat el personal més mal pagat de totes les comunitats autònomes.

Ara els han transferit amb un dèficit en infraestructures de 30 mil milions i busques la qual cosa impedirà fer justícia als treballadors, i amb una sèrie de problemes heretats com és ara el de col·locació que li costarà a la comunitat autònoma una pasta que no sé d'on treurà. I és que els problemes heretats ja no són sols problemes heretats!, és que s'ha arribat a un nivell que ni tan sols la despesa farmacèutica de desembre del 2001, quan no teníem les transferències, no vol ara Madrid pagar!, és una autèntica vergonya, i això és així!

M. Soledad: Per poder comparar, primer hem de parlar d'una homogeneïtzació de les dades, el que no podem fer és treure xifres d'aquí i d'allà. No serveix l'exemple de Galícia ni d'Astúries, perquè tenim la població més concentrada i manco territori i per tant les nostres necessitats no són les mateixes. Són si més no, diferents. D'altra banda al que jo vull donar importància és al fet que aquí gràcies a Déu tenim una sèrie de serveis coberts per iniciativa privada, com passa també en certa manera, per tradició, a Catalunya. No existeix el factor de distorsió de què heu parlat, sinó un element que haurem d'aprofitar, com ho fan a Catalunya.

Socies: Això suposa descapitalització de la sanitat pública, és el que fan les fundacions. La Fundació de Manacor, en lloc de tenir el seu laboratori, en té un de privat, a Barcelona!, Manacor, per seguir amb l'exemple, des que s'obrí el 96 no té assistència psiquiàtrica. I això que hi era reflectida al programa fundacional, i els casos de psiquia-



M. A. Martin Soledad.

tria es deriven, i ho saps, tu que ets psiquiatra.

M. Soledad: Jo puc parlar de la psiquiatria de l'Hospital Psiquiàtric, que amb tot el rebombori que va muntar de les guàrdies, ara resulta que hi ha quatre psiquiatres que fan guàrdia.

Socies: Sí, però és que fa tres anys no n'hi havia cap. Val més que no en parlis d'això, perquè ara t'he agafat.

ONA: *Quines són les principals mancances de l'assistència sanitària a Balears i com poden millorar ara amb les transferències?*

M. Soledad: La millora necessària és la de les infraestructures.

Garcia: Però per millorar les infraestructures fa falta un finançament que no ens donen.

M. Soledad: Hi ha 82 mil milions de pessetes executats del pressupost de l'INSALUD del 2001, en queden 20 mil fins arribar als 102 mil milions. Amb aquests doblers es poden fer moltes de coses.

ONA: *Quines infraestructures?, deixem de banda els doblers.*

Socies: Evidentment acabar la xarxa d'hospitals. I millorar Son Dureta.

M. Soledad: Son Dureta millorarà amb el projecte nou.

Socies: Com a professional tenc els meus dubtes que aquest sigui el millor projecte possible per a Son Dureta. La reforma de Son Dureta donarà molts de problemes a usuaris i professionals i no sé si al final continuarà sent un hospital vell. Aquest sistema de ciutat sanitària dels anys cinquanta està totalment superat en el model actual de desenvolupament de la medicina on tots els serveis necessiten estar molt connectats. A Son Dureta s'havia de fer alguna cosa, s'ha d'engrandir l'àrea d'urgències i donar un altre tractament a la separació d'edificis, però no sé si Son Dureta necessitava aquest projecte que ara es proposa, he de ser franc i tenc els meus dubtes. Una altra millora necessària és posar en marxa Son Llàtzer al cent per cent, perquè per poder escometre la reforma de Son Dureta, és necessari que Son Llàtzer funcioni a ple rendiment.

M. Soledad: Però els salaris...

Garcia: Ara has obert un meló que no hauries d'haver obert, perquè els que han posat les pitjors condicions laborals i econòmiques de Son Llàtzer heu estat vosaltres! No hi ha cap hospital públic en tot l'Estat que tenguí una jornada de 1.780 hores, ni tan sols aquí a la privada passa això. No hi ha cap hospital que tenguí els salaris de Son Llàtzer, on els referents són de Manacor de l'any 97 i això ho heu fet vosaltres!, per fer mal. I si parlem d'infraestructures, jo crec que el que fa falta abordar de manera immediata és l'hospital de Verge del Toro a Menorca, abans, fins i tot, crec jo, que el d'Inca.

ATENCIÓ PRIMÀRIA: LA PORTA D'ACCÉS AL SISTEMA

Socies: Pel fet de ser illes tenim unes necessitats que no tendriem pel volum de població i això vol dir que segurament serem deficitaris. Perquè has de cobrir un servei en el qual mai no sortiran els comp-tes.

L'augment de població també fa que la nostra xarxa d'atenció primària sigui insuficient, i és molt important, requereix ara mateix una empena i una adequació a la demanda actual perquè és la porta d'accés al sistema i ara hi ha 60 mil persones més que quan es fa ver el mapa sanitari. I si no s'actualitza cada any en lloc de cada cinc anys no donarem a l'abast. I això sense comptar la població de l'estiu i de desplaçats.

Hi ha molts de pobles que han crescut molt des que es creà el mapa sanitari el 1987. S'hi contemplaven 18 centres de salut a la part forana, però ara no basten ni de prop fer-hi. Calvià tenia 15 mil habitants i ara en té 40 mil, no hi basta un centre de salut. I a zones que han crescut molt no basten centres d'atenció primària.

ONA: *Les polítiques de salut que es fan podran reformar-se o millorar amb les transferències?*

Socies: Això ja estava transferit. Ara el que pot passar és que en comptar amb tots els elements i els recursos, millorin... si hi ha recursos per reforçar-les.

ASSISTÈNCIA SOCIOSANITÀRIA

M. Soledad: El gran tema també pendent és que s'haurà de fer una aposta decidida per tot el que són recursos sociosanitaris. Les demandes de la nostra societat en aquest sentit augmenten dia a dia. S'ha de millorar la xarxa de primària, la infraestructura d'aguts i, ara ho deia, en tercer lloc el que s'ha de fer és apropar recursos sociosanitaris, perquè hi ha una patologia que no és d'hospital d'agut. Es tracta d'atendre una població necessitada d'una atenció més humanitzada.



Ramon Socies.

Bueno: Aquest serà el gran repte no de Balears, sinó de tota la nostra societat occidental, perquè creix l'expectativa de vida i el nivell de la societat. Tota aquesta atenció que no és exclusivament mèdica sinó també social necessita un gran impuls. Hi ha d'haver una atenció que no és d'hospital, però tampoc no es tracta de fer residències.

ONA: En realitat en parlar de sanitat es parla de tot, de xifres i de milions, però poc de malalts...

M. Soledad: Quan parlem de sanitat i aquí ho hem constatat, es parla de com gestionar uns doblers per aprofitar-los millor, per donar millors assistències. Si això ha de ser d'una manera o de l'altra, aquest és el gran debat quant a sanitat no només aquí, sinó a qualsevol país del nostre entorn. No podem fer demagògia amb això. Els pressuposts de la nostra societat no són il·limitats i hem de veure com els podem optimitzar i com hem de créixer per poder continuar dedicant recursos a la sanitat.

Bueno: Per això volem l'ecotaxa, per tenir més doblers! La gent vol pagar, però vol serveis de qualitat. Una societat com la nostra ja està prou desenvolupada per poder pagar i comprendre que ha de pagar, però també exigeix serveis, enhorabona si Son Dureta està entre els millors, però...

García: Està entre els millors a costa del personal, perquè les ràtios de personal són tan baixes que el resultat que dona és bo.

M. Soledad: No només es mira aquesta variable, per favor!

García: Son Dureta és un desastre. I a Manacor si hi ha un malalt amb mal a una cama i és diabètic no li donen la pastilla, perquè costa doblers.

M. Soledad: Perdona, però això és demagògia. I si un hospital no dona determinats serveis és perquè no els té a la cartera de prestacions, no és perquè sigui més car ni més barat, és que aquest determinat servei el dona un altre hospital. No és per un criteri economicista, fora del sistema per ventura sí però en el mateix sistema, no. En aquest cas hi hauria una iniquitat que crearia el gestor polític.

García: Les fundacions van per objectius, i els malalts que desbaraten els objectius no interessen i són desviats a altres hospitals. I clar, una fundació que s'ha llevat de damunt tot això llavors surt al *top ten* de no sé què. I a costa dels treballadors: mal pagats, moltes hores i poca assistència.

SERVEIS PÚBLICS DE QUALITAT

Socies: La principal diferència quant a la política sanitària entre el PP i el PSOE és que el PP ens parla d'un dèficit sanitari zero a un moment que aquest país encara no se'l pot permetre. Ens falten infraestructures a la sanitat pública, transport, educació... Fins que no tinguem les infraestructures bàsiques per donar un benestar a la població no podrem parlar de dèficit zero. I això no ho impulsarà la iniciativa privada, que no farà ni trens ni carreteres ni hospitals públics... tot això és una responsabilitat de l'Estat. La iniciativa privada farà el que li interessi per al negoci. I, vistes les privatitzacions que hi ha hagut fins ara i en sanitat passa això, als llocs on no sigui un negoci tenir una clínica no la farà la iniciativa privada, i hi ha de poder arribar la iniciativa pública per fer un hospital públic. Això passa a Menorca, on no hi ha volum perquè la iniciativa privada hi posi una clínica, o què pensau?... ja hi seria. Però no hi ha població suficient; per tant, en posar-hi un hospital públic necessàriament serà deficitari. Els ciutadans estan disposats a pagar si tenen uns serveis de qualitat.

El que no és possible és que els que tenen molt paguin de cada vegada manco i llavors ens farceixin d'imposts indirectes, a la benzina, al tabac... que tots pagam igual i que de cada vegada creen un sistema que és més injust socialment.

Bueno: Jo crec que l'assistència sociosanitària és primordial i també s'haurà d'incloure l'atenció a tot aquest sector immigrant que també comença a demandar-la. Això ho han de cobrir els nostres serveis sociosanitaris i no la beneficència o el voluntariat com ara. Aquest serà el nostre gran repte en els propers anys.

García: Des del punt de vista laboral a la sanitat, que és el que a mi m'interessa més, crec que la situació és molt complicada i complexa. Hi ha actualment sis sistemes que han de coexistir i s'ha de fer una feina molt important per a l'homogeneïtzació, sense perdre la perspectiva que som a un sistema més gran. I dur a terme aquesta homogeneïtzació no ha de ser a costa dels usuaris. Però tenim clar que la sanitat no podrà funcionar si el personal no està content i ben tractat. I de fet ja s'ha vist aquests dies a Son Llàtzer.

M. Soledad: Crec que tenim ara un bon moment per aprofitar, crec que en els pròxims quatre anys hi haurà suficiència financera per poder fer front a aquestes infraestructures de què parlem, però no es poden tancar els doblers. I repetesc que és un bon moment per reestructurar la xarxa sanitària i aprofitar aquests hospitals que ara s'integren per a assistència sociosanitària. És un fet que tenim la transferència i ara hem de mirar endavant. I donar un marge als gestors perquè ho facin millor.

Agilitar la gestió

Entrevista a Jaume Orfila

per Antoni Oliver

Jaume Orfila, vicepresident del Col·legi de Metges de Balears, valora de forma positiva les noves transferències de sanitat a les Balears, perquè suposaran una major proximitat al ciutadà. És partidari que el sistema sanitari es gestioni amb fórmules més àgils i considera que les actuals fundacions aporten alguns avantatges. Però el que considera més urgent és que l'Administració autonòmica trïi com vol relacionar-se amb els treballadors de la sanitat i que a poc a poc s'introdueixin sistemes de gestió que vagin cap a la llibertat d'elecció de metge i de centre hospitalari. Una major col·laboració amb entitats privades, al seu parer, ajudaria a millorar el problema de les llistes d'espera. En definitiva, aposta per fórmules imaginatives i per un sistema més liberalitzat, encara que diu que la liberalització excessiva pot generar a la llarga una major despesa.

-Com valora el procés de transferències de Sanitat al Govern de les Illes Balears?

-Vivim un moment històric. Quant a volum econòmic i a la importància que tenen, les competències sanitàries es troben entre les més importants juntament amb les d'educació. Aquest moment fa molts d'anys que s'intentava viure i no record cap conseller que no hagi parlat de les competències i que no treballàs per les competències. Finalment s'ha vist que aquesta legislatura era la de les transferències de sanitat a les comunitats autònomes. Teníem un model molt asimètric, on hi havia comunitats que tenien la possibilitat de gestionar la seva assistència des del 1982, abans de la Llei general de sanitat del 1986 i s'havia fet un degoteig d'una forma molt poc coordinada i

organitzada; mancava que el 45% de la població tengués la sanitat transferida i això s'ha donat a final d'any. Si bé el Servei Balear de Salut es va crear l'any 1992, per donar cobertura a la gestió dels hospitals Joan March, General i Psiquiàtric, i també aquesta norma va servir per crear l'empresa pública GESMA, no ha estat fins ara que s'ha rebut tot el sistema pel qual serà atesa la població i ara tots seran hospitals gestionats per la Comunitat.

-Com creu que ha anat aquesta negociació?

-Realment hi ha hagut molt poc a negociar. S'hi ha treballat durant anys i es va fer una planificació estratègica de com transferir les competències i es va establir que es transferirien totes juntes per

acabar amb aquesta asimetria, i que s'acabaria amb un finançament segons la despesa de l'any anterior, la qual cosa creava grans diferències entre comunitats, on la població de dret multiplicada per certa quantitat establiria la xifra de finançament a transferir, amb una sèrie de factors correctors importants, com la població major de seixanta-cinc anys, la població de desplaçats i un fons general per a malalts que són atesos a altres comunitats que no és la d'origen. Això ha fet que comunitats, com per exemple la de Castella-Lleó, que té una població bastant més envellida, hagin sortit molt afavorides i nosaltres hem quedat a un nivell intermedi. Tenim l'avantatge que com que estàvem tan mal finançats i a la cua des de sempre, amb doblers de persona protegida, a l'hora d'aplicar aquest sistema ha resultat un increment molt considerable. Enguany per donar l'assistència sanitària a la



Jaume Orfila (Alaior) 1960. Metge, vicepresident del Col·legi de Metges. Llicenciat en medicina per la Universitat de Barcelona. Màster en gestió sanitària. Ha estat metge a Son Dureta i des del 1998 treballa a l'Hospital de Manacor. Ha participat en diversos estudis sobre la prevalença de determinades malalties i actualment treballa en la investigació d'una malaltia de déficit enzimàtic congènit molt prevalent a la zona de Manacor.

població disposam de 22 mil milions més que l'any passat. 22 mil milions, quasi un 25% d'increment i és molt considerable.

LA DOTACIÓ ECONÒMICA

-És suficient aquesta quantitat al seu parer?

-S'ha de tenir en compte que enguany s'ha de pagar la dotació i el funcionament d'un hospital nou, Son Llàtzer, i que això no davallarà dels dotze mil milions. Veim que aquesta xifra probablement quedarà curta i hi ha una sèrie d'infraestructures pendents de finançament, com són els hospitals d'Inca i Maó i la reforma de Son Dureta que encara que es perllongui bastant en el temps representarà un mos important del pastís econòmic del qual disposam.

-Quins trets diferencials té Balears pel que fa a l'assistència sanitària?

-Una de les característiques de Balears pel que fa a l'assistència sanitària és que hi ha una implicació del sector privat molt important en aquesta assistència, un fet que és tradicional. Pel que fa a les pòlisses, un 30% de la població en té una de subscrita, seguida de Barcelona i Madrid, mentre que la mitjana estatal és inferior. La implicació del sector privat ve donada per una circumstància singular, a la nostra terra hi ha una tradició de ser assistit pel metge de sempre, metges que crearen petites clíniques i aquestes clíniques han anat creixent i varen ser dotades de grans fluxos econòmics perquè prestaven atenció als turistes i a la població que venia de fora i a més a més, varen fer un esforç per dotar-se d'una gran tecnologia. Aquest 30% de persones que són ateses al sistema privat és molt important a l'hora de fer la planificació general del que ha de ser el model sanitari de les nostres illes. D'altra banda, quan miram a data d'avui quin és el model elegit per dur a terme la nostra gestió sanitària encara surten interrogants importants.

-Com per exemple?

-No és que hi hagi més interrogants que a altres comunitats que han rebut recentment les competències, però, per exemple, a hores d'ara no sabem molt bé quina forma jurídica de relació vol mantenir l'Ib-Salut amb els seus professionals, tampoc quina implicació tindrà la xarxa de medicina privada, o el nivell de competència i resolució que tindrà l'assistència primària. També s'ha de definir quina és la cartera de serveis que volem donar als nostres ciutadans i quines són les intervencions i prestacions que es faran a altres comunitats o si s'augmentarà la cartera de serveis quant a cirurgia de reflexió ocular, prestacions d'ortodòncia, etc. Esper que durant els propers sis mesos veurem ja concrecions molt importants. S'ha fet una estructura molt ambiciosa, molt gran, amb nomenament de persones que tenen molta d'experiència al sector i estam tots esperançats, perquè surti un Ib-Salut en el qual hi vegem una millora substancial respecte de l'assistència sanitària que s'ha donat fins ara, tot aquest temps que es gestionava i dirigia des de molt enfora.

-Quins problemes es plantegen quant a salaris, equiparacions laborals, etc.?

-El sistema sanitari espanyol és bo i l'assistència és de les més barates, uns dels factors que fan que l'assistència sigui més barata és que els professionals de la nostra terra estan pitjor pagats que a la majoria de nacions de la Unió Europea. En el sector privat hi ha situacions molt variables, hi ha gent que hi treballa amb contractes estrella, també altres que tenen contractes de pena i feines molt mal pagades. El sistema públic està estructurat i si es compara amb tots els professionals europeus és clar que es cobra menys. A la vegada quan analitzam els sous dels professionals dels distints hospitals de Balears, segons depenien funcionalment d'una administració o de l'altra, també hi

trobam grans diferències salarials. Des del punt de vista professional, uns dels temes que es mira amb més esperança amb les transferències és, per una banda poder fer una feina des d'aquí, amb objectius molt clars, però per l'altra, també millorar les condicions econòmiques. Probablement no és el més important, però sí que és el més urgent, perquè s'espera des de fa molts d'anys poder tenir uns sous europeus sense tantes diferències, sinó vinculats a objectius, activitat, competència, professionalitat o formació. Ens trobam bandes salarials que poden variar fins a un 40% si et paga una administració o l'altra i això crea greuges comparatius i fa que els professionals no estiguin dedicats a fer feina en la millor posició possible. L'altre vessant, no ja l'equiparació de sous sinó l'homologació, també és important i encara és un tema pendent i s'ha de veure fins a quin punt hi ha una posició política per homologar o per mantenir diferents relacions jurídiques entre els professionals i les seves distintes administracions. Avui vivim un sistema bastant heterogeni.

LA COMPLEXITAT DEL SISTEMA ACTUAL

-Pot tractar d'explicar aquesta complexitat?

-Tenim per una banda uns professionals vinculats a un estatut propi, tenen una relació estatutària amb les seves administracions. Es tracta d'un sistema de relació laboral molt específic, fet a posta per als sanitaris, que són quasi funcionaris i que fa que puguin mantenir un nivell d'independència professional important, és a dir, que el professional no ha d'estar molt pendent de les variables polítiques dels superiors o de les altes jerarquies. I és un avantatge important que els professionals que donen serveis estiguin ben protegits normativament per obligar-se ells mateixos a donar el millor servei fora de mancances i controls financers no consensuats des del punt de vista tècnic, social i professional. Tots els professionals que ara s'han rebut de l'INSALUD tenen una relació estatutària i els seus drets es mantenen i han passat en bloc els seus deures i drets. Després hi ha un grup de funcionaris que donen assistència sanitària, com podria ser el personal antic vinculat al Servei Balear de Salut, que es regeix directament pel BOCAIB quant a sous, competències, drets, sistema de sancions i limitacions del sistema funcionarial, dificultat a l'hora de fer convocatòries d'ocupació pública per a funcions molt determinades on es necessiten persones amb un nivell determinat. A part dels estatutaris i funcionaris hi ha personal laboral, que es regeixen per l'Estatut dels treballadors, els laborals més nombrosos són els vinculats a l'hospital de Manacor, a la Fundació, i ara a Son Llàtzer, perquè les fundacions sols permeten una relació laboral amb els seus treballadors.

-Quina reforma seria la més urgent?

-També hi ha laborals vinculats a l'empresa pública GESMA i també uns laborals vinculats a l'Insalud i dins aquests tres sistemes, el més curiós i el que obliga a fer un replantejament real i ràpid és, precisament, l'estatutari. En la mesura que hi ha un volum molt important de professionals, i l'Estatut que regula la relació entre metges, infermeres i personal no sanitari als hospitals tradicionals és preconstitucional. Es tracta de normes que vénen del 67 o del 66, hi ha obligació de fer una reforma, perquè molts d'aspectes han quedat fora de l'Estatut i estan regulats amb circulars i normatives internes. Són normes molt enrevessades i de molt difícil interpretació. És important que la Conselleria de Salut es pronunciï respecte d'aquests temes i decideixi quina relació vol mantenir amb els seus professionals. La Conselleria de Salut s'ha de pronunciar respecte de quin sistema és l'elegit per mantenir les relacions amb els seus professionals, perquè això obliga a fer un estatut nou, a actualitzar-lo o bé, realment, a donar una passa com la que han donat al País Basc i Navarra per funcionaritzar-los o, senzillament, fer una aposta pels laborals, encara que els drets dels funcionaris i estatutaris no es podran tocar, tot fent ofertes públiques vinculades purament a places laborals.

L'homologació consistiria que tots tinguessin la mateixa relació amb l'Administració i, en tot cas, seria una estratègia a llarg termini que no es podria aplicar de forma ràpida, però és urgent que en sis mesos quedi clarament definit aquest marc. Entre d'altres coses perquè la mobilitat interna no es pot produir, ja que un laboral d'un hospital depèn d'aquella empresa i no pot anar a una altra localitat per treballar en el mateix sistema de salut, canviar-se d'illa o fins i tot, queda en precari si a un moment determinar vol anar a treballar a una altra comunitat autònoma, on la seva plaça, reconeguda a la comunitat d'origen pot no tenir analogia a l'altra comunitat. Hi ha molta feina fosca i sorda a fer perquè el marc de relacions laborals quedi clar.

-Fa molts d'anys que no s'han convocat places per part de l'INSALUD?

-En els darrers quinze anys a l'Administració general de l'Estat, a l'INSALUD, no hi ha hagut convocatòries públiques, totes les places s'han donat de forma bastant atípica, per designació directa per part del corresponent cap de servei, pels directors metges, això ha creat tot un magma de gent que depèn directament del seu superior en la feina del dia a dia. I l'estabilitat, economia, independència i família es veuen afectades. S'ha de dir que en aquests moments hi ha en marxa un procés de consolidació gegant de més de 37.000 places a nivell nacional i que afectarà quasi mil persones a la nostra comunitat i aquesta relació precària quedarà més o menys normalitzada.

EL MODEL DE FUNDACIONS

-Quina valoració fa del model de fundacions?

-La fórmula jurídica per gestionar una institució sanitària és important perquè determina els mecanismes amb els quals es relaciona amb els seus professionals i proveïdors, l'agilitat de contractació, en una paraula, i és un tema capital. A final del 95, quan hi havia la darrera legislatura del PSOE, hi havia una opinió majoritària en el sentit que s'havia de laboralitzar el personal i s'havien de triar fórmules jurídiques que ho fessin possible. Ángeles Amador, ministra de Sanitat amb el PSOE, i també les persones que dins el PP encapçalaven el sector sanitari, tenien clar que s'havia d'anar cap a un sistema purament laboral, molt àgil, basat en l'Estatut dels treballadors i fora de l'Estatut mèdic. A la legislatura anterior, quan el ministre era Romy, es va aplicar el sistema de fundacions que tenien a Galícia. Aquest sistema va servir d'experiència pilot i representava una visió nova dins el sistema sanitari, que era molt arcaic, on tot es decidia a l'INSALUD de Madrid.

Tothom tenia la sensació que allò havia de canviar. Els sistemes de fundació varen representar una experiència nova quant a poder tenir elements de comparació respecte del sistema clàssic. Es veia amb il·lusió des de l'Administració, per poder tenir elements nous de gestió. I d'altra banda es veia amb recel per parts dels professionals, perquè no quedava clar quin era el marc de relació, si els sous serien els correctes, si es mantendrien els sous i si la independència estaria garantida. Els inicis varen ser bastant vacil·lants. Es posaren en marxa Alcorcón i Manacor, que foren dotades de tot tipus de mitjans, tenien fil directe amb el president executiu de l'INSALUD i han donat uns resultats bons. Han estat hospitals punters quant a assistència, a nivell de

satisfacció dels usuaris i amb uns nivells d'eficiència probablement per sobre de la mitjana dels hospitals tradicionals. Però també han estat hospitals amb molta tensió laboral.

-S'hi ha hagut de negociar un conveni col·lectiu...

-No hi havia normes escrites, s'havia de fer, efectivament, un conveni col·lectiu propi. L'empresa i els sindicats havien de marcar unes pautes i no hi havia referències anteriors i hi ha hagut realment conflicte. La qüestió sobre si es privatitzava o no la sanitat ha estat més



mediàtica i de confrontació política que real. De totes maneres les fundacions no es varen crear per gestionar hospitals, es varen crear per gestionar institucions sense ànim de lucre que permetessin recollir, d'una forma ordenada, una sèrie de recursos financers i permetessin organitzar i gestionar museus, instituts d'investigació, etc. Era un sistema molt primari per poder donar resposta a totes les necessitats que tenia una administració tan complexa com la sanitària. Per tant, tota l'administració anterior, va veure que s'havia d'evolucionar. La llei que permetia que les fundacions poguessin gestionar hospitals, no tenia reglament i es va discutir durant tota la legislatura anterior el reglament i les noves fórmules de gestió. Va ser quan es va fer l'estructura reglamentària que establí quin era l'òrgan de govern d'aquests hospitals, òrgans de direcció, quina representació tenien els professionals, quina era la implicació de tota l'àrea, els consells de participació ciutadana i es va fer un decret de noves fórmules de gestió molt consensuat, aprovat per sindicats, organitzacions col·legials. Hi va haver moltes negociacions amb l'Organització Mèdica Col·legial, malgrat que l'assemblea final no va votar a favor, realment hi va haver molt de consens. A part de dir com s'havien d'organitzar les fundacions, els consorcis i les empreses públiques, aprofitava una fórmula jurídica creada per la Llei de pressupost de l'Estat que eren les Fundacions Públiques Sanitàries.

-Quines característiques tenen aquestes fundacions?

-Són unes figures jurídiques que recullen els avantatges de les fundacions quant a agilitat gestora i respecten la relació estatutària i els drets dels treballadors. Era un vestit fet a mida. Aquestes fundacions públiques sanitàries permetien que els hospitals tradicionals poguessin passar a una fórmula més àgil de gestió i a la vegada els hospitals nous tenguessin aquest vestit a mida. Finalment no se n'ha posat cap en marxa, però jo crec que són les fórmules del futur, perquè aglutinen de forma reglamentada i consensuada una figura jurídica feta a posta per poder tenir molta capacitat i agilitat administrativa i financera, amb rigorosos controls, i a la vegada els dubtes que els interlocutors socials, sindicals i professionals tenien respecte de la liberalització de la funcionarització que representava l'Estatut, hi quedaven aclarits. La política al final acaba per donar moltes sorpreses i no es du endavant allò planificat... Ara hem viscut una legislatura marcada per la raó única de les transferències, més que per raons organitzatives. I totes aquelles iniciatives de dotar administrativament la gestió sanitària de noves fórmules més imaginatives i realistes ha quedat un poc de banda i fora del debat per a aquest quadrienni. El futur vendrà marcat per aquestes figures fetes a posta per gestionar hospitals i sortiran reforçades tant l'empresa com els treballadors a l'hora de donar el servei sanitari que té cada vegada més demanda i els recursos són cada vegada més limitats.

MILLORS SERVEIS

-Com es poden donar millor aquests serveis?

-Els recursos com he dit són limitats i s'ha de valorar molt l'eficiència i el *totum revolutum* actual en què no es valoren les persones més eficients acabarà per esgotar-se. S'han de potenciar estructures no polititzades des del nivell gestor, molt eficients i transparents, bolcades als malalts.

-El fet que a les fundacions hi puguin participar entitats privades, asseguradores, etc., pot significar algun handicap a l'hora d'atendre les persones assegurades per al sistema nacional de salut?

-En realitat el finançament de les fundacions públiques el determina l'Administració, les finances públiques. Només unes quantitats molt petites vinculades a investigació poden ser recollides d'altres entitats. Aquest percentatge és més important a les fundacions investigadores que a les fundacions hospitalàries. El que s'ha de dir és que els malalts que són atesos als hospitals públics no sempre són malalts amb malalties comunes, infeccions, processos inflamatoris, etc. A vegades són malalts amb malalties professionals, accidents laborals, malalts que vénen d'accidents de trànsit. És una llàstima que s'hagi de donar un servei vinculat a un tipus de malaltia que té un finançament distint. Els hospitals hem de poder recollir el finançament de les malalties que estan cobertes per altres sistemes. Una malaltia professional, coberta per una assegurança que paguen l'empresari i l'empleat, vinculada a través de mútues o clíniques privades, té els seus centres, però si l'assistència que es dona a aquests casos és a un hospital públic, una fundació, s'ha de cobrar. I el mateix si es tracta d'un accident de trànsit, perquè els sistemes de fundació tenen tresoreria pròpia. Mentre que els sistemes tradicionals com Son Dureta no permetien això, podien fer una factura, però tenien dificultats per cobrar i la factura anava a la Tresoreria General de la Seguretat Social i a una partida que es repartia a nivell nacional. Això no era gens motivador. Un hospital que atenia amb esforç afegit i sense reduir la capacitat de servei cap a les malalties comunes, altres coses; tenia una càrrega suplementària. Havien d'atendre malalts estrangers amb la seva cobertura específica, mútues, asseguradores, etc. També han de poder cobrar d'ells, perquè això representa la possibilitat de tenir uns ingressos per destinar a noves inversions, a noves tecnologies, per motivar econòmicament aquelles persones que es dediquen amb més intensitat a la seva empresa.

-Aquestes fundacions poden tenir convenis amb asseguradores privades?

-Des del punt de vista legal, normatiu, poden tenir acords comercials amb qualsevol entitat, tant per prestar serveis com per rebre serveis i convertir-se en proveïdors. Poden tenir concerts amb qualsevol empresa mercantil. De totes maneres, no solen fer acords específics. Senzillament apliquen unes tarifes generals per procés atès, malaltia o prestació de serveis preventius i fan una factura com fa qualsevol empresa normal. És un servei que es presta i es cobra a part. Realment els accidents de trànsit poden ser atesos a una xarxa molt més àmplia, però els hospitals públics han de poder recuperar la partida econòmica de l'assegurança a la qual serveixen, això sempre des d'un punt de vista equitatiu, sense tractes diferencials, sense tractes preferents quant a cues o condicions hospitaleres, perquè seria un greuge molt important. No hi ha cap selecció prèvia de malalts, se'ls atén a tots i als que tenen seguretat social no se'ls passa factura. I els que tenen una assegurança distinta, els estrangers i les persones vinculades a un altre tipus d'assistència, com pot ser la laboral, estan obligats a tenir un finançament afegit per l'assistència que se'ls dona. Tots tenim la sensació que es presten assistències que no es facturen ni es paguen. Això no deixa de ser una mancança per al sistema públic. Un altre debat seria on és més convenient que siguin ateses aquestes patologia dins la xarxa sanitària d'utilització pública que moltes vegades pot ser a clíniques o a entitats privades, però amb un acord per donar serveis públics, tant per a proves determinades, com per a serveis concrets, vigilància intensiva o cirurgia cardíaca. després hi ha convenis amb diferents clíniques amb vigilància intensiva i convenis amb entitats sense ànim de lucre com Sant Joan de Déu o Creu Roja. També hi ha convenis per a tecnologia punta, com resonàncies nuclears magnètiques amb consultoris i clíniques privades. La veritat és que les resonàncies magnètiques a Mallorca són les més barates de tot l'Estat a causa de la competència. D'altra banda hi ha Eivissa i Menorca que no tenen resonàncies pròpies i on el cost és el màxim permès pel concert entre l'INSALUD i les clíniques privades.

-Ara sembla que la Conselleria de Sanitat vol posar un servei de cirurgia cardíaca i de trasplantaments, què opina d'aquests serveis, són factibles o s'ha d'anar a una col·laboració amb entitats privades?

-Tothom està d'acord que l'atenció del malalt de la nostra comunitat necessita un servei de cirurgia cardíaca. Està en mans molt professionals, amb uns cirurgians molt ben valorats que donen uns resultats molts espectaculars. Un sistema públic no ha de renunciar a tenir un servei de tanta transcendència com és la cirurgia cardíaca i és lògic que es lluiti per posar-lo en marxa dins l'hospital de referència, Son Dureta. Hi té cabuda, per moltes raons i uns dels reptes que tindrà és de mantenir el nivell de qualitat i de competència que té en aquests moments.

Un servei a un sistema públic permet crear docència, formar cirurgians cardíacs nous, té molt de valor afegit, els quiròfans acaben sent més moderns, dotats de tecnologia més moderna, possibilita la investigació i la publicació, etc. En referència als trasplantaments, crec que tenen un potencial molt important. En aquests moments es fan trasplantaments de ronyó, còrnia i moll d'os, fins i tot d'os, des de la Fundació de Bancs de Sang i Teixits es dota de suficients elements per mantenir aquest nivell de trasplantaments, però hi ha altres trasplantaments que poden créixer. S'han de potenciar els trasplantaments de fetge i de cor. De qualsevol manera, la grandària de la nostra comunitat, de menys d'un milió d'habitants, no permet ampliar els serveis de forma il·limitada perquè hi ha indicacions que presenten un nombre molt petit de malalts a l'any i si es creassin estructures pròpies de servei, al cap de poc temps serien estructures caduques, perquè no tendrien suficient finançament. La menor experiència dels professionals que haurien de fer una assistència molt reduïda podria fer que els resultats no fossin tan bons. Sempre hi haurà maneres d'enviar un malalt a un lloc o altre,



però crec que s'ha de fer un esforç perquè els hospitals públics tinguin serveis de trasplantament de cor i de fetge.

EL PROBLEMA DE LES LLISTES D'ESPERA

-Com es podria acabar amb les llistes d'espera?

-Les llistes d'espera són el cavall de batalla del sistema de salut universal i gratuït, perquè la demanda sempre supera l'oferta. No podem mantenir un temps d'espera en el qual el malalt pugui perdre salut, tardar en el diagnòstic, capacitat de feina i competència. Hem de ser imaginatius i hi ha d'haver col·laboració amb la sanitat privada, per establir sistemes àgils, perquè la gent sigui atesa immediatament. La ressonància magnètica té un temps d'espera diferents si es fa a Menorca o Eivissa o a Manacor, per exemple, perquè Manacor té un concert amb una clínica privada i Son Dureta, no. Una ressonància demanada a Son Dureta es torba més que a Manacor. Com que les possibilitats d'assistència són limitades, hi ha d'haver una pressió contínua i sostinguda per part dels ciutadans per no permetre que augmentin aquestes llistes. També s'ha de dir que la percepció que té el malalt sobre quan s'ha de fer una prova i quan li fan no sempre és coincident. Hi ha unes tècniques que és millor fer-les passat un temps, quan no hi ha hematoma o inflamació, perquè es veu millor, però a l'hora d'una intervenció no hi ha d'haver aquestes grans llistes d'espera. Encara que també s'ha de prioritzar. Una persona que té una artrosi a un genoll que s'ha desenvolupat durant vint anys és igual si s'opera avui o d'aquí a sis mesos, per exemple. En aquest cas s'hauria de poder triar, vull fer-ho a aquell hospital i amb aquell metge i tal dia. Som

molt partidari de l'elecció de metge, no es pot obligar un pacient a anar a un lloc determinat, hi ha una tendència total a poder triar el metge, el centre hospitalari i la data de la intervenció.

-Com es pot aconseguir això?

-La solució passa per concerts amb les clíniques privades, fer prolongacions de jornada a consultes específiques. De totes maneres no es poden crear sistemes perversos, quan el mateix que prescriu una tècnica és qui l'ha de fer o té possibilitat de fer una jornada ampliada. Al final la praxi duria a demanar més feina perquè es cobraria a part. Qui té llista d'espera ha de tenir la possibilitat de fer una feina extra i cobrar-la a part i qui no té llista d'espera no tindrà aquesta motivació externa. No entenc un sistema sanitari que no permeti l'elecció. El primer que és necessari per poder triar és tenir informació. A Madrid s'han creat agències que donen informació als ciutadans sobre les esperes mitjanes que té cada hospital i cada zona sanitària, quins professionals poden donar serveis i quins no i què convé més al tipus de patologia. És prioritari tenir informació sobre què hi ha i sobre com accedir-hi, però a la vegada hi ha d'haver un ventall suficient d'ofertes per poder triar. Amb els mitjans que es tenen s'ha de fer un esforç molt important d'informació perquè la gent pugui triar.

-Acords, subvencions, seria la solució?

-Una societat moderna no hauria de fugir d'aquest debat i s'ha de veure sempre fins a quin punt es pot ampliar aquesta capacitat per triar i no ens hem de sorprendre si en els propers anys es dona un taló per a una intervenció. El sistema públic ha de ser a temps real, sense esperes, però ningú no s'ha de sorprendre si s'aposta perquè una determinada intervenció es pugui fer a distints centres, es pugui triar. Una política d'incentivació d'assegurances privades ben entesa i acceptada és molt interessant. L'assistència és molt cara i de forma privada consumeix molts de recursos, però totes aquelles persones que a través d'imposts contribueixen a la sanitat pública si, a la vegada, volen fer ús d'una pòlissa privada, han de poder tenir un percentatge de descompte a la seva declaració de renda, perquè a la fi acaben per no utilitzar el sistema públic, dinamitzen un altre sector i tenen el compromís normatiu de contribuir a l'assistència de tothom.

-Es podria fer un sistema mixt privat-públic?

-L'assistència sanitària és un tema tan sensible que als polítics els costa obrir debats, tot el que suposi copagaments suposa polèmica i això fa que no s'avanci. S'han d'estudiar línies imaginatives de cooperació a distints nivells. Els pressuposts de l'INSALUD del 2000 revelen que un 14% del pressupost es destina a concerts, prestacions externes, etc. Hi ha molts de copagaments reals, i ningú no els ha modificat pel cost polític que representa. A Catalunya hi ha el debat i hi ha cooperatives primàries de metges que donen l'assistència i això passa a àrees on hi ha un centre públic, perquè el malalt pugui triar. Al final això dona una cartera de serveis més àmplia. A València s'han donat àrees sanitàries a asseguradores privades i es paga menys de la meitat del que es paga al sistema públic. Aquestes coses són un estimul per al sistema públic que és gegant i molt encotillat. No m'atreiria a suggerir sistemes de copagament o l'entrada de sistemes privats, però sí que s'ha de fer el debat. També s'ha de dir que qualsevol sistema sanitari molt liberalitzat dispara molt la despesa, tal vegada perquè hi ha més possibilitat d'accés, per tant és important mantenir un equilibri entre la capacitat de finançament i la de lliure elecció.



Cor sa

Entrevista a Fernando Rigo

per Juanjo Sánchez

El CORSAIB és l'estudi epidemiològic més important que mai no s'ha fet a les Illes i des de les Illes. Es tracta de saber un poc més sobre l'elevada incidència de les malalties del cor a Balears. El treball ha estat liderat per Fernando Rigo, un metge de família que quan surt de la seva consulta es dedica a investigar. El treball de camp ha estat elaborat també per metges de capçalera, dels quals Rigo assegura que són un luxe. En la següent entrevista observa amb il·lusió l'arribada de les competències sanitàries a Balears, de la qual espera canvis i més recursos que permetin als metges poder dedicar més temps de la seva consulta als pacients, per poder formar-se i desenvolupar tasques d'investigació com la que ell té entre mans.

-Com i per què sorgeix el projecte CORSAIB, un dels estudis epidemiològics més ambiciosos que s'han fet mai a Balears?

-L'estudi CORSAIB, que és un acrònim de Cor Sa Illes Balears, és un estudi poblacional, és a dir, una mostra de tota la població sana, amb el qual pretenem estudiar la prevalença de factors de risc cardiovascular a les Illes. Prevalença vol dir els factors de risc que hi ha a un moment determinat a una població determinada. Aquests factors de risc són els anomenats clàssics o més comuns, com poden ser la hipertensió, el tabac, la hipercolesterolèmia, la diabetis, l'obesitat o el sedentarisme, bàsicament. El CORSAIB va néixer com una iniciativa de les dues societats de metges de família que hi ha a les Illes, la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària i la Societat Balear de Medicina General, que preocupades per la manca de dades en aquest sentit, i perquè l'OMS recomana que es facin estudis de prevalença regionals per poder quantificar els problemes

que hi ha. Al clínic, aquest estudi li serveix per saber a la seva tasca diària què és el que necessita, a quina patologia s'enfronta, i als planificadors també els és imprescindible per poder donar prioritat a les intervencions i per planificar. Entre les dues societats em varen elegir per ser l'investigador principal del projecte. Potser en aquells moments no sabia on em ficava, perquè fins ara, que jo sàpiga, no s'ha fet cap estudi poblacional en medicina des de Mallorca i de les Illes Balears. I els que s'han fet han estat molt petits, tal volta podríem dir que no són totalment representatius. Sí que he de dir que la persona que em va proposar a mi va ser el president de la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària, Vicenç Thomàs, i que sempre he tingut el suport del Gabinet d'Investigació d'Atenció Primària: de Joan Llobera que és el cap d'Investigació i de Guillem Frontera, que és farmacòleg clínic i que, gràcies a ells, el projecte actualment està pràcticament acabat, tan sols pendent d'escriure l'informe i la memòria.

-Per què es va decidir fer un estudi epidemiològic sobre patologies coronàries a una comunitat on se suposa que la dieta mediterrània és beneficiosa precisament per al cor?

-Bé, és clar que la mortalitat cardiovascular és molt major al nord d'Europa que al sud, i és molt major als Estats Units. Probablement, a la conca mediterrània tenim una de les incidències més baixes. Però, quan parlem de l'Estat espanyol, totes les comunicacions que teníem fins a aquests moments sempre feien referència al fet que Balears era la comunitat que tenia major índex d'infart de miocardi, la que tenia major mortalitat, on menys descenia la incidència de la mortalitat cardiovascular entre els anys 1983 i 1992, tot comparant amb altres comunitats autònomes. També ens trobàvem amb els indicatius pitjors, amb més anys potencials de vida perduts, i tota una sèrie d'indicadors negatius pels quals arribàvem a la conclusió que era un problema important.

Fernando Rigo Carratalá (Palma, 1959) es llicencià en medicina i cirurgia l'any 1982 i cursà la seva especialitat com a metge de família a l'Hospital Universitari d'Alacant. De llavors ençà, ha compatibilitzat la seva tasca a la consulta (actualment al centre de salut Emili Darder) amb la docència i la participació a publicacions i tasques d'investigació, bona part de les quals estan relacionades amb les malalties cardiovasculars i amb la medicina preventiva. Actualment és l'investigador principal d'un projecte, el CORSAIB, que pretén donar a conèixer la realitat de la incidència de les malalties del cor a les Illes.

PRIMERA CAUSA DE MORTALITAT

-Aquests indicatius, han millorat en els darrers anys?

-Bé, a mi m'agradaria aclarir que, en la meua opinió i crec que en l'opinió d'altres persones que es dediquen a la investigació, pot haver-hi un error quant al registre de la mortalitat cardiovascular o de la mortalitat total. Perquè nosaltres pensam que, fins a certs anys, s'han comptat els no residents, perquè hi havia fins i tot un estudi de desigualtats de salut a Espanya, fet per Benach i Navarro, on no els concordava la mortalitat a Balears respecte d'una sèrie d'indicadors negatius com són l'atur, el grau d'analfabetisme, etcètera. Llavors, ells deien que malgrat que hi ha uns indicadors negatius, no concordaven amb la mortalitat que hi ha. Llavors, el que vàrem pensar és en la mortalitat s'incloua la dels no residents, i que tal vegada si es depurés això, baixariem amb comparació amb la resta de l'Estat espanyol, no seriem els capdavanters. No sé, això és una opinió i no hi ha res publicat sobre això, però és una cosa que hi ha i que en aquell moment sí que es percebia com un problema. Es fa aquest estudi i no un altre perquè les malalties relacionades amb el cor suposen la primera causa de mortalitat a les Illes Balears, el 38% de les morts a les Balears són causades per malalties cardiovasculars. És la causa de major mortalitat al món sencer, hi ha hagut des de l'any 1974 un descens de la mortalitat cardiovascular, però tot i aquest descens, continua sent la principal causa de mortalitat. Si feim un poc d'història, antigament eren les malalties infeccioses les de major mortalitat, però quan va començar l'època industrial, als Estats Units i a Anglaterra va començar a pujar la mortalitat cardiovascular, i ja a principis de la dècada dels setanta, als Estats Units i a Anglaterra va començar a disminuir aquesta mortalitat. A Espanya va començar a disminuir des de l'any 1975, i a partir d'aquí ha tengut una corba més o menys descendent, tot el pes a costa del descens de les malalties cerebrovasculars, encara que també hi ha hagut un descens en la malaltia coronària, malaltia isquèmica del cor.

-Com a investigador principal del CORSAIB, vostè és molt cautelós a l'hora de donar xifres, i espera a la publicació final de l'estudi. Però, amb les dades que maneja, les estadístiques conegudes fins ara canviaran molt?

-El problema és que de Balears no en sabíem res. Hi ha algun estudi del qual es desprenen algunes dades, però quan se'n fa una lectura es veu que no podem tenir-los com a representatius de la població balear. Nosaltres hem recollit una mostra de mil set-cents subjectes, aproximadament. Hem fet l'estudi a través dels metges de capçalera, perquè pensàvem els metges de capçalera que l'estudi tendria major èxit amb gent que vulgues participar-hi. Ho han fet cinquanta metges de la xarxa d'atenció primària de les Balears, i a ells es deu que existeixi el CORSAIB. El que jo l'hagi liderat, m'hagi dedicat a treballar-hi continuament, que l'estigui analitzant i que li dediqui moltes hores, no lleva que gràcies a ells ha estat possible que s'hagi pogut realitzar. A més, la recollida de mostres es va fer fa tres anys, tot coincidint amb una epidèmia de grip molt important, i era un esforç molt gran per a la gent realitzar això. Cadascun tenia assignats devers quaranta subjectes d'estudi, i havia de fer quaranta entrevistes, quaranta entrevistes per a les quals tots els metges varen rebre un entrenament, es va fer fins i tot un vídeo pel Grup de Comunicació de Mallorca de la Societat de Medicina Familiar, i se'ls va passar perquè sabessin com fer-ho, se'ls va donar un qüestionari,

un quadern d'instruccions perquè en tot moment sabessin com realitzar la tasca. Hi va haver un seguiment d'un becari, i fins i tot es varen tornar a fer algunes entrevistes. També, hi va haver dos investigadors que vàrem haver d'excloure de l'estudi per manca de rigor. Vàrem intentar fer el que havíem dit que fariem.

-En tenir a la mà les conclusions definitives del projecte CORSAIB, com s'han d'aplicar, què s'ha de fer?

-Bé, un estudi de prevalença és un estudi descriptiu per saber l'estat de les coses. A partir d'aquí, es poden generar hipòtesis de treball per realitzar més investigacions i poden ser unes dades molt importants per als encarregats de planificar la sanitat, per saber què s'ha de tenir en compte. Al darrer Pla de salut que es va fer es parlava de donar prioritat a les malalties cardiovasculars, encara que no hi havia dades. En aquests moments, m'alegra saber que ja han fet un Pla de salut, perquè suposa seguir un procés lògic quan es planifica mirar primer com són les coses, i a partir d'aquí poder treure conclusions. Fixar-se uns objectius, un calendari de temps i, sobretot, avaluar els resultats posteriorment.

Què farem després?, bé, jo no sé què faran amb les dades, les dades seran públiques i els planificadors sabran si han de realitzar qualche tipus d'acció o si les han de tenir en compte. Jo crec que sí, si els semblen rigoroses. Posteriorment, el que sí que nosaltres farem serà continuar amb la investigació, si continuam tenint línies d'investigació amb el CORSAIB. Nosaltres a l'estudi també férem una seroteca-hemoteca, és a dir, nosaltres vàrem congelar sang total, plasma i sèrum. Férem signar als participants un consentiment informat, perquè amb aquesta sang congelada nosaltres volem fer qualche tipus d'investigacions, sempre sobre les malalties cardiovasculars, ja que hi està especificat que si es fa res serà sobre les malalties cardiovasculars. Llavors, nosaltres tenim planificat demanar una subvenció per realitzar una sèrie de projectes. Un d'ells ja el subvenciona la Conselleria de Salut i, juntament amb el Departament de Bioquímica i Biologia Molecular de la Universitat de Saragossa, realitzam en aquests moments una "ADNtec", que seria una manera de saber un poc com està la part primordial o avançar en la prevenció primordial de les malalties cardiovasculars. Nosaltres ens hem enfrontat més a la part preventiva, per descriure com està aquesta part d'abans de la malaltia, per poder fer prevenció. Nosaltres no només descrivim els factors de risc cardiovascular, sinó que també descriurem la prevalença de la malaltia cardiovascular que hi ha. És a dir, quantes d'aquestes persones que hem estudiat han tengut un infart i quants han tengut una embòlia o ictus. I aquestes són armes importants, tant per al clínic com per a altres professionals. Posteriorment, nosaltres treballam amb els que s'anomenen factors de risc emergents, que són nous factors de risc emergents, perquè aquests factors de risc clàssics no expliquen per si mateixos tota la causalitat de les malalties cardiovasculars. És a dir, tots sabem que a Finlàndia i al nord d'Europa hi ha una incidència de la malaltia cardiovascular molt alta, però les prevalences de factors de risc pràcticament són iguals que les de la conca mediterrània. I a la conca mediterrània tenim els mateixos factors de risc i tenim una mortalitat més baixa. Què passa?, alguna cosa passa. Hi ha uns factors que ens protegeixen?, és possible. S'ha parlat molt de la paradoxa francesa, per què els francesos tenien la mortalitat més baixa?, per damunt dels francesos hi ha amb el menor índex els espanyols. Alguna cosa passa, s'ha parlat de diferents substàncies, de la dieta mediterrània, del vi, dels costums, de les formes conductuals, tota una sèrie de coses que s'han d'investigar i que, probablement, hi tenen una

influència. Hi ha una sèrie de factors protectors que podrien ser genètics, aquí el doctor Forteza-Rey, amb l'estudi Galatzó, analitza una sèrie de substàncies com a possibles factors protectors de malalties cardiovasculars. El que sí que pens que és clar és que en aquests moments a l'atenció primària hem de reflexionar molt sobre les malalties cardiovasculars, perquè a l'hospital ja fan el màxim possible per disminuir la mortalitat i la morbiditat. Hi ha l'estudi Ibèrica del doctor Fiol, un estudi que es fa a vuit regions espanyoles d'incidència d'infart de miocardi i dels dies posteriors a l'infart, en què es mesura la mortalitat hospitalària. Els hospitals són els que la tenen més reduïda. Llavors, crec que s'han de començar a fer esforços fora de l'hospital per intentar prevenir que hagin d'arribar a l'hospital, on ja han fet un gran esforç.

-La "ADNteca" és un projecte pioner a Espanya?

-No tenc coneixement d'algun altre projecte similar. Per fer la "ADNteca" utilitzam les mateixes mostres que per a l'estudi CORSAIB, perquè nosaltres vàrem demanar un consentiment informat a les persones per poder fer l'estudi. Es farà amb els mateixos subjectes, encara que no se'ls tornarà a molestar.

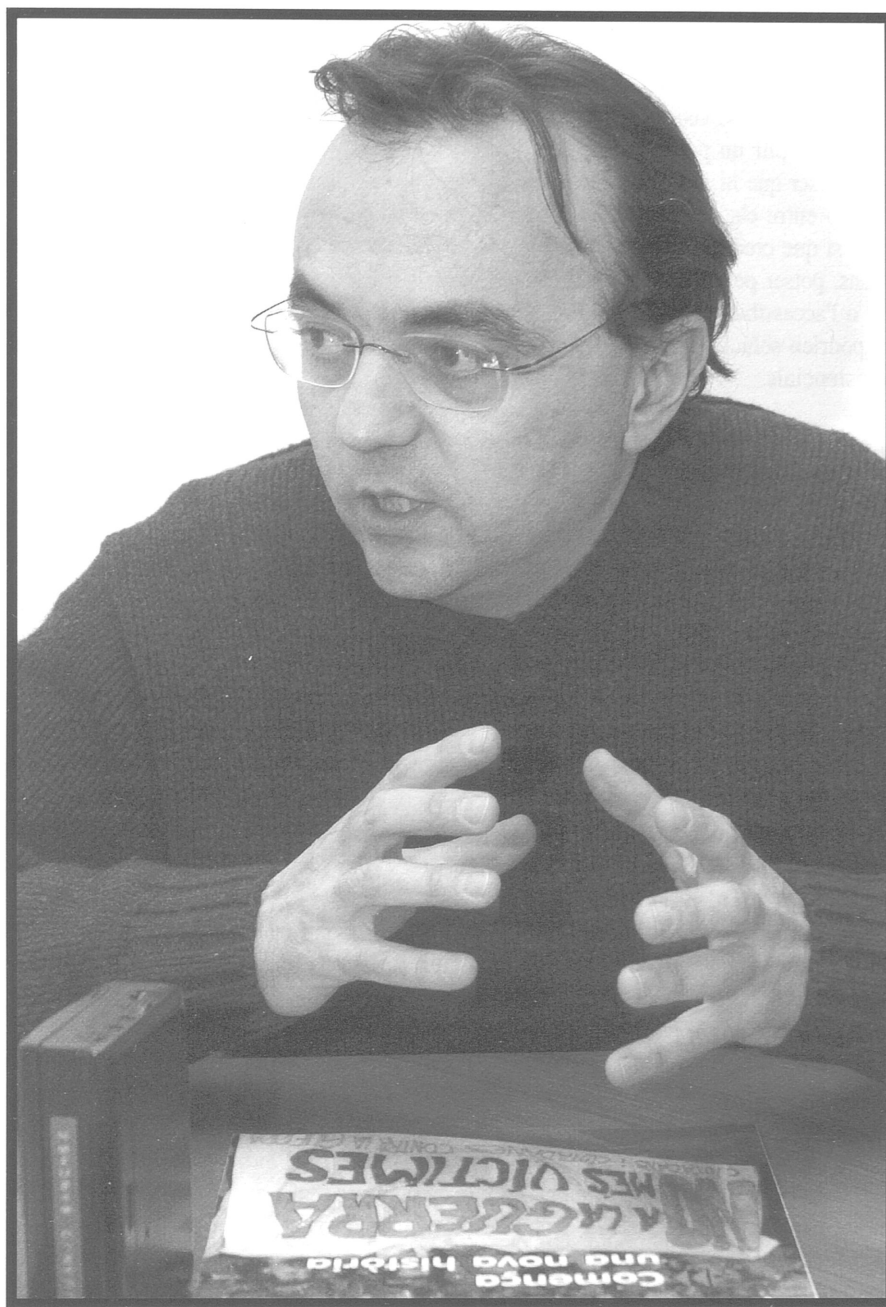
NOVES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

-D'aquesta manera, es pot dir que acabat l'estudi CORSAIB s'obren a partir del mateix noves línies d'investigació amb el material recollit, sobretot des del punt de vista genètic?

-Sí, aquesta és la nostra pretensió. Ara bé, tot dependrà de les ajudes que tinguem, del temps disponible. Jo som clínic, jo pas consulta cada dia. Hi ha dies en què veig quaranta o cinquanta persones i, llavors, de vegades es fa difícil continuar treballant, perquè jo tot el treball el faig fora del meu horari laboral, i de vegades es fa difícil tenir el temps necessari per poder desenvolupar tot això. Jo he d'agraciar a la Conselleria que ens subvencionàs, i a l'INSALUD també, cada administració subvencionà una part, però de vegades és difícil dur a terme totes les tasques, perquè tots tenim molta feina i traiem d'on podem aquest temps extra, no hi ha recompenses econòmiques aquí, sinó simplement ganes, il·lusió de fer investigació i que això tenguí la seva continuïtat i el seu fruit positiu. No sé, és difícil. Del que jo sí que n'estic content és que la universitat no s'ha oblidat d'aquestes coses, i ara pareix que vol crear un institut d'investigació, jo crec que aquí podríem tenir qualche suport, qualche ajuda d'algun tipus, si més no institucional, que ja és important, perquè tot es pugui vertebrar pel mateix lloc i es puguin crear amb major facilitat línies d'investigació.

-Quina importància té que es duguin a terme altres estudis d'investigació similars, sobre altres aspectes relacionats amb la salut?

-Jo crec que és fonamental per a tot. Jo crec que no ens hem de quedar estancats, i que això és el que fa que algun dia hi pugui haver



canvis. La investigació és fonamental, no tan sols per als que només es dediquen a investigar, sinó també per als clínics. És important que un clínic faci, a part dels seus programes de formació, tasques d'investigació que, malgrat de vegades és difícil que es vagin complint i realitzant, també són importants per al desenvolupament del metge, per poder mantenir la il·lusió. Facilita molt la posada al dia sobre els temes i facilita un altre tipus de coses secundàriament, com és l'esforç per adquirir habilitats per a les noves tecnologies, adquirir hàbits de lectura freqüents, i tota una sèrie de coses que jo crec que són interessants i, sobretot, manté molt alta la il·lusió per progressar.

-Se sol dir que l'atenció primària és la porta d'entrada de la sanitat. Emperò, creu vostè que és la germana pobre del sistema sanitari públic?

-No sé si és la germana pobre, jo crec que avui en dia la majoria dels metges, sobretot en les darreres dècades, quan la major part s'han format via MIR, que hem compartit hores d'urgències i de sala,

doncs la majoria de gent sap com s'ha format un metge de família, coneix l'esforç que realitzen la majoria de metges per posar-se al dia i ens coneixem. Jo no crec que ens vegin com als germans pobres ni que se'ns hagi de veure com uns germans pobres. Crec que cadascú ha de complir un paper i una funció determinada. L'únic problema que potser que hi hagi hagut és que, a vegades, ha estat difícil la relació entre els dos nivells assistencials, primària i especialitzada, això sí que crec que ha tengut certes dificultats. No sé per quines raons, potser perquè no s'han facilitat els canals o les trobades, no ho sé, o l'accessibilitat d'uns a altres. Crec que gran part dels problemes es podrien solucionar si hi hagués més relació entre els dos nivells assistencials.

-És necessari que sigui més estreta la relació entre primària i especialitzada?

-Jo crec que sí, jo crec que hi guanyariem tots. És a dir, si tenguéssim uns canals i uns nivells de comunicació oberts, l'accessibilitat d'uns als altres molt major, crec que se'n beneficiarien els dos nivells. Probablement, molts de tipus de consultes que van des de primària fins a especialitzada, en ocasions es podrien estalviar si hi hagués major comunicació.

EL TRASPÀS DE COMPETÈNCIES

-Com a clínic que fa feina cada dia a l'atenció primària, què espera de l'arribada de les competències de sanitat a les Illes Balears?

-Ja fa vint anys que som clínic, he viscut diversos canvis i pens que tots els canvis són bons moments per introduir millores, i una persona pot veure això des de l'escepticisme o amb il·lusió. Jo, diguem-li per propi egoisme, preferesc veure-ho amb il·lusió. Que després les expectatives que esperava no es compleixen... bé, és igual, jo hauré tengut una temporada en què m'hauré esforçat més, en què hauré desenvolupat una sèrie de coses i segur que a mi m'hauran servit. Així i tot, reconec que es parla molt del fenomen del *burn-out*, del metge cremat, que és una cosa que crec que és real i que forma part de tota una sèrie de circumstàncies que han facilitat que el potencial dels metges de família no es desenvolupi tot el que podria, fins i tot en clínics que trob que són extraordinaris, perquè tenim una plantilla de metges de família que crec que és de luxe. Les habilitats que tenen els metges de família no es desenvolupen ni en un 50%, se'n podria treure molt més profit. Llavors, tot això del traspàs de competències ho contemplant amb ganes i il·lusió, però potser és per una visió meua, personal, crec que és una oportunitat per començar a posar-se les piles una altra vegada i treure'n un profit. A mi el que més m'importa és passar consulta, perquè és la meua feina, atendre el millor possible els meus pacients i amb la major qualitat. És a dir, que jo estigui com més preparat millor. Sempre reivindicaré que m'ajudin a formar-me, això sí, sempre reivindicaré que em deixin l'espai de temps per poder-los atendre de la millor manera. De tots és sabut que hi havia èpoques en què arribàvem a veure fins a seixanta persones diàries, i així és molt difícil tractar els malalts. Jo dec tenir de trenta-cinc i quaranta persones de mitjana diària. A la consulta, jo el que deman és que em donin deu minuts per pacient. Deu minuts per pacient significa veure vint o vint-i-cinc pacients diaris com a molt, i que els pacients o targetes sanitàries assignades a mi no siguin més de mil. Aquestes poden ser unes xifres molt rígides i, potser, cada centre tenguí unes particularitats, el seu nivell d'assistència, les seves característiques,

però al voltant d'aquestes xifres ens hauriem d'adaptar. El que sí que crec és que a l'atenció primària manquen recursos, sobretot recursos humans.

-S'hauria d'augmentar el nombre de metges de família als centres de les Illes?

-Des del meu punt de vista sí, el que passa és que jo tan sols pas consulta a un lloc, conec el que passa al meu centre i el que em poden contar companys d'altres centres. Hi ha centres on hi ha metges que tenen assignades dues mil targetes sanitàries individuals, i això ho trob un excés, jo no sé què faria. És possible que amb quatre minuts sigui suficient per veure un pacient, però en pot venir un altre que necessita vint minuts o mitja hora per ser atès.

-La manca de recursos humans i de temps no són els únics problemes de primària.

-Un altre problema és l'alta burocratització de la consulta. És a dir, la manca de recursos humans fa que hi hagi tota una sèrie de problemes i que sigui difícil organitzar-los. És difícil, per exemple, el treball de les prescripcions repetides. Si les haguéssim de donar dins les consultes, no tendriem trenta-cinc o quaranta visites, sinó seixanta diàries. Totes aquestes tasques burocràtiques s'ha d'intentar que surtin de la consulta. Moltes vegades, la tecnologia pot ajudar, però també es necessiten recursos humans. De tota manera, quant a problemes, el que jo percebo com a més angoixós és la manca de temps. Quan ja s'ha vist una sèrie de pacients al matí creix el cansament i el nivell de risc que té una persona que veu trenta-cinc o quaranta persones. I crec que no som dels que en veuen més, perquè em consta que hi ha gent que diàriament veuen molts més pacients. Llavors, tot això genera, probablement, que s'hagin d'utilitzar majors recursos per assegurar que donam una atenció de qualitat. Crec que qualsevol metge a partir del pacient vint i busques que arriba a la consulta està cansat, i si no ha pogut fer un descans enmig segurament no rendeix, ni té les millors possibilitats d'atendre, de pensar o de realitzar mentalment els seus diagnòstics diferencials, els seus algorismes d'actuació.

-Ens trobam a un moment en què a Balears s'han obert nous centres hospitalaris i altres són pendents de construcció o renovació. El pacient atorga la mateixa importància als hospitals que als centres salut?

-Nosaltres, com vostè deia, som la porta d'entrada de la sanitat pública. Entra tot, des dels constipats fins als infarts. Nosaltres el que tenim és un nivell d'angoixa per atendre el millor possible, hem de tenir espais per poder fer-ho correctament i no haver de sortir corrent de la consulta perquè hi ha un avís a domicili urgent, com ocorre en ocasions, quan has de deixar la consulta. Als hospitals les operacions, clar, la gent les perceben com una actuació més important, més angoixant en el sentit de dir 'la meua salut és en perill'. Als centres de salut ho veiem tot, veiem una part molt important que és la medicina preventiva, veiem la gent que té malalties cròniques i ve a controlar-se habitualment. Veiem des de les ferides dels petits fins a les dels ancians, llavors, vivim molts de problemes socials, que a vegades, perquè hi ha dificultat en els recursos sociosanitaris, la gent intenta encaminar-los a través de nosaltres. Llavors, potser per això que hi ha aquesta diferent percepció d'una zona i l'altra. De tota manera, la reforma dels centres d'atenció primària va iniciar-se el

1986, quan es varen començar a fer centres de salut, i ara pràcticament el mapa sanitari, si més no el programat, està quasi per acabar. Jo, la residència no la vaig fer a Palma, i quan vaig arribar aquí només existia l'hospital de Son Dureta com a hospital terciari, i d'altres més petits. A la província on vaig fer la residència, a cada ciutat hi havia un hospital gran. En relació a les ràtios per habitant i llit, eren molt més escassos aquí. Llavors, crec que era una cosa prioritària que hi hagués, almenys, més hospitals, sense oblidar tampoc l'atenció primària, perquè si no es regula l'atenció primària els hospitals s'ompliran i d'aquí a poc temps no servirà de res que hi hagi més hospitals.

-La importància que té la primària queda patent en el fet que cada vegada s'assumeixen més tècniques i habilitats per part dels metges de família. Quines noves competències creu que ha d'assumir l'atenció primària?

-A vegades és difícil saber quines noves tècniques es podrien realitzar. Si disposam de sis minuts per pacient i en veiem quaranta diaris, és difícil imaginar-se qualque cosa més. Hi ha una sèrie de tècniques, com la cirurgia ambulatoria, que s'ha de realitzar i el metge de família l'ha de saber fer. I per què?, perquè d'altra manera es medicalitza els pacients, i perquè hi ha algunes coses que tenen solució més ràpida i més correcta si tenim aquestes habilitats. El problema és que, quan vaig fer el MIR, si que vaig aprendre tota una sèrie d'habilitats, de les quals ara probablement faig servir menys del 50%, per manca de temps, per manca de formació. Perquè hi ha certes coses en què jo necessit continuar la formació i no perdre les habilitats. Si jo no dispòs de temps, hi haurà coses que hauré de deixar de realitzar perquè no estic tan segur com estava abans, perquè no estic al dia, perquè no tenc el desenvolupament de l'habilitat.

FORMACIÓ CONTINUADA

-Quant a la necessària formació continuada dels metges de família, creu que existeix suficient actualització entre els professionals?

-Si un arriba a les vuit del matí al seu centre, es posa a les vuit i mitja a passar consulta i gairebé fins a les dues passa consulta, doncs no es forma. El problema és aquest. Potser que hi hagi una sèrie de



centres docents, que encara fan l'esforç de fer cada dia sessions i a més tenir temps per ensenyar als residents de primer i tercer any tota una sèrie d'habilitats i tècniques, i a mi em sembla lloable, molt lloable. Malgrat això, crec que s'han de crear espais en el nostre temps de feina perquè puguem formar-nos, perquè la majoria de metges ens hem de formar fora del nostre temps de treball. La qüestió és que l'empresa ens faciliti, ens ajudi en la formació. Els cinc dies a l'any que ens atorgava l'INSALUD per poder assistir a congressos o fer cursos no són suficients, crec que perdem moltes d'habilitats i que podríem resoldre moltes més coses si arribàssim a formar-nos i, sobretot, ens potenciaria, tendríem molta més il·lusió. En aquest sentit, pens que hi ha d'haver una carrera professional que ha de ser real.

-En parlar de formació, també s'ha d'afegir la importància de la investigació per als metges.

-Com abans deia, investigació és formació. Jo crec que la investigació ens ajuda a formar-nos i ens ajuda a mantenir-nos al dia d'una sèrie de matèries. Una de les matèries més importants que té un metge de família a gran part de la seva feina són els factors de risc cardiovascular. No hem d'obviar la resta, és a dir, no perquè un faci una cosa ja ha d'oblidar la resta. He de saber també habilitats en salut mental, en dermatologia, en pneumologia, etcètera. I a vegades, el meu nivell d'angoixa augmenta quan faig el CORSAIB perquè no vull oblidar tota l'altra sèrie de matèries.



"La salut necessita una mirada més interdisciplinària"

Entrevista Rosamaria Alberdi

per Magdalena Cortés

Les infermeres són la part més humana dels hospitals, són la mà que ajuda a caminar, la veu que el malalt sent cada dia i la cara que apareix cada vegada que hi ha una necessitat. Atendre els malalts és el més important en aquesta professió, més que dominar la tècnica. Rosamaria Alberdi es queixa de la poca valoració que té la tasca de les infermeres, tant des del punt de vista social com, el que és més greu, dins del sistema sanitari. Un sistema on la perspectiva mèdica és la dominant, mentre que la realitat demanda també altres formes d'assistència. Els pacients ja no només volen que se'ls curi, molts demanen una assistència o un acompanyament en malalties que tanmateix no tenen cura. Rosamaria Alberdi demana que, en

aquest escenari, es doni veu a les infermeres per poder oferir la seva visió del conjunt de problemes del sistema sanitari i poder participar activament en la seva gestió. Això no ha estat possible, segons Alberdi, entre altres motius pel baix sostre acadèmic de les infermeres i pel fet de ser una professió típicament femenina. Ser dona ha estat un obstacle a l'hora de la promoció professional de les infermeres, però també ho ha estat, en general, a l'hora de rebre assistència sanitària. A la fi, la menopausa i altres aspectes de la salut de la dona comencen a tenir una difusió i una atenció generalitzada. Com diu Rosamaria Alberdi, encara queda molt per fer en el sistema sanitari i en la societat en general.

-Com canvia la professió d'infermera i què motiva aquests canvis?

-Des que tenc ús de raó professional, la constant de la professió és el canvi. Aquest canvi té a veure amb el fet que la societat no s'emmalalteix ni mor de les mateixes coses de què moria fa uns anys, també amb la profunda transformació del sistema sanitari des de fa vint anys amb l'objectiu de donar millors respostes i ser més transparent, que ha suposat modificacions sobre com es controlen els diners, els mètodes de treball, com s'organitzen els centres amb les noves tecnologies... tot això són constants canvis que afecten la nostra professió.

Una altra cosa que ha afectat profundament la professió és que des del 77, quan surten els nous estudis, la feina cada vegada està més centrada a

Rosamaria Alberdi Castell va néixer a Barcelona el 13 de febrer del 1951. És diplomada en infermeria i llicenciada en psicologia per la Universitat de Barcelona l'any 1973. Màster en salut pública i en administració i serveis d'infermeria. Treballà a l'Hospital Clínic de Barcelona durant un parell d'anys, i va ser professora i directora de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona. Visqué a Madrid fins l'any 1986 on fou professora de l'Escola d'Infermeria de la Universitat Autònoma i del curs d'anivellació de la UNED. Del 86 al 99 desenvolupà la seva professió a Sevilla on formà part del consell assessor del conseller de

Salut de la Junta d'Andalusia i hi participà en la planificació dels serveis sanitaris quan es feren les transferències de la competència de sanitat. El 92 va ser la responsable del control dels productes alimentaris de la Expo de Sevilla. Del 92 al 96 formà part del consell assessor del ministre de Sanitat. Del 96 al 99 fou directora de l'Escola d'Infermeria Virgen del Rocío de Sevilla i fins al 2000, presidenta de l'Associació d'Infermeria Docent (AEED). Des de l'octubre del 99 és professora titular de l'Escola d'Infermeria de la UIB on imparteix les matèries d'administració i ètica.

atendre les necessitats derivades de l'estat de salut de la persona i no al voltant del diagnòstic i del tractament mèdic. Quan érem ATS (ajudants tecnicosanitaris) teníem una formació més tècnica, ara la tenim molt més centrada en les necessitats de les persones. Ara les tècniques són eines que tu utilitzes per atendre unes necessitats dels malalts, és com si el focus d'atenció hagués passat de centrar-nos a punxar, sondar... a veure què li passa al malalt des de totes les perspectives: psicològiques, de l'entorn familiar, de la malaltia... i donar una atenció més completa.

-Podríem dir que la psicologia l'aporta la infermera i la tècnica el metge? Sovint s'acusa els metges de tenir poc contacte humà amb els pacients.

-Jo crec que s'acusa tot el sistema sanitari de tenir poc contacte humà amb els pacients, i aquest és un dels grans problemes que percep la població en relació a l'atenció que es dona en el sistema sanitari.

Els metges aporten coses més específiques: un tractament, una operació, una prova diagnòstica... però qui té més llarg tracte amb els pacients són les infermeres. Jo no m'atreviria a dir que els metges aporten la tècnica i les infermeres la psicologia. Els metges, si són bons professionals, estableixen una relació amb el pacient, i aquell breu espai de temps intervé la psicologia, l'empatia i tots els sentiments que poden despertar els problemes d'un altre. El que passa és que per a la infermera, aquest és l'objectiu, i l'objectiu del metge és veure quina malaltia tens i proporcionar totes les coses que la puguin curar o millorar. Potser sí que nosaltres utilitzam més eines que tenen a veure amb les relacions i amb la promoció dels potencials de les altres persones.

-Quina és la causa d'aquesta manca de contacte humà dins del sistema sanitari?

-Seria agosarada si digués que sé què passa al sistema sanitari. El que sent és que els usuaris es queixen que no reben el tracte que esperen per part de tots els sanitaris. Quins són els problemes? Els problemes són molts i molt complexos. Un té a veure amb la molta feina: si un metge ha de veure 70 pacients, probablement no té temps de dir-los que s'asseguin. Aquest és un problema: el temps, o la sobresaturació de pacients o la manca de personal. L'altre problema em sembla que té a veure més amb una actitud tan de metges com d'infermeres que prioritzen les tècniques enfront de les relacions. La gent quan va al sistema sanitari vol que li solucionin el problema, però de cada vegada més, la gent sap que tenen problemes que no es poden solucionar, en el sentit que són malalties cròniques, i llavors el que volen és que els tractin com a persones, que els respectin i els donin aquesta relació terapèutica. Potser una part dels metges i les infermeres s'han confós respecte què és el millor que poden aportar i què és el que vol la gent. La gent vol que la curis, però amb unes determinades condicions, i de cada vegada més, perquè de cada vegada més tenim malalties que no es curen i que hem de tractar tota la vida.

"ELS HOSPITALS ATENEN COSES QUE TENEN MÉS A VEURE AMB ASPECTES SOCIALS"

-L'actual Govern vol potenciar l'assistència sociosanitària. Com afectarà aquest nou enfocament la vostra professió?

-El primer que he de dir és que la promoció de tots els aspectes sociosanitaris em sembla interessantíssima. Els canvis a la nostra societat i a l'estructura familiar i els canvis epidemiològics fan que les necessitats d'assistència hagin augmentat molt, tot això ho atén el sistema sanitari i potser no li correspon, sinó que s'ha de crear aquesta estructura intermèdia sociosanitària. Quant a les infermeres, es desenvolupa tot un àmbit d'actuació professional en què són les persones més preparades per assumir-lo, així que jo esper que les infermeres sapiguem acceptar aquesta responsabilitat i que se'ns permeti desenvolupar-la, tant per dirigir els centres sociosanitaris, planificar l'atenció sociosanitària, com per treballar en aquests centres.

-Els canvis a la societat fan que de cada vegada hagueu d'assumir més una funció d'acompanyament a les persones majors? Augmenten els casos de persones que vénen a l'hospital per no estar totes soles?

-De tant en tant hi ha aquests problemes de persones que són deixades a urgències als hospitals perquè la família no les pot cuidar, és clar que com que aquest tipus de població va als hospitals, la infermera és la que l'atén, però també és qui pot detectar que la necessitat que té aquesta persona és d'un assistent social i qui s'encarrega de moure el mecanisme per posar-la-hi en contacte. De fet, els hospitals atenen coses que tenen a veure més amb aspectes socials que amb la malaltia física, aquí les infermeres tenen el paper de derivar, quan es pugui i com es pugui, aquestes responsabilitats a l'àmbit on han de situar-se.

-Com afecta a la funció d'assistència la implantació de la telemedicina, és a dir, la possibilitat de tractar un pacient a distància a través de la pantalla de l'ordinador?

-La telemedicina, com tot, té una part boníssima i una part dolenta, si no sabem eliminar-la. Tot el que té a veure amb els instruments que perfeccionen els nostres sentits, que ens permeten veure coses que no es veuen amb els ulls, escoltar coses que no s'escolten amb l'oïda, fer coses que no es poden fer amb les mans..., és fantàstic. El problema és si prioritzam la tècnica en lloc dels resultats que per a la persona concreta té aquella tècnica.

Fa dos o tres anys, un braç robòtic va fer una cirurgia cardíaca a l'Hospital Clínic de Barcelona dirigit des d'un vaixell que estava atracat al port de Mallorca. A l'operació a més del metge, l'infermer i el sanitari també hi participaren informàtics, enginyers, persones expertes en telecomunicacions... per tant, amb la telemedicina l'àmbit sanitari s'ha ampliat extraordinàriament. Aquests avanços tenen també avantatges fantàstics com, per exemple, que una persona gran que viu sola pot portar un aparell que li permet estar segura que si li passa alguna cosa, immediatament podrà parlar o tindrà assistència a casa.

El problema és sempre el mateix, que ens confonguem i pensem que allò més important és la telemedicina, en lloc dels beneficis i de les aportacions que li donen a la persona. Però jo crec que hi ha una sensibilitat per part dels sanitaris i també una exigència de cada vegada més gran de les persones.

-Què opina de les transferències de les competències de sanitari? Vostè visqué de prop aquest procés quan es produí a Andalusia.



-Jo estic molt contenta que s'hagi produït el procés de transferències. Segur que la descentralització és absolutament profitosa, pots corregir els defectes que has vist, posar les teves millores i atendre les coses específiques que passen aquí. A mi, en tot cas, el procés de transferències em sembla una oportunitat excel·lent perquè ens passa responsabilitats, i en passar-nos responsabilitats, ens passa possibilitats.

-Quines són les primeres passes una vegada assumides les competències?

-Primer s'ha de veure quines són les necessitats, que segur que estan detectadíssimes, i després el Govern ha de dir cap on vol que vagi l'atenció a la salut de les Illes Balears. Els primers anys són els anys de la definició i aquí és on es veu el tarannà dels que governen. Jo no m'he cregut mai això que es diu que no hi ha tanta diferència entre dreta i esquerra. Crec que és molt diferent organitzar la sanitat des de la perspectiva d'un govern d'esquerra que des de la dreta, perquè tenen objectius diferents que tenen a veure amb la ideologia. Un pacte d'esquerra vol convertir el sistema sanitari en un element que atengui les necessitats de la població, però a la vegada promogui el desenvolupament de tota la societat i sigui un igualador de les diferències, un corrector de les mancances, un educador perquè tots puguem desenvolupar-nos al màxim. El sistema sanitari és un instrument poderosíssim, com l'educatiu, per llimar les diferències i fer una determinada política d'igualtat.

SER INFERMERA: APRENDRE A VEURE LES NECESSITATS DE LES PERSONES

-Quins són els principals problemes de la professió d'infermeria?

-Les infermeres tenen fonamentalment un problema que l'anomenem de moltes maneres, però que té com a base que nosaltres tenim la sensació que podem oferir molt més del que oferim.

Les infermeres es formen i tenen capacitat per donar, posem deu i les dificultats que hi ha, com és ara la massificació, la molta feina, i també unes estructures organitzatives fan que no esperem de la infermera aquest deu, sinó que si en fa cinc... i ja va bé. Tot això fa que les infermeres en general no se sentin reconegudes en la seva aportació.

Treballam en una esfera de la persona que després és molt difícil de passar a l'esfera social, vull dir, si t'ingressen en un hospital i t'interven, quan surts de l'hospital expliques amb tota tranquil·litat com va anar l'operació però no és tan fàcil dir que tenies por i et varen consolar, que havies d'orinar i et varen haver d'ajudar, que a la nit algú va venir i et va fer companyia perquè estaves amoïnada... i tot això no és fàcil de dir perquè quan estem bons ens n'oblidem. És cert que hi ha un reconeixement immediat per part del pacient, però a les infermeres els agradaria que tota aquesta grandíssima aportació que fan, fonamental, indispensable i insubstituïble, fos reconeguda.

Aquest fet està relacionat amb el segon problema: el baix sostre acadèmic. Una persona acaba a aquesta escola, posem als vint-i-

dos anys, i quan té el diploma ja ha arribat al seu sostre acadèmic, no pot accedir a cap llicenciatura de la seva disciplina i, per tant, tampoc no pot accedir a un doctorat. Es pot especialitzar, però és una especialitat professional, no acadèmica. Això no vol dir que no investiguem, però fa que tinguem molts de problemes per fer-ho perquè per ser l'investigador principal la primera cosa que has de ser és doctor. Nosaltres reivindicam que, a part del diploma, hi hagi l'accés a la llicenciatura i que es pugui fer el doctorat en infermeria.

El tercer problema potser té a veure amb l'organització general del sistema. Em sembla que el sistema sanitari, des dels seus dirigents màxims fins als gestors dels hospitals, està molt orientat des de la perspectiva mèdica, és a dir, té com a objectiu la curació, i potser hauria de tenir com a objectiu l'atenció a les necessitats, s'hauria de tenir en compte la perspectiva de les cures que aporta la infermera, perquè dona una visió molt més general.

Crec que les infermeres donarien una visió molt més àmplia del conjunt de problemes del sistema sanitari que la que tenen els metges. A mi em sembla que la salut necessita una mirada molt més interdisciplinària que la que es té normalment quan els que dominen tot són els metges.

-Actualment, en quin aspecte de la professió es posa més èmfasi durant els estudis?

-A aquesta escola nosaltres treballem des de la perspectiva que la millor eina que tenen les infermeres per fer el seu treball són les mateixes infermeres. Posam més èmfasi en tot allò que té a veure amb les relacions i amb les necessitats dels pacients, el que passa és que això està directament relacionat amb les tècniques, que només tenen sentit perquè solucionen un problema del pacient. Per tant, ens hem de formar molt seriosament en les tècniques, però el més important és saber veure quines són les necessitats de les persones i veure quines són les coses que s'han de fer per atendre aquestes necessitats.

Has de formar-te també en una actitud que et permeti evolucionar i aprendre constantment noves tècniques que faciliten de cada vegada més la teva feina.

L'ESCOLA D'INFERMERIA EN EXPANSIÓ

-Com ha evolucionat l'Escola d'Infermeria? Es preveuen canvis en els estudis?

-Els nostres des del 1977 són uns estudis que tenen unes directrius d'obligat compliment, emeses per la Unió Europea, o sigui que els nostres estudis estan definits per un Reial decret que segueix les directrius generals de la UE. Això fa que tinguem una altíssima càrrega lectiva que de vegades és major que a llicenciatures que duren cinc anys. Els nostres alumnes tenen de càrrega lectiva de 235,5 crèdits impartits en tres anys, per tant han de fer pràctiques al matí i a la tarda classes, o sigui que estan enfeïnats quasi de vuit del matí a vuit del vespre. Si es pogués establir el segon i tercer cicle, això s'hauria de revisar.

Quant a l'Escola, ara ens trobam en un període de fort creixement. Primer perquè acaben de posar-se en marxa els estudis de fisioteràpia, que és una diplomatura a part; segon, perquè és previst que s'endegui en un termini no gaire llarg l'especialitat de comare, que és una necessitat antiquíssima; i tercer, perquè en aquests moments acabam el procés d'avaluació de la qualitat.

Les universitats espanyoles, inclosa la nostra, varen començar fa bastant de temps un procés d'avaluació de la qualitat. I l'especificitat dels estudis d'infermeria hem anat voluntàriament a aquesta avaluació, no hem esperat que ens tocàs, i això per diferents motius: primer, perquè les infermeres coneixem la importància de l'avaluació de la qualitat, i també perquè l'any que ve hi ha una revisió del pla d'estudis que encara que no hagi de canviar els aspectes més fonamentals, en el sentit de la dedicació, estam interessats a tenir les màximes dades per fer-ho de la millor manera possible. Aquest procés d'avaluació ens ha fet una fotografia dels punts forts i dels punts febles i ens permet posar les eines per tenir un escenari de futur.

I en aquest moment feim això, és un procés complex que hem començat fa deu mesos. Primer hi ha tot un procés d'autoavaluació interna, que el fa la gent de l'Escola: professors, personal administratiu i alumnes, s'elabora un informe i aleshores el Consell d'Universitats nomena una comissió d'avaluació externa. A continuació s'ha de fer un informe final, que elaboram en aquests moments, que és la suma dels dos, on es plantegen els punts forts, els punts febles i sobretot, les propostes de millora tot fixant-se objectius realistes.

-Quins canvis es derivaran d'aquest procés d'avaluació?

-Canvis molt importants no, perquè no ens han sortit uns punts febles molt importants. Ens n'ha sortit un de molt important que és el que menys podem treballar, que té a veure amb l'excessiva càrrega lectiva, només el podem pal·liar, i en aquest sentit ens posarem a treballar, i els altres són coses que el mateix procés d'avaluació ha fet que ja es vagin solucionant, tenen a veure amb la coordinació amb altres departaments i amb els serveis administratius. Per últim, un altre dels punts febles és la necessitat d'espai.

"ÉS DIFÍCIL QUE LES INFERMERES ASSUMEIXIN ALTES RESPONSABILITATS"

-La professió d'infermeria és considerada encara una professió per a dones?

-En els estudis encara predominen les dones, en una proporció 70%-30%, i en altres comunitats autònomes encara hi ha més diferència: un 80% de dones i un 20% d'homes. És així, la infermeria és una professió que s'anomena estereotipada en raó del sexe, és a dir, que la societat considera que està bé que l'exerceixin les dones. També s'ha de dir que les dones s'hi senten més còmodes que els homes, encara que hi ha un nombre important d'homes que no creix, però que es manté estable.

-El fet que sigui una professió típicament femenina ha generat problemes o desigualtats?

-Sí, jo personalment crec que la imatge que la societat ha tingut d'aquesta professió ha fet que es formassin una sèrie d'expectatives respecte de les infermeres que serien diferents si fossin homes els que exercissin la professió. S'ha esperat de nosaltres que fòssim amoroses, amables, agradables... i no que féssim unes altres coses que tenen a veure amb la professió.

Jo crec que és difícil que les infermeres assumeixin altes responsabilitats com, per exemple, la gerència d'un hospital, només perquè

són infermeres, encara que hi ha experiències en aquest sentit a Espanya, més concretament un cas a Andalusia. Les infermeres estan absolutament capacitades per assumir la gerència d'un hospital i tenc la sensació que quan es fan aquestes propostes es troben molts d'inconvenients per la seva titulació, no pel que saben fer.

-També es noten les diferències de sexe a nivell de la feina diària?

-Jo tenc la sensació que sí, encara ara no es rep igual el parer d'una infermera que el parer d'un altre company metge en relació a un malalt, per exemple. Això té a veure molt amb que siguem dones i amb que tenguem una professió que no ens permet el creixement.

-Els homes que estudien infermeria acaben per fer les mateixes funcions que les seves companyes?

-Els homes que estudien infermeria i treballen a sales generals fan les mateixes funcions que les dones infermeres i, a més, no podria dir que ho fan diferent. El que passa que els homes moltes vegades prefereixen anar a llocs de treball diferents que les dones, van més a llocs on tenen un contacte menor amb els pacients o on han de prendre decisions més ràpides, molts d'ells estan més interessats en les àrees més especialitzades més que a les sales de cures, i per això van més a serveis de diagnòstic, raigs X, a urgències, a la UCI... allà on hi ha més tecnificació.

L'ATENCIÓ SANITÀRIA A LA DONA

-La millora de la situació de la dona a la societat es nota també en l'atenció que rep en el sistema sanitari? Es comença a prestar més atenció als problemes derivats de la menopausa, fins ara quasi desconeguts? Fa mesos vaig escoltar per la televisió el doctor Dexeus, deia més o menys que si la menopausa la patissin els homes ja estaria solucionada.

-Crec que ara el sistema sanitari li dóna molta més importància als efectes negatius de la menopausa que la que els havia donat fins ara. Es tracta de situacions normals del cos de la dona que si es poden prevenir perquè no generin problemes, perfecte, però tenc por que, com ha passat en altres aspectes de la vida, també la menopausa es medicalitzi en el sentit que es consideri un problema que s'ha de solucionar. La menopausa no es pot solucionar, perquè no és un problema, és una situació natural com l'embaràs i el part que es pot viure des de l'acompanyament del sistema sanitari. A mi em sembla que ajudaria molt a no viure la menopausa com un problema que la societat en general canviàs la seva actitud, precisament d'aquest tema en parlarem enguany a la Universitat

d'Estiu d'Estudis de Gènere que fa sis anys organitza la Universitat de les Illes Balears.

-Pensa que hi ha molts de problemes de salut específics de la dona que no surten a la llum?

- Crec que hi ha unes determinades patologies, tant d'homes com de dones, que han estat tabú i que costava molt passar-les al terreny social. Hi havia problemes que era vergonyós explicar-los, per exemple els relacionats amb l'erecció en els homes o les



pèrdues d'orina a les dones. Crec que ara es dóna més importància a molts d'aquests problemes i això millora la vida de moltes persones que els pateixen.

-Es diu que el futur és de la dona, això es reflecteix al sistema sanitari?

Jo crec que sí, que tot aquest canvi que hi ha té el seu reflex en el sistema sanitari i a la societat. Té a veure amb el valor que es dóna a la mirada de la dona, té a veure amb que es comenci a parlar d'unes coses que fins ara no es parlaven, com reivindicar i parlar que les dones tenen sexualitat després que s'acaba el seu cicle reproductiu, dels problemes que produeix la menopausa... I també que hi hagi investigadors i sobretot investigadores que estudien l'atenció que es dóna als homes i dones que tenen les mateixes malalties, per detectar si es produeixen desigualtats a l'hora del diagnòstic i del tractament.

Tot està relacionat, que les dones tinguin independència econòmica, poder econòmic, que siguin consumidores... i també unes polítiques decidides d'igualtat en el nostre país que han permès posar dones en els centres de decisió. Hi ha hagut uns canvis que no podem negar, però encara queda molt per fer en el sistema sanitari i en la societat en general.

Primer de tot, prevenir

Entrevista a Carles Amengual i Vicens

per Sebastià Verd



Carles Amengual viu a Selva, empra el tren per anar a la seva consulta de Palma. És un home de conviccions fortes, però privades, és a dir, que no les imposa: creu en la dieta mediterrània i en els bons aliments, diu que un tros de sobrassada no mata ningú, però no menja ni carn ni peix, perquè així li mana la filosofia de la vida. Homeòpata i acupuntor, ha dedicat dues tercers parts de la seva vida a la seva formació com a metge, un metge que creu, sobretot, en la prevenció de les malalties que s'ha de conservar la salut, abans que no haver de curar els mals. Una formació que el dugué a viure llargues temporades a tres continents. A la Xina hi va romandre tres anys, temps suficient per perfeccionar el seu coneixement d'acupuntura i per aprendre a parlar xinès, és a dir, mandarí.

És, sobretot, una persona compromesa socialment, que presideix la Lliga Mèdica Homeopàtica Internacional i que a Mallorca va tenir un paper molt destacat en la lluita contra la incineradora, "perquè -diu- diguin el que diguin, contamina, i molt que contamina!". Preocupat per l'entorn, la situació sanitària de les Balears i la necessitat d'establir una diagnosi sobre la salut de la nostra societat ens va portar a la seva consulta. Les Illes Balears acabam de rebre les transferències sobre sanitat.

-Després de rebre les transferències la Conselleria ha baratat el nom, i ha passat a ser de Sanitat a Salut. Li sembla un canvi adient?

-Sí, és clar... quan parlem ja ho deim. Allò que importa és la salut, conservar la salut, és a dir, la prevenció. Evitar haver d'anar al metge. S'hi ha d'anar, clar que sí, però tant de bo que sigui per prevenir, no per haver de curar. Abans hi ha d'haver la prevenció. Primer s'ha d'educar en la salut, dur una vida saludable i després, si s'està malalt, anar al metge. Per tant, sí que em sembla bé aquest canvi de nom, sempre que signifiqui un canvi real de filosofia.

-Hi pot haver metges que pensen el mateix, però que només es dediquen a la medicina curativa. O els que creuen que la medicina és un negoci.

-Home! Ser metge és una tasca vocacional, però els professionals que ens hi dedicam hem de viure de la nostra feina. No podem fer feina de franc, però això tampoc no ens pot fer perdre de vista que la salut és l'objectiu. Miri, a la Xina, on jo he viscut tres anys, era important anar al metge per conservar la salut, no per curar una malaltia. De fet, mai no es pagava el metge quan s'estava malalt sinó de tant en tant al llarg de la vida, de manera que aquest es podia dedicar més a la prevenció que no a la cura. En aquest sentit conservar la salut era rendible per a tots.

DIETA MEDITERRÀNIA

-En qualsevol cas, ja que parlem de salut. Com és la salut de les Balears? Quina seria la radiografia de la nostra societat?

Carles Amengual i Vicens va néixer a Selva el 1956. Estudià medicina a Barcelona i ciències biològiques a la Universitat de les Illes Balears. També cursà estudis d'acupuntura a la Xina, on residí durant tres anys, de botànica farmacèutica a Piça i d'homeopatia a Mèxic, Londres i París.

Fins al trenta-un anys no donà per acabat el seu procés de formació. Si més no, el seu procés inicial. Llavors tornà a Mallorca i s'instal·là al seu poble, on pretén crear un jardí de plantes medicinals, el Jardí Ramon Llull, un ambiciós projecte que de moment no ha tengut tot el suport institucional que esperava.

Però Carles Amengual, que ha estat president de l'Acadèmia Medicohomeopàtica de Barcelona i que ara presideix la Lliga Mèdica Homeopàtica Internacional, no desespera mai.

-D'entrada jo li diria que s'occidentalitza... I què vull dir amb això? Doncs que la dieta mediterrània era -és- molt adequada precisament per a la prevenció de la salut, perquè l'alimentació és un dels aspectes més importants per a la vida de les persones i, en canvi, ens americanitzam, consumim molt d'aliments industrialitzats. Hi ha tres factors que influeixen decididament en la salut. Un, com he dit, és l'alimentació. L'altre el medi ambient. I en tercer lloc el factor hereditari. Contra aquest podem fer menys, però pel que fa a l'alimentació ho podem fer tot. Només hem de cuidar-nos. Menjar bé, és a dir, menjar aquells productes que són saludables i fer exercici. No oblidem l'exercici. Caminar, per exemple.

-En definitiva, dur una bona vida.

-Si ho vol dir així, sí... Però ens hi hem de mirar. Hem de menjar allò que ens va bé, però això no vol dir que haguem de prescindir d'alguns aliments que pareixen proscrius. El porc, per exemple, forma part de la dieta mediterrània. No va malament menjar un poc de porc de tant en tant. Una mica de sobrassada és molt bona. És fantàstica. S'ha de poder gaudir de menjar... És cert que jo no menj ni carn ni peix, i d'això fa més de vint anys, però en el meu cas és una qüestió filosòfica. No vull que per culpa meua es matin animals, però això no té res a veure amb el que li deia. La dieta mediterrània, que inclou carn i peix, permet una alimentació saludable i al mateix temps passar gust de menjar, la qual cosa és important. La gastronomia forma part de la vida. El meu cas és una qüestió personal, una elecció en la qual no implic ningú més, ni la meua família, que no té res a veure amb la medicina. Menjar carn i peix és saludable. Allò que no ho és, és abusar de determinats productes, com els industrials o consumir un excés de greixos... cadascú s'ha d'adaptar al seu cos.

EL MEDI AMBIENT I LA SALUT

-Ha esmentat abans un altre factor de salut: el medi ambient. L'entorn de les Illes és saludable?

-L'entorn és decisiu. Hi ha factors mediambientals que tenen a veure amb la contaminació atmosfèrica, d'altres amb una contaminació mental, l'estrès. Tot té a veure amb la salut. En aquest sentit hi ha estudis que demostren que la contaminació, per exemple la produïda pels cotxes, és excessiva i que, evidentment, afecta d'una o altra manera la salut. Això exigeix mesures per part de les administracions, per evitar l'extensió dels vehicles a motor i procurar minvar-la. No afavorir l'abús del cotxe, com sembla que s'ha fet fins ara. I respecte de la contaminació mental, doncs... pot ser que la solució sigui més individual. S'han d'adoptar maneres de vida que no siguin estressants. I per això no hi ha receptes miraculoses. Cadascú ha de saber fins on pot arribar i aprendre a gaudir del temps lliure. No sobrepassar-se per un excés de preocupació o de feina. Vivim a una societat sobrepassada i la conseqüència és un consum excessiu d'ansiolítics. L'única recepta vàlida és equilibrar feina i oci. Al capdavant la vida és un triatge. Jo mateix, i no vull donar lliçons a ningú, visc a Selva i tenc per costum anar a Ciutat i tornar-ne amb el tren. Això no importa que ho diguis, perquè cadascú té maneres diferents de fer front als problemes de cada dia, i el que importa és mantenir una higiene mental que eviti emmalaltir-se.

-Ha parlat de contaminació a les Illes, fins a quin punt la situació és greu?

-Jo diria que és greu. N'hi ha prou de llegir els diaris, on sovintegen les denúncies sobre saturació del trànsit a les carreteres o als carrers de les ciutats, també sobre els alts nivells de renous. La incineradora, també, que per molt que diguin que no contamina, sí que contamina i moltíssim. Una incineradora llança constantment més de tres-centes substàncies contaminants i quan es donen dades oficials només en fa referència a sis o set. És un engany total. I és clar, entre dioxines i el CO₂ dels cotxes, doncs, no podem dir que el nostre entorn sigui saludable. Ens salva que som a una illa i que el vent esvaeix aviat la contaminació, però això no és cap consol, com tampoc no ho és que, previsiblement, puguem esperar una reducció de la contaminació per la via dels avanços tecnològics. Per bona lògica hem d'anar cap a un món de cada vegada més net, perquè l'actual és un absolut desastre. Endemés, el consum de combustibles fòssils incrementa l'efecte hivernacle i aquest tindrà conseqüències sobre el clima i el nostre entorn. Teòricament vull ser optimista i esperar que tot millori, però això comença per nosaltres mateixos, ara i aquí. Per exemple, quan deixam el cotxe i anam a peu. A més a més, caminar és exercici. És salut. Els humans no som animals sedentaris, sinó que necessitam moviment. Una ciutat com Palma hauria de ser més confortable del que és, més confortable i més saludable.

L'ESTAT DEL MÓN

-Un dels eslògans de l'ecologisme és pensar globalment i actuar localment. Aquest pensament, també és aplicable a les polítiques de salut?

-És clar, la Terra funciona com un organisme i, per tant, qualsevol cosa que incideix al Nord pot tenir conseqüències al Sud, a la dreta o a l'esquerra... qualsevol cosa que perjudica l'entorn afecta la salut del planeta, sigui a un continent o a l'altre. I qualsevol acció que tendeixi a respectar l'entorn, doncs contribuirà a mantenir la salut. Per tant, aquest pensament de l'ecologisme també és aplicable a la salut de la Terra. La nostra mateixa salut es veu afectada per qüestions que no podem controlar, però en canvi n'hi ha moltes que sí que podem controlar i, d'aquesta manera, ajudar-nos a nosaltres mateixos i a tot el món. Si nosaltres, com hem dit, amb una bona alimentació ajudam el nostre metabolisme, de la mateixa manera si contribuïm a respectar la naturalesa contribuirem al bon estat del món.

-Els avanços científics ens han aportat molts de coneixements sobre les malalties i la manera de curar-les, però a mesura que la tecnologia avança n'apareixen de noves: la sida, vaques boges... la llista és llarga. Fins a quin punt la humanitat n'és responsable?

-Aquesta és una qüestió delicada, però ja que m'ho demana no tenc cap problema per dir el que pens: per una part la tecnologia és fantàstica. Abans per exemple eren menester unes intervencions quirúrgiques molt agressives, s'havia de fer un xap molt gros, dit així planerament i, en canvi, ara sovint n'hi ha prou amb un xapet de no-res, la qual cosa fereix molt menys i facilita la recuperació del malalt. Però també hi ha una altra tecnologia que no se sap ben bé fins on pot arribar. Em refereixo a l'excés de vacunes que es posen actualment. Una vacuna és en principi un sistema de prevenció, però quan s'acumulen, si tenim en compte que avui en dia des que naixem fins al catorze anys ens posen quaranta-vuit vacunes, quina és la conseqüència que tot això té dins del nostre cos? A priori són beneficioses, però tal volta no ho són tant si n'abusam. Molts de pics la vacunació s'imposa no només per raons científiques, sinó també

polítiques. És el que deia: una bona vacunació, però, anem en compte de no abusar. Els excessos fan mal.

-No passa això amb els medicaments?



-Així és. Es fa un consum farmacèutic excessiu. La farmàcia s'ha d'emprar sempre que sigui necessària, però no hem d'anar més enllà. L'home és fruit d'una evolució de milions d'anys, de manera que ell mateix genera el remei adient per a molts de mals que l'afecten. Les medicines ajudaran, sens dubte, però les hem d'emprar amb precaució. No és millor metge aquell que recepta més, sinó el que millor administra els recursos de la medicina per curar els malalts. En qualsevol cas, jo, amb homeopatia, tenc per costum no receptar més d'un medicament.

OPTIMISTA DAVANT LES TRANSFERÈNCIES

-Hem parlat de salut i de com administrar els recursos sanitaris per conservar-la. Creu que amb les transferències sanitàries s'administraran millor aquests recursos?

-Ja li dic que som optimista i, per tant, vull pensar que sí. Acostar el poder de decisió als ciutadans sempre ajuda a resoldre els problemes quotidians i, segur que la salut és el principal de tots. Confii que els polítics faran les coses bé i, en aquest sentit, que faran extensiu aquest concepte de salut, amb unes polítiques que incideixin més en els aspectes d'higiene o de millora mediambiental. Que tinguin present que no pel fet d'incrementar el consum farmacèutic o d'invertir en hospitals i equipament es millorarà la salut dels habitants d'aquestes illes, sinó que això serà possible per una millora de les condicions de vida, és a dir de l'entorn físic i psíquic.

-En qualsevol cas, té una idea formada sobre si el pressupost

sanitaris és suficient o no, o si fan falta més hospitals, més centres de salut? Diuen que som a la coa de les comunitats autònomes quant a llits per nombre d'habitants.

-Som a la coa. En som ben conscient. I aquesta és una situació que s'ha de millorar. Això és indubtable. Ara bé, no oblidem que una major despesa sanitària no equival a un alt nivell de salut. L'exemple és als Estats Units. És evident que tenen més despesa sanitària que nosaltres, però no tenen més salut. Són coses diferents. Un excés de medicament no vol dir salut sinó més aviat al contrari: si es prenen medicaments és perquè no hi ha salut. Hem de tenir tots els hospitals i tots els quiròfans que calguin, però no hem d'oblidar la prevenció. Jo confii molt en la tecnologia mèdica, perquè ens serà de gran ajuda davant un malalt, però confii més en la prevenció. També és cert que avui ja no existeix la figura del metge de capçalera que era a disposició de la gent les vint-i-quatre hores del dia i això fa que sigui menester una xarxa de centres de salut, d'ambulatoris i d'hospitals, que fa anys no era tan

necessària. Avui la situació és deficitària, però amb Son Llàtzer, el futur hospital d'Inca o les noves clíniques privades és evident que l'atenció al malalt millorarà, però sobretot si tots aquests nous centres serveixen per estendre la prevenció... perdoni que hi insisteixi, però som caparrut en aquest tema. El 061 salva moltes vides i mai no deixarem d'estar agraïts al seu servei, però més se'n podran salvar amb una vida saludable.

-Allò que resulta preocupant és que per una deficiència del transport, el cas del transport aeri, per exemple, o per no disposar dels equipaments adequats no se salvin encara més vides.

-Sí, és clar. En cap moment no he volgut dir que no s'hagi d'invertir en nous equipaments o en mitjans de transport per als malalts. Tot el contrari. Mai no seran a bastament. Darrere cada vida que es perd hi ha una tragèdia que afecta tot l'entorn de la persona morta, la seva família i també el personal sanitari, per molt avesat que hi estigui. Ja li he dit, per molt que s'inverteixi mai no serà suficient, però en qualsevol cas, per molts de doblers de què es disposàs sempre serà imprescindible la prevenció.

MEDICINA PÚBLICA I PRIVADA

-Hi ha enfrontament entre la medicina pública i la privada o tot forma part d'una mateixa xarxa?

-Jo entenc la medicina com una sola, sense diferències. Per a mi un metge sempre ha d'atendre i ajudar el pacient. De la mateixa manera

que qualsevol ciutadà ha de poder trobar en qualsevol moment l'assistència que necessiti. Teòricament aquesta garantia la dona, sobretot, la medicina pública. Ara bé, el fet que jo mateix practiqui un tipus de medicina que no és a la sanitat pública, aquesta és una altra qüestió. Perquè jo vull fer un tipus de medicina determinat i no tenc cap altra alternativa, de moment, que ser a la privada. No sé si la faig millor o pitjor, però segueix la meua vocació. I crec que això és el que han de fer tots els metges, entre d'altres coses perquè aquesta és una professió eminentment vocacional, l'objectiu de la qual és el benestar dels pacients. Atendre'ls de forma convenient, no només receptar sinó parlar amb ells, ja que el tractament psicològic és de vegades més important. Els pacients han de tenir confiança amb tu i la tendran en la mesura que vegin que allò que fas és ajudar-los. Per tant, en aquest aspecte, jo no em vull enfrontar. No, jo faig el que vull, perquè és la meua manera de fer quelcom per a la societat. La medicina pública o la privada seran bones no pel fet de tenir un règim o l'altre sinó en funció de si satisfan les necessitats de la gent i mereixen la seva confiança.

HOMEOPATIA I SEGURETAT SOCIAL

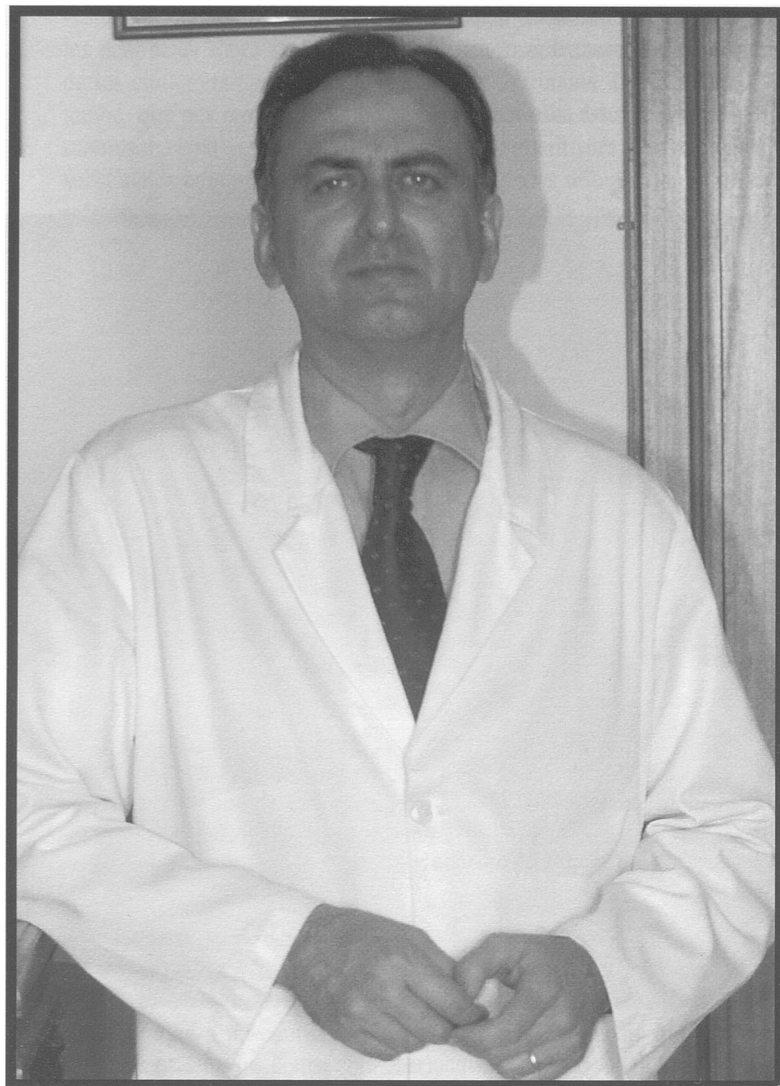
-La medicina que vostè practica, l'homeopàtica, no és a la Seguretat Social. Hi hauria de ser?

-Jo pens que sí, per què no hi hauria de ser? No hi veig cap impediment. A altres països, com Gran Bretanya, sí que hi és. Hi ha cinc hospitals homeopàtics, per exemple. També hi és a França i a Alemanya. Al Brasil és una especialitat mèdica més i hi ha hospitals homeopàtics per tot. A l'Índia, una tercera part de la població es tracta amb medicina homeopàtica i és oficial a tots els efectes. I així podríem anar posant exemples. Fins i tot m'atreveix a dir que el fet de no ser a la Seguretat Social és un greuge comparatiu. És clar que hi ha de ser, com també és clar que l'Estat ha de posar a l'abast escoles on s'ensenyi medicina homeopàtica. Al capdavant és una especialitat més. Primer s'ha d'estudiar medicina a la universitat i després seguir una especialitat. En qualsevol cas, una cosa ha de quedar clara: un metge homeòpata és, sobretot, un metge, que ha estudiat una carrera com qualsevol altre metge i que davant un malalt ha de saber quin és el millor tractament que pot rebre, si homeopàtic o no homeopàtic. En definitiva, ha de ser metge. No n'hi ha prou de penjar un cartell per fer homeopatia. Hi ha molt d'engany a l'empira, justament, d'una manca de reconeixement i de suport per part de l'administració sanitària. A Espanya hi ha devers dos mil metges homeopàtics, però la manca de reconeixement oficial fa que també hi hagi un alt índex d'intrusisme i de picaresca, perquè molts dels que diuen ser homeòpates sols no han estudiat medicina.

-Tal volta encara hem d'explicar què és l'homeopatia?

-Home, jo crec que avui ja no fa falta. Es coneix a bastament. És una medicina fonamentada en tècniques naturals, en medicines preparades amb substàncies d'origen vegetal, animal o mineral que no són agressives per als malalts. En molts de casos arriben a les nostres consultes malalts amb els quals ha fallat la medicina convencional, quan hauria de ser al revés, perquè la medicina homeopàtica no és tòxica, no fa mal.

-Hi ha un comportament psicològic fort, no és veritat?



-Sí, perquè feim servir tècniques naturals, tant a l'homeopatia com amb l'acupuntura, que també faig servir. Un tracte més humà contribueix a curar el malalt... també a l'altra medicina. En qualsevol cas l'homeopatia no és cap tècnica miraculosa. La fe ajuda, però no cura. Marañón va dir que la millor màquina mèdica que mai no s'havia inventat era la cadira. Per què? Doncs perquè serveix perquè el pacient segueixi i el metge escolti. Però el fet d'escoltar no lleva la necessitat d'una teràpia. En tot cas, l'efecte placebo que contribueix a millorar l'ànim del malalt serveix, serveix fins a un cert punt, justament fins que deixa d'ajudar. Ja m'entén, no?

-Vostè presideix la Lliga Mèdica Homeopàtica Internacional. Com és que un mallorquí, ciutadà d'un estat que encara no ha incorporat la seva especialitat a la sanitat pública, ha arribat a aquest càrrec?

-No hi ha més secret que el treball, el desig d'estar ben informat, d'assistir a congressos i, naturalment, de voler contribuir al desenvolupament d'una especialitat en la qual crec fermament. Ja durant nou anys vaig ser el president de l'Acadèmica Medicohomeopàtica de Barcelona. Allò que vull fer és ajudar a aixecar el nivell acadèmic dels estudis de medicina homeopàtica, tot exigint la formació necessària a tots aquells que la vulguin practicar, així com ajudar els països en vies de desenvolupament d'Àfrica, Àsia i l'Europa de l'Est i tenir una veu a l'Organització Mundial de la Salut.

La Clau d'ONA

PER ENTENDRE EL PRESENT, PER OBRIR EL FUTUR

Davant l'estiu més difícil

El model turístic de les Balears és en crisi o, si més no, s'enfronta a canvis d'hàbits dels turistes que reserven més tard i que tenen més destinacions on anar que fa uns anys, canvis que poden ser transcendents de cara a un futur més o menys immediat. Enmig de tot això, l'enfrontament obert entre hotelers -amb el suport de les grans cadenes i de la CAEB- i el Govern sorgeix com una prova de força de cara a les eleccions del 2003. En aquest sentit, hom pot dir que som davant l'estiu més difícil, un moment extraordinàriament delicat políticament, econòmicament i socialment per a les Illes Balears.

S.V.

Som a poques setmanes de l'inici de la temporada alta, d'un estiu que sociològicament abasta el doble de mesos que el climatològic i que enguany es presenta extraordinàriament difícil. D'entrada sembla que serà més curt que en anys anteriors perquè molts d'hotels retardaran l'obertura. I mentrestant, aquestes darreres setmanes, amb la revifalla de la polèmica sobre l'ecotaxa i el descens de reserves, ja se n'ha escrit el pròleg. A mesura que ens acostem a la temporada alta, si ningú no hi posa remei assistirem a un encreuament d'acusacions entre hotelers i Govern. De fet, ja hem tornat a sentir velles acusacions per part d'alguns coneguts empresaris turístics sobre una suposada dimonització del turisme per part del Pacte de Progrés. És cert que hi ha moltes veus, i no només dins del Pacte, sinó també des de posicions més conservadores, que reclamen un turisme més sostenible que l'actual i que, per tant, són partidàries de polítiques que limitin l'oferta d'allotjament, però d'això no cal deduir una oposició al model econòmic, sinó simplement un intent de reforma perquè continuï sent rendible en el futur.

UN MOMENT DE TRANSICIÓ

El moment és de transició, no hi ha dubte, i, per tant, adequat per al debat, però en lloc del diàleg s'imposa l'enfrontament. El turisme del futur exigeix una adaptació als canvis que es registren en el mercat i la veritat és que no es produirà sense que hi hagi una complicitat entre el Govern i els agents econòmics. Una premissa quasi impossible de complir ateses les circumstàncies actuals en què les patronals lligades al turisme i molt concretament les grans cadenes hoteleres de les Illes semblen més interessades a mantenir el pols sobre l'ecotaxa que no a pal·liar la situació. Amb l'objectiu posat a les eleccions de l'any que ve? L'oposició al Pacte de Progrés i als seus projectes més emblemàtics va ser palesa a una assemblea dels grans i posterior con-



vocatòria de roda de premsa a la CAEB. Ells, els grans, podran resistir, però... ho podran fer les petites empreses, els petits hotelers, que constitueixen la major part de l'oferta, els restaurants o els comerços? Resistiria l'economia de les Illes un terratrèmol com el que s'augurava des de la patronal pel fet d'aplicar el nou impost a partir del primer de maig. S'acusa el Govern d'intransigent, però al mateix temps es rebutja la proposta d'ajornar el cobrament de l'impost fins a la tardor, la qual cosa en aquests moments suposava l'única treva políticament correcta i possible.

En aquest context, la negativa de dialogar és un comportament inexplicable o que, com a mínim, no sembla raonable. Dèiem abans que a les Illes ningú no dimonitza el turisme en el sentit de no veure la importància econòmica del sector, però és innegable que la massificació comporta sentiments com a mínim contradictoris. En aquest sentit, pot ser que molts de comentaris que s'han pogut fer sobre els alemanys siguin primaris i per tant injustificables, però es fonamenten en un fet objectiu:

*L'ecotaxa
finançarà
polítiques
mediambientals.*

el turisme és el motor econòmic de les Illes, però també la causa de l'encariment dels preus dels serveis més essencials o dels problemes de saturació de platges i carreteres. Però, ningú no creu possible substituir el turisme per una altra activitat, sinó que es vol limitar el seu desenvolupament i fer-lo compatible amb altres iniciatives econòmiques complementàries.

L'aixecament de la suspensió de l'ecotaxa pel Tribunal Constitucional i l'aprovació del reglament que permet el seu cobrament a partir de l'1 de maig, han servit d'excusa per relançar l'atac contra el Govern al qual s'acusa d'irresponsabilitat. Els arguments que barregen són molt diversos però en destaquen dos: un afecta directament les empreses d'allotjament -que, diuen, seran elles les que pagaran, i no els turistes, com preveu la llei- i l'altre parla de l'impacte que pot tenir sobre les reserves per a la pròxima temporada. A hores d'ara, després de les fires, ja ningú no dubta que enguany es produirà una baixada de turistes, especialment alemanys, més gran que la registrada l'any passat. Tot plegat ha fet que sorgeixin veus al Pacte de Progrés i entre els hotelers

mostra una perillosa instrumentalització de les repercussions que taxes o impostos poden tenir sobre la demanda turística.

Caldria superar aquest obstacle polític i llavors seria possible analitzar, a la llum pública i sense interferències, els pros i els contres de l'ecotaxa, i reconèixer com a mínim que el problema no pot ser únicament l'impost. Si més no, en els darrers anys les Balears s'han beneficiat de la guerra i del terrorisme que afectava altres destinacions mediterrànies, perquè eren una zona que disposava d'oferta i garanties suficients. Ara, però, més enllà de les repercussions de l'11 de setembre, ens trobam amb un horitzó diferent: la guerra s'ha acabat i s'ha incrementat una oferta a tota la Mediterrània que ha superat en escreix el creixement front la demanda (de fet, el nombre de turistes alemanys que surten a l'estranger s'ha estabilitzat). I endemés, el nivell de vida de les Balears ha encarat els preus, no només dels hotels -que han invertit xifres multimilionàries en modernització- sinó de l'oferta complementària. En conseqüència, per mantenir el turisme en xifres semblants a les del 2000 o del 2001 s'ha d'incorporar valor afegit a l'oferta i d'això, precisament, es tracta: de pactar entre l'Administració i el sector privat què és el que s'ha de fer i com es pot finançar.

SENSE SORPRESES

Tothom ho sabia. Els hotelers no es poden sentir sorpresos perquè el turisme s'estabilitzi o, fins i tot, baixi. Però resulta que aquesta baixada afecta sobretot els hotelers, davant un increment del turisme residencial atret per l'espectacular creixement immobiliari dels darrers anys, creixement causat justament pels excedents que ha generat el darrer boom. La qüestió és que ningú no s'esperava la dimensió del fenomen de les reserves que es dona aquestes setmanes i això ha incrementat la intranquil·litat i ha escalfat la discòrdia. Hi ha preocupació no només perquè puguin venir menys turistes, sinó perquè el descens provoqui un reajustament de l'operatiu dels majoristes de viatges (especialment la disponibilitat d'avions) cap a les Illes. En aquest sentit, el temor dels grans majoristes no és tant, diuen, que l'ecotaxa o els increments de les despeses afectin la demanda dels turistes, sinó que aquesta minvi a causa de la mala imatge que transmeten els mitjans de comunicació. Com se sap, hi ha una premsa sensacionalista alemanya i britànica molt propícia a traduir les disputes internes de les Balears en missatges negatius sobre que els turistes ja no són ben rebuts o que a les Illes hi ha problemes als aeroports, vagues, manca d'aigua, massificació... etcètera. Qüestions que, de vegades, des de les patronals i des del PP s'han magnificat com a estratègia política. Hi ha problemes reals que no es poden amagar, però per això existeix la promoció turística, perquè els turistes sàpiguen que les Balears continuen sent, malgrat tot, un paradís i que aquí són benvinguts.

No hi ha temps per perdre. A molts ens agradaria un model turístic més sostenible, però aquest no es construirà mitjançant restriccions, sinó per una adequació progressiva de l'oferta de les Illes, és a dir, a través d'una reconversió que, finalment, s'haurà de consensuar amb el sector empresarial. Però aquest no es pot erigir en únic intèrpret dels interessos socials d'aquesta terra ni, per tant, pretendre substituir el paper de l'Administració i dels polítics que representen la societat. L'ecotaxa és una decisió política i com a tal s'ha d'acceptar. Es pot criticar i recórrer davant totes les instàncies que calgui, però allò que no du a enlloc és tancar-se en banda davant qualsevol oferta de diàleg.



L'estand de les Illes Balears a la darrera FITUR.

que reclamen una negociació, conscients que el principal problema no és l'impost sinó la mala imatge que l'enfrontament trasllada a un mercat molt sensible i en el qual si alguna cosa hi ha en excés en aquests moments és oferta i diversitat de zones turístiques.

SUPERAR LA BARRERA POLÍTICA

Curiosament, totes les parts enfrontades en aquest conflicte coincideixen a afirmar que les inversions en medi ambient i l'objectiu de millorar l'entorn de les zones turístiques són imprescindibles, però discrepen obertament sobre els instruments que s'han d'emprar per disposar de recursos financers suficients. No queda més remei que arribar a un acord, però... com? D'entrada caldria deslligar l'enfrontament polític de les discrepàncies estratègiques sobre com influir en el mercat en moments de crisi. No és possible, per exemple, que des de l'Administració central i des del Partit Popular només es destaquin les xifres negatives ("Balears és la destinació on més va baixar el turisme", reitera a FITUR el secretari d'Estat) o que s'insisteixi que l'ecotaxa (l'objectiu polític a combatre) és l'eix de tots els mals, quan des d'AENA s'han apujat les taxes aeroportuàries i s'ha provocat l'únic increment real, fins ara, dels paquets turístics. Una doble mesura que

Govern i universitat faciliten l'accés a la documentació europea

Un conveni firmat entre el conseller d'Hisenda, Joan Mesquida i el rector de la universitat, Llorenç Huguet, possibilitarà que el Centre Balears Europa faciliti documentació europea a la comunitat universitària i als ciutadans de les Illes.

ONA

El conseller d'Hisenda i Pressuposts i president del Centre Balears Europa (CBE), Joan Mesquida, i el rector de la Universitat de les Illes Balears, Llorenç Huguet varen firmar un conveni de col·laboració amb l'objectiu d'aplicar el sistema informatitzat de gestió de biblioteques de la UIB al Centre de Documentació Europea del Govern.

En virtut d'aquest acord de cooperació, el Centre de Documentació Europea del CBE, que compta amb un fons bibliogràfic i documental sobre temes relacionats amb la Unió Europea que poden ser d'interès per a la comunitat universitària i la comunitat científica en general, esdevindrà biblioteca associada de la UIB. Amb la utilització del programari de gestió bibliotecària de la UIB, es millorarà la catalogació dels fons per posar a l'abast del públic els 11.650 títols, entre llibres, revistes, articles, estudis i normativa comunitària, de què disposa el Govern en aquests moments.

El sistema informatitzat de gestió bibliotecària INNOPAC-Millennium incorpora els darrers avenços tecnològics en aquest camp i permet que pugui arribar-se a un únic catàleg virtual que inclogui els fons bibliogràfics de les biblioteques de la UIB i les biblioteques associades.

AUTONOMIA DE GESTIÓ

Una altra característica fonamental d'aquest sistema és que permet l'autonomia de gestió i la personalització del programari per incorporar-hi la imatge de les diverses biblioteques associades mitjançant la instal·lació de mòduls addicionals de programari.

Concretament, la col·laboració entre ambdues institucions s'articularà de la manera següent:

La UIB es compromet a:

- 1.- Posar a disposició el programari INNOPAC, del qual disposa actualment, necessari per posar en marxa el sistema.
- 2.- Posar a disposició l'ordinador central necessari per suportar el sistema.
- 3.- Adquirir uns mòduls addicionals de programari.
- 4.- L'assessorament per a l'elecció del programari addicional més adequat per dur a terme el projecte. La direcció tècnica de la instal·lació i la posada en marxa dels nous mòduls de programari.
- 5.- L'assessorament per a l'elecció del maquinari i les connexions telemàtiques necessàries per a la posada en marxa del projecte.
- 6.- L'administració del sistema per un període inicial de tres anys.
- 7.- La formació del personal bibliotecari per poder utilitzar amb eficàcia el nou programari per a les seves tasques diàries, com també en la catalogació en format MARC.
- 8.- Controlar la integritat de la base de dades, amb l'aplicació de totes les mesures de seguretat recomanades per a aquest fi.

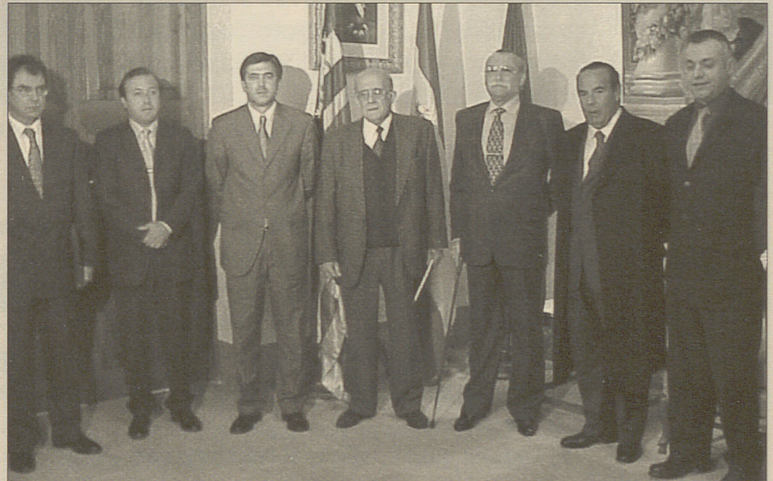
El Centre Balears Europa es compromet a:

- 1.- Abonar a la UIB la quantitat inicial de 14.595,69 euros (2.428.518 ptes.), corresponent al cost dels mòduls de programari addicionals que s'han d'instal·lar.
- 2.- Abonar a la UIB la quantitat anual de 1.560,07 euros (259.573 ptes.), corresponent al cost de manteniment dels mòduls de programari addicionals que s'han d'instal·lar.
- 3.- Instal·lar el maquinari i les connexions telemàtiques necessàries per poder operar amb el sistema i fer-se càrrec del manteniment.
- 4.- Reconvertir a càrrec seu els catàlegs informatitzats que tenen en aquests moments, d'acord amb les directrius que doni l'administració del sistema.
- 5.- Seguir els protocols que s'estableixin per accedir a les consultes i el suport de l'administració del sistema.
- 6.- Garantir l'assistència de tot el personal que ha d'utilitzar el sistema a les sessions de formació.



Mesquida i Huguet firmen el conveni.

Miquel Pocoví rebut pel president Antich



El nou president de "SA NOSTRA", Miquel Pocoví, va ser rebut pel president Antich al Consolat de la Mar. Va ser una visita protocolària després que l'elecció de Pocoví pel Consell d'Administració de la caixa d'estalvi posàs fi a la crisi originada per la dimissió de l'expresident Miquel Capellà.

El nou president de l'entitat va ser acompanyat pel conseller d'Hisenda, Joan Mesquida, així com pel director general de "SA NOSTRA", Pere Batle, i per alguns membres del Consell d'Administració.

En les seves primeres declaracions, el nou president de "SA NOSTRA" i exdirector general de GESA afirmà que no hi hauria canvis substancials en la gestió de l'entitat, en especial en totes aquelles qüestions de caire més social, entre les quals s'hi troba el fòrum de debat Balears 2015.

Les Illes Balears, la comunitat més inflacionista de tot l'Estat

ONA

Els preus van pujar en el mes de desembre a totes les comunitats autònomes, especialment a Cantàbria i La Rioja, a més de Ceuta i Melilla, i el creixement de la inflació en tot l'exercici del 2001 va ser major a Balears i La Rioja, amb índexs del 3,7% i 3,6%, respectivament. D'aquesta manera, la nostra comunitat va ser la que registrà un major creixement de preus al llarg de tot l'any.

El desembre, els preus van pujar un 0,4% en el conjunt d'Espanya, la qual cosa va situar el creixement de la inflació en l'exercici passat en el 2,7% (l'objectiu del Govern per a l'any era del 2%), segons dades difoses per l'Institut Nacional d'Estadística.

Els preus al desembre van pujar més a Cantàbria i La Rioja, un 0,5% en ambdós casos; a més de Ceuta i Melilla (0,6% i 0,7%, respectivament), seguides d'Aragó, Balears, Catalunya, Comunitat Valenciana, Madrid, Múrcia, Navarra i País Basc, amb índexs del 0,4% en tots els casos, igual que en el conjunt d'Espanya.

L'IPC va pujar un 0,3%, una desena per sota de la mitjana nacional, a Andalusia, Astúries, Canàries, Castella-Lleó, Extremadura i Galícia; i un 0,2% a Castella-la Manxa, que va ser la comunitat menys inflacionista el desembre.

La inflació en l'exercici 2001 va ser més alta a Balears, amb una taxa del 3,7%, un punt per sobre del conjunt d'Espanya (2,7%); seguida de La Rioja, amb un 3,6%, País Basc (3,4%) i Cantàbria (3%), a més de Melilla (3,2%).

També per sobre de la mitjana nacional es van situar Extremadura (2,9%) i Andalusia i Catalunya, amb una taxa del 2,8% en ambdós casos.

Amb una taxa igual a la del conjunt nacional (2,7%) es troben la Comunitat Valenciana i Navarra, i per sota d'aquest índex, amb un 2,6%, es varen situar Galícia i Múrcia; i Aragó, Castella-Lleó, Madrid i Melilla, amb un 2,5% en totes els casos.

Les menors taxes d'inflació en el passat exercici varen correspondre a Castella-la Manxa (2,3%) i Astúries i Canàries, amb un 2,4% en ambdues.

El següent quadre reflecteix, per comunitats autònomes, les variacions de l'índex de preus al consum en el mes de desembre i la inflació en tot l'exercici del 2001, segons les dades de l'INE.

HABITATGES MÉS CARS

Un dels factors que més han pesat en la inflació és el de les despeses en l'habitatge que inclou, entre d'altres variables, el preu de venda tant d'habitatges nous com de segona mà. L'any passat a les Balears els preus dels pisos pujaren un 25%. Són dades que avui ha fet públiques la Societat de Taxació Immobiliària. Segons TIMSA, l'estancament o el retrocés dels preus no es preveu com a mínim fins l'any 2003. I és que avui es donen les principals premisses perquè el mercat continuï a l'alça, és a

dir, els tipus d'interès són baixos i per tant els habitatges són encara un refugi per als doblers negres, hi ha molta gent jove que cerca un habitatge i, encara que en menor mesura, es continuen generant llocs de feina. Tot això fa que la demanda sigui alta i que, per tant, els preus continuïn pujant.

ÍNDEX DE PREUS AL CONSUM 2001

	Desembre	Any 2001
Andalusia	0,3	2,8
Aragó	0,4	2,5
Astúries	0,3	2,4
Illes Balears	0,4	3,7
Canàries	0,3	2,4
Cantàbria	0,5	3,0
Castella-La Manxa	0,2	2,3
Castellà-Lleó	0,3	2,5
Catalunya	0,4	2,8
C. Valenciana	0,4	2,7
Extremadura	0,3	2,9
Galícia	0,3	2,6
Madrid	0,4	2,5
Múrcia	0,4	2,6
Navarra	0,4	2,7
País Basc	0,4	3,4
La Rioja	0,5	3,6
ÍNDEX GENERAL	0,4	2,7

El nou IPC confirma la carestia de les Illes

ONA

Els resultats de l'any passat han quedat corroborats amb les primeres dades del nou IPC. Els preus de les Illes Balears pujaren un 0,5%, un increment que és doblement significatiu perquè la mitjana de l'Estat, davant la sorpresa dels experts, experimentà una davallada del 0,1%. Tothom esperava un fort increment per mor del canvi de moneda, però la incorporació de les rebaixes en els càlculs serví d'amortidor.

A les Balears l'efecte de les rebaixes no fou tan fort com a la resta de l'Estat. Per exemple, la mitjana estatal dels preus de roba i calçat baixà un 0,7%, mentre que a les Illes només ho feu en un 0,2%. Per contra els arrodoniments a cafès i restaurants, que en general feren pujar els preus en un 1%, aquí només s'incrementaren en un 0,5%.

Tot plegat fa que les Balears continuïn sent la comunitat més inflacionària, com a conseqüència, també, d'un major escalfament econòmic i perquè, fins ara, encara no s'ha produït cap símptoma real de crisi més enllà del nivell de reserves turístiques o de la disminució de sol·licituds de visats d'obres.

Les Illes Balears ja són al mapa gasístic d'Espanya

El Ministeri d'Economia s'ha decantat, finalment, a favor de la proposta del Pla energètic de les Illes Balears, la construcció d'un gasoducte submarí entre la costa valenciana, Eivissa i Mallorca. Els estudis tècnics realitzats estimen que la seva construcció serà un 28% més barata que l'alternativa del transport per vaixell i la construcció de plantes regasificadores a les Illes.

ONA

El Govern central també aposta per l'opció del gasoducte entre la Península i les Illes Balears per subministrar gas a l'arxipèlag, tant per a la producció d'electricitat com per al consum directe dels ciutadans. Així ho varen informar el president Antich i el conseller d'Innovació i Energia, després de la reunió mantinguda amb el secretari d'Estat d'Economia, José Folgado, reunió a la qual es va analitzar l'esborrany de planificació energètica que elabora el Ministeri per al conjunt de l'Estat. En el transcurs de la trobada, el secretari d'Estat d'Economia, José Folgado, va exposar el contingut de l'Informe sobre Planificación y Desarrollo de las Redes de Transporte Eléctrico y Gasista 2002-2011, on s'inclou el gasoducte com a opció més rendible a nivell econòmic, fins un 28% més barata que les altres, i la més factible des del punt de vista tècnic i a l'hora d'afrontar la seva instal·lació.

D'aquesta manera, segons afirmà el president Antich, les Illes Balears apareixen per primera vegada en el mapa gasístic d'Espanya. "El gas natural esdevé així -afirmà- una qüestió d'Estat, cosa que alguns (PP) no volgueren entendre quan qualificaren el Pla energètic de desbarat". Tant Antich com Villalonga valoraren l'encert d'haver firmat un conveni amb ENAGAS, que és el gestor del sistema.

Per iniciar les obres encara fa falta redactar el projecte i convocar el corresponent concurs, però tot fa pensar que l'arribada del gas natural a Mallorca i a Eivissa pugui ser realitat a partir del 2005, un any després del previst inicialment, però amb suficient temps perquè les Illes no pateixin problemes de subministrament energètic.

Quant al cost, els estudis del Ministeri coincideixen amb els del Govern, no sobrepassarà els 240 milions d'euros -40.000 milions de pessetes- una quantitat notablement inferior a la que s'havia apuntat en un principi.

Per la seva part, el conseller d'Innovació i Energia reiterà que el projecte de gasoducte no requeria cap planta regasificadora ni a Mallorca ni a Eivissa, sent -digué- no només l'opció més barata, sinó la millor des d'un punt de vista mediambiental.

El president Antich i Priam Villalonga comunicaren l'acord sobre el gasoducte.



El consum elèctric de les Illes s'incrementà un 8,3% en el 2001

ONA

L'economia de les Balears continuà creixent a un ritme important durant el 2001, tal com es veu a la corba de demanda d'energia elèctrica. Segons ha informat GESA, la demanda de l'any passat en el conjunt de l'arxipèlag va ser de 4.621 GWh, la qual cosa suposa un increment del 8,3% respecte de l'exercici anterior. Per Illes, el major creixement percentual es donà a Mallorca amb un 8,4%, a les Pitiüses va ser d'un 8,2% i a Menorca d'un 7%.

LES PUNTES PER SOBRE DEL 6%

La potència màxima demandada en el sistema elèctric Mallorca-Menorca, que posà a prova la capacitat de subministrament de la companyia, es donà el 29 d'agost amb 787 MW, un 6,6% més que la punta del 2000, mentre que la punta d'Eivissa fou de 138 MW el 9 d'agost amb un 6,2% més. Igualment també destaca

l'increment registrat el desembre a causa de l'onada de fred que patiren les Illes, increment que fou de quasi un 19% respecte del mateix mes de l'any anterior.

Des de GESA destaquen que la potència instal·lada actualment al sistema Mallorca-Menorca és de 1015 MW, la qual cosa suposa un increment del 13% respecte del 2000, gràcies a la primera fase de la central de Son Reus. Per a Eivissa l'increment ha estat fins i tot major, un 24%, sent ara de 147 MW.

PREVISIONS DE FUTUR

Respecte del nombre d'usuaris, GESA compta actualment amb prop de 570.000 clients que suposen un increment, només durant l'any de passat, de 14.730, una xifra que reflecteix tant o més que el consum elèctric el creixement econòmic de les Illes: increment demogràfic i increment immobiliari.

Respecte dels creixements prevists, la secretària d'Estat d'Economia i Energia ha informat d'una previsió del 3,7% anual per a tota Espanya durant la pròxima dècada, un increment que serà superior a les Balears, amb un 4,9%. Segons aquestes previsions la demanda punta de les Illes el 2010 serà de 1.800 MW, un 60% superior a l'actual.

El president Antich presenta el Pla R+D en societat

ONA

El president del Govern de les Illes Balears va presidir l'acte de presentació del primer Pla de recerca i desenvolupament de Balears que es va aprovar en Consell de Govern a finals de l'any passat. Va ser la presentació en societat, davant un centenar de representants de la universitat i del món empresarial, en presència dels quals Francesc Antich es comprometé a impulsar un canvi de rumb per situar la investigació en el nivell que correspon a la nostra comunitat autònoma.

A l'acte també intervingueren el conseller d'Innovació i Energia, Príam Villalonga i el director general d'R+D, Enric Tortosa. Com se sap, l'objectiu principal del pla és avançar cap a una nova economia basada en el que es coneix com la societat del coneixement. Per aconseguir-ho, el Govern de les Illes Balears posarà en marxa distints programes temàtics per incrementar l'activitat d'R+D a Balears; major dotació de recursos econòmics; augment del nombre d'investigadors i noves infraestructures i divulgació, entre d'altres.

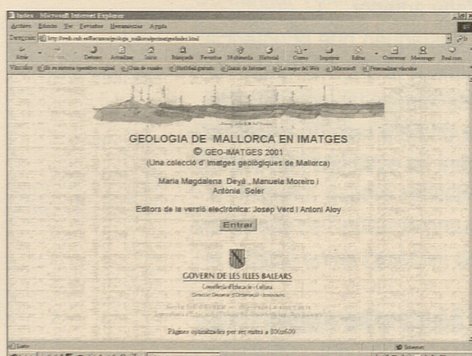
Durant la seva intervenció el president recordà que les Illes són a la coa de l'Estat quant a inversions en recerca i desenvolupament i que gràcies al pla s'espera anivellar la situació en el termini de quatre anys per, com a mínim, arribar a la mitjana estatal. "El nou model de desenvolupament de les Illes Balears -digué- només es podrà aconseguir, entre d'altres coses, si som capaços d'innovar."



El món universitari i empresarial assistí a la presentació del Pla R+D.

Adreces a la XARXA

Recursos educatius a la xarxa



Weib.caib.es/recursos/geologia_mallorca

Internet es configura cada poc més com un gegantí rebost on s'emmagatzema informació de tot tipus. Hi ha ja autèntiques biblioteques temàtiques tant a nivell internacional com local. Una prova la tenim amb el Weib, un centre de recursos educatius que promou la

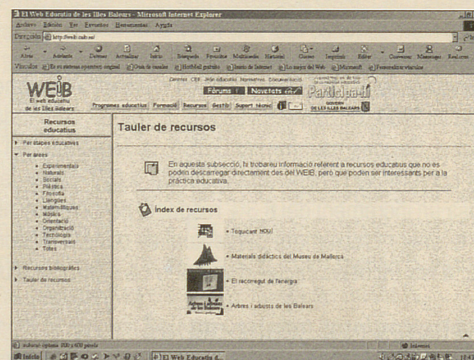
Conselleria d'Educació al qual pot accedir tothom que vulgui.

A poc a poc la col·lecció d'aquesta biblioteca virtual ha crescut i aporta nous temes a cadascuna de les àrees específiques de l'ensenyament. La darrera adquisició fa referència a les ciències naturals o més específicament, a la geologia.

Geologia-Mallorca és una enciclopèdia temàtica referida a la major de les Illes Balears en la confecció de la qual han intervingut geòlegs com Ma. Magdalena Deyà, Manuela Moreiro, Antònia Soler, Josep Verd i Antoni Aloy.

La visita a aquesta pàgina web és recomanable per a tots els públics, des dels alumnes als quals va expressament dirigida fins a ensenyants o persones interessades en el món científic illenc.

Però, com dèiem, només és la darrera adquisició, el darrer projecte penjat a la pàgina central, on s'hi pot trobar materialment de tot, des d'un recorregut pel món de l'energia, fins a una exposició de fauna i flora de les Illes, tot passant per l'esmentada aportació geològica... etcètera. En definitiva, una adreça per recordar.



Weib.caib.es

2002 PROJECTES

DE L'1 DE MARÇ AL 8 D'ABRIL DE 2002

CONVOCATÒRIA D'AJUTS
PER A PROJECTES
SOLIDARIS

CONVOCATÒRIA D'AJUTS
PER A PROJECTES
CULTURALS

CONVOCATÒRIA D'AJUTS
PER A PROJECTES DE
CONSERVACIÓ DE
LA BIODIVERSITAT

"SA
NOS
TRA"

CAIXA DE BALEARS

Fundació
"SA NOSTRA"

Per a més informació: Tel: 971 70 74 21 www.sanostra.es



Més salut

Metges, infermers, assistents, personal de manteniment...
tots som igual d'importants per aconseguir
una sanitat més justa per a tothom.

Ara, des de l'**ib-salut**, Servei de Salut del Govern de les Illes Balears,
treballarem, tots plegats, en un nou model sanitari,
una nova forma de gestió.

 **ib-salut**
servei de salut
de les Illes Balears

Perquè hi hagi més salut que mai.



**GOVERN
DE LES ILLES BALEARS**

Conselleria de Salut i Consum

Quatre illes,
un país
cap frontera