



MANEL DEL CASTILLO

President del Comitè d'Avaluació, Innovació i Reforma Operativa del Sistema de Salut (CAIROS)

«En algun moment haurem de posar les pròximes generacions per davant de les pròximes eleccions»

Manel del Castillo, director gerent de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona des del 2003, és un professional de reconegut prestigi en l'àmbit de la gestió sanitària. És metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària, i màster en Gestió de l'Empresa Pública per ESADE. Des del setembre del 2024 és president del CAIROS, i també exerceix la presidència de l'European Children's Hospital Organisation (ECHO) des del 2020.

Del Castillo va començar la seva trajectòria en la gestió sanitària com a gerent d'Atenció Primària de Mallorca. Va ser director provincial de l'Insalud Balears i director gerent de la Fundació Hospital Manacor. A Catalunya, va ser gerent de l'Hospital Municipal de Badalona i va ocupar el càrrec de secretari general de la Patronal del Consorci d'Associació Patronal Sanitària i Social (CAPSS). A més, ha rebut els premis Arthur Andersen Diario Médico, Bearing Point, Profesor Barea i Fundació Factor Humà Mercè Sala. Actualment, és professor en gestió sanitària a la Universitat de Barcelona i professor visitant a diverses escoles de negocis.

Com valora globalment l'estat del sistema de salut de Catalunya?

El sistema presenta forteses, com ara les infraestructures, el bon nivell dels professionals o el tractament de patologies greus i complexes, però en altres aspectes s'ha anat deteriorant: llistes d'espera, fragmentació, excés de burocràcia, falta de personalització i menys eficiència en les patologies de baixa complexitat. No és una opinió personal; la gent ho està percebent així. Fa uns 10 o 15 anys, només una de cada cinc persones consideraven que el sistema s'havia de reformar, i ara és una de cada dos. Un altre indicador en aquest sentit és l'increment continu del doble assegurament, que, en aquest moment a Catalunya, tenen una de cada tres persones, un 40% a Barcelona ciutat.

Però l'esperança de vida, en canvi, no minva?

Precisament per la bona atenció a les patologies greus. Tenim una mortalitat evitable per càncer de les millors de la Unió Europea i una mortalitat infantil de les més baixes del món. No hi ha cap contradicció: el sistema pot funcionar bé en alguns aspectes i alhora presentar esquerdes, i no només per la sostenibilitat econòmica, que també, sinó per la sostenibilitat social. Un sistema que les classes mitjanes abandonen es degrada, i a la llarga, si aquesta dinàmica s'intensifica, podem anar cap a un sistema

escindit, com el d'Amèrica Llatina, amb una sanitat per a rics i una sanitat de mínims per a pobres. Aquesta dinàmica no és exclusiva de la sanitat; també en l'educació les classes mitjanes estan abandonant les escoles públiques a favor de les concertades i privades. I com més abandonament hi hagi, més deteriorament: és un peix que es mossega la cua.

Olof Palme va dir que «un sistema per a pobres sempre serà un sistema pobre». Soc conscient que moltes persones pensen que el nostre sistema ha arribat aquí per quedar-se, però la veritat és que està en risc. En milers d'anys d'història de la humanitat només hem tingut atenció sanitària pública durant mig segle i no arreu del món. I això, igual que s'ha creat, pot desaparèixer.

Quines són les principals causes de la crisi del model?

Hi ha tres reptes importants als quals el sistema no s'ha adaptat. Primer, el canvi demogràfic. Tenim una població més envellida. L'altre dia la directora d'un hospital em deia que més del 50% de les persones que tenien al servei d'urgències en aquell dia superaven els 80 anys. Aquest grup representa el 3% de la població, però genera en aquest cas la meitat de la demanda. Per a aquesta població necessitem integració sociosanitària. No és tant

una qüestió de recursos com organitzativa.

El segon repte és l'organització dels serveis públics, que no s'ha adaptat a les noves realitats. Durant segles, l'Estat ha tingut com a missió dictar lleis i desenvolupar les funcions, diguem-ne, tradicionals de l'Administració, com ara la policia, l'exèrcit, la justícia, etc. El model organitzatiu amb què ha funcionat ha estat el de l'Administració pública, caracteritzat per procediments rígids i garantistes, pensats per donar seguretat jurídica.

En les últimes dècades, a la majoria dels països occidentals, l'Estat s'ha convertit també en proveïdor de serveis al ciutadà (sanitat, educació, dependència, etc.), que tenen una naturalesa diferent i que no poden ser gestionats a través de l'Administració pública, sinó a través del que coneixem com el *new public management*. Aquest concepte incorpora instruments de gestió més àgils i menys burocràtics que fan èmfasi en l'eficà-

«En milers d'anys història de la humanitat només hem tingut atenció sanitària pública durant mig segle i no arreu del món. I això, igual que s'ha creat, pot desaparèixer»

cia, en la personalització del servei i en la qualitat. La majoria dels països europeus van avançar en aquesta línia fa molts anys, però al nostre encara queda molt camí per recórrer.

El problema seria, doncs, que el model sanitari encara depèn en bona part del sistema tradicional d'administració?

Sí, a Espanya i a Catalunya encara pesa massa aquest sistema, que va ser definit al segle XIX com una còpia de l'Administració francesa, molt garantista i molt útil per a algunes coses, certament, però totalment inadequat per a tot allò que requereix un hospital.

Per què és inadequat?

Per una qüestió de rigidesa. Per

exemple, l'hospital es veu com un centre de despesa, com una unitat més de l'Administració a la qual se li assignen unes partides econòmiques dividides amb capítols tancats de despesa (personal, consums, etc.) o amb unes categories professionals definides fa molts anys. Però un centre sanitari és una realitat dinàmica amb un nombre de pacients i necessitats de fàrmacs i altres elements que canvien contínuament. I la manera de respondre a aquest dinamisme amb flexibilitat, és l'autonomia de gestió.

Un hospital ha de tenir personalitat jurídica per poder prendre decisions sobre els diners, la contractació, l'acomiadament, els incentius laborals, etc. El procediment, d'entrada, de persones en un hospital públic és l'oposició, com a la judicatura o a les duanes. Els centres no poden elegir els seus professionals, que és el que ha de fer qualsevol organització amb necessitats complexes. Fins i tot en un país com ara França, amb tot el pes històric de la seva Administració, els centres sanitaris públics tenen plena autonomia de gestió.

Ara tocaria parlar del tercer repte

Efectivament, i es tracta del repte professional. Està lligat al segon, a la rigidesa de l'Administració, de la qual es deriven problemes com, per exemple, la sobrecàrrega d'activitats del metge, especialment en l'atenció primària, on s'ha de dedicar a fer una sèrie de tasques burocràtiques que no aporten valor a la seva feina. Tenim 4,4 metges per 1.000 habitants quan la mitjana dels països de l'OCDE és de 3,6. Per tant,



de metges no en falten i, en canvi, n'hem d'importar. Quina paradoxa, oi? El que succeeix és que no podem atendre la demanda de metges perquè fan moltes activitats que no són de metge. I això és culpa dels rols rígids que s'han establert. No només els metges han de fer més de metges, sinó que les competències de les infermeres han de créixer i hem d'incorporar nous rols al sistema per atendre les necessitats que he enunciat primer. En resum, es podria dir que hem de reorganitzar l'oferta per poder atendre la nova demanda. No fer-ho ens aboca també al deteriorament.

Per tot el que ha explicat, sembla que el repte organitzatiu és la clau de tot plegat.

Sobretot perquè, respecte al primer repte, ben poca cosa hi podem fer: els canvis demogràfics són el que són. És en el segon i en el tercer on tenim marge de maniobra.

Com han contribuït les tan blasfemes retallades al deteriorament del model?

No es pot negar que en un moment determinat es van fer grans retallades i, en conseqüència, moltes persones pensen que el problema és que falten diners. Però les dades ens diuen que el 2019 la despesa executada va ser d'11.000 M€ i el 2024, de 16.000 M€. És un creixement superior al de la riquesa nacional. Segurament, caldrà seguir invertint més perquè la població va envellint i les noves teràpies són cares. Però cal distingir aquest fet dels problemes estructurals i organitzatius que he explicat. Ho diré d'una altra manera: si el motor del teu cotxe no acaba de tirar, no ho solucionaràs posant-li més benzina.

En aquest context, el mes de setembre passat, el Govern va crear el Comitè d'Avaluació, Innovació i Reforma Operativa del Sistema de



Salut (CAIROS), que vostè presideix. Expliqui'ns, sisplau, quins objectius s'han marcat.

A banda de l'acrònim, CAIROS com a paraula ens remet al terme grec *kairós*, que vol dir 'el moment adequat'. Aquí no hi ha cap casualitat, ara és el moment en què cal actuar. CAIROS neix de la voluntat del president de la Generalitat i de moltes altres persones per definir les prioritats per a la reforma i la sostenibilitat del sistema, però de manera operativa, és a dir portant-les a la pràctica.

Partim de 10 línies d'actuació: simplificació administrativa i de gestió; incorporació de noves tecnologies i IA; innovació i reforç de la recerca biomèdica; impuls al desenvolupament de competències professionals; millora dels Equips d'Atenció Primària; anàlisi demogràfica professional i estudi de necessitats; augment de la prevenció i la predicció amb el desplegament de l'Agència de Salut Pública de Catalunya; enfocament a la cronicitat; orientació a resultats incorporant la veu de la ciutadania; i

creació dels centres de salut integrals de referència. D'aquestes 10 línies es deriven 25 mesures més concretes.

L'experiència dels darrers anys ens demostra que hem estat capaços de generar moltes propostes a través de nombrosos estudis i informes, però no hem avançat gaire en la implementació. Per què aquesta vegada hauria de ser diferent?

El nostre encàrrec no és fer noves anàlisis, sinó impulsar els canvis. Som conscients que, d'informes, ja se n'han fet molts, i quan dic això no vull menystenir aquesta feina. Ben al contrari, ens ha ajudat a saber on som i què cal fer i, a més, alguns dels membres del CAIROS hi hem participat. A banda de tenir en compte aquest coneixement, hem escoltat moltes persones del sector, entre elles el president de l'ACES, i ara som responsables d'impulsar aquesta transformació. I la manera de fer-ho és com quan emprenem qualsevol camí llarg: pas a pas. Això vol dir prioritzar mesures que siguin fàcils d'implementar i que puguin donar resultats

tangibles en un període de temps ràpid. Després cal comunicar-ho bé, això és importantíssim, transmetent a la vegada un sentit d'urgència, i generant la confiança necessària per guanyar cada vegada més aliats per al nostre propòsit. No defugirem, si és necessari, la confrontació amb grups que defensen determinats interessos i oposaran resistència. És inevitable, se'n diu gestió del canvi.

Quines són les barreres que han identificat per a la implementació de la reforma del model?

Les barreres es troben en l'àmbit polític, sindical, corporatiu, i en la ciutadania, en la mesura que hi ha una visió, per part d'algunes persones, que consisteix a tenir por que els canvis puguin fer malbé el sistema. És la típica aversió al risc. En el cas dels polítics, això es veu molt condicionat pels cicles electorals, però en algun moment, en aquest país, haurem de posar les pròximes generacions per davant de les pròximes eleccions. I aquesta visió implica a tothom. Els

«Tenim un sistema sanitari que vam construir fa 40 anys i que, com qualsevol edifici, per molt ben construït que estigui, si no hi fas manteniment, es deteriora»

partits han de començar a prioritzar els interessos generals per davant dels seus, i el mateix passa amb els sindicats. He tingut ocasió de parlar amb tots els partits i de moment cap no s'oposa a la reforma, però els canvis que volem implementar tenen un cost i els beneficis sovint no es recullen a curt termini.

I com es convenç els immobilitistes dels diferents col·lectius?

Cal reconèixer que els immobilitistes no són pas tan minoritaris com es podria pensar. Jo els animaria a pensar en gran i a ser una mica més generosos. El gran argument és que tenim un sistema que vam construir fa 40 anys i que, com qualsevol edifici, per molt ben construït que estigui, si

no hi fas manteniment, es deteriora. Ja sé que hi ha persones que darrere qualsevol canvi hi veuen interessos ocults, o et parlen del «risc de la privatització» o de «perdre drets», entre altres coses. Però és més senzill: han passat molts anys i ja hem arribat a l'època de les reformes; ens toca fer manteniment. No cal tenir tanta por, perquè els pilars del benestar estan assentats i no farem reformes disruptives, sinó incrementals.

Tornem a la implementació, centrant-nos precisament en aquestes reformes incrementals. Per on començaran?

Com explicava abans, hem fet públiques 10 línies que van dirigides a aspectes genèrics i a l'atenció primària, perquè creiem que primer cal impactar en aquesta àrea. Cap al maig o el juny proposarem 10 línies addicionals enfocades aquesta vegada al funcionament dels hospitals i l'àmbit de la salut mental. Com a mesures concretes immediates, tenim el desplegament de l'Agència de Salut Pública, que el Parlament ja va aprovar el 2019.

Hi ha més qüestions prioritàries per implementar, com ara la posada en marxa del cribratge precoç de trastorns del neurodesenvolupament infantil o l'avenç en la integració socio-sanitària. La falta d'integració resta fluïdesa als processos. El contrari de la integració és la fragmentació, que és el que tenim ara entre l'atenció primària i els hospitals, per exemple, o en els equips d'atenció. I això com es concreta? Doncs en centres de salut integral de referència, que seran com centres de primària, però



actualitzats. Un altre exemple d'integració és l'assistència a domicili a les persones que surten de l'hospital però encara estan convalescents i no tenen ningú que els pugui ajudar.

Tot això ja ens fa avançar cap a un sistema més eficient i, per tant, més preventiu, i ho fa de manera concreta. A més, es pot impulsar amb una relativa facilitat, i no menys important: beneficia l'organització general del sistema, els professionals i els pacients, per l'ordre que vulguis.

No costa gaire deduir que la integració va associada a l'eficiència.

Així és. Si som capaços de millorar la relació primària-hospital, les llistes d'espera, de consultes i de proves milloraran. L'eficiència està lligada a un model més integrat, més preventiu, més incentivat, amb una gran simplificació dels tràmits, i amb la superació de les barreres administratives.

Quin paper ha de tenir la tecnologia, i en particular la intel·ligència artificial, en tot aquest procés?

De moment, ja estem parlant d'incorporar de manera immediata el reconeixement per veu i la transcripció automàtica als centres de primària perquè el metge pugui centrar-se en el pacient i no a prendre notes. Naturalment el metge després validarà l'informe, però l'estalvi de temps i la millora de l'atenció al pacient seran evidents.

Es pot afirmar, per tant, que la reforma del sistema està alineada amb les necessitats reals del pacient?

Sí, un millor sistema beneficia tothom, professionals i pacients. De fet, un dels 12 membres del CAIROS és representant dels pacients, perquè la seva veu ha de ser escoltada.

Com veu el debat públic-privat en relació al model sanitari?

El model sanitari català, en conjunt,



«Més que en l'estat del benestar, crec en la societat del benestar que fem entre tots»

està basat en una diversitat de proveïdors. Hi ha tres tipus d'actors en el sistema: els que depenen de l'Administració; els que no depenen de l'Administració sinó d'un consorci, una fundació o una altra organització, i els de titularitat privada. El sistema català és públic perquè està planificat i dirigit pel Departament de Salut i després hi ha la diferent naturalesa dels proveïdors. El que és rellevant, més enllà d'aquest debat, és que tots els proveïdors ofereixin un bon servei. Com a clients no classifiquem pas els restaurants pels propietaris, sinó per la qualitat del menjar. Aquest símil ens suggereix la visió correcta.

Quin seria, per a vostè, el sistema de salut ideal?

Un sistema que sigui igual de garantista que ara, en el sentit que mantingui la seva gran capacitat redistributiva. Un sistema finançat per nosaltres els ciutadans en funció de

la nostra renda, via impostos, i del qual rebem serveis en funció de la nostra necessitat. I vull subratllar nosaltres i no l'Estat perquè no és una visió estatalista. Jo, més que en l'estat del benestar, crec en la societat del benestar que fem entre tots, inclòs el que entenem com a societat civil. Però al mateix temps m'agradaria tenir un model de gestió capaç de trencar la fragmentació, la rigidesa i el corporativisme que impedeixen que el sistema funcioni de manera àgil i personalitzada.

Hi podem arribar. No és fàcil, però tampoc no és impossible. De solucions màgiques no n'hi ha i el canvi no es farà d'un dia per l'altre. El més important és començar a caminar en la direcció adequada i que cada vegada més gent s'enfilí al carro de la reforma del sistema. Perquè ara no avancem en cap direcció, estem senzillament aturats. ■