

**José Martín Comín.** Profesor emérito de Radiología y Medicina Física. Universitat de Barcelona. Experto en Diagnóstico por la Imagen y miembro de la International Atomic Energy Agency.

## «Ningún paciente con sospecha de cáncer debería esperar más de una semana para una exploración diagnóstica»

**El cáncer forma parte del grupo de enfermedades que no son de declaración obligatoria (NCD) que tiene un mayor impacto en la población. Según la SEOM, en el año 2012 se presentaron más de 200.000 nuevos casos de cáncer en España. En Catalunya se diagnosticarán en 2015 unos 23.000 casos de cáncer y se prevé que en el año 2020 el número aumente hasta los 26.000. Los cánceres más relevantes son los de mama, próstata, colorrectal, pulmón y estómago.**

**El cáncer es una de las principales causas de muerte y es una enfermedad con un gran impacto social y, como tal, su manejo requiere de un programa global. En este manejo debe considerarse desde la prevención hasta la curación y/o cuidados paliativos.**

**Si bien todas las etapas son importantes, nos centraremos hoy en el diagnóstico por la imagen del cáncer, especialmente en la disponibilidad de recursos y en su utilización. Dentro del diagnóstico por la imagen consideraremos los equipos de CT, MR, GC y PET-CT.**

### ¿Es suficiente el número de estos equipos en Catalunya?

Si se toma como referencia los datos del Eurostat, que describe el número de estos equipos en Europa, Catalunya se situaría en la zona media baja de la tabla.

Si bien no existe una estadística reciente del número de equipos instalados en Catalunya, una estimación del mismo permite afirmar que el número total de equipos es inferior al de otros países de nuestro entorno.

La situación es más grave cuando en los últimos años se ha producido una progresiva disminución de los equipos en los hospitales públicos. Si bien el plan Diris 10-20 permitió albergar la esperanza de que por fin se iba a establecer una planificación de la amortización y renovación de los equipos. Este plan se defenestró antes de entrar en vigor por falta de financiación. El resultado ha sido que una buena parte de los equipos en los centros públicos es

antiguo, en ocasiones obsoleto y que solo se ha renovado aquello que era de urgente necesidad.

### ¿Es eficaz la gestión de estos centros?

La creación del Institut de Diagnostic per la Imatge (IDI) en los años 90 supuso el inicio de una privatización enmascarada del diagnóstico por la imagen. Desde su creación, el IDI ha absorbido buena parte de la actividad en hospitales y se ha establecido una dura competencia entre el IDI y los hospitales del ICS. El resultado ha sido la duplicación de algunos servicios, el encarecimiento de los mismos y la inseguridad de los trabajadores.

Parece imposible, pero cuando la mayor parte del ICS está informáticamente comunicado, no existe una buena comunicación entre los servicios del IDI, en general ubicados dentro del hospital, y los servicios del mismo hospital.



Existen exploraciones, especialmente el CT, que pueden hacerse en ambos centros. En ocasiones, un paciente en la evolución de su enfermedad realiza la exploración en uno y otro centro, lo que crea problemas de interpretación en el seguimiento del mismo.

La progresiva descapitalización de los hospitales ha inducido a la creación de listas de espera inasumibles y obligado a la derivación de pacientes a centros concertados, que no siempre tienen una calidad adecuada, lo que incrementa de nuevo las dificultades en el seguimiento de los pacientes.

No puede llamarse eficaz a una gestión que no permite la correcta atención de los pacientes, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento.

### ¿Cuál es el impacto de las listas de espera?

Se habla mucho de las listas de espera para intervención quirúrgica, pero hay

también una lista de espera importante para exploraciones.

El retraso en la realización de una exploración produce un retraso en el diagnóstico y al final un retraso en el tratamiento. Es difícil establecer una lista de espera en el diagnóstico del cáncer, ya que los servicios suelen crear circuitos especiales para diagnósticos urgentes.

El decreto sobre listas de espera establece un tiempo máximo de 90 días para la realización de diversas pruebas, entre ellas la CT y la RM. Este tiempo, claramente excesivo ante cualquier enfermedad, es claramente inaceptable ante una sospecha de cáncer.

La inquietud, la angustia que el paciente sufre durante esa espera consti-

tuye ya una agresión, pero además ese retraso diagnóstico puede tener una repercusión importante en la evolución de la enfermedad.

Debería establecerse que ningún paciente con sospecha de cáncer o pendiente de estatificación de un cáncer ya conocido esperara más allá de una semana para realizar la exploración. ■

**Marcela Güell.** Diplomada en Enfermería y licenciada en Historia, combina experiencia profesional y sindical en el Hospital Universitari Vall de Hebrón y en el movimiento vecinal desde la Federació de Associacions de Veïns i Veïnes de Barcelona (FAVB).

## «La mayoría de hospitales ha cerrado de forma permanente una media de 70-80 camas»

### A su juicio, ¿cuáles son las deficiencias más importantes de la sanidad catalana?

Las deficiencias más importantes derivan del modelo sanitario. Este modelo está basado teóricamente en la colaboración público-privada, pero en la práctica se trata de un modelo de gestión que propicia el desvío de actividad y presupuestos a los centros privados mediante la aplicación de leyes y reglamentos que legalizan la compra de servicios asistenciales y de diagnóstico a entidades privadas. También del modelo centrado en el hospital y que no da valor a la atención primaria, que solo dispone del 17% del total del presupuesto.

### A los cuatro años de inicio de los recortes, ¿cómo han afectado a la situación laboral de los profesionales catalanes de la sanidad pública?

Ha habido una gran disminución del salario, en gran parte en forma de supresión de complementos adquiridos. Desde 2011 se han eliminado una paga extra cada año, el «fondo de acción social», aportaciones al plan obligatorio de pensiones, reducción al 50% de la paga por cumplimiento de objetivos..., pero el aspecto más grave ha sido el recorte en personal y en camas y servicios.

Las vacantes por jubilación solo se han cubierto en un 50% y se han anula-

do las convocatorias de plazas fijas. Solo el Institut Català de la Salut (ICS) ha perdido un 15% de la plantilla, que supone más de 5.000 personas, esto ha supuesto un aumento de las cargas asistenciales y el incremento de la precariedad laboral, ya que la mayoría de contratación es eventual. La mayoría de hospitales ha cerrado de forma permanente una media de 70-80 camas y parte de la actividad quirúrgica, lo que ha propiciado el incremento de las listas de espera.

### Una de las características más conocidas de la reorganización de la AP en Catalunya ha sido la implantación de las llamadas Entidades de Base Asociativa (EBAs), ¿desde el movimiento vecinal de Barcelona puede hacernos una valoración de ellas?

El movimiento vecinal se ha manifestado contrario a las EBAs desde su creación, ya que se trata de entidades con ánimo de lucro y como un primer paso hacia la privatización, ya que su gestión debe someterse periódicamente a



concurso público y pueden adjudicarse a grandes empresas de servicios. Se presentan como entidades formadas por profesionales y con base cooperativa, pero en realidad son sociedades limitadas cuyos miembros son accionistas y se reparten dividendos. En la actualidad, en Barcelona existen 8 EBAs entre un total de 67 áreas de AP, la mayoría en zonas de mayor renta de la población o de baja frecuentación por disponer de doble cobertura.

Desde el movimiento vecinal siempre hemos defendido una sanidad cien por cien pública, de financiación y gestión públicas. ■