

«L'època de les vaques grasses dels metges ha passat a la història»

ENTREVISTA. Josep Maria Marcos i Bruguera s'ha jubilat aquest matí de juny. Ha estat cap del Departament de Medicina Interna de l'hospital de Sant Joan de Déu facultatiu de la Seguretat Social. Ara, continua exercint en la faceta assistencial a la clínica de Sant Josep i en la docència i la formació continuada.

Com vius la jubilació?

Hi ha gent que la viu amb alegria perquè li representa una millor qualitat de vida. En canvi, la majoria dels metges ho vivim amb una certa tristor i fins i tot de depressió i melancolia. Als 65 anys ens trobem encara amb capacitat mental i física i amb una bona dinàmica formativa, estudiant i assistint als congressos de la nostra especialitat. Per tant, no em sembla lògic que aquesta persona, amb el seu cabal de coneixements, hagi de deixar de fer la seva activitat, per anar a comprar el pa i passejar el gosset a mig matí. La nostra societat no s'ho pot permetre. Penso que caldria fer una reducció progressiva del temps dedicat a l'assistència, que permeti transmetre els seus coneixements i habilitats tècniques als que venen al darrere. El canvi de relleu hauria de ser progressiu i no pas sobtat. Insisteixo que aquest canvi tant brusc és un salt que la societat no s'hauria de permetre.

Quina investigació dueu a terme en la vostra àrea sanitària?

Per exemple, vam veure que a Mataró hi havia una gran quantitat de tumors de la bufeta urinària. De tal manera que si la taxa general era d'un 2%, n'hi havia un 10%. Feta la recerca, vam veure que hi havia una relació directa de molts pacients amb aquesta malaltia amb el seu treball al tèxtil. També hem observat que els treballadors de les mines són més propensos a la patologia de la silicosis; la gent que tracta amb bestiar pot tenir brucel·losi, com es va demostrar a la zona de Manresa, on hi havia uns ramats que no estaven prou controlats, però ara ja no n'hi ha cap cas perquè vam aplicar-hi les corresponents mesures sanitàries.

Com treballem concretament la prevenció?

Vinculada a l'assistència primària, intentem detectar els infarts de miocardi i quines característiques tenen en comú: hipertensió arterial, diabetis, colesterol, tabaquisme, obesitat, sedentarisme... Un cop detectat, llancem missatges a la població perquè controlin i previnguin aquestes situacions. Al nostre àmbit, les tres patologies més freqüents a l'any són: la malaltia respiratòria crònica, amb uns 600 casos, la insuficiència cardíaca, amb uns 500, i l'accident vascular cerebral, que és la feridura o ictus, amb uns 400.

Foto: Francesc Rubí

Hospitals catalans

Quins trets específics tenen els hospitals catalans?

D'entrada la seva antiguitat. L'hospital de Sant Andreu ha fet 700 anys i també són dels segles XIII i XIV el de Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró, Sant Llützer de Terrassa, dels Camils de Sant Pere de Ribes, el de l'Esperit Sant a Sant Coloma, i els d'Igualada i Vilafranca. La societat catalana d'aleshores va creure que necessitava aquests hospitals a diferència del que passava per exemple a Espanya. Actualment n'hi ha una mica més de 60 a tot Catalunya, amb una distància entre ells d'uns 40 quilòmetres.

Com estaven organitzats aquests darrers anys?

A partir del 1976, es van jerarquitzar alguns serveis i alguns metges es van organitzar en equips. Ciutats com Manresa, Terrassa, Sabadell, Mataró o Badalona van crear serveis fins a constituir la

Xarxa Hospitalària d'Utilitat Pública (XHUP), a la qual més tard es van adherir els grans hospitals de Barcelona. Jo m'havia format a l'hospital de Nostra Senyora del Mar. Era jovenet i famílies de Manresa em demanaven per portar l'avi a Barcelona, per una pulmonia, ja que Manresa no tenia les condicions per atendre'l. Tot estava centralitzat a Barcelona. A partir d'aquest moment es va veure clar que podíem tractar algunes patologies sense necessitat d'anar a la capital.

Descentralització

Qui van ser els principals avaladors d'aquesta descentralització?

Jaume Vendrell, que va muntar el primer servei jerarquitzat a l'hospital de Sant Andreu, on van treballar metges com Barrios, Valdés, Herms o Rocatell. Es va aconseguir que la població manresana i d'altres llocs de Catalunya no haguessin d'anar al Clínic, Sant Pau, al del Mar, ni a les dues grans residències del moment: Bellvitge i Vall d'Hebron. Érem metges del tercer nivell que havíem après les tècniques a Barcelona, però ja les podíem aplicar a d'altres llocs. Vam aprendre a resoldre patologies tant mèdiques com quirúrgiques. A partir del 1981 vaig ser cap de servei de l'hospital de Sant Andreu i amb la incorporació de nous metges com Esquius i Pastor, que ara són els màxims responsables de la Medicina Interna de Berga, vam continuar aquesta tasca descentralitzadora.

La Transició política afavoreix aquesta descentralització?

Òbviament. És el model a què, abans de la guerra, ja tendia el model sanitari de la Generalitat republicana. Els primers escrits ja es troben en metges dels anys 30, però no van acabar de fructificar, perquè de seguida va venir la Guerra. A la postguerra es va imposar la Seguretat Social amb Girón de Velasco i es dona pas a les grans residències a les grans capitals de província, que havien de ser les responsables de l'assistència hospitalària, però no van donar l'abast i amb el temps es va veure la necessitat de crear d'altres alternatives.

Durant la Dictadura, a Manresa no es va parlar de fer-hi també una gran residència?

--Sí. Em consta que en època de l'alcalde Soldevila es va voler fer en uns terrenys al voltant dels Comtals. Però els factòtums de la societat mèdica manresana, amb l'excusa que ja es coordinarien entre ells ho van frenar, perquè ja tenien acotades les seves especialitats: medicina a Sant Andreu, tocoginecologia a la clínica de Sant Josep; traumatologia al Centre Hospitalari i pediatria, a Sant Joan de Déu. Van aconseguir bloquejar-ho fins a l'arribada d'Althaia.

Gerents

Com s'explica la necessitat dels gerents en la medicina manresana?

Històricament, la direcció d'un hospital la portava un metge, possiblement el més emblemàtic d'aquella entitat. Per sota hi havia un cap d'infermeria i un cap d'administració que li portava els comptes, a més d'un petit organigrama. Però, durant la dècada dels anys 70 a 80 es va començar a qüestionar la tasca dels directors mèdics, pel que feia a la seva gestió econòmica. Així va sorgir la figura dels gestors provinents de les indústries que primaven més els criteris empresarials també dels hospitals. Així es va passar d'un perfil paternalista a un altre de clarament empresarial, amb criteris de productivitat i d'eficàcia que perseguïen l'eficiència sanitària. Va comportar problemes perquè mentre nosaltres vèiem les necessitats sanitàries de les patologies que havíem d'assistir, els nous gestors utilitzaven un llenguatge diferent, que parlava dels balanços de situació i dels comptes d'explotació. Després d'anys de veritables dificultats, amb el temps ens vam arribar a entendre. I, finalment, penso que s'ha fet una gestió acurada i ben feta.

Quins mínims s'exigeixen als hospitals per estar acreditats?

A partir de l'any 1985 amb la Llei d'Acreditacions dels hospitals, per estar vinculats amb el Servei Català de la Salut, calia l'acreditació per tal de cobrar per l'assistència que es fes als seus malalts. Va sorgir una llei de mínims amb exigències arquitectòniques estructurals com ara la flexibilització dels ascensors, i en l'àmbit assistencial, la major quantitat de serveis. A Manresa va comportar un greu problema perquè ningú no va voler quedar enrere i tots els hospitals van córrer a fer de tot per poder cobrar del SCS per la seva completa assistència als malalts. Després de dos o tres

anys de bogeria i malgrat que els directors d'algunes d'aquestes entitats tenien certes prebendes amb el Servei Català de la Salut: el doctor Tuneu al Centre Hospitalari, el doctor Llatjós a la clínica de Sant Josep, el doctor Selga a Sant Joan de Déu i el doctor Isern a l'hospital de Sant Andreu, es va poder canviar de model.

Vas viure plenament l'enfrontament entre el doctor Isern i l'alcalde Cornet. On residia la divergència essencial?

En la forma d'entendre per on havien d'anar els objectius de l'hospital, que òbviament no coincidien. Es va crear una disfunció que va acabar amb el més dèbil, que aleshores era el director. Amb la crisi interna amb el Patronat, el doctor Isern va ser rellevat del càrrec. La visió de l'assistència pública es volia delimitar molt més, mentre el doctor Isern barrejava força l'assistència pública i la privada, fet que comportava problemes de caràcter assistencial flagrants, de manera que xocava amb els expectatives del patronat i la gerència. També hi havia una picabaralla amb divergències de fons entre el doctor Isern i diferents metges de l'hospital de Sant Andreu que no compartien els seus criteris. Aleshores el doctor Farreras es va fer càrrec de la gerència i en va ser el responsable fins a la fusió amb Sant Joan de Déu, mentre jo en vaig agafar la direcció a la pràctica. Hi vaig estar des de 1983 fins al 1987.

Quan comença a agafar embranzida la Medicina Interna?

A Catalunya, després de Francesc Ferrer Solervicens i Francesc Esquerdo, la icona més important de la Medicina Interna catalana fou el doctor Agustí Pedro Pons (1898-1971). Des d'aleshores la Medicina Interna estudia el malalt de forma global per veure les seves patologies concomitants. Va fer néixer i créixer les especialitats mèdiques per les tècniques diagnòstiques complementàries i algunes de terapèutiques (cardiologia, pneumologia, digestiu, etc) que després van agafar entitat pròpia fins a independitzar-se. Així doncs, l'internista coneix les patologies però no n'és l'especialista.

Hi ha hagut un tomb en el perfil del malalt?

Indiscutiblement. Quan era un metge jove i entrava en una àrea mèdica les patologies eren agudes com ara pulmonies, meningitis, tuberculosi, febres tifoides o brucel·losis i algun crònic com la bronquitis i els cirròtics. Amb el temps, els crònics tractats amb els equips assistencials mèdics i d'infermeria aguanten més bé. Els diabètics coneixen la malaltia i saben tractar-la, i els respiratoris poden mantenir-se sense descompensacions. L'educació sanitària, les medicines i la millora de l'assistència en general han fet que augmenti el pool de malalts crònics que no es moren. Patologies com la sida i el càncer ara són cròniques, en el sentit que no són curables, però se'ls ha guanyat terreny, sempre dependent de la precocitat del diagnòstic. Ara predominen els crònics aguditzats, amb una malaltia de base que es descompensa i accentua la hospitalització. Així el perfil majoritari d'un hospital és el d'un malalt gran amb pluripatologia de base i sotmès a una polifarmàcia, sobretot amb avis de més de 80 anys que viuen en condicions precàries.

Canvis tecnològics

Els canvis tecnològics i de laboratori també deuen haver estat considerables, oi?

Des de l'any 1975 han fet una acceleració brutal. Pel que fa al laboratori s'ha passat d'un caire artesanal, on cada prova tenia una especificitat pròpia i específica, a les grans màquines que permeten avaluar diferents paràmetres a la vegada. Aquesta tecnologia permet uns millors controls de qualitat i una constant supervisió. També s'ha passat d'una radiologia amb les tècniques de contrast a la implementació de tècniques com l'ecografia, el TAC o la ressonància. Amb tècniques diferents busquen la recerca de la imatge patològica dins del cos.

Què són les comissions de Qualitat Assistencial?

Hi ha una sèrie de línies de treball comunes a diferents serveis per obtenir la millor qualitat possible. Per exemple, tothom ha sentit a parlar del microbi de l'hospital. Aleshores es crea una comissió d'infeccions, formada per metges, microbiòlegs, farmacèutics i infermeres, per estudiar-los i veure com infecten els pacients. De les conclusions van veure que el problema radicava en el rentat de mans entre els sanitaris que eren el vehicle de transmissió entre els malalts. Aquests

virus són més resistents que els microbis de fora i provoquen infeccions greus. Perjudiquen el pacient i necessiten antibiòtics molt més cars que els convencionals. També hi ha la comissió de Farmàcia, que busca seleccionar el millor medicament per a cada situació i el més econòmic. La comissió de Mortalitat, amb malalts suposadament greus, analitza si la mort era esperada o imprevista per tal d'analitzar si hi ha hagut alguna negligència o si s'ha detectat una evolució desfavorable fora de termini. També hi ha la comissió d'Història Clínica, que ha passat d'escriure en paper a utilitzar la pantalla de l'ordinador i vetlla pel redactat i el contingut intel·ligible i assequible.

Com vau superar la insatisfacció dels professionals?

És la problemàtica del metge cremat, o del *born out*. Com tot a la vida, hi ha gent que porta un impermeable i tot li rellisca i d'altra que és més com una esponja i tot ho absorbeix. Hi ha professionals que davant les decepcions i adversitats personals com davant les contraprestacions econòmiques han tingut una veritable crisi personal, fins al punt de necessitar assistència psiquiàtrica. Fins als anys 70, els metges tenien un estatus social considerable i invertien en d'altres sectors econòmics, però després els metges han passat a ser una assalariats sotmesos a un conveni que perfila unes activitats a realitzar i els emoluments a cobrar. En general, l'època de les vaques grasses dels metges ha passat a la història.

Quins han estat els efectes de la informatització en la professió?

--Ens ha portat un empatx d'informació i hem hagut d'aprendre a digerir-la. Cal saber seleccionar el que realment val la pena i filtrar el gra de la palla per no perdre el fil d'allò essencial. De cara als metges joves ens cal acotar l'àmbit de la seva formació. Estem en un moment de transició entre l'obra escrita, és a dir el llibre de referència d'una especialitat, que cal compartir amb les novetats i les fonts específiques d'internet.

Com ha afectat la immigració des d'un punt de vista mèdic?

Quan parlem de l'evolució de la Medicina hem de fer esment del perfil i de l'evolució del nou usuari. A més de les persones grans amb malalties cròniques hem de parlar dels immigrants de diverses zones que porten de base patologies pròpies dels seus països. En el cas dels africans poden tenir malalties relacionades amb el paludisme; a l'Europa de l'Est hi ha una taxa alta de tuberculosi; i els provinents del centre i sud d'Amèrica poden patir la malaltia de Chagas.

1996-2006

Seguint amb l'evolució hospitalària, què remarcaries de l'etapa 1996-2006?

El 1996 es fa un Congrés a Santiago de Compostel·la en què es comencen a posar sobre la taula experiències assistencials fora de les convencionals. La influència de la cultura sanitària americana dels anys 70 i 80 amb tècniques específiques per evitar l'hospitalització, que és molt cara, va donar lloc a l'aplicació d'alternatives, com ara la unitat de diagnòstic ràpid; les unitats de curta estada, que acceleren el procés diagnòstic i terapèutic de patologies; els hospitals de dia, inicialment amb l'oncologia i els tractaments de quimioteràpia. Ara ha anat evolucionant cap a l'hematologia, la reumatologia..., que també fan un seguiment immediat de problemàtiques concretes. L'hospitalització a domicili, (HAD), per exemple en el cas d'una pulmonia, que anant bé són quinze dies, però a partir del setè dia, el malalt ja està bé per anar cap a casa, on continuarà la cura amb medicaments subministrats per metges i infermeres que el visitaran a casa seva fins a completar la curació. També hi ha la unitat de geriatria d'aguts, amb pluripatologies que no són especialment greus i al cap d'uns dies es poden enviar cap a casa. Normalment, totes aquestes àrees estan coordinades entre si. Es tendeix a buscar una major eficiència a un cost més baix.

Com us han afectat les retallades?

En el sou i en les pagues dobles. També s'han anul·lat les direccions per objectius (DPO) i s'ha aturat la nostra carrera professional. Pel que fa a l'assistència tenim menys recursos per assistir als malalts, augmenten les llistes d'espera i en general ha calgut estrènyer el cinturó, circumstància que ara també es comença a fer evident a tot Espanya.

Com valoren l'activitat física esportiva personal?

És molt important que en el nostre dia a dia fem bé una activitat física, ja que és preventiva de patologies i de lesions. Triem l'activitat que vulguem: caminar, córrer, nedar, bicicleta, ball de saló, tennis o pàdel (que ara s'ha posat de moda) l'important és que es faci amb un cert criteri i regularitat. Els últims estudis fan referència a una activitat física de tipus aeròbic durant 30 minuts al dia i 5 dies a la setmana. També aniria bé que tota persona que vulgui començar a fer esport amb regularitat passi a fer una visita pel Servei de Medicina de l'Esport per saber les seves aptituds i limitacions. Fer esport és important per deixar de banda el sedentarisme i poder controlar l'obesitat, el colesterol, la hipertensió arterial, la diabetis...

Tennis

El teu esport preferit sempre ha estat el tennis?

De jove havia jugat amb els infantils del Poble Nou i després en el Manresa de futbol. Més tard vaig practicar l'atletisme i el judo. En retornar a Manresa el març de 1981 em vaig fer soci del Club Tennis Manresa perquè el meu sogre ja n'era. Hi havia piscina i molta canalla petita, amb qui els meus fills podien fer amistats. Vaig començar a entrenar amb Miquel Villegas, a qui ja coneixia del futbol de base. Del 1988 al 1990 vaig ser vicepresident amb el Gilibets i del 1990 al 1994 amb en Massegú. Des del 1994 fins el 2002 en vaig ser president i em vaig dedicar a l'entitat i a la pràctica esportiva.

Què remarcaries d'aquests anys com a directiu?

De l'etapa Gilibets el creixement amb quatre pistes més de tennis. En Massegú va posar al dia els contractes, les nòmines i els pagaments del club i en la meua etapa com a president penso que vam diversificar l'oferta, vam millorar les instal·lacions de la piscina, vam crear la sauna i el poliesportiu, vam fer del gimnàs i vam ser pioners en la creació de les pistes de pàdel. A més, vam aconseguir uns terrenys fins a l'Eix i la Sèquia que ens poden permetre créixer cara al futur.

Foto: Francesc Rubí

El Perfil

Josep M. Marcos Bruguera neix a Manresa el 6 de juny de 1948. De pares manresans, El pare, Josep M, regentava l'empresa Maderas Sant Vicente, a Sant Vicenç de Castellet i fou tinent d'alcalde en les alcaldies de Soldevila i Roqueta a l'Ajuntament de Manresa. La mare, Maria de Joncadella, era filla de la Fonda de Sant Antoni. Després de passar pel parvulari de les monges de Casa Caritat, dels 6 anys i fins a quart de batxillerat va anar al col·legi La Salle del carrer dels Esquilets, d'on va passar a l'institut Lluís de Peguera fins al Preuniversitari (Preu). Aleshores estudia a la Facultat de Medicina de la UB i s'especialitza en Medicina Interna a l'hospital de Nostra Senyora del Mar, on s'estarà del 1973 fins al 1981. El 1974 es casa amb Núria Morta, amb qui tenen dos fills: Jordi, especialitzat en Medicina de l'Esport i actualment director dels serveis mèdics del Vila-real, i Meritxell que fa d'educadora social a Barcelona.

El març del 1981 és nomenat cap del Servei de Medicina Interna de l'hospital de Sant Andreu, des d'on començarà a viure les fusions hospitalàries. Fins aleshores, els cinc hospitals existents a Manresa tenien la seva especialitat. Amb la llei d'acreditació d'hospitals del 1985, per tal de poder concertar-se amb el Servei Català de la Salut havien d'incrementar els seus serveis bàsics. De manera que comença la febre d'acreditació d'hospitals per aconseguir-ho i hi ha una gran competència interna. En aquella època fa un Màster de gestió a Esade. Manresa fou la darrera ciutat mitjana catalana amb una distribució sanitària tan parcel·lada fins que la despesa es va fent insostenible i és evident la necessitat de les fusions que comencen en l'etapa 1986-1988. Sant Andreu i Sant Joan de Déu fan un bon encaix que no resulta gens problemàtic, mentre la clínica de Sant Josep es complementa amb la Unitat Coronària i el Centre Hospitalari. En sorgeixen dues fundacions: l'Hospital General de Manresa i el Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa, que duraran fins a la fusió amb la creació d'Althaia el 4 de desembre del 2002. De cap de Servei de

Medicina Interna de l'hospital de Sant Andreu i després de l'Hospital General de Manresa i amb la darrera fusió, passa a ser el cap de departament de Medicina, com a coordinador de totes les especialitats mèdiques. Entre els diferents serveis coordina uns 70 metges del departament, més els residents del MIR i els estudiants de Medicina de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) que té la seu a la Facultat de Medicina de Sant Cugat, dins l'edifici de l'hospital General de Catalunya. Per un conveni amb Althaia, des de fa cinc anys, aquesta vuitantena d'alumnes fan classes de pràctiques a locals de Granollers i Manresa.

En l'àmbit privat atén mútues i altres companyies a la clínica de Sant Josep i en la medicina pública, a Sant Joan de Déu i el Centre Hospitalari. Però també fa tasques de docència, amb formació dels MIR, i recerca a través de la UIC, on se centra en la investigació de tipus epidemiològic i terapèutic. I, fins i tot a la FUB, pel que fa a les pràctiques de diverses diplomes com Podologia o Infermeria. L'any 2006 va participar en la segona reunió catalanobalear de medicina interna. Ha estat en nombrosos congressos i s'ha especialitzat també en l'estudi dels hospitals de Catalunya. El proper 6 de juny, en complir els 65 anys, es jubilarà de l'àmbit públic de l'Ambulatori de la Seguretat Social i també de les seves funcions com a cap del departament de Medicina Interna de l'hospital de Sant Joan de Déu, però hi mantindrà la seva tasca docent i de formació continuada, i també l'assistencial a la clínica de Sant Josep.