

---

**A FONTS**

**ÈTICA I DRET: PROTECCIÓ DE DADES EN EL SECTOR SANITARI**

---

**ACTIVITAT ACES**

**I JORNADA D'INFERMERES. ELS REPTES D'UNA BONA ASSISTÈNCIA**

---

**EL REPORTATGE**

**ACES, 35 ANYS AMB VETERANIA I EMPENTA**

---

**XAVIER GÓMEZ BATISTE-ALENTORN**

DIRECTOR DE L'OBSERVATORI QUALY D'ATENCIÓ PAL·LIATIVA,  
DE L'INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

**«CATALUNYA LIDERARÀ L'ATENCIÓ A LA CRONICITAT»**

## XAVIER GÓMEZ BATISTE-ALENTORN

director de l'Observatori Qualy d'Atenció Pal·liativa, de l'Institut Català d'Oncologia

# «Catalunya liderarà l'atenció a la cronicitat»

**A**mb puntualitat britànica, el doctor Gómez Batiste-Alentorn ens rep en una senzilla sala propera al seu despatx, situat a la segona planta de l'Institut Català d'Oncologia, a l'Hospitalet del Llobregat. De seguida es posa de manifest una afabilitat en l'expressió que serà present al llarg de tota la conversa. Aquest to ajuda a entendre la complexitat lligada a la medicina pal·liativa i la cronicitat, un àmbit del qual Gómez Batiste-Alentorn coneix fins a l'últim detall.

**Vostè és el pare del sistema sociosanitari implantat a Catalunya a partir del programa *Vida als Anys*, a més de ser el pioner i mestre de la línia assistencial de cures pal·liatives.**

En tot cas va ser una paternitat compartida per un grup d'unes 30 o 40 persones que als anys vuitanta vam creure que calia desenvolupar un model d'atenció integral per a persones amb malalties cròniques: Maruja Fontanals, Miquel Vilardell, Teresa Vehrnes i Ramon Bayés, entre d'altres. I, en l'àmbit polític, Xavier Trias i Jaume Padrós. Desenvolupar les cures pal·liatives dins el programa *Vida als Anys* va ser una intuïció molt pertinent perquè la majoria de malalts que necessiten aquesta atenció són crònics. I això va marcar una diferència respecte a models com l'anglès, que estava molt centrat en les persones amb càncer. En aquest projecte es van unir unes necessitats, un grup de professionals disposats a atendre-les, unes instal·lacions hospitalàries que s'havien de reconvertir i el suport polític.

**Què el va atraure cap a aquest àmbit de la medicina? Va ser una qüestió de la seva personalitat? De la seva experiència vital?**

**La cronicitat i les cures pal·liatives són un repte cada cop més important per a la medicina i per a la societat en el seu conjunt. El doctor Xavier Gómez Batiste-Alentorn fa anys que construeix solucions per encarar aquest repte. Totes elles convergeixen en un model assistencial basat en una visió integral, una reordenació dels recursos disponibles, una major participació de la sanitat privada i el valor de la qualitat humana, que es fa imprescindible per atendre uns pacients en situacions particularment difícils.**

**De la seva estada i formació a la Gran Bretanya?**

Hi van jugar diversos factors. El meu pare va ser metge de capçalera i jo vaig viure des de petit tota la dedicació i el compromís de la medicina humanista que ell representava. Després em vaig formar en oncologia a Sant Pau i vaig veure que hi havia avenços en el tractament, però que també hi havia molt de patiment i reptes pendents en qualitat assistencial. L'etapa d'oncòleg a l'Hospital de Vic em va portar a estar molt a prop de la comunitat i, per la demanda dels pacients, a haver de pensar en maneres d'atendre'ls a domicili. A tot això hi afegiria un interès per la innovació i un compromís amb el país per desenvolupar millors models d'atenció sanitària i social. El viatge a Anglaterra va ser una conseqüència de tot plegat, i allà va ser on vaig refermar totes aquestes idees.

**Quina ha estat l'evolució de l'atenció sociosanitària i de la medicina pal·liativa a les societats occidentals en les darreres dècades? Cap país s'ha erigit en model de referència en aquest temps?**

Hem passat del concepte d'atenció geriàtrica i cures pal·liatives al de cronicitat. Els primers anys del segle XXI parlem

d'atenció pal·liativa. El canvi de paradigma és que hem passat de centrar-nos en els malalts de càncer, amb poca esperança de vida, a pacients amb malalties cròniques evolutives que viuran més temps. És un altre tipus de malalt que identifiquem molt abans i en el qual concorren tres factors: edat avançada, fragilitat i pluripatologies. En el seu moment els anglesos van construir un model d'atenció que incorporava el treball interdisciplinari, les necessitats multidimensionals, la concepció de dolor total i la vinculació d'aspectes mèdics i socials. Nosaltres a Catalunya vam desenvolupar un model d'organització basat a portar aquesta bona atenció a tots els elements del sistema. I, en el cas de l'Estat espanyol, Catalunya ha estat i segueix sent un líder destacat.

**Des del 2007 vostè és director de l'Observatori Qualy d'Atenció Pal·liativa. Quina és la funció principal de l'Observatori i quines són les tasques més importants que ha dut a terme en aquest temps?**

És un centre col·laborador de l'OMS i la seva missió fonamental és la de promoure polítiques d'atenció pal·liativa en el sistema de salut i social. Ens dediquem a donar suport a organitzacions en el disseny, implementació i avaluació de



**Xavier Gómez Batiste-Alentorn** (Torelló, 1952) es va llicenciar en Medicina l'any 1976 i es va especialitzar, successivament, en medicina interna, oncologia i medicina pal·liativa. Des del 2007 dirigeix l'Observatori Qualy i Centre Col·laborador de l'OMS per a Programes Públics de Cures Pal·liatives de l'Institut Català d'Oncologia, a Barcelona. La missió d'aquest observatori és valorar l'atenció al final de la vida a Catalunya i Espanya, dissenyant el directori de serveis, desenvolupant eines i metodologies, i donant suport al Departament de Salut, al Ministeri de Sanitat, a l'Institut Català de la Salut i a d'altres organitzacions, com ara la Fundació "la Caixa", l'Open Society Institute-New York, l'EAPC, la SCBCP, etc. L'Observatori va ser designat Centre Col·laborador de l'OMS l'any 2008. Des del 2012 Gómez Batiste-Alentorn està al capdavant de la càtedra de Cures Pal·liatives de la Universitat de Vic.

programes en aquest àmbit. Els nostres clients poden ser públics o privats. En aquest sentit hem col·laborat amb l'ICS o amb l'ACES. El nostre àmbit és el món. Hem contactat amb 52 organitzacions de països diferents. Darrerament, hem desenvolupat el programa d'atenció per a persones amb malalties avançades de la Fundació "la Caixa" dedicat a l'atenció psicosocial. L'objectiu és donar resposta a les necessitats essencials de les persones en aquesta situació: espiritualitat, dignitat, autonomia, afecte, companyia i esperança. També fem docència i recerca sobre els resultats de les nostres activitats, que plasmem en publicacions, amb les quals a més generem coneixement. Un coneixement que després apliquem als programes que implementem, com hem fet, per exemple, en el desenvolupament del programa nacional de cures pal·liatives de Portugal amb un sistema «clau en mà» en què hem fet el disseny, la legislació i la formació dels professionals, i els hem monitoritzat la implementació.

### **Demana unes competències professionals específiques aquest seguit de necessitats essencials de les persones amb malalties avançades que ha citat?**

Sí. Desenvolupar les qualitats d'educació i de respecte, i les competències assistencials com la comunicació ètica clínica i la gestió de cas. Però vull remarcar que, si es vol una atenció d'excel·lència, han d'entrar en joc els valors, els comportaments i les actituds. I això marca la diferència, perquè, quan et tornes vulnerable, no en tens prou amb un fàrmac per al dolor; aquest plus d'empatia i comprensió es fa imprescindible.

### **Quin és l'objectiu que persegueix l'assistència sociosanitària a les àrees de llarga estada, convalsència i cures pal·liatives?**

Més que veure-ho com a unitats específiques hem de parlar d'un sistema integral que disposi de tots els tipus de recursos que un malalt avançat necessitarà: atenció domiciliària, hospital de dia, hospital d'aguts, convalsència. Aquests dispositius han de ser peces d'un conjunt que ha de funcionar de manera integrada.

No creu que, en el context actual (envelliment poblacional, canvis culturals, incorporació de la dona cuidadora al mercat de treball), hi ha mancances per atendre les



### **necessitats de la població crònica de Catalunya?**

Ocupem-nos de casos concrets. Les residències que van ser concebudes fa anys per atendre persones autònomes ara són plenes de persones amb malalties cròniques i pronòstic de vida limitat. En la mateixa línia, un estudi que hem portat a terme demostra que entre el 25% i el 40% dels malalts que són en hospitals d'aguts són malalts crònics que tenen un pronòstic de vida d'un any o un any i mig. Concretament, hi ha una unitat de cures intensives en què el 30% dels pacients són malalts crònics avançats.

En general, Catalunya té una estructura suficient i, per respondre al nou escenari, el que li cal és reordenar-la. Per fer això cal un lideratge potent, perquè en un context de recursos limitats hem d'aprofitar els que tenim amb una nova organització.

**«LA SANITAT PRIVADA HA DE FER UN SALT PER ATENDRE MÉS LA CRONICITAT»**

### **Ho estem fent?**

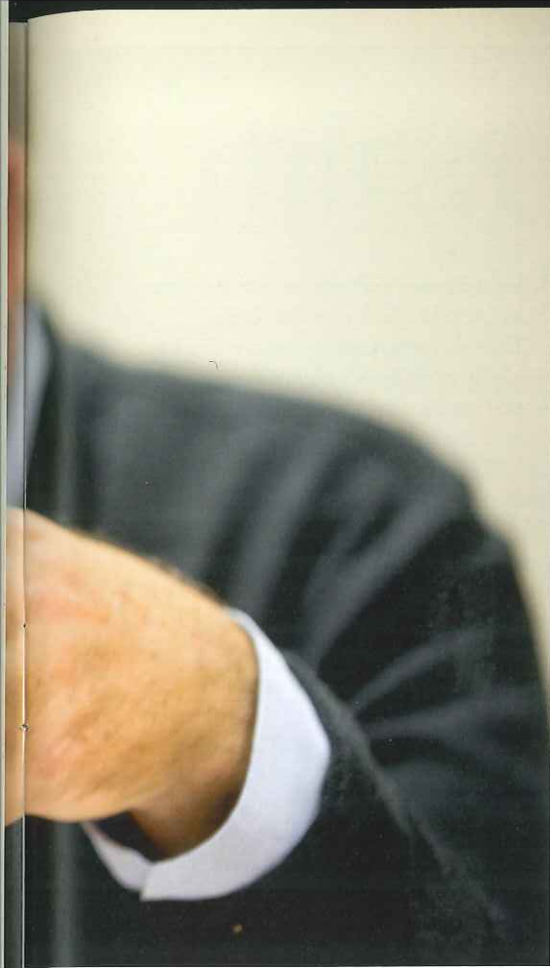
Sí. Hi ha dues tendències que estan confluint. Una és la que anomenem *bottom up*. Inclou iniciatives com les que duen a terme alguns membres de l'ACES,

que estan desenvolupant diverses línies d'atenció a la cronicitat reorganitzant els recursos de molts centres. Com a mínim tenim uns 350 projectes que estan innovant en aquest àmbit a Catalunya. L'altra és el *top down*, és a dir, el lideratge per part del Departament de Salut i CatSalut orientat a aconseguir que tot el sistema –atenció primària, sociosanitària, hospital d'aguts– es reorienti en aquesta direcció. I això es fa a través del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC). Catalunya reuneix les condicions perfectes per desenvolupar una molt bona tasca en aquest àmbit, i crec que liderarem l'atenció a la cronicitat.

### **Comentava fa un moment la contribució de la sanitat privada a aquests objectius. Té encara més camp per recórrer en aquest sector?**

Crec que la sanitat privada ha d'apostar encara més per això. A Catalunya es té una gran experiència i hi ha centres de referència en el sector privat pel que fa als processos d'aguts, però s'ha de fer un nou salt per atendre més la cronicitat, bàsicament perquè és molt probable que el sistema públic no pugui ocupar-se de tot. Anem cap a models de provisió mixta i de finançament mixt. Per la seva banda, el sistema mutual i assegurador també ha d'apostar més decididament per aquest àmbit.

Fins al 2011 no hi havia cap asseguradora mèdica que inclogués l'assistència socio-



sanitària ni les cures pal·liatives a la seva cartera. Per quines raons les asseguradores haurien d'incloure aquesta assistència en la seva cobertura?

Primer per una raó ètica, que és atendre millor els malalts. Hi ha també una raó social: que és la importància quantitativa d'aquest sector. I després hi ha la raó de l'eficiència. Si jo tingués una asseguradora no tindria cap dubte a incloure aquesta assistència. El que cal també és que hi hagi demanda per part de la població. Penso que actualment hi ha una dificultat que respon a una percepció esbiaixada: les asseguradores solen veure aquesta assistència com una despesa quan en realitat, a més llarg termini, invertir en atenció domiciliària o cures pal·liatives comporta un estalvi.

**Un gran impacte en els pressupostos de sanitat de la Generalitat ve donat per l'atenció del malalt crònic complex en hospitals d'aguts, així com per a la hiperfreqüentació dels serveis d'urgències per part d'aquests pacients. Com s'hauria de reconduir i gestionar la situació?**

El 70% de la despesa sanitària es fa en els darrers sis mesos de vida. Els sistemes d'atenció a la cronicitat són, en aquest sentit, extraordinàriament eficients perquè generen alternatives a l'ús dels hospitals d'aguts i a l'ús dels sistemes d'urgències. Això és una evidència incontestable. Les alternatives possibles són l'atenció domiciliària i els acords entre centres sociosanitaris amb centres d'atenció primària perquè els malalts crònics avançats no vagin a l'hospital d'aguts i ingressin directament en aquests centres. Cal pensar que el cost d'una unitat d'estada mitjana en un centre d'aquest tipus representa el 35% del cost d'un llit d'aguts. I, a més, el pacient estarà més ben atès.

**Considera que l'aposta per l'atenció a la cronicitat en el nou pla de salut de la Generalitat per als pròxims anys serà imprescindible per dur a bon port el canvi de model que està comentant?**

Crec que som en un moment d'oportunitat. En una població en què hi ha entre un 2% i un 5% de la població de malalts crònics avançats i complexos, si els identifiquem, els estratifiquem i fem polítiques de reordenació de recursos, amb un model de finançament i d'avaluació adequats, tot això permetrà que el sector que ara atén els pacients de manera fragmentada els atengui de forma integrada.

**Vostè està implementant una nova eina anomenada NECPAL. Podria explicar-nos en què consisteix?**

NECPAL neix fa tres anys de la nostra inquietud per identificar precoçment el malalt crònic avançat que no és de càncer. Amb l'anàlisi d'un conjunt de malalts vam veure que els podíem identificar segons diversos paràmetres: perquè ingressen molt als centres, perquè tenen unes condicions de gravetat, com ara insuficiències respiratòries, o perquè necessiten un gran nombre de fàrmacs. Complementàriament, també vam desenvolupar un test de pronòstic de vida. Aquesta eina s'orienta a evitar que el malalt sigui identificat de manera tardana. El Departament de Salut ha volgut que convertim aquesta recerca en un programa amb tres grans línies: model d'atenció centrat en les necessitats; planificació de decisions anticipades (per exemple, decidir que en la pròxima crisi el malalt opti per no anar a l'hospital d'aguts i per ser atès en una residència); organització de l'atenció de manera integrada. I això ja s'implementa com a programa pilot a Girona, Osona i la zona metropolitana sud. També a altres indrets d'Espanya i de l'exterior com Austràlia o l'Argentina. Creiem que tindrà un impacte molt important en tres grans aspectes relatius a la cronicitat: millora de salut i qualitat de vida, satisfacció del pacient i eficiència.

**L'Institut Català d'Oncologia (ICO) destaca pels seus serveis i ha estat premiat per l'European Society of Medical Oncology. Quines han estat les claus per assolir aquest bon nivell?**

Estic orgullós de treballar a l'ICO. És líder en atenció oncològica, però ha volgut anar més enllà d'atendre bé els seus pacients per influir en les polítiques i convertir-se en referent. I en aquest sentit ha desenvolupat el model més avançat de cures pal·liatives a l'Estat. Prestem serveis assistencials de complexitat a través dels quals es fa recerca clínica. Tenim un màster de cures pal·liatives des de fa 12 anys i el centre Qualy. La nostra unitat de docència és molt potent: hem format més de 6.000 professionals i hem creat amb la Universitat de Vic la primera càtedra de Cures Pal·liatives de l'Estat. Aquest lideratge s'ha construït amb el suport institucional, amb l'orientació dels valors de l'organització i amb la qualitat professional i humana dels seus membres. //

## El qüestionari permanent

- 1 Quina ha estat la fita mèdica que més ha beneficiat la humanitat? Que l'informe Hastings hagi establert que els objectius de la medicina han de ser prevenir, cuidar i curar.**
- 2 Com ha de ser la convivència entre sanitat privada i pública? Ha de ser una convivència de cooperació total. Des del nostre punt de vista el maridatge entre públic i privat el considerem essencial perquè tenim reptes comuns en què hem de treballar junts. L'ICO, que és públic, posa en pràctica aquesta filosofia a través de diversos acords i convenis.**
- 3 Què pot aportar la gestió privada a un centre sanitari? Aspectes de flexibilitat i d'innovació que crec que són molt positius. El sector públic hauria d'incorporar el concepte de client, que penso que en el sector privat tenen molt clar.**