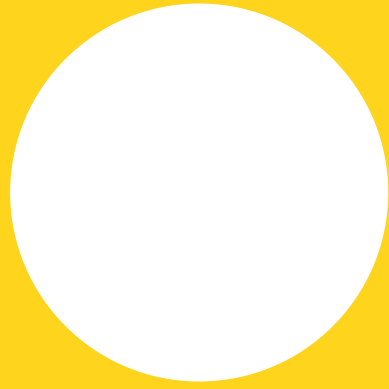


NÚMERO 3 - 2004

**REVISTA DE LA
REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA
DE CATALUNYA**



REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 19 - NÚMERO 3 - 2004

REVISTA DE LA REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADEMIA

PRESIDENT: Jordi Sans i Sabrafen
VICEPRESIDENT: Jacint Corbella i Corbella
SECRETARI GENERAL: Francesc M. Domènech i Torné
VICE-SECRETARI: Antoni Tejedo i Mateu
TRESORER: Ramón Trías i Rubiès
BIBLIOTECARI: Josep M. Massons i Esplugas
VOCAL: Guillem López i Casasnovas
VOCAL: Josep M. Dexeus i Trias de Bes
SECRETARI D'ACTES: Manuel Camps i Surroca
ARXIVER: Joan Uriach i Marsal
PRESIDENTS D'HONOR: Moisès Broggi i Vallès
Josep Laporte i Salas

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA

DIRECTOR: Màrius Foz i Sala
REDACTOR EN CAP: Ferran Nonell i Gregori
COORDINADOR EDITORIAL: Antoni Tejedo i Mateu

REDACCIÓ: Ediciones Doyma, S.L. Travessera de Gràcia 17-21. 2on.
08021 Barcelona

Dipòsit legal: B-3338-86 • ISSN: 1133-3286 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI

VOL. 19

Núm. 3

SETEMBRE-DESEMBRE 2004

COL-LOQUI: LES LLISTES D'ESPERA

Les llistes d'espera en el context d'un sistema sanitari públic
Guillem López Casanovas **87**

Incidència de les llistes d'espera en la planificació i gestió de recursos
M. Lluïsa de la Puente **90**

Què pot fer en el tema de les llistes d'espera la recerca en serveis sanitaris
Joan Pons **93**

Una visió clínica de les llistes d'espera
Manuel Trias **97**

NECROLÒGIQUES

Emili Sala Patau **100**

Albert Agustí i Vidal **102**

Jaume Planas i Guasch **104**

Col·loqui: Les llistes d'espera

LLISTES D'ESPERA: EL GLOBUS QUE S'INFLA

Guillem López Casasnovas
Catedràtic d'Economia. Universitat Pompeu Fabra

Com una mena de xarmpió recurrent per als diferents consellers de sanitat, les llistes d'espera s'activen o bé d'ofici, o a instància de part. Cal recordar la instància de part en el cas de les llistes quirúrgiques de Sant Pau, denunciades com a morts potencials en el mitjans de comunicació. D'ofici potser és el que avui més convé des de la pròpia Conselleria, tot i agafar el bou per les banyes, per preparar una estratègia omnicomprendensiva (des dels recursos a les guies o la informació als mitjans), i modelar un globus que si es continua inflant pot explotar a la cara del govern tripartit.

Des de l'òptica de l'economia de la salut, el tema de les llistes d'espera resulta ambigu a la vista del senyal que contenen, contaminat de prejudicis (sobre el seu abast) i de difícil tractament a la presa concreta de decisions (per exemple, a l'hora de prioritzar el finançament). El que un centre o un professional tingui una llarga llista d'espera pot ser resultat, en principi, tant d'un reconeixement clínic que justifica el valor de l'espera, com de la manca d'atenció per desresponsabilització institucional, de la qual resulten perjudicats els malalts. D'altra banda, la llista d'espera és consubstancial als sistemes sanitaris públics, atès que les necessitats sempre superen els recursos disponibles. Els problemes de llista d'espera, contràriament a les percepcions instal·lades, no són una qüestió d'oferta, de capacitat d'atenció, d'infraestructures assistencials suficients, sinó de demanda: de quanta disposició o capacitat existeix per finançar les cures. D'aquí la rellevància social amb la qual s'interpreta en sistemes de demanda predominant pública. Quan les prestacions públiques estan ben delimitades, i quantificades segons cartes de drets i deures, el que existeixi llista d'espera sol ser sinònim de qualitat pobre, i part del màrqueting de la sanitat privada complementària, que vol satisfer el que no fa la sanitat pública. Existeixen i existiran llistes d'espera, però la manera com es resolguin aquestes llistes, amb criteri d'inclusió/exclusió, amb o sense referents objectivables, ordenadament o desordenadament (els qui poden pagar menys les pateixen més), etc., marca la seva rellevància (a més de la qualitat percebuda pels ciutadans dels seus sistemes sanitaris). No sorprèn llavors que els sistemes d'assegurança social, sense tants filtres ni garbells com els serveis nacionals de salut, pateixin menys llistes d'espera, ja que les restriccions que imposen sobre la demanda són inferiors, tot i ser, com és sabut, més cars, en termes de despesa total.

En resum, podríem dir que sabem millor per què s'hauria de valorar una llista d'espera (quants la componen que no hi haurien d'estar, a la vista de com hi han accedit), que no per què cabria considerar de fer en el seu abordatge. En aquest sentit, i sense ambigüitats, sabem que la prioritització d'una llista d'espera és una qüestió de política sanitària i no exclusivament clínica. Una llista d'espera no es pot deixar en mans de metges perquè decideixin quin pacient ha de ser operat i amb quina prioritat, si no és que entenem que el que ha de fer el professional, en aquest cas, és aplicar la norma al cas concret, si és que existeix, i no inventar-se un racionament ad hoc. Primer, perquè un professional sensat no desitja assumir una discreció tan gran. Segon, i simplement, perquè no li correspon: el Parlament és qui ha de començar a definir aquests criteris, i sobre aspectes no només clínics (informació òbviament transcendent en la decisió), sinó també socials (les conseqüències en la qualitat de vida dels malalts). Tenim ja exemples d'això per a l'ordenació de la llista d'espera de cataractes o per a pròtesi de genoll o maluc. Altres àmbits assistencials haurien de ser igualment contemplats, inclosos els relatius a la utilització de mitjans de diagnòstic, com la ressonància magnètica, de demanda avui inflada davant d'una aplicació fora dels límits lògics de costos i beneficis en el marge. Per als ciutadans que pensin que és millor amagar el cap sota l'ala i que estiguin disposats a delegar aquesta funció als professionals, els recomanaria que llegissin Unamsking Medicine, de l'advocat Ian Kennedy, en el seu dia objecte d'una sèrie de la BBC, i que emfasitza la necessitat del debat social en les decisions de prioritització sanitària, ja que altrament la discrecionalitat i l'arbitrarietat es poden acabar imposant. Per exemple, prenent la llista d'espera per al trasplantament de fetge: hauria de prevaler la proximitat a un possible èxitus (regla del rescat), independentment de l'edat del receptor? hauria de ser sensible al fet que s'hagués produït el canvi d'addicció, posem per cas de l'alcoholisme? S'hauria d'incloure a la prioritització clínica el fet que es tingui família a càrrec? Potser el treball i la dependència així de la càrrega individual de la malaltia sobre altres col·lectius? Aquest és un pendent que fa pànic pensar que resta delegat a algú que decideix pel seu compte, o la pròpia selecció adversa que comporta que aquest professional la vulgui recórrer d'una manera clínica aïllada.

Sabem també que és una mala idea permetre que el centre o el professional considerin com a pròpia una llista d'espera,

que en un sistema públic és de l'autoritat sanitària responsable i no del centre, que, a conveniència, la pot utilitzar com a caixa de ressonància per als seus interessos (increments de plantilla futurs, d'ampliació de capacitats, etc.). Sabem, per tant, que les llistes d'espera haurien de romandre sempre unificades, i finançar-se de manera separada i addicional a l'activitat general programada (i convinguda pressupostàriament). I si, contràriament, tant és la preocupació social per la llista d'espera, ordenada i prioritzada explícitament, donem un rol més destacat als malalts. Atorguem-los poders perquè, amb les seves cartes de drets, accedeixin més allà d'un temps d'espera prefixat a un altre proveïdor i es rescabalin financera-ment de les factures pagades. Que el silenci administratiu es valori en positiu i no en negatiu, també per a la sanitat. Tot i que no voldria ser a la pell de qui opti per aquest tipus de mesures sense més, pel que té d'inductora de nova activitat i de distorsionadora de la planificació sanitària. Creguin-me en això últim: apliquin si volen la regla del cotó, i el cotó no enganya, i preguntin-se quina és la llista d'espera de cirurgia cardíaca després del sobrecost que comportarà per al sistema sanitari públic la denúncia comentada al principi.

DECÀLEG DEL SENTIT COMÚ EN ELS TEMES DE 'LLISTES D'ESPERA'

1. NO UTILITZAR MAI EL PLURAL ('LLISTES'): L'AGREGACIÓ ENTRE PATOLOGIES ES FALAÇ.
2. NO FER SERVIR EN CAP CAS EL TERME ('LLISTA D'ESPERA') EN SENTIT GENÈRIC: ELS QUALIFICATIUS IMPORTEN. AIXÍ EN ELS GRADIENTS ESPECÍFICS DE LA GRAVETAT DEL CAS I DE LA PATOLOGIA CONCRETA ('LLISTA D'ESPERA DE', 'EN', etc.).
3. SUBSTITUIR DEL VOCABULARI LA PARAULA 'RACIONAR' PER 'RACIONALITZAR' ('ASSIGNAR', 'ORDENAR', 'PRIORITZAR', PODEN TAMBÉ SER TERMES MÉS AMABLES).
4. QUAN UN CAS SUPERI UN DETERMINAT TEMPS PREESTABLERT EN ESPERA, FER-LO SORTIR OBLIGATÒRIAMENT DE LA LLISTA: JA SIGUI CAP UNA DE SEGON GRAU PER URGÈNCIA MANIFESTA O PER NO INDICACIÓ D'ESTAR-HI EN PRIMER LLOC.
5. NO VINCULAR 'LA LLISTA D'ESPERA...' A CAP PROVEÏDOR EN ORIGEN: EN DESTÍ SEMPRE ÉS DEL SERVEI DE SALUT QUE LA HA D'UNIFICAR SOBRE EL TERRITORI.
6. LA LLISTA D'ESPERA NO ÉS DEL PROFESSIONAL, I LA DEFENSA DEL SEU TRACTAMENT ÉS CIUTADANA I NO DELS SERVEIS O DE LES ASSOCIACIONS DE PACIENTS AFECTATS.
7. DESLLIGAR SEMPRE LA SEVA REDUCCIÓ DEL FINANÇAMENT ORDINARI DELS PROVEÏDORS.
8. ABOLIR DEL LLENGUATGE PARLAMENTARI EL XANTATGE DE LA LLISTA D'ESPERA PER FER CRÈIXER ELS RECURSOS A EMPEN- TES D'UN SERVEI O GRUP DE PROVEÏDORS.
9. CONTROLAR ALEATÒRIAMENT I D'OFICI LA INSPECCIÓ DE LA LLISTA D'ESPERA DELS DIFERENTS SERVEIS I PROVEÏDORS, PER DEMANAR JUSTIFICACIÓ DE LES CAUSES A QUI LES GESTIONEN.

10. PROCURAR FER-NE EXPLÍCITS ELS CRITERIS CLÍNICS I SOCIALS, DISCUTITS OBERTAMENT, I VINCULAR LES PRIORITATS, EN EL SEU CAS, A LES RESPECTIVES CARTES DE DRETS DELS CIUTADANS.

LLISTES D'ESPERA: EL GLOBUS QUE S'INFLA

La llista d'espera és consubstancial als sistemes sanitaris públics, atès que les necessitats sempre superen els recursos disponibles. Els problemes de llista d'espera no són, en contra del que és creu, un problema d'oferta, sinó de demanda. La priorització d'una llista d'espera és una qüestió política i no exclusivament clínica. És el Parlament el que ha de començar a definir els criteris que han de regir la llista d'espera; la informació clínica és important i transcendent, però també s'han de tenir en compte els aspectes socials. Exemples concrets els tenim en l'ordenació de les llistes d'espera de cataractes o de pròtesi de maluc o de genoll.

D'altra banda, és una mala idea permetre que les llistes d'espera siguin considerades pròpies d'un centre o d'un professional; en un sistema públic són de l'autoritat sanitària responsable.

Un altre aspecte a considerar és, si tanta és la preocupació social per la llista d'espera, si es podria atorgar un paper més destacat als pacients: podrien tenir dret a acudir a un altre proveïdor si se supera un temps d'espera prefixat, amb el reembossament de les factures pagades. Aquesta mesura tindria repercussions i distorsionaria la planificació sanitària.

Es proposa un decàleg basat en el sentit comú per a la gestió de les llistes d'espera.

LISTAS DE ESPERA: EL GLOBO QUE SE HINCHA

La lista de espera es consustancial a los sistemas sanitarios públicos, dado que las necesidades siempre superan a los recursos disponibles. Los problemas de lista de espera no son, en contra de lo que se cree, un problema de oferta, sino de demanda. La priorización de una lista de espera es una cuestión política y no exclusivamente clínica. Es el Parlamento el que ha de empezar a definir los criterios que han de regir la lista de espera; la información clínica es importante y trascendente, pero también se ha de tener en cuenta aspectos sociales. Ejemplos concretos los tenemos en la ordenación de las listas de espera de cataratas o de prótesis de cadera o de rodilla.

Por otro lado, es una mala idea permitir que las listas de espera sean consideradas propias de un centro o de un profesional; en un sistema público son de la autoridad sanitaria responsable.

Otro aspecto a considerar es, sin tanta es la preocupación social por la lista de espera, se podría otorgar un papel más destacado a los pacientes: podrían tener derecho a acudir a otro proveedor si se supera un tiempo de espera prefijado, con el reembolso de las facturas pagadas. Esta medida tendría repercusiones y distorsionaría la planificación sanitaria.

Se propone un decálogo basado en el sentido común para la gestión de las listas de espera.

WAITING LISTS: THE EVER-INFLATING BALLOON

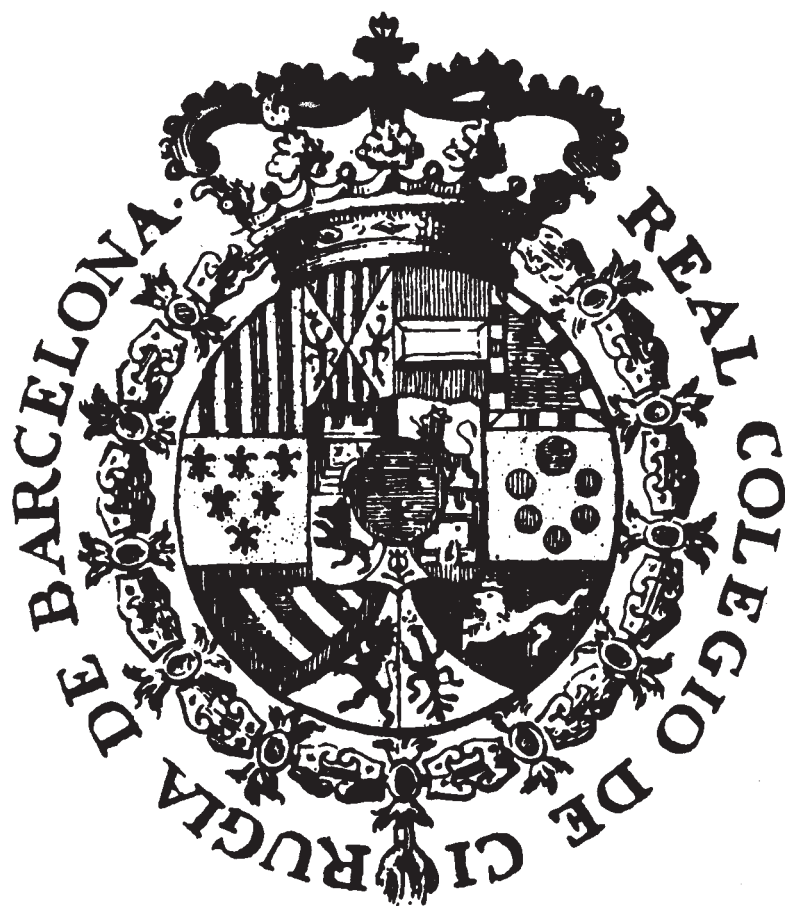
Waiting lists are intrinsic to public health systems, given that needs always outstrip the resources available. Contrary to what is generally thought, waiting lists are not a problem of supply but are rather one of demand. Prioritization of waiting lists is a political question and not an ex-

clusively clinical matter. The criteria that should govern waiting lists should be defined by parliament; clinical information is highly important but social aspects should also be taken into account. Concrete examples are provided by prioritization of the waiting lists for cataract surgery and for hip and knee replacements.

Allowing waiting lists to be considered the concern of a particular center or health professional is inadvisable; in a public health system they are the concern of the responsible health authority.

Another aspect to be considered is whether, given society's interest in waiting lists, a greater role could be given to patients, who could be given the right to seek medical care from another provider if a pre-established waiting time is exceeded, with reimbursement of the bills paid. Such a measure would have repercussions and would distort health planning.

A decalogue is proposed, based on common sense, for the management of waiting lists.



VISIÓ DE LES LLISTES D'ESPERA DES DE L'ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA

M. Luisa de la Puente Martorell
Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut

Les llistes d'espera són una prioritat de política sanitària per les repercussions que tenen en la salut de la població, en la seva activitat laboral i en la satisfacció dels ciutadans. Les llistes són un bon indicador de l'organització dels serveis i de l'eficiència del sistema.

Els factors que modulen les llistes són tant d'oferta: dotació i gestió dels recursos, valor afegit de tenir llargues llistes d'espera, generació de colls d'ampolla (implantació de cirurgia major ambulatoria, rendiment de quiròfans, etc.); com de demanda: edat de la població, canvis en els hàbits de la societat (expectatives, necessitat percebuda), capacitat resolutiva de l'atenció primària. La variabilitat en la pràctica clínica (professionals responsables de la indicació) i les noves tècniques diagnòstiques i terapèutiques són altres factors influents que actuen en l'oferta i en la demanda.

Donar informació sobre llistes d'espera pot comportar uns certs riscos, com seria fer polítiques oportunistes per la pressió de grups d'interès, atès el gran impacte que tenen les llistes en els mitjans de comunicació, sense que la gestió de les llistes estigui relacionada amb la millora de la salut de la població i de la qualitat del sistema, amb una assignació de recursos poc planificada i avaluada.

L'administració sanitària ha de donar unes garanties per tal d'evitar aquests perills i ha de ser responsable de racionalitzar els recursos, definint una cartera de serveis i evitant la duplictat de les proves i dels procediments, mitjançant la potenciació de la coordinació i el continuum assistencial. En determinades prestacions sanitàries caldrà delimitar un temps màxim d'espera i prioritzar la prestació en funció d'uns criteris explícits (pràctica clínica d'acord amb evidència científica quan sigui possible).

La transparència en la informació és un element cabdal per avançar en aquest sentit. En aquests moments està legislat a Catalunya el donar informació sobre les llistes d'espera de determinats procediments quirúrgics, proves diagnòstiques i terapèutiques, i temps d'espera per visita a especialistes (centres d'atenció primària d'especialitats i consultes externes hospitalàries). En el cas de procediments quirúrgics, a més està legislat un temps màxim d'espera. En el futur s'haurà d'avançar tant en el fet de disposar d'informació de la llista d'espera en altres tipus de serveis sanitaris (urgències, centres de salut mental i centres d'atenció primària) com en la determinació d'un temps màxim d'espera acceptable pels diferents serveis.

La informació necessària sobre les llistes d'espera ha de ser de dos tipus:

- Quantitativa (fonamentalment el temps i també el nombre de pacients en espera)
- Qualitativa (la gravetat de la malaltia, la necessitat del pacient i l'ordre d'arribada a la llista)

El Departament de Salut ha posat en marxa durant l'any 2004 el Pla de xoc de les llistes d'espera, que pretén eliminar els tres mesos d'espera tècnica que anteriorment no estaven inclosos com a temps real d'espera del pacient. Els pacients rebran un certificat d'estar inclosos a la llista d'espera quirúrgica, s'incrementarà el nombre de professionals i de sessions quirúrgiques i s'introduiran criteris de valoració clínics i socials per a les patologies que ho requereixin.

Cap on s'hauria d'anar en el futur? Les llistes d'espera no s'han d'eliminar, sinó controlar. Les llistes indiquen un cert desequilibri entre l'oferta i la demanda, i són inevitables en un sistema sanitari públic. El rol de l'administració sanitària és quantificar-les de forma estandarditzada i decidir la manera de gestionar-les. Això implica:

1. Determinar temps màxims per a determinades prestacions. Temps acceptables per la població i segons criteris científics.
2. Tenir una visió integrada de les llistes, no compartimentada. Monitorar processos.
3. Monitorar les llistes per poder planificar i avaluar, i per poder donar comptes a la població.
4. Millorar la gestió de les llistes:
 - Prioritzar segons la gravetat i amb criteris explícits (establir el rol de l'atenció primària i el de l'atenció especialitzada sempre potenciant el nivell resolutiu de l'atenció primària).
 - Estandarditzar SIS
5. Analitzar la informació de les llistes junt amb l'activitat i amb la visió poblacional (taxes poblacionals) a més de la del centre.
6. Diferenciar els processos mèdics dels quirúrgics per tal de fer una anàlisi més acurada de les llistes, de cara a la millora de la gestió.
7. Eliminar les proves i els procediments innecessaris. Eliminar les duplicitats. Aquesta mesura implica millorar els sistemes d'informació per poder monitorar l'estat de situació del continuum assistencial dels processos assistencials.
8. Potenciar la recerca de serveis.

BIBLIOGRAFIA UTILITZADA

- Informes OCDE 2003. Waiting Times for Elective Surgery
Marti J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. Gac Sanit 2002; 16: 440-3.
Pérez P. Cómo controlar las listas de espera sanitarias. Gaceta Médica 2003; 21-27 julio.
Cano Montoro JG. La gestión de las listas de espera de especialistas. Cuadernos de Gestión 2003; 9: 146-156.
Informes Llistes d'Espera. Unitat de Llistes d'Espera CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
Peiro S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. Gestión Clín Sanit 2000; 2: 126-131.

VISIÓ DE LES LLISTES D'ESPERA DES DE L'ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA

Les llistes d'espera tenen repercussió sobre la salut de la població, la seva activitat laboral i la satisfacció dels ciutadans. Els factors que les modulen són tant d'oferta (dotació i gestió de recursos, implantació de nous dispositius assistencials, etc.) com de demanda (edat i expectatives de la població, etc.).

L'administració sanitària té la responsabilitat de racionalitzar els recursos per mitjà de la definició d'una cartera de serveis i la coordinació dels diferents nivells assistencials, amb la finalitat d'evitar la duplicació de les proves i els procediments.

Un element molt important és la transparència i la informació. A Catalunya s'ha legislat sobre informació de llistes d'espera en determinats procediments quirúrgics, en proves diagnòstiques i terapèutiques, i en temps d'espera per a les visites d'especialista. La informació ha de ser de dos tipus: quantitativa (temps i nombre de pacients en espera) i qualitativa (gravetat de la malaltia, necessitat del pacient i ordre d'arribada a la llista).

En el futur, les llistes d'espera no s'han de eliminar, sinó que s'han de controlar. Entre altres aspectes, l'administració sanitària haurà de tenir en compte els següents: determinar el temps màxim per a determinades prestacions; tenir una visió integrada de les llistes; millorar la seva gestió, prioritzant segons la gravetat i els criteris explícits; diferenciar els processos mèdics dels quirúrgics, i eliminar les proves i els procediments innecessaris.

Les llistes d'espera són un bon indicador de l'organització dels serveis i de l'eficiència del sistema.

VISIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DESDE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Las listas de espera tienen repercusión sobre la salud de la población, su actividad laboral y la satisfacción de los ciu-

dadanos. Los factores que las modulan son tanto de oferta (dotación y gestión de recursos, implantación de nuevos dispositivos asistenciales,...) como de demanda (edad y expectativas de la población,...).

La administración sanitaria tiene la responsabilidad de racionalizar los recursos mediante la definición de una cartera de servicios y la coordinación de los diferentes niveles asistenciales, con la finalidad de evitar la duplicación de las pruebas y procedimientos.

Un elemento muy importante es la transparencia y la información. En Cataluña se ha legislado sobre información de listas de espera en determinados procedimientos quirúrgicos, pruebas diagnósticas y terapéuticas y tiempos de espera para la visitas de especialista. La información ha de ser de dos tipos: cuantitativa (tiempo y número de pacientes en espera) y cualitativa (gravedad de la enfermedad, necesidad del paciente y orden de llegada a la lista).

En el futuro, las listas de espera no se han de eliminar, sino que se han de controlar. Entre otros aspectos, la administración sanitaria deberá tener en cuenta los siguientes: determinar el tiempo máximo para determinadas prestaciones; tener una visión integrada de las listas; mejorar su gestión, priorizando según gravedad y criterios explícitos; diferenciar los procesos médicos de los quirúrgicos, y eliminar las pruebas y procedimientos innecesarios.

Las listas de espera son un buen indicador de la organización de los servicios y de la eficiencia del sistema.

THE VIEW OF WAITING LISTS FROM HEALTH ADMINISTRATION

Waiting lists affect the health, occupational activity and satisfaction of the population. The factors that determine these lists are related to both supply (resources and resource management, the introduction of new healthcare resources, etc.) and demand (the age and expectations of the population, etc.).

Health administration is responsible for rationalizing resource use through definition of a portfolio of services and coordination of the distinct levels of healthcare, with the aim of avoiding the duplication of tests and procedures.

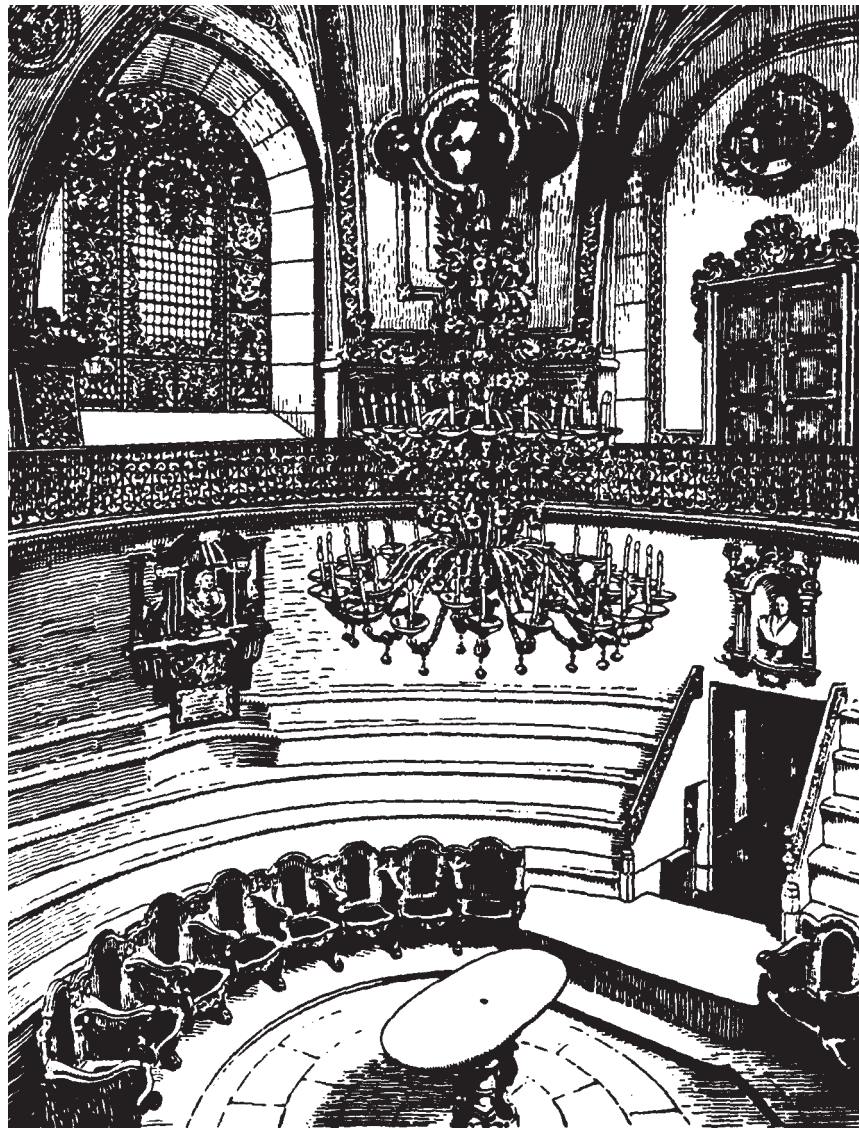
One highly important element is transparency and information. In Catalonia legislation has been passed on information about waiting lists for specific surgical interventions, diagnostic tests and therapeutic procedures and waiting times for specialist consultations. This information must be of two types: quantitative (type and number of patients on the waiting list) and qualitative (disease severity, patient need, and order on the waiting list).

In future, waiting lists should not be eliminated but should be controlled. Among other issues, health adminis-

trations should: determine the maximum waiting time for particular services; have an integrated view of waiting lists; improve their management; prioritize according to severity and explicit criteria; differentiate medical from

surgical processes, and eliminate unnecessary tests and procedures.

Waiting lists are a good indicator of the organization of services and of the efficiency of the health system.



DE LLISTES I D'ESPERES ... DE PERSONES I DE SISTEMA

Joan MV Pons
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Aquest títol no és una simple qüestió poètica o per variar. A part de la llicència, el que es pretén també és remarcar el dilema que sorgeix i que sol ser comú en els sistemes sanitaris de cobertura universal (no necessàriament finançats exclusivament amb impostos, tot i ser més comú en aquests). Es tracta de la disjuntiva que es planteja entre les decisions de distribució de recursos que es prenen al nivell més alt (macro) i les que es prenen en un nivell més proper, dins l'àmbit (privat) de la relació entre malalt i metge (micro). En les primeres, hom pot utilitzar arguments utilitaristes, referits al fet de procurar el major bé al major nombre, tot i que el major nombre queda en certa manera indeterminat, ja que pot ser una estadística, un denominador (i, en les societats democràtiques, qui fa aquesta distribució gaudeix de la representativitat atorgada). En les decisions sobre utilització de recursos a nivell micro, però, hi ha una persona concreta, no un simple número, amb un patiment i amb un metge que té un deure ancestral de procurar-li el major bé.

Com diu D.E. Eddy, el fet modern d'ajuntar recursos i constituir un fons comú, precisament per poder fer extensible l'assistència sanitària a un major nombre de persones i repartir també el cost creixent d'aquesta atenció mèdica, obliga a modificar la vella tradició de la professió mèdica de maximitzar els beneficis individuals. Aquest deure se sustenta no sols pel caràcter fiduciari d'aquesta relació (malalt-metge) i els principis deontològics (professionals) sinó també, i en moltes ocasions, per l'educació mèdica; la pressió dels malalts (i familiars); els mitjans de comunicació; els tribunals; i, en major o menor grau, pels incentius professionals i financers.

Els que pensaven, a mitjan de segle passat, que l'extensió de la cobertura sanitària pública a tota la població comportaria una millora dels estàndards de salut i, conseqüentment, una reducció de la demanda de serveis sanitaris es van equivocar. És una profecia que no s'ha complert. Les mateixes indicacions (perfil de malalt subjecte a) en molts procediments terapèutics s'han modificat substancialment (l'epidemiologia de les indicacions), no sols pel canvi demogràfic de les societats desenvolupades, sinó també pels canvis tecnològics que ho possibiliten i les expectatives creixents, quasi fascinació, de tots davant els avenços tecnològics.

Fins i tot, encara es podria dir més. Cada progrés mèdic i tecnològic comporta la creació d'una necessitat que abans no existia; si més no, passava desapercibuda fins que es feien

realitat els mitjans per satisfer-la o, en darrer terme, es feien possibles. Tot això condueix a un complet desajust entre el que és clínicament possible i el que és econòmicament finançable (viable), entre la demanda i l'oferta, la qual és arreu del món (no importa el país) limitada. No hi ha ni podrà haver-hi mai recursos suficients per cobrir totes les necessitats (mèdiques) i de tots. Aleshores, cal prioritzar, cal triar entre alternatives, igual que a nivell macro s'escull entre diferents finalitats d'interès social que competeixen per uns mateixos recursos (habitatges protegits, protecció del medi ambient, justícia eficaç, pensions contributives i no-contributives, subvencions a la natalitat, infraestructures, seguretat ciutadana i policia pròpia, etc.).

Si el sistema sanitari vol seguir mantenint els principis que el van inspirar, efectivitat (excloure les tècniques inoperants), eficiència (millor resultat al mínim cost), equitat (segons necessitat, independentment del lloc de residència o de la capacitat adquisitiva de cadascú) i qualitat (que no minvi per l'afany de reduir costos), cal prendre decisions, decisions difícils (*hard choices*), ja que sigui quina sigui la decisió, algú o alguns, en major o menor grau, en sortirà perjudicat. Quedava molt clar a la contraportada del llibre de John Butler, *The ethics of health care rationing* (Cassell, Londres, 1999), quan repetia aquell escrit que hi havia a l'entrada d'un taller mecànic: "Aquí podem oferir serveis de tres tipus: barat, ràpid i fiable (*cheap, quick, and reliable*)". Tanmateix, només se'n poden tenir dos, mai els tres: si és barat i ràpid, no serà fiable; si és barat i fiable, no pot ser ràpid; i, si és ràpid i fiable, haurà de ser car".

La decisió de limitar, de denegar (o filtrar en extrem) l'accés, de privar d'algun servei, és, doncs, difícil de prendre i d'assumir. No cal recordar el cas, mediàticament conegut, d'aquella nena britànica amb una malaltia hematològica a qui el *National Health Service*, ateses les baixes probabilitats d'èxit (supervivència), va denegar un segon trasplantament de moll d'os. George Bernard Shaw reflectia aquest tema de la prioritització i la selecció d'individus en el seu llibre *The doctor's dilemma*: un sol llit disponible i dos malalts (com el rai amb naufragats que ja està ple i n'hi ha un o dos més que s'hi apropen nedant).

No hi ha dubte que és una qüestió de valors; per tant, una qüestió ètica. En una societat democràtica, aquests valors poden ser molt diferents, discrepans i, fins i tot, oposats; cadascun de nosaltres amb els seus interessos i poc disposat al sa-

crifici personal si amb això ens juguem una part, ni que sigui petita, del nostre benestar. Però si no es pot estar d'acord amb les decisions que es prenen, sí que s'hi hauria d'estar en la manera com es prenen aquestes decisions. Les característiques del procés en la presa de les decisions (difícils) de prioritització seran les que determinaran, d'una banda, que el procés sigui considerat just i, de l'altra, que qui prengui la decisió sigui legítimament reconegut i disposi d'autoritat moral per fer-ho. Basant-se en aquesta argumentació, Norman Daniels concepciona el que ell anomena "retre comptes de manera raonable" (*accountability for reasonableness*) i que ha d'incloure unes premisses bàsiques: 1) les decisions han de ser accessibles públicament, s'ha de tractar d'un procés transparent i obert; 2) els criteris amb què es prenen les decisions han de ser rellevants, importants, amb els quals fàcilment ens podríem posar d'acord (termes que, a l'hora de decidir entre necessitats diverses, ens servirien per justificar-nos els uns als altres); 3) ha d'haver-hi un mecanisme d'apel·lació, de revisió, en el sentit que les decisions puguin ser considerades de nou; i 4) una condició d'imposició, voluntària o de regulació pública, del procés per tal d'assegurar que les tres condicions anteriors s'assoleixin (no pot haver-hi mecanismes particulars, sinó que els criteris han de ser generalitzables a les mateixes situacions, independentment d'on o amb qui es produeixin).

Per a Daniels, aquests elements són una condició prèvia en l'exercici de l'autoritat democràtica i de la responsabilitat. Impliquen tot un canvi cultural, un procés d'aprenentatge, tant per part dels professionals sanitaris com dels malalts o de les persones amb una assegurança (pública, però també privada) de salut. Per a aquest expert americà en bioètica, la participació dels consumidors no és una condició ni necessària ni suficient, ja que el fet que la deliberació pugui ser més àmplia, que hi hagi més veus, no garanteix que el procés sigui més just.

S'ha d'intentar de caracteritzar, doncs, aquests elements substancials al procés de prioritització i que fan que pugui ser un procés just i legítim. Caldria també aclarir altres conceptes que, quan es plantegen les necessitats d'intervencions mèdiques, moltes vegades es confonen. Són el concepte de gravetat i d'urgència. Tot i que algunes vegades puguin anar associats, no són el mateix. Si es fa memòria, un dels fets que va desencadenar, diguem-ne, l'escàndol de les llistes d'espera va ser una carta al director d'un diari (maig 1999), d'aquelles que el mateix diari emmarca com a més importants. Un cirurgià d'un hospital terciari de Barcelona es queixava dels malalts que es morien en llista d'espera per a cirurgia cardíaca, i de la manca de recursos (encara més reduïts a l'estiu) per atendre'ls quan, comparativament, es gastava tant en el desplegament dels mossos d'esquadra. Si es va generar una situació tan punyent va ser perquè, malgrat que l'existència de llistes d'espera es coneixia de feia temps per a alguns procediments electius, sempre s'havia considerat que per a procediments urgents i per a malalties greus no n'hi havia (tret del cas dels

trasplantaments en què la limitació de recursos sorgeix d'una altra banda).

És precisament aquesta cirurgia cardíaca, però no necessàriament tota, la que conjuga gravetat i urgència. Per gravetat, referida a la patologia, entenem aquella que comporta un gran patiment (molt de dolor, ofec, etc.), limita de manera important les activitats pròpies de l'edat (treballar, tenir cura d'un mateix, sortir i passejar, etc.) o bé té un risc de mortalitat prematura. Per contra, un procediment o una intervenció es considera urgent (emergent fins i tot en alguns casos) quan la demora en la seva aplicació té importants implicacions pronòstiques, sigui de compromís vital o deteriorament greu (agreuja la malaltia). Un càncer metastàtic pot ser una patologia molt greu, però no hi ha urgència en la intervenció mèdica, atès que poc es modificarà el curs de la malaltia (sense que això vulgui dir que no es faci res o no s'ofereixin oportunament cures pal·liatives). La urgència, doncs, està relacionada (ja veiem que no sempre) amb la gravetat, però també amb els beneficis esperats, amb el grau de canvi favorable en la història natural de la malaltia o patiment.

Partint d'aquests principis esmentats anteriorment, revisant les experiències internacionals sobre prioritització i atenent les encàrrecs del Servei Català de la Salut (CatSalut), l'Agència d'avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) va desenvolupar un sistema de prioritització, un instrument que mitjançant diversos criteris i punts permet generar una puntuació global que serveix per ordenar els malalts en llista d'espera per a cirurgia de cataractes i per a artroplàstia de maluc i genoll. Diversos informes publicats per l'AATRM, disponibles gratuïtament en la nostra pàgina web (<http://www.aatrm.net>), descriuen totes les fases del procés, que va incloure la participació activa dels principals actors del sistema sanitari (malalts, familiars, persones sanes, professionals de la medicina –especialitats més implicades– i de la infermeria).

Aquesta iniciativa, pionera en el nostre context, persegueix allò que dèiem abans, donar elements perquè la decisió pugui ser el més justa possible: criteris significants (basats en la necessitat, capacitat de millora i criteris socials), transparència en el procés, possibilitat de revisió (com, per exemple, la revaluació que s'ha dur a terme en els malalts que, si així s'acorda, no superin una puntuació mínima per tal d'entrar en llista d'espera d'artroplàstia) i, un cop superada la fase pilot, la generalització als centres proveïdors del CatSalut. La seva implementació, voluntat compartida per l'asseguradora i els professionals, significa que les llistes d'espera no poden seguir funcionant amb el sistema anterior, basat en el fet que aquell que primer arriba és el primer a ser intervingut (*first come, first served*). Hi ha estudis, precisament en el nostre propi context, que mostren, en el cas de les artroplàsties primàries de maluc, l'ampli ventall o grau de símptomes amb què els malalts són intervinguts: des dels molt afectats pel dolor i la pèrdua funcional fins als altres, que també n'hi ha, relativament

poc simptomàtics en què la intervenció, que com tots els procediments mèdics no està exempta de risc (gran o petit), aporta una benefici extremament marginal.

Cal dir, finalment, que, tal com passa aquí i a d'altres països, la prioritització no pot ser un element únic en el maneig de la llista d'espera, sinó que també s'han de considerar altres mesures a diferents nivells. La primera, sens dubte, és la informació acurada i pública sobre la seva situació, i no sols quantitativa (nombre de malalts i temps d'espera) sinó també qualitativa (com es troba el que espera, quines altres alternatives hi ha i quin quocient de benefici i risc comporten aquestes intervencions). Hi ha diversos factors implicats en el desenvolupament i la persistència de les llistes d'espera en els sistemes sanitaris públics (de cobertura universal i sense impediments en el punt de servei) i sobre cadascun s'hauria d'intervenir d'alguna manera, tot i que possiblement el primer que caldria afavorir seria aquest canvi cultural referit anteriorment. Per tal de guanyar beneficis en compartir costos, els individus han (hem) d'acceptar responsabilitats i limitacions. Una responsabilitat és respectar els altres que contribueixen al fons comú; l'altra és no sostreure'n una part injusta.

DE LLISTES I D'ESPERES DE PERSONES I DE SISTEMA

En els sistemes sanitaris de cobertura universal sempre es planteja la disjuntiva entre les decisions de distribució de recursos preses a alt nivell (macro) i les que es prenen a un nivell més proper, en l'àmbit privat de la relació metge-pacient (micro). El fet modern de constituir un fons comú de recursos per tal que l'assistència sanitària arribi al major nombre de persones obliga a modificar l'antiga tradició de la professió mèdica de maximitzar els beneficis individuals. A més, s'ha de tenir en compte que cada progrés mèdic i tecnològic comporta la creació d'una necessitat que abans no existia. Tot això condueix a un desajustament entre el que és clínicament possible i el que és econòmicament viable.

Igual que en d'altres aspectes d'interès social (habitatges protegits, justícia, pensions, protecció del medi ambient), en els temes sanitaris s'ha de prioritzar i prendre decisions; la finalitat és mantenir els principis que inspiren el sistema sanitari: efectivitat, eficiència, equitat i qualitat. Si no és possible estar d'acord en les decisions que es prenen, sí que ho és en la manera en què es prenen aquestes decisions: el procés ha de ser transparent; els criteris utilitzats han de ser rellevants; ha d'existir un mecanisme de revisió, de reconsideració de les decisions, i no han d'existir mecanismes particulars.

Altres conceptes que no s'han de confondre són la gravetat i la urgència; encara que poden associar-se, no són el mateix. Per greu s'entén aquella situació que suposa un

gran sofriment, una important limitació de les activitats pròpies de l'edat o un risc de mortalitat prematura. Per urgent s'entén aquell procediment o intervenció en la qual el retard en l'aplicació comporta implicacions pronostiques importants.

L'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya ha desenvolupat un sistema de prioritització, basat en aquests principis, per ordenar les llistes d'espera en la cirurgia de cataractes i en la artroplàstia de maluc i genoll. En aquest procés han intervingut els principals actors del sistema sanitari: pacients, familiars, persones saines, professionals de la medicina i de la infermeria.

DE LISTAS Y DE ESPERAS DE PERSONAS Y DE SISTEMA

En los sistemas sanitarios de cobertura universal, siempre se plantea la disyuntiva entre las decisiones de distribución de recursos tomadas a alto nivel (macro) y las que se toman a un nivel más cercano, en el ámbito privado de la relación médico-paciente (micro). El hecho moderno de constituir un fondo común de recursos para que la asistencia sanitaria llegue al mayor número de personas obliga a modificar la antigua tradición de la profesión médica de maximizar los beneficios individuales. Además, debe tenerse en cuenta que cada progreso médico y tecnológico supone la creación de una necesidad que antes no existía. Todo ello conduce a un desajuste entre lo que es clínicamente posible y lo que es económicamente viable.

Al igual que ocurre en otros aspectos de interés social (viviendas protegidas, justicia, pensiones, protección del medio ambiente), en los temas sanitarios se debe priorizar y tomar decisiones; la finalidad es mantener los principios que inspiran el sistema sanitario: efectividad, eficiencia, equidad y calidad. Si no es posible estar de acuerdo en las decisiones que se toman, sí que lo es en la manera en que se toman estas decisiones: el proceso ha de ser transparente; los criterios utilizados han de ser relevantes; ha de existir un mecanismo de revisión, de reconsideración de las decisiones, y no deben existir mecanismos particulares.

Otros conceptos que no se han de confundir son los de gravedad y urgencia; aunque pueden asociarse, no son lo mismo. Por grave se entiende aquella situación que supone un gran sufrimiento, una importante limitación de las actividades propias de la edad o un riesgo de mortalidad prematura. Por urgente se entiende aquel procedimiento o intervención cuya demora en su aplicación conlleve importante implicaciones pronósticas.

L'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya ha desenvolupat un sistema de prioritització, basat en estos principis, para ordenar las listas de espe-

ra en la cirugía de cataratas y en la artoplastia de cadera y rodilla. En este proceso han intervenido los principales actores del sistema sanitario: pacientes, familiares, personas sanas, profesionales de la medicina y de la enfermería.

OF LISTS AND WAITING ... OF PEOPLE AND THE SYSTEM

In health systems with universal coverage, there is always a tension between decisions on resource distribution taken at a high level (macro) and those taken at a lower level within the private setting of the doctor-patient relationship (micro). The modern phenomenon of having a common fund of resources so that healthcare reaches the greatest number of people possible entails a change in the ancient tradition of the medical profession of maximizing individual benefits. Moreover, each medical and technological advance creates a need that did not previously exist. All this leads to an imbalance between what is clinically possible and what is economically viable.

As with other issues of interest to society (state-subsidized housing, the law, pensions, environmental protection),

in matters of healthcare priorities must be fixed and decisions taken; the aim is to remain faithful to the principles that inspired the health system: effectiveness, efficiency, equality and quality. If it is not possible to agree with the decisions taken, it is possible to agree with the way in which these decisions are taken: the process must be transparent; the criteria used must be relevant; there must be a mechanism for reviewing and reconsidering decisions, and *ad hoc* mechanisms should not exist.

Other concepts that should not be confused are severity and urgency; although they can occur together they are not the same. Severity refers to those situations that cause great distress, significant limitation in activities appropriate for the patient's age, or a risk of premature mortality. Urgency refers to a procedure or intervention, which, if delayed, would significantly affect the patient's outcome.

The Agency for the Evaluation of Medical Technology and Research of Catalonia has developed a system for prioritization, based on these principles, for application to the waiting lists for cataract surgery and hip and knee arthroplasty. The main actors in the health system have been involved in this process: patients, relatives, healthy individuals, and medical and nursing professionals.



UNA VISIÓ CLÍNICA DE LES LLISTES D'ESPERA

Manuel Trias Folch
Director del Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Ja fa anys que els clínics treballem amb llistes d'espera. Des dels anys 80 tenim més malalts dels que podem tractar. Uns serveis o especialitats estan més afectats que d'altres, i probablement els serveis quirúrgics i els serveis centrals ho són més que els altres.

En les darreres dècades s'han produït importants canvis socials que han influït de forma molt important en la Sanitat. Podríem dir que hem passat d'un sistema sanitari lliure (privat o, en el seu defecte, de beneficència) a un d'estatal i universal. Pràcticament tota la població està afiliada a la Seguretat Social o a assegurances privades, i la beneficència ha quedat limitada pràcticament a casos d'immigrants no regularitzats. Així doncs, els antics hospitals de beneficència i els propis de la Seguretat Social donen cobertura, d'una manera o altra, a tota la població.

L'Estat ha construït centres de salut, que juntament amb els centres concertats, ofereixen una xarxa molt completa, amb un progressiu augment d'utilització i amb una oferta completa de serveis de la més alta qualitat.

Tot plegat, va fer que els centres sanitaris estiguin sobrecarregats de feina des de fa molts anys (recordem les visites als ambulatoris de la Seguretat Social o les llistes d'espera quirúrgiques).

Si fem referència als serveis quirúrgics, dels quals parlarem com a exemple, el sistema sanitari públic, a les dècades dels 70 i 80, donava la seva assistència als hospitals de la Seguretat Social i Hospitals Públics, però també a través dels Equips Quirúrgics de la Seguretat Social (amb un cirurgià i un ajudant) i de clíniques concertades.

En els darrers anys l'atenció sanitària ha estat sectoritzada, i els centres de salut primària i especialitzada i els hospitalaris tenen la responsabilitat d'àrees concretes. Llavors s'han fet més evidents les llistes d'espera i s'han utilitzat noves estratègies. Els malalts han estat esperant la intervenció quirúrgica al centre mateix o han estat remesos a centres amb menys demora. Més recentment s'han afegit programes específics d'activitat extraordinària o compra selectiva o s'ha garantit que l'espera no sigui superior a 6 mesos en algunes patologies específiques.

La situació no és igual a totes les comarques de Catalunya, però a la majoria de centres hospitalaris hi ha llistes d'espera amb una demora per a la intervenció més llarga del que els cirurgians considerem adequat.

Actualment els cirurgians han de decidir els programes operatoris tenint en compte les llistes d'espera, ja sigui amb malalts d'urgències, d'altres serveis o de les seves pròpies consultes externes. Han de seleccionar els malalts amb neoplàsies, preneoplàsies, patologia comunitària, cirurgia menor, etc., i a més han de tenir en compte els compromisos del centre respecte de la "compra selectiva" i als "malalts amb garantia". Aquesta selecció és difícil, ja que caldria fer-ho fixant prioritats respecte de la patologia, l'edat, les necessitats socials, la previsió de supervivència, etc.

A la pràctica, però, cada centre i cada servei ha posat en marxa una estratègia i un model propi, on es programa l'activitat tenint en compte la disponibilitat de quiròfans, les urgències, la patologia neoplàstica o l'alt risc de patir-la i els objectius complementaris fixats pel Servei Català de la Salut en cada centre.

El Col·lectiu de Caps de Servei de Cirurgia de Catalunya (que ens reunim regularment des de fa anys) va dur a terme una enquesta comparant dades entre el 1997 i el 2002, i que van respondre més del 65 % dels serveis de cirurgia de Catalunya (estudi elaborat pel Dr. A. Gil Goñi de l'Hospital de Martorell). Entre d'altres, es poden destacar els punts següents:

- l'augment de la llista d'espera,
- l'establiment de mecanismes per identificar els malalts per patologies,
- que es prioritzen els malalts amb neoplàsies o d'alt risc de tenir-les,
- que no es prioritzen els malalts segons criteris personals (malalts que "ens agraden"),
- que no es podia programar els ingressos seguint l'ordre cronològic,
- que les neoplàsies i preneoplàsies no es retarden,
- que la primera visita de malalts neoplàstics es fa en el termini de 7-10 dies,
- que la gestió es fa d'acord amb l'administració del centre i el servei.
- que es compleixen els objectius fixats de compra selectiva.

Malgrat els esforços de les institucions i dels cirurgians, amb aquestes mesures podem complir els objectius esmentats anteriorment (neoplàsies i preneoplàsies, compra selectiva, en garantia, etc.), però seguim tenint dificultats importants per donar solució als malalts amb altres patologies (tancament d'ostomies, refluxos, acalàsies, hèrnies de hiatus, proctologia, etc.).

Aquesta situació fa que es replantegin molts aspectes de l'assistència sanitària: Tots els malalts han de ser tractats? Totes les malalties han de ser tractades? Quina és la demora correcta per tractar cada malaltia? etc. O qui ha de definir les prioritats: Els polítics? Els gestors sanitaris? Els professionals sanitaris? O els propis malalts?

En els darrers temps s'han manifestat opinions diferents respecte com i qui ha de fixar els criteris per incloure malalts a les llistes d'espera i qui ha de prioritzar el moment del tractament d'aquests malalts. Hi ha opinions molt oposades, des dels qui defensen que aquestes decisions les han de definir els polítics, fins els que creuen que les han de definir els sanitaris. A vegades, aquestes opinions es basen en convenciments ideològics i/o dades objectives, però sovint en desconfiances mútues o exemples negatius més o menys freqüents. La Societat Catalana de Cirurgia i la Junta de Caps de Servei de Cirurgia de Catalunya creiem que cal fixar els criteris per a la inclusió de malalts a les llistes d'espera i la priorització del seu tractament, tenint en compte no sols els diagnòstics, sinó també la situació clínica de cada malalt i disposant dels mitjans adients per a aquesta assistència. Aquests criteris depenen de decisions polítiques i tècniques, motiu pel qual hi han d'intervenir, d'una banda, els polítics i els gestors dels centres sanitaris i, de l'altra, els clínics. Els polítics hauran de fixar el marc general i econòmic, els gestors dels centres sanitaris la provisió de recursos concrets, i els clínics la inclusió de malalts a les llistes d'espera segons els paràmetres fixats anteriorment i la priorització del tractament segons uns criteris que tinguin en compte cada malalt de forma individual. Aquests criteris s'han de basar en dades objectives, han de ser acordats de forma conjunta i ser de coneixement públic.

A títol personal, jo crec que els qui han de decidir són els ciutadans, ja que es tracta d'un sistema sanitari públic en el qual tots estem al seu servei. Els ciutadans necessiten una informació objectiva, per encomanar la seva voluntat als polítics, els gestors i els sanitaris. Potser els ciutadans preferirien invertir més en sanitat i menys en altres coses, o voldrien una sanitat que els doni servei i que no decideixi per ells. El que és segur és que les llistes d'espera són una mostra d'un problema més gran, que obligarà a replantejar el lloc de la Sanitat en el context social i polític, i que això cal fer-ho mentre puguem decidir el que volem i no haver de fer el que puguem.

UNA VISIÓ CLÍNICA DE LES LLISTES D'ESPERA

Des de la dècada dels vuitanta, hi ha més pacients dels que es poden tractar; aquest problema general és més agut en els serveis quirúrgics i en els serveis centrals. En la actualitat, els cirurgians decideixen els programes operatoris tenint en compte les seves llistes d'espera; han de seleccionar pacients amb neoplàsia, preneoplàsia, patologia

comunitària o cirurgia menor i han de tenir en compte els compromisos del centre respecte de la "compra selectiva" i a "pacients amb garantia".

En la pràctica, cada centre ha desenvolupat una estratègia i un model propis. Una enquesta realitzada entre els serveis de cirurgia de Catalunya ha posat de manifest diferents aspectes: l'augment de les llistes d'espera; l'establiment de mecanismes per identificar als pacients per malaltia; la priorització dels pacients amb neoplàsia o amb un alt risc de tenir-la; l'absència de priorització per criteris personals; gestió realitzada de comú acord amb l'administració del centre, i el compliment dels objectius fixats per la compra selectiva.

Encara que amb aquestes mesures es compleixen els objectius en pacients amb neoplàstia, hi continua havent dificultats per tractar altres casos: tancament d'ostomies, reflux, aplàstia, hèrnia de hiatus o proctologia, entre d'altres.

S'han de fixar uns criteris per a la inclusió de pacients a la llista d'espera que no tinguin en compte només el diagnòstic, sinó també la situació clínica de cada pacient i els mitjans disponibles per dur a terme aquesta assistència. Aquests criteris han de basar-se en dades objectives, han de ser acordades de forma conjunta i han de ser de coneixement públic.

UNA VISIÓN CLÍNICA DE LAS LISTAS DE ESPERA

Desde la década de los ochenta, hay más pacientes de los que se pueden tratar; este problema general es más acuciante en los servicios quirúrgicos y en los servicios centrales. En la actualidad, los cirujanos deciden los programas operatorios teniendo en cuenta sus listas de espera; han de seleccionar pacientes con neoplasia, preneoplasia, patologia comunitaria o cirugía menor y han de tener en cuenta los compromisos del centro respecto a la "compra selectiva" y a "pacientes con garantía".

En la práctica, cada centro ha desarrollado una estrategia y un modelo propios. Una encuesta realizada entre los servicios de cirugía de Catalunya ha puesto de manifiesto diferentes aspectos: el aumento de las listas de espera; el establecimiento de mecanismos para identificar a los pacientes por enfermedad; la priorización de los pacientes con neoplasia o con alto riesgo de tenerla; la ausencia de priorización por criterios personales; gestión realizada de común acuerdo con la administración del centro, y el cumplimiento de los objetivos fijados por la compra selectiva.

Aunque con estas medidas se cumplen los objetivos en pacientes con neoplasia, sigue habiendo dificultades para tratar otros casos: cierre de ostomías, reflujo, aplasia, hernia de hiato o proctología, entre otros.

Se deben fijar unos criterios para la inclusión de pacientes en la lista de espera que no tengan en cuenta sólo el diagnóstico, sino también la situación clínica de cada paciente y los medios disponibles para realizar esta asistencia. Estos criterios han de basarse en datos objetivos, han de ser acordados de forma conjunta y han de ser de conocimiento público.

A CLINICAL VIEW OF WAITING LISTS

Since the 1980s the number of patients has exceeded the resources available; this general problem is more acute in surgical and central departments. Currently surgeons decide the operating schedule bearing in mind the waiting lists; they must select patients with neoplasia and pre-neoplasia, and those requiring community or minor surgery. They must also take into account the commitment of the center with regard to "selective purchasing" and "patients with guarantees".

In practice, each center has developed its own strategies and models. A survey performed in the surgery departments of Catalonia has revealed several features: an increase in the waiting lists; the establishment of mechanisms to identify patients by diseases; prioritization of patients with neoplasms or with a high risk of developing them; the absence of prioritization according to personal criteria; management performed in agreement with the center's administration, and compliance with the objectives fixed by selective purchasing.

Although these measures achieve the objectives set in patients with neoplasia, difficulties remain in treating other patients: closure of ostomies, reflux, aplasia, hiatus hernia or proctology, among others.

Criteria should be established for the inclusion of patients on the waiting list that take into account not only the diagnosis but also the clinical situation of each patient and the resources available for that patient's treatment. These criteria should be based on objective data and consensus and should be public knowledge.

Necrològiques

EMILI SALA I PATAU

Joan Uriach i Marsal
Acadèmic numerari

Excm. Sr. President,
Molt il·lustres senyors Acadèmics,
Familiars i amics del qui fou el nostre company d'Acadèmia, el doctor Emili Sala i Patau.

El d'avui no és un acte gratificant, com els que ens acostumen a reunir en aquesta casa: la recepció d'un nou acadèmic, els col·loquis, les ponències i els treballs compartits al llarg del curs sempre són motiu d'agradables encontres.

Malauradament, l'acte que avui ens reuneix té un caire ben diferent. Acceptar el comiat definitiu d'un company amb qui hem compartit tasques i inquietuds pròpies d'un gran vocacional de les ciències de la salut, d'un amic que hem tingut de manera incondicional prop nostre al llarg de deu anys, és un acte revestit de tristor per a tots nosaltres. El tòpic acostuma a subratllar les virtuts, provades o no, d'aquells que ens han deixat, quan ja ens han deixat. En aquest cas, no valen tòpics. Cal preguntar-nos: quins són els trets que ens permeten qualificar una persona com a un gran home? La resposta no és difícil: són els atributs inherents a aquesta persona, els pensaments de la qual van més enllà del seu propi temps, que es recolzen en les íntimes experiències del dia a dia i amb les del seu entorn. És aquell que s'ignora a si mateix en benefici de la comunitat i que forja criteris amb la senzillesa que caracteritza al savi.

D'acord amb aquestes definicions, el doctor Sala i Patau era, sens dubte, un gran home. El buit de la seva absència l'omple amb escriu l'ingent obra que ens ha llegat.

Al nostre país, tan prolífic en personalitats d'altíssim nivell, som gasius a l'hora de donar-los públicament el reconeixement que mereixen. Potser són reconeguts en reduïts cercles que coneixen la seva labor. Hem d'acceptar, però, que avui les plataformes mediàtiques confonen sovint els conceptes *popularitat* i *fama*, i que s'ha creat una dicotomia que no afavoreix gens l'autoestima cultural del nostre poble.

Sempre ens queda el recurs de programar actes com el que avui ens reuneix aquí i que ens permet posar les coses en el seu lloc just, amb els quals, malgrat sigui ja fora de temps, donar testimoni d'homenatge als qui per la seva obra, pels seus valors humans, han estat exemple per a tots nosaltres i per a futures generacions.

Plató, transcriptor de les lliçons orals de Sòcrates, ja digué 500 anys abans de Crist: "La vida no és altra cosa que un curt tra-

jecte entre dos grans misteris: el naixement i la mort. El primer és fruit de la voluntat humana, el segon –la mort– n'és la conseqüència inevitable. Al llarg del petit trajecte de la vida, el cos l'hem de considerar una presó de l'ànima que, enyorant la llibertat perduda, deleix pel retrobament definitiu amb els seus orígens divins."

L'ànima presonera del company Sala i Patau, després de marcar-nos camins amb fites de saviesa, s'ha retrobat de nou amb la llibertat eterna dels seus orígens.

Donar testimoni de fins a quin punt ens ha afectat, tant als membres d'aquesta Acadèmia com a tot l'estament del món sanitari, la pèrdua d'una figura tan entranyable i admirada com la del professor Dr. Emili Sala i Patau implica un esforç per tal que l'emoció no afecti a l'objectivitat de la nostra paraula.

No sempre tenim el privilegi de compartir afanys i projectes amb persones que, sense fer ostentació dels seus valors humans i científics, s'apropen a nosaltres amb l'únic objectiu d'aportar els seus coneixements i les seves experiències, i que s'uneixen per treballar en conjunt pel bé de les ciències mèdiques.

He començat la meua intervenció amb unes divagacions que, endinsat en el record del Dr. Sala i Patau, no he pogut evitar. Crec, però, que la biografia de l'amic al qui avui tribuem aquest merescut i sentit homenatge pòstum és prou rica com per cenyir-nos estrictament als fets més destacables –que són molts– que dugué a terme al llarg de la seva estada entre nosaltres.

Nascut a Barcelona el 14 d'abril del 1913, de pares fills de la Cerdanya, una nissaga d'industrials del ram tèxtil, el seu pare, fidel a la tradicional figura catalana de l'hereu, encomanà al germà gran la gerència del negoci familiar i inclinà l'Emili cap a les disciplines universitàries.

Es llicencià en medicina i cirurgia amb Premi Extraordinari a la Universitat de Barcelona i, posteriorment, es doctorà, amb una tesi qualificada d'Excel·lent a la Universitat Central de Madrid.

Culminada una brillant carrera, ja acabada la Guerra Civil, s'incorporà com a metge assistent al Servei de Cirurgia del Dr. Puig Sureda, a l'Hospital Clínic de Barcelona, l'any 1939.

En el curs universitari 1950-51 va accedir al càrrec de professor adjunt de patologia i clínica quirúrgica, càrrec que va mantenir al llarg de molts anys.

Fundat el *Consejo de Investigaciones Científicas*, a proposta del catedràtic cap de la secció de cirurgia experimental de Barcelona, va aconseguir per concurs-oposició, plaça de becari dintre del *Patronato Ramón i Cajal*.

La seva projecció com a científic va ultrapassar les nostres fronteres. Tant és així que la *Direction Générale des Relations Culturelles du Gouvernement Français* el premià amb la primera beca per a ampliació d'estudis quirúrgics a l'estranger, cosa que li va permetre compartir les lliçons magistrals de les principals figures mèdiques franceses, en clíniques i hospitals de primer ordre a aquell país.

Posteriorment, el gener de 1951 fou becat per ampliar coneixements a la Universitat de Roma, seguida en el temps amb la del British Council, que li va permetre una llarga estada a Londres.

Pel que fa a ingressos a societats i acadèmies, la relació d'aquests honors és tan extensa que citarem els de més prestigi, malgrat tots en tinguin prou:

Octubre de 1949 – Numerari de la *Asociación Española de Cirujanos*

Gener de 1953 – Membre titular de la *Sociedad de Cirugía del Mediterráneo Latino*

Octubre de 1950 – Membre de la *Association Française de Chirurgie*

També era membre de l'Associació de Cirurgia de Barcelona, de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, de l'Institut Mèdico-farmacèutic de Barcelona, etc.

Robant temps al temps, el seu afany de formació i divulgació el movia a organitzar nombroses conferències, cursos monogràfics, com ara el "Rontgen, Diagnòstic de les malalties òssies", o bé "Malalts d'alt risc operatori", a més de cursos per a postgraduats, congressos, simposis d'àmbit nacional i estranger. Com a reconeixement dels mèrits d'aquesta ingent labor, el maig de 1972 fou elegit Vicepresident de l'Associació de Cirurgia de Barcelona.

Capítol a part mereix la seva dedicació a les activitats docents. A la Universitat Autònoma de Barcelona impartí cursos de patologia i clínica quirúrgiques, primer com a professor adjunt i després com a professor associat *ad honorem* i director dels cursos monogràfics de doctorat.

A ell no li agradava gens parlar-ne, però la vida d'un professor universitari és un camí força dur. Ser mestre vol dir transmetre coneixements adquirits amb gran esforç i constància, regalar als altres els fruits de molts anys d'estudi i sacrifici. La seva vocació i capacitat de dedicació només cercava la superació dels seus deixebles, tant en els coneixements de les disciplines mèdiques com en els factors humans. Ell ho va aconseguir: molts metges i ATS recorden encara, amb gratitud, l'exemple d'aquell insigne mestre.

L'any 1992, coronant la modèlica carrera del doctor Sala i Patau, li fou atorgat el Premi Pere Virgili de la Societat Catalana de Cirurgia.

Gairebé un centenar de llibres, d'articles i de col·laboracions en revistes científiques d'arreu del món són el llegat cultural que ha deixat a les nostres mans.

Pel que fa al vessant humà del Dr. Sala i Patau, era tan ric en valors i sensibilitat que resulta difícil descriure'l amb la fredor de les paraules.

Rellegint el seu discurs d'ingrés a aquesta Acadèmia, l'any 1994, són d'admirar els sentits elogis que dedica a la memòria dels seus pares. "Em van inculcar habituds i principis de conducta ètica que m'han portat on he arribat". "Aquí, ara –afegia–, no pot mancar l'extraordinari agraïment a la meva esposa Henriette i als meus fills". Aprofitant la seva presència, aquesta Acadèmia els vol donar testimoni del nostre afecte més sincer.

Al final del seu discurs d'ingrés és quan l'enyorat amic despulla el seus sentiments més íntims. "La meva simpatia i agraïment a tots aquells i a aquelles amb qui férem pinya, treballant aplegats en equips i ambients canviants, per dispensar-los i quiròfans, participant en alegries i en contratemps, en una atmosfera distesa de responsabilitats compartides. He estat molt afortunat de poder comptar amb l'ajuda d'un ampli ventall d'extraordinàries persones, el record de les quals persisteix i emociona". Sens dubte, aquestes paraules són el veritable testament d'un gran home, fidel a les seves conviccions, que amb valentia no dubtà mai a exposar públicament. Les seves opinions sobre bioètica, sobre aspectes avui tan candents com l'eutanàsia, sobre l'estat del benestar i el futur envelliment de la població, són encara avui sòlids exponents d'una realitat indiscutible.

A més, al final del seu discurs, en un apartat de dites i opinions, ens dóna un exemple de tot un estil, dient coses que sovint repetia de paraula:

– "És un luxe car néixer senyor i mantenir-se senyor. Costa diners i engendra disgustos."

– "El metge no sempre cura. Sovint sols pot complimentar o servir, per escrit, projectes de curació."

I aquest esperit humà i d'optimisme contagiós el va saber transmetre a tots els que ens consideràvem els seus amics. Els viatges que fèiem tots plegats amb les nostres famílies, organitzats per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, van ser un exemple de companyonia i d'experiència cultural. Era un humanista integral, total, sabia de tot i ho explicava amb molta senzillesa. Era un veritable regal viatjar amb la seva companyia.

He començat aquesta evocació citant Plató. Si m'ho permeten, acabaré citant Descartes. Descartes va centrar la seva teoria filosòfica en el predicat: "Penso, per tant, existeixo". Hume, anys mes tard, i amb total desacord amb aquell predicat, el va rebatre tot dient: "Els altres pensen en mi, per tant, existeixo". No hi ha dubte que, si donem crèdit a aquell segon axioma, l'estimat amic Sala i Patau existirà sempre en el pensament de tots nosaltres.

Senyores, senyors, estimats familiars, moltes gràcies!!

REMEMORAR LA VIDA I FETS DE L'ACADÈMIC DR. ALBERT AGUSTÍ VIDAL

Francesc Solé Balcells
Acadèmic numerari

Quina tasca tan honrosa! Honora la Reial Acadèmia el recordar els seus membres que han deixat de estar en el seu si, i honora el que és designat com a portaveu per glossar la seva vida.

I és per això, per haver estat nomenat per recordar al Dr. Agustí Vidal, que he d'expressar el meu agraïment.

El Dr. Agustí Vidal va ésser company de promoció, vam estudiar junts. Formàvem part de la Promoció Hipòcrates –licenciats a l'any 1949–, igual que el Dr. Vilardell i el Dr. Moragues, membres també d'aquesta il·lustre Acadèmia. Una promoció és un punt d'unió i així ha estat, i de manera molt especial, pel que fa a la nostra. Avui i aquí veig molts dels companys de la Promoció Hipòcrates i a tots ells vull dirigir-me per recordar els beneficis que el conèixer i estimar l'Albert ens ha reportat. No era un gran esportista. Una barca a Port de la Selva –gairebé sempre la seva dona al timó–, partides de ping-pong entre els amics i, un cop, porter d'un partit de futbol, i tots recordem que l'únic gol del partit se'l va fer ell mateix. Però era un gran pensador i creador. Conseqüent i reflexiu. Curós i responsable. Complidor i honest. I aquesta honestedat, fruit del seu temperament i de la seva religiositat, el feia bon amic, pare responsable, amant de l'especialitat i estimat dels seus pacients.

Va titular el seu discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia “De la fisiologia a la pneumologia o de les caveres al genoma humà; un viatge al·lucinant”. Ell, l'Albert, va fer aquest viatge.

Va començar com a tisiòleg al costat del Dr. Manresa Formosa, a qui, per cert, dec la meua curació de la tuberculosi pulmonar soferta durant els últims anys d'estudi a la Facultat.

L'any 1950, just acabats els estudis universitaris, va ingressar a l'equip del Sanatori de Nostra Senyora de la Mercè, de la barriada de Les Corts, i allí amb el Dr. Manresa i el Dr. Vives Rodón va iniciar el seu viatge, una llarga estada, fins que l'any 1972 va posar en marxa el Servei de Pneumologia i Al·lèrgia Respiratòria de l'Hospital Clínic, es va responsabilitzar també de la direcció de l'Escola Mèdico-Quirúrgica de Malalties Respiratòries i va ser nomenat Professor Titular de la Facultat de Medicina de Barcelona.

Va escriure molt, i el que és potser més important, va fer molt. Va ser el fundador de l'Institut Agustí Vidal de Pneumologia, president de la Societat Catalana de Pneumologia (SOCAP) i de la Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràctica (SEPAR), i fundador i president d'honor de la Fundació Ca-

talana de Pneumologia (FUCAP), amb l'objectiu de fomentar la investigació al camp de les malalties respiratòries. Aquesta Fundació, amb l'ajuda de la indústria farmacèutica, ha convocat anualment importants beques i premis. En una paraula, va ser l'iniciador de la pneumologia moderna al nostre país.

En l'àmbit internacional, li van ser reconegudes les seves contribucions a la pneumologia amb el nomenament de *fellow* de l'*American College of Chest Physicians*, amb la titularitat de membre *ad personam* de la Unió Internacional contra la Tuberculosi i les Malalties Respiratòries, i també amb la nominació de Membre de Honor de l'*Asociación Internacional para el estudio de los Bronquios*.

L'any 1991 va rebre la Medalla de Plata de la Universitat de Barcelona i l'any 1993, el Premi al Mèrit Pneumològic, instituit per la Societat Catalana de Pneumologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. En el seu discurs d'ingrés abundaven les lloances al Dr. Rozman, per la seva ajuda i especialment per l'autonomia que li va concedir.

L'any 1990 va deixar l'Hospital, per jubilació, i va ser nomenat Professor Emèrit Honorífic de la Universitat de Barcelona. El 2001 va llegir el seu discurs de ingrés a aquesta Reial Acadèmia. Com deia, el seu viatge com a especialista el va iniciar en les caveres tuberculoses i va arribar fins al genoma. Al final del seu discurs apunta amb il·lusió les esperances vers la teràpia gènica, ja iniciada en el tractament de la fibrosi quística pulmonar.

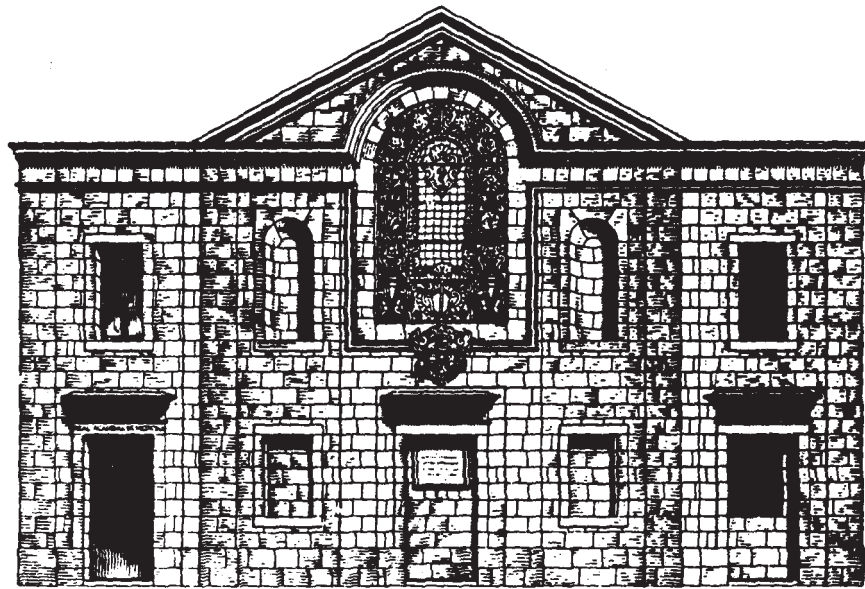
I si cal destacar el vessant docent i investigador, res millor que llegir la resposta de part del discurs que el Dr. Ciril Rozman ve fer en l'acte de la seva investidura com a acadèmic:

“En el terreny de la recerca, el Dr. Agustí Vidal va saber impulsar al si del seu grup un clima idoni perquè des del principi hi hagués una preocupació per aquesta importantíssima vessant de la funció universitària. Va ser prou afortunat de comptar amb un nucli de col·laboradors molt joves i amb una gran empena que el van ajudar de forma brillant a convertir el Servei de Pneumologia de l'Hospital Clínic en una institució de referència, tant nacional com internacional. El Dr. Agustí Vidal ha fet història, ja que ha estat una personalitat cabdal per a aquesta especialitat tant a Catalunya com a Espanya. Ha publicat prop de 400 treballs en bona part apareguts en prestigioses revistes internacionals i ha contribuït en més de 15 llibres.” Un dia com el d'avui dona consol als seus, a la seva esposa, Folin, i als seus cinc fills, dos dels quals són continuadors de la

seva obra, l'Àlvar, Cap de Servei de Respiratori a l'Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, i en Carles, seguidor de la seva tasca a l'Escola del Clínic de Barcelona, l'escola que va iniciar el seu pare. A tot ells, vull expressar com a portaveu el sentiment de la Reial Acadèmia per la seva absència. El trobem a

faltar. Ens va deixar el 17 de juny d'aquest any, als 78 anys d'edat.

Gràcies amic Agustí per l'exemplaritat de la teva vida, per la teva creativitat i per l'estimació que tenies cap a aquesta Reial Acadèmia.



LA PÈRDUA DEL DR. JAUME PLANAS I GUASCH. ENS HA DEIXAT UN HOME BO

Josep Carrière i Pons
Acadèmic numerari

Un bon amic és un bé escàs que se'ns dóna alguna vegada en el nostre pas per aquesta terra. La seva possessió és un fet que acceptem amb plaer en el dia a dia, però la seva pèrdua ens confronta amb una realitat dolorosa, que ens fa meditar profundament sobre el que aquella persona representava per a nosaltres, i això fa aflorar en nosaltres sentiments, fins al moment, impensats.

En ple estiu, el dia 20 d'agost de 2004, ens va deixar el nostre bon amic el Dr. Jaume Planas. La seva partida va esdevenir amb la discreció pròpia de com havia viscut, quan gairebé tot-hom estava de vacances estivals.

Em produeix una veritable emoció fer avui una glossa de la vida del Doctor Planas i agraeixo al Dr. Jacint Corbella, el nostre Vicepresident, haver-me fet aquest sensible encàrrec.

El Dr. Jaume Planas ha desenvolupat una ingent labor assistencial, acadèmica i humana en la seva vida. La nostra Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya ha estat obsequiada amb un membre de primera categoria que li ha donat esplendor.

En Jaume Planas va néixer a Barcelona el juliol de 1915. No va tenir antecedents familiars en medicina.

Amb un impuls netament vocacional, va cursar els seus estudis a la Facultat de Medicina de Barcelona (Promoció del 1940) i es va graduar com a llicenciat amb la qualificació d'excel·lent.

La carrera es va veure interrompuda per la Guerra Civil, quan estava fent el quart curs. Al servei d'urgències, juntament amb els doctors Piulachs, Broggi, Massons i Usúa, va estar treballant incansablement, curant els ferits que venien del sagrant conflicte.

El mes de febrer de 1943 va guanyar per oposició la plaça de metge intern del Servei de Cirurgia d'urgències de l'Hospital Clínic, amb el Prof. Pere Piulachs.

Durant els cursos 1943-44, 1944-45, 1945-46 i 1946-47, va ser professor ajudant de les assignatures de terapèutica quirúrgica, patologia quirúrgica II i patologia quirúrgica III.

Per la seva actuació com a professor ajudant en el curs 1945-46, va obtenir el premi atorgat per la Facultat de Medicina de Barcelona als professors ajudants que més es van distingir en les tasques de càtedra.

Va obtenir el grau de Doctor en Medicina i Cirurgia amb la qualificació d'excel·lent. L'any 1947, va defensar la tesi a Madrid sobre: "Les Amputacions en Cirurgia d'Urgència".

Va ser membre col·laborador de la "Revista Española de Reumatismo y Enfermedades Osteoarticulares", fundada a Barcelona el 1945.

Va patir una radiodermatitis a la mà a conseqüència del seu treball fent reduccions de fractures a sota de la pantalla radioscòpica. Podem fer-nos càrrec del sofriment que podia representar per a un home jove i amb vocació aquesta malaltia, que a més de presentar la possibilitat de canceritzar-se interferia en tots els projectes i els somnis professionals de la seva vida.

La solució d'aquest problema la va cercar i la va trobar amb el Dr. James B. Brown, que el va operar a Saint Louis, Missouri, als Estats Units, on va viatjar per iniciativa pròpia.

Va afrontar un procés quirúrgic dolorós i recuperador en la sol·ledat més absoluta. M'entendreix pensar en el jove Jaume Planas als Estats Units, fent equilibris amb la seva economia, jugant-se el futur professional en una intervenció i amb l'enyorament propi de trobar-se lluny dels seus, ja que en aquells anys Amèrica es trobava molt distant de casa, si bé tenia la valentia i l'austeritat que sempre el van caracteritzar per superar aquests durs moments.

Als Estats Units va descobrir les possibilitats i el futur de la cirurgia plàstica i reconstructiva. Amb aquest nou horitzó, gràcies a la malaltia que va patir en la seva pròpia persona, va reorientar les seves passes dins de la medicina i es va decidir per la cirurgia plàstica.

El mes de febrer de 1947, el *Consejo Superior de Investigaciones Científicas* li va concedir una beca per a l'estudi de la cirurgia plàstica als Estats Units de Nord-Amèrica. També es va presentar a un concurs de beques pensionades ofertes per la Fundació del Amo de Los Angeles, Califòrnia, on va obtenir una beca de 12 mesos de duració. La seva formació la va acompanyar assistint als serveis d'urgències de cirurgia plàstica amb els professors següents:

- Prof. Neal Owens, Tulane University (Nova Orleans).
- Prof. Waldemar Metz, Carville National Leprosy, Louisiana State University (Nova Orleans).
- Prof. Alton Oschner, Oschner Clinic (Nova Orleans).
- Prof. Wilray Blair, Washington University, Barnes Hospital (Saint Louis).
- Prof. James B. Brown, Washington University, Barnes Hospital (Saint Louis).
- Prof. Sterling Bunnell, Stanford University (San Francisco).

– Prof. Warren Pierce, Saint Francis Hospital (San Francisco).
– Prof. E. Smith, Saint Vincent Hospital (Los Àngeles).
– Prof. Herbert O. Bames, Hollywood Hospital (Hollywood).
– Prof. K.L. Stephenson, Santa Barbara Clinic (Santa Barbara).
– Prof. Allen i Prof. Koch, Northwestern University (Chicago).
El Prof. Sterling Bunnell, de San Francisco, li va sol·licitar la traducció a la llengua espanyola del seu llibre *Surgery of the Hand*, treball que va ser dut a terme i publicat a Barcelona l'any 1951 (Editorial J. Janés). Va tenir un gran èxit editorial i ha servit com a text de consulta per a diverses generacions.
Des de 1949 a 1953 va actuar com a Cap del Departament de Cirurgia Plàstica de la Càtedra de Patologia Quirúrgica II (Prof. Piulachs).
El gener de 1953 ingressà com a Cap del Departament de Cirurgia Plàstica i Reconstructiva en el Servei de Patologia Quirúrgica (Prof. R. Arandes).
A més, va ser Cap de Cirurgia Plàstica dels hospitals següents:
– Hospital de Ntra. Sra. del Sagrat Cor de Jesús (Barcelona).
– Hospital Sant Pere Claver (Barcelona).
– Hospital de Sant Joan de Déu (Manresa).
– Clínica Barraquer (Barcelona).
Va ser professor de cirurgia plàstica de l'Escola Professional d'Urologia de Barcelona (Prof. S. Gil Vernet); director del *Centro de Quemados y Departamento de Cirugía Plástica de la Seguridad Social* (Barcelona); professor associat de cirurgia plàstica de la Universitat de Navarra, nomenat el 26 de febrer de 1985; professor associat de cirurgia plàstica de la Universitat Autònoma de Barcelona, i professor del Diploma Universitari de Patologia Mamària, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.
Una llarga i fecunda vida en una persona com el Dr. Planes dona per a molt, però la seva millor obra va ser la creació i la construcció, el 1971, de la Clínica Planas de Cirurgia Plàstica i Estètica, a Barcelona, exemple de modernitat, d'eficiència i d'estil.
Aquest gran esforç el va fer juntament amb la seva encantadora esposa i companya ideal, Montse Ribó. Ambdós, a més de ser un matrimoni exemplar i pares excel·lents de tres fills, van fer un binomi que es potencià i al qual podríem qualificar de veritable sinèrgia, amb una capacitat creativa i una eficiència incomparables.
La idea central que el va impulsar a fer aquest esforç va ser la necessitat de practicar la medicina científica, fer un treball amb equip i desenvolupar una labor docent per a l'especialitat. Amb aquesta finalitat, la va dotar de cinc places permanents de residència per a la formació d'especialistes de cirurgia plàstica. Cal dir que l'*Educational Foundation for Plastic Surgery*, als Estats Units, recomana la Clínica Planas com a centre de formació d'especialistes.
El 1990 creà la Fundació Jaime Planas, per donar continuïtat a la tasca d'investigació i de docència que desenvolupava la Clínica Planas.
A la seva Clínica, s'han celebrat cursos internacionals de cirurgia plàstica i estètica, amb assistència dels millors especialis-

tes del món. El resultat sempre ha estat d'una assistència massiva, comparable a un congrés de categoria internacional. De les organitzacions privades, la biblioteca monogràfica de la Clínica Planas és una de les més extenses del món, en l'especialitat.

Va formar un gran nombre de residents brasilers, que han creat la *Sociedad Jaime Planas de Cirugía Plástica*, l'any 1983, a la ciutat de Curitiba (Brasil) i que, posteriorment, també es va reunir a Mallorca l'any 1987.

Ha estat membre de més de 35 societats científiques, entre elles la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, a la qual va accedir com a membre numerari l'any 1993.

Amb una incansable activitat científica, va publicar més de 250 articles i col·laboracions de capítols a diversos llibres, ponències a congressos, conferències, vídeos i cursos d'especialització.

En matèria de praxi clínica, va estructurar tècniques protocolitzades per als procediments quirúrgics, amb projecte preoperatori i mètode a seguir.

Va descriure un mètode original, d'hemostàsia amb epinefrina en les intervencions de rinoplàstia, mètode seguit per col·legues a Amèrica i Europa, com van tenir l'oportunitat de comprovar personalment a Munic, Alemanya.

També va descriure un mètode de cirurgia funcional del llavi per tractar el que va definir com a síndrome de Louis Armstrong, en pacients músics, que tocaven la trompeta.

El Dr. Planas pertanyia al tipus de persones que, després d'haver-les conegut, no cauen en l'oblit sinó que passen a formar part del grup de persones inoblidables, que queden en el nostre record.

Alt de complexió, amb una cadència de moviments elegant i exquisidament educat, conversar amb ell era un gran plaer, probablement perquè, a més del fet que el seu discurs era interessant, escoltava amb una gran atenció el seu interlocutor, amb qui generava un sentiment de complicitat. La seva mirada era serena i franca, tenyida d'una certa candidesa juntament amb una àvida curiositat per tots els aspectes de la vida.

Quan comentava amb en Jaume Planas alguna atenció o favor que havia fet a algun alumne, ho minimitzava; però, si el comentari era sobre quelcom que ell havia ensenyat, s'il·luminava i se'n alegrava que el seu missatge s'hagués aprofitat per millorar. Paternal i bondadós, aquestes eren les qualitats que més el caracteritzaven, tenia una gran bondat.

Desgranant els dies de la seva malaltia, vaig tenir l'oportunitat de parlar moltes vegades amb en Jaume i en cap moment va sortir una sola queixa de la seva boca. Sense ignorar la gravetat de la seva situació, obsequiava als visitants amb el seu somriure obert i s'interessava vivament per tot el que els atenyia.

Va assumir la malaltia com un ésser conscient i amb una fortalesa fora de l'habitual. Parlant amb alguns dels seus col·laboradors, van fer-me el comentari que els havia fet una visita i

que, amb paraules subtils, es va acomiadar de cadascun amb un missatge personal de gratitud.

Aquesta generositat de tracte la va prodigar constantment amb la seva família. A la vegada, Montse, la seva esposa, i els seus fills, Jordi, Gabriel i Xavier, juntament amb les seves esposes, van suportar aquests moments amb un tacte, una abnegació i un amor que van ser un veritable bàlsam per a la seva malaltia.

Va dur a terme una tasca molt ben feta i el seu projecte continua. Actualment la Institució Clínica Planas resta sàviament administrada per la seva esposa, Montse Ribó, i el seu fill, Xavier Planas, que fan equip en la direcció de la Institució. Els fills

Jordi Planas i Gabriel Planas comanden el component mèdic-assistencial i acadèmic, juntament amb un brillant equip de professionals en les diferents branques de l'especialitat, que segueixen la nissaga i la filosofia del seu fundador.

Perdre un amic ens fa aparèixer un buit creat per la seva falta, però si aquesta pèrdua es produeix després d'una vida rica, llarga i esplèndidament aprofitada, aquest buit es veu ocupat per l'estela de bones accions que ha deixat el seu pas per aquesta terra. Això genera un cert sentiment de conformitat. Davant d'aquest llegat, l'únic que em queda per concloure aquest acte de record emocionat, és dir que ens ha deixat un home bo.

La Fundació Pere Virgili dóna suport a la publicació de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

FUNDACIÓ PERE VIRGILI

Patrons Fundadors

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears
Banc Sabadell
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Fundació Dr. Antoni Esteve
Fundació Espriu
Fundació Mèdica Catalana
Fundació Puig
Fundació Uriach 1838
Nestlé España S.A.

Membres Honorífics de la Fundació

Almirall Prodesfarma S.A.
CETIR Grup Mèdic
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Fundació Uriach 1838
Grup Ferrer Internacional S.A.
Grup Novartis a Espanya
Laboratorios Menarini S.A.
Laboratoris del Dr. Esteve S.A.
Química Farmacéutica Bayer S.A.

Protectors de la Fundació

Grup Bristol Myers Squibb
Laboratoris Astra
Laboratoris Fardi S.A
Sanofi Winthrop S.A.