

ANNALS DE MEDICINA

PUBLICACIÓ DE L'ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS



EDITORIAL

La importància de l'atenció primària (1). *X. Bonfill* 49

VIDRE I MIRALL:

L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DESPRÉS DE 40 ANYS DE LA DECLARACIÓ D'ALMA-ALTA

Alma-Ata i la reforma de l'atenció primària i comunitària a Espanya i a Catalunya. *A. Martín Zurro* 50
 Atenció primària a Catalunya: avenços i reptes de futur. *M. J. Ferré, P. Borràs, M. L. Vázquez Navarrete* 53
 Reptes de futur de l'atenció primària i salut comunitària. *A. Sisó Almirall* 56
 Quaranta anys de la declaració d'Alma-Ata: el dia a dia d'una metgessa d'atenció primària. *O. Domínguez* 59
 La implantació de la declaració d'Alma-Ata a l'atenció primària. *M. Molas* 61

RODA CONTÍNUA DE FORMACIÓ I CONSENS

SEGURETAT DEL PACIENT. Estratègies per reduir els errors de medicació associats a les ordres verbals. *M. Massanés, S. Serdà, J. Salvador* i col·ls. 62
 El dol com a procés adaptatiu. *R. Quilis* 66

PROVES I EVIDÈNCIES

Millorant l'atenció integrada i centrada en la persona per a la gent gran que viu a casa: dues experiències locals a Catalunya. *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya* 69

SENSE AMNÈSIA

Eponímia mèdica catalana. L'anell de Puig Massana. *J.-E. Baños, E. Guardiola* 75
 Josep Esteve i Soler (1930-2019): farmacèutic manresà, empresari, acadèmic i president d'una fundació científica. *F. Bosch, S. Erill* 79
 CLÀSSICS DEL PENSAMENT MÈDIC. Malbaratament evitable en la producció i la comunicació de la recerca. *I. Chalmers, P. Glasziou* 82
 Deesses, sanadores i metgesses. *P. Arrizabalaga, M. Viger, E. Gómez Gil* i col·ls 86

FENT DE METGE DE SALUT PÚBLICA I GESTOR DE SERVEIS

De la lluita contra la malaltia a la promoció de l'autonomia personal. Més de 45 anys de canvis en els sistemes sanitari i social. *J. Farrés* 92



Annals de Medicina

Publicació de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Raó d'ésser: *Annals de Medicina* pretén ser, principalment, un vehicle de formació i comunicació entre els socis de l'Acadèmia, i entre aquests i l'entorn social i sanitari més proper. Per això, posarà un èmfasi especial en els aspectes de formació continuada, de divulgació, de debat, de síntesi, d'ètica, d'interdisciplinarietat i de sensibilitat sanitàries que més i millor poden ajudar a assolir aquells objectius. *Annals* ha de reflectir l'esperit plural, obert i independent de l'Acadèmia i alhora ha de contribuir a impulsar els objectius històrics pels quals aquesta institució es va crear i que la justifiquen.

Consell Directiu

Joan Sala Pedrós
M. Antònia Mangués Bafalluy
Jordi Reina Prieto
Diego J. Palao Vidal
M. Dolors Sintes Matheu
Salvador Navarro Soto

Consell Editorial

Juan María Alarcón García
Montserrat Antonín Martín
Meritxell Arenas Prat
Josep Arimany Manso
Inmaculada Ausió Rusiñol
Xavier Baldó Padró
Enric Barbeta Sánchez
Jordi Baroja Benlliure
Glòria Basset Pagès
Jaume Benages Pàmies
Alba Bernadó Solé
Isabel Bielsa Marsol
Sebastiano Biondo
Maria Alba Bosch Llobet
Maria Teresa Bravo García
Josep M. Busquets Font
Helena Camell Ilari
Carles Camps Planas
Narcís Cardoner Álvarez
Antoni Castells Garangou
Albert Clarà Velasco
Pere Clavé Civit
Joan Costa Pagès
Josep Maria Cruzado Garrit
Claudia Cucciniello Villalba
Susana Curós Torres
M. Teresa Dordal Culla
Elisabeth Dulcet Valls
Albert Flotats Giralt
Josep M. Galceran Gui
Francesc Garcia Cuyàs
Maite Garolera Freixa
Pere Genaró Jornet
Montserrat Gens Barberà
Miquel González Page
Miguel Ángel González Viejo
Marco Inzitari
Albert Isidro Llorens
Clara Izañza Gavarró
Albert Jauregui Abularach
Jesús Lafuente Baraza
Vivian Legname
Antoni Llovet Brugué
Anna López Ojeda
Enric Macarulla Sanz
Àngels Mach Buch
Oscar Macho Pérez

Sonia Magán Muñoz
Ernest Mallat Callís
Àlex Marcas Vila
Pere Marco Aznar
Luís Manuel Marco Estarreado
Javier Mareque Bueno
Miquel Maresma Matas
Maria Teresa Maristany Daunert
Joan Martí Fàbregas
Àngela Martínez Picó
Joan Ramon Masclans Enviz
Carles Miñarro García
Llorenç Miralles Serrano
Óscar Miró Andreu
Astrid Morer Liñán
M. del Carmen Muñoz Almagro
Agnès Nicolau Galindo
Joan Miquel Nolla Solé
Jaume Ordi Maja
Manuel Pérez Maraver
Valentí Pineda Solas
Marta Planas Guillaumon
Josep Planell Piqueras
Rosa Porqueras Suárez
Josep Oriol Porta Roda
Mónica Povedano Panadés
Ricard Pujol Borrell
Elisabeth Puri Pujals
Jordi Reina Prieto
María José Ribal Caparrós
M. Victoria Ribera Canudas
Francesc Roca-Ribas Serdà
Antonio Román Broto
Cristina Roure Nuez
Ferran Sabaté Casellas
Emili Sacanella Mesguer
Josep Lluís Seoane Reboredo
Maria Teresa Serrano Piñol
Antoni Sisó Almirall
Antonio Soler Ferrater
José Antonio Soriano Pacheco
Anna Sureda Balari
Fidel Sust Tena
Ferran Tognetta Arena
Pere Torner Pifarré
Francesc Tresserra Casas
Hugo Ikuo Uchima Koecklin
Judith Usall i Rodié
Pere Vallibera Rodríguez
Joan Josep Vendrell Ortega
Toni Veres Gómez
Miquel Viaplana Ramírez
Lluís Vilardell Ramoneda
Rosa M^a Villalonga Vadell
Eulàlia Villegas Bruguera
Xavier Viñolas Prat

Director: Xavier Bonfill

Coordinació editorial

Marta Gorgues
Centre Cochrane Iberoamericà
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Pavelló 18, planta baixa, despatx 14
Sant Antoni M. Claret, 167 – 08025 Barcelona
Tel. 935 565 578 – Fax 935 537 809
Adreça electrònica: mgorgues@santpau.cat

Consultora lingüística i d'estil

Elena Guardiola

Secretaria i correspondència

Annals de Medicina
Major de Can Caralleu, 1-7 – 08017 Barcelona
Tel. 932 031 050 – Fax 934 188 729
Adreça electrònica: academia@academia.cat
Pàgina web: <http://www.academia.cat>

Distribució

Annals es distribueix gratuïtament als socis de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. A més, es pot consultar íntegrament a la seva pàgina web: <http://www.academia.cat>

Publicitat

Aquelles empreses o institucions que vulguin insertar algun anunci a *Annals* poden contactar directament amb la Secretaria de l'Acadèmia.

Informació editorial

Annals publicarà bàsicament els treballs que hagi encarregat als autors corresponents. Tot i això, valorarà la pertinença dels manuscrits que li facin arribar sempre i quan s'ajustin a les característiques i necessitats de cada secció. La secció Epistolari està oberta a rebre, per correu ordinari o electrònic, qualsevol comentari, suggeriment o observació relacionats amb el tema tractat de manera directa o indirecta a la revista. Els *Suplements dels Annals* estan oberts a les societats i filials de l'Acadèmia que vulguin publicar el contingut de les seves jornades, diades, congressos, etc., respectant els criteris establerts.

Publicació autoritzada pel Ministeri de Sanitat com a Suport Vàlid
Reg. Gral. 16-3-78, núm. 6.986
Dipòsit legal: B.1514-1958
ISSN-2013-7109
Disseny i maquetació: Eximpre SL

La importància de l'atenció primària (1)

Xavier Bonfill

Director
Annals de Medicina

Hi va haver un abans i un després amb la declaració d'Alma-Ata fa quaranta anys i, en motiu d'aquest aniversari, hem volgut reflexionar sobre què va suposar aquella fita i els reptes que queden per davant. Per això, en el **Vidre i mirall** d'aquest número hi trobareu diverses aproximacions al voltant d'aquella declaració i, en el proper, ho complementarem amb unes aportacions més enfocades en el futur. En concret, en les propostes que hi ha ara mateix sobre la taula per tal que l'atenció primària jugui el paper que necessitem i que li pertoca. A **Roda...** podem llegir les propostes per reduir els errors de medicació derivats de les ordres verbals. Sens dubte, és difícil canviar una pràctica molt arrelada als serveis de salut d'àmbit hospitalari i residencial, però està clar també el risc que això pot comportar. La informatització de les prescripcions i de les intervencions a fer als pacients suposa una oportunitat per reduir al màxim les ordres verbals i per establir les condicions que minimitzin el seu risc quan són inevitables. En la mateixa secció també hi podem llegir una nova reflexió de Ramon Quilis sobre el dol com a procés adaptatiu. I a **Proves i evidències** hi trobem el report d'un estudi europeu en el qual va participar l'AQuAS per tal de millorar l'atenció de les persones grans que viuen a casa.

A **Sense amnèsia**, l'epònim ressenyat és el de l'anell de Puig Massana, que porta el nom del prestigiós cirurgià cardiovascular traspassat fa poc. També ens va deixar fa poques setmanes el Dr. Josep Esteve i Soler, prohom de la família Esteve, la qual, tant a través del laboratori que por-

ta el seu nom com de la fundació homònima, ha donat un suport actiu i permanent tant a l'Acadèmia com als *Annals*. Fèlix Bosch i Sergi Erill ens fan una semblança molt completa de les diverses i meritòries facetes de Josep Esteve. A **Clàssics**, Gaietà Permanyer i Joan M. V. Pons ens han traduït l'article de Iain Chalmers i Paul Glasziou, els quals des de fa anys vénen denunciant el malbaratament dels recursos dedicats a la recerca, com ho prova el gran nombre d'estudis que no aporten res més enllà de la confusió i de la distracció d'investigadors i de pacients. Fan alhora una sèrie de propostes per tal de reduir aquesta situació i aconseguir que els recursos destinats a la recerca s'inverteixin millor. De vegades, la reivindicació hauria de ser no tant més recursos per a la recerca, sinó gastar millor els existents. Finalment, en l'article "Deesses, sanadores i metgesses" podem resseguir de manera molt documentada i coherent el tortuós camí que les dones han hagut de seguir al llarg de la història per poder accedir i exercir la professió de metgessa en igualtat de condicions que els homes. S'ha avançat molt si tenim en compte d'on veníem però encara queda força camí per recórrer.

A **Fent de metge de salut pública i gestor de serveis** Josep Farrés fa un interessant repàs a la seva llarga trajectòria professional, ara recentment tancada, en diversos àmbits de la salut pública i de la gestió de serveis de salut i socials. Això li ha permès viure en primera persona les enormes transformacions que s'hi han anat fent en els darrers 40 anys.

Correspondència: Dr. Xavier Bonfill
Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
C/ Sant Antoni M. Claret, 167
08025 Barcelona
Tel. 935 537 810
Fax 935 537 809
Adreça electrònica: xbonfill@santpau.cat

Alma-Ata i la reforma de l'atenció primària i comunitària a Espanya i a Catalunya

Amando Martín Zurro

Codirector del Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària del Departament de Salut (2007-2010).

Resum

La declaració d'Alma-Ata es va fer l'any 1978 i la reforma de l'atenció primària i comunitària (APiC) del nostre país ja té més de 30 anys. És un moment clau per abordar l'anàlisi dels problemes acumulats durant tot aquest temps, agreujats per la crisi iniciada l'any 2008, i proposar mesures correctores i innovadores que permetin una millor adaptació a les noves realitats i necessitats que planteja l'atenció de salut del segle XXI.

Introducció

La reforma de l'atenció primària a Espanya i a Catalunya (en realitat hauríem de parlar dels canvis introduïts a l'assistència mèdica ambulatoria de la Seguretat Social) va néixer cronològicament poc temps després del final de la dictadura franquista. L'any 1978 (conferència d'Alma-Ata) es va reconèixer l'especialitat de medicina de família i comunitària i l'any següent inicià la seva formació MIR la primera promoció de residents. L'assistència mèdica ambulatoria, nascuda després de la guerra civil, havia quedat despenjada dels canvis modernitzadors implementats a la part hospitalària de la sanitat espanyola des dels anys 60.

La reforma iniciada legislativament l'any 1984 es va estendre a la pràctica totalitat de l'Estat entre aquesta data i l'any 2002. El procés d'implementació va ésser llarg i complicat i en el camí es van perdre algunes de les bases conceptuals i organitzatives que s'havien plantejat al començament.

És evident que els canvis aportats per la reforma de l'atenció primària foren molt importants però possiblement el més significatiu va ésser aconseguir que la mateixa atenció primària emergís com un dels components essencials del sistema nacional de salut i que fos assumit a tots

els nivells que els seus professionals havien de tenir una formació específica per poder exercir en aquest àmbit.

El potencial innovador de l'atenció primària i comunitària i de la medicina de família i comunitària

En el nostre país l'APiC i la medicina de família i comunitària (MFic) han mantingut punts coincidents en el seu desenvolupament al llarg del temps. En la primera fase, als anys 80, totes dues van actuar com veritables puntes de llança, ideològiques i tècniques, amb la introducció dels canvis que es van instaurar en el conjunt del sistema sanitari i, sobretot, en l'assistència mèdica ambulatoria anterior a la reforma. Aquesta "vida intel·ligent" extrahospitalària va ser un dels motors per impulsar el canvi conceptual i organitzatiu de major relleu del sistema sanitari espanyol. En aquesta primera etapa de l'APiC i de l'MFic es van construir els pilars conceptuals i tècnics de la reforma però també es van cometre errors, alguns inevitables i derivats de la inexperiència i excessiva ideologització d'alguns dels seus líders. Els canvis irreversibles introduïts han fet possible una millora de la qualitat de l'atenció de salut que rep la ciutadania en el primer nivell assistencial i ningú no pot negar els canvis positius que en relació amb la situació prèvia han suposat els nous centres de salut, el treball en grup o equip, la formació especialitzada en MFic o la introducció d'activitats docents i d'investigació fins aleshores limitades a l'àmbit hospitalari.

Malgrat els problemes sorgits al llarg del procés de reforma, l'APiC espanyola i catalana conserva avui un gran potencial de canvi i el seu paper i importància en el sistema continuaran creixent en la mesura que sigui capaç de proporcionar respostes efectives i eficients a les noves necessitats i reptes sanitaris i socials que es plantegen en el nostre entorn. La societat, els seus marcs polític i econòmic i les expectatives de la ciutadania en relació amb la salut i la seva atenció han canviat molt des de mitjans dels anys 80 del segle passat, quan es va iniciar la reforma. Aquestes consideracions preliminars ens reafirmen en la necessitat de visualitzar la reforma de l'APiC com un procés dinàmic, obert i que cal sotmetre a una revisió contínua amb l'objectiu de garantir la seva adaptació i capacitat de res-

Correspondència: Amando Martín Zurro
C/ Marín 46, baixos 2a
08172 Sant Cugat del Vallès
Tel. mòbil: 675 781 008
Adreça electrònica: a.martinzurro@gmail.com

posta als canvis polítics, econòmics, socials, científics i tècnics.

El “cognom” comunitari de l'atenció primària i la medicina de família

En el nostre país la medicina de família va néixer amb el cognom “comunitària” i d'aquesta forma es va diferenciar clarament de l'especialitat establerta en altres estats. El reconeixement d'aquesta especialitat va coincidir temporalment amb el d'una altra molt relacionada com és el cas de “medicina preventiva i salut pública”.

De la mateixa forma que en el cas de l'especialitat d'MFiC no hem aconseguit encara un desenvolupament equilibrat d'aquest segon cognom, en el de l'atenció primària tampoc hem estat capaços de potenciar la seva obertura vers la comunitat. Cal passar d'una atenció primària tancada en el centre de salut i les seves consultes a una atenció primària i comunitària que integri en totes les seves actuacions, incloses les assistencials clíniques, una reorientació estratègica que assumeixi una aproximació intersectorial a l'abordatge dels determinants de salut en un marc de treball en i amb la comunitat. Sembla evident que no es tracta d'afegir més càrrega laboral a l'existent, sinó de canviar les prioritats i, per exemple, deixar de fer coses que no tenen una utilitat demostrada per millorar la salut personal i col·lectiva o que, fins i tot, poden ser perjudicials a més de suposar una despesa innecessària. Pot ajudar al desenvolupament de la perspectiva comunitària el fet que a partir d'ara parlem sempre d'atenció primària i comunitària igual que ho fem de medicina de família i comunitària.

La reforma i la travessia del desert

Després de l'etapa innovadora dels anys 80 el procés de reforma de l'APiC es va veure immergit en un context sanitari dominat per una cultura gerencialista instrumental que va posar en el frontispici del sistema l'estalvi, menyspreant altres valors essencials com equitat, qualitat, seguretat, innovació o comunitat, així com el desenvolupament d'estratègies motivadores de progrés personal i professional, situació que encara persisteix avui.

La darrera etapa d'aquesta travessia del desert ha estat presidida per la crisi econòmica iniciada el 2008, que ha agreujat els problemes derivats de l'etapa anterior. La crisi ha incidit de forma més intensa en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària que en l'hospitalari i ha estat l'origen de les retallades pressupostàries i de recursos de tot tipus, que han deteriorat la situació de centres i professionals i la mateixa prestació de serveis a la ciutadania.

Al llarg dels 40 anys transcorreguts des de la declaració d'Alma-Ata no hem estat capaços de promoure canvis significatius en els paradigmes bàsics del nostre sistema sanitari públic que, com en altres països del nostre entorn,

continua centrat i dominat per l'hospital, subjugat per la prioritització absoluta de la tecnologia i obstinat en realitzar abordatges parcials i fragmentaris dels problemes sanitaris i socials. No hem pogut ni sabut lluitar de forma efectiva contra la inèrcia brutal del sistema i ens hem dedicat excessivament a llepar-nos les ferides i a buscar fora els culpables de la situació.

Pressupostos i atenció primària i comunitària

Sembla existir un acord general que un dels problemes importants que ha tingut sempre el procés de reforma de l'APiC radica en la insuficiència de recursos, financers i d'altres tipus, dedicats a la seva implantació i desenvolupament. Hi havia i encara hi ha avui polítics i gestors que han visualitzat l'APiC com una bona oportunitat per reduir els costos d'un sistema sanitari cada cop més car i, segons sembla, menys sostenible. Tots els àmbits del sistema públic de salut han de contribuir a garantir la seva sostenibilitat, però les aportacions decisives de l'APiC no es troben en la reducció de la factura sanitària, sinó en la seva capacitat per millorar la racionalització i l'eficiència de la despesa. És clar que parlem d'una APiC que proporciona una assistència curativa i preventiva ajustada a les necessitats reals de la ciutadania i que pretén disminuir la tendència actual al consum excessiu de recursos i procediments (perillós fins i tot per a la pròpia salut) i que incentiva la participació i responsabilitat comunitària. Parlem també d'uns criteris de finançament diferents als actuals, que paguen als hospitals primant la seva activitat i que solament dediquen a l'APiC els recursos necessaris per mantenir les plantilles, assumir la despesa farmacèutica i poc més. Cal incrementar la proporció del pressupost sanitari global que es dedica a l'APiC, incentivar de forma decidida la innovació organitzativa, pagar millor els professionals i acabar amb la precarietat laboral existent en aquest sector.

Alguns canvis necessaris

El model d'atenció primària dissenyat en la primera part de la dècada dels anys 80 del segle passat necessita una revisió del seu plantejament inicial i la correcció dels problemes que han anat apareixent al llarg de tot aquest temps.

Ja hem comentat anteriorment la necessitat de potenciar el vessant comunitari de l'atenció primària i la medicina de família. En el primer cas, això s'ha de traduir en la generació de mecanismes d'integració i coordinació transversal amb altres serveis i recursos que actuen en el mateix territori que el centre i l'equip de salut. Estem parlant de recursos de salut pública, salut mental, salut sexual i reproductiva, fisioteràpia i rehabilitació i urgències no vitals, entre d'altres. També cal prioritzar i dotar de pressupost les actuacions en el

marc de la comunitat i els seus actius relacionats amb la salut i abordar els seus determinants socials des d'una perspectiva multisectorial.

També cal dotar de major autonomia els centres, equips i professionals per planificar les seves inversions i prioritats, demanant-los al mateix temps un grau més important de responsabilitat i de retre comptes en relació amb els resultats obtinguts.

També cal reconsiderar l'organització del treball en els centres i equips del nostre país. La reforma es va fer a partir del model existent d'assistència mèdica ambulatoria i es van heretar alguns dels seus elements organitzatius, es-

tructurals i d'activitat. Per exemple, no es va insistir que cada professional de referència pogués disposar d'un despatx propi de consulta, no es va emfatitzar prou la necessitat de flexibilitzar els horaris assistencials i es van dissenyar uns blocs de treball compactes i simultanis, entre d'altres problemes.

Pel que fa a l'especialitat d'MFiC també calen canvis en el seu programa de formació postgraduada i dissenyar una política universitària que acabi d'una vegada amb la manca d'implantació en les nostres facultats i escoles d'estructures acadèmiques (departaments) així com amb el dèficit de professorat d'alt nivell.

Atenció primària a Catalunya: avenços i reptes de futur

Manel Joaquim Ferré¹, Palmira Borràs², María Luisa Vázquez Navarrete³

¹Presidència. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona; ²Àrea Associativa. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona; ³Servei d'estudis i prospectives en polítiques de salut. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona.

Introducció

Fa 40 anys, la declaració d'Alma-Ata va marcar un canvi d'era en la visió sobre el camí a seguir per tal de desenvolupar els sistemes de salut d'arreu del món i reduir les desigualtats en salut. La interpretació i l'aplicació posterior han estat diverses i amb resultats diferents, atribuïbles a causes variades com la reducció, en alguns països, de l'atenció primària a alguns programes preventius molt limitats i sobretot enfocats a l'atenció maternoinfantil¹ o la introducció de barreres d'accés a l'atenció condicionades per sistemes de salut on s'ha produït una mercantilització creixent de la medicina². La definició de l'atenció primària com a estratègia per assolir "Salut per a tots l'any 2000"³ va promoure l'orientació dels sistemes de salut com a garants del dret a l'atenció de la salut i com a instruments de redistribució de riquesa i de reducció de les desigualtats (injustes) entre i a l'interior dels països.

Un model d'atenció organitzat al voltant de l'atenció primària

Per fer efectiu el dret a la protecció de la salut de la ciutadania, la *Ley General de Sanidad* de 1986 va definir el pas del model anterior, segmentat en diversos subsistemes, a un sistema nacional de salut, finançat majoritàriament amb impostos, de cobertura universal i gratuït en el punt de dispensació, amb l'atenció primària com a eix vertebrador. Així, l'atenció sanitària s'organitzava en dos nivells de complexitat: l'atenció primària, com a porta d'entrada, i l'atenció especialitzada, com a suport per a la resolució de problemes complexos. Catalunya, a l'empara de la llei, es va dotar d'un sistema de salut amb un model basat en l'atenció primària que volia estar orientat a la promoció de la salut i a la prevenció de la malaltia, que buscava garantir la continuïtat assistencial amb l'atenció

especialitzada —d'aguts, sociosanitària, salut mental i addiccions— i que incorporés criteris d'eficiència. Malgrat haver fet importants avenços, el model no està plenament desenvolupat i encara persisteixen problemes que s'han de corregir i aspectes que s'han de millorar com ara, entre d'altres, el desenvolupament de la vessant comunitària i la coordinació clínica entre nivells d'atenció, així com la coordinació amb l'àmbit social i la interrelació amb la salut pública.

L'atenció primària es defineix com el primer nivell de contacte de la persona amb el sistema sanitari i es caracteritza per l'accessibilitat, la integralitat (atenció enfocada a la persona, no a la malaltia), la longitudinalitat (contacte al llarg del temps) i la seva capacitat per resoldre els problemes de salut més freqüents. L'atenció en aquest nivell consisteix en un equilibri entre l'atenció curativa, la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, l'educació en salut i la rehabilitació, que realitza un equip multidisciplinari: l'equip d'atenció primària (EAP). Aquests EAP, constituïts per professionals sanitaris i no sanitaris, són els responsables de l'atenció en salut de la població de l'àrea que tenen assignada (àrea bàsica de salut [ABS]). L'equip inclou metges/esses de família, infermers/es, pediatres, odontòlegs/òlogues, auxiliars d'infermeria, treballadors/es socials i personal de suport amb auxiliars administratius.

La reforma de l'atenció primària

La reforma de l'atenció primària va representar un punt d'inflexió del sistema de salut a Catalunya en incorporar una nova visió poblacional i d'atenció a la persona. Abans de la reforma, els metges/esses d'atenció primària treballaven de manera individual, proporcionaven exclusivament atenció curativa durant 2,5 hores de consulta al dia, l'ús de la història clínica era molt limitat, la seva capacitat de resolució era baixa i la continuïtat assistencial entre nivells era molt limitada⁴.

Durant les últimes dècades, l'atenció primària ha millorat de manera molt significativa a causa de dues estratègies molt importants: la creació de l'especialitat de medicina de família i comunitària i la reforma de l'atenció primària. En primer lloc, la creació de l'especialitat de medicina de família i comunitària va permetre comptar amb professionals molt qualificats per desenvolupar la nova

Correspondència: Manel Joaquim Ferré Montañés
Av. Tibidabo, 21
08022 Barcelona
Tel. 932 531 820
Adreça electrònica: mferre@consorci.org

funció. Es va crear l'any 1978 i actualment ja representen el 25% de tots els metges i les metgesses especialistes que treballen al sistema de salut.

En segon lloc, la reforma de l'atenció primària es va desenvolupar en relació amb aspectes organitzatius, com ara l'ampliació de l'oferta de serveis, amb una major dedicació horària dels professionals —amb l'articulació d'una atenció programada i urgent durant tota la setmana—, l'absorció progressiva dels antics metges/esses generals i l'establiment progressiu de les condicions necessàries per al treball en equip. També s'ha anat digitalitzant, a poc a poc, i s'han introduït la història clínica electrònica i la recepta electrònica, així com diversos mecanismes per afavorir la coordinació clínica entre els diferents nivells assistencials (atenció primària, especialitzada, sociosanitària, salut mental i addiccions). D'altra banda, la reforma ha implicat canvis en el contingut del treball dels equips amb la inclusió, a més a més de l'atenció curativa, de programes de promoció de la salut, prevenció de la malaltia i rehabilitació, així com la participació en programes d'investigació i docència⁵.

El procés de reforma es va iniciar a Catalunya l'any 1985 d'acord amb el *Real decreto 137/84 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud*, amb la incorporació dels primers EAP. Es va caracteritzar per un ritme lent en la seva implementació, de manera que no finalitzà fins el 2003 a causa de diferents factors. Un factor important va ser la necessitat de fortes inversions tant en recursos humans com en la construcció i equipament dels centres, inversions que estaven limitades tant per les restriccions pressupostàries com per un pressupost sanitari molt orientat a l'atenció hospitalària i a una despesa farmacèutica creixent. També va influir el caràcter voluntari de les reconversions dels professionals jerarquitzats del model anterior que s'anaven integrant als nous equips d'atenció primària⁵.

Els reptes de futur

Després de quinze anys d'haver finalitzat la reforma es considera que s'ha aconseguit un canvi important en l'orientació dels serveis de salut i en la millora de la qualitat de l'atenció primària i de salut comunitària. De fet, compta amb el suport de la ciutadania, que mostra un alt grau de satisfacció amb l'atenció primària, 7,94/10 segons el Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut⁶ i que s'ha mantingut malgrat les restriccions introduïdes durant l'època de recessió.

No obstant això, alguns aspectes encara no han estat plenament desenvolupats, com ara el nivell de capacitat resolutiva, l'enfocament comunitari, la coordinació amb els altres nivells assistencials, la salut pública o la implicació en la investigació. I, al mateix temps, han sorgit nous aspectes que reclamen una adaptació del

model: el canvi en el perfil demogràfic, epidemiològic i cultural, amb una població cada cop més envellida, amb un increment important de persones portadores de malalties cròniques o amb comorbiditats i més diversa. A més a més, cal esmentar l'impacte que han tingut els canvis estructurals introduïts en el context de la crisi econòmica —reducció de la despesa pública i reformes laborals— que han afectat la població i han contribuït a un augment de les desigualtats injustes, així com també, i directament, al sistema sanitari. La reducció de la despesa sanitària pública ha afectat especialment l'atenció primària⁷.

En aquesta nova etapa seran necessàries transformacions estructurals, en les condicions de treball i formació dels professionals, a més a més de la recuperació de la despesa o inversions en atenció primària. També caldran reformes organitzatives que incloguin, entre d'altres, la millora de la capacitat de resolució dels equips i el desenvolupament de nous rols professionals —aplicació de les competències avançades en infermeria—, així com avançar en la millora del treball en equip i multidisciplinari i la motivació dels professionals. Cal continuar millorant els sistemes d'informació i altres eines per avançar en la millora de la coordinació amb els altres nivells assistencials i, finalment, treballar per a una integració dels serveis de salut i socials. És important que totes les intervencions que es facin vagin acompanyades d'un procés de monitoratge i avaluació dels resultats assolits.

Cal esmentar, com aspecte molt important que és, la necessitat de promoure el desenvolupament dels professionals de l'atenció primària per tal de recuperar la identitat i el prestigi d'aquesta especialitat en tots els àmbits i afavorir la seva incorporació a la formació, l'educació continuada, les capacitats investigadores i la carrera professional.

Per respondre a aquests reptes, des del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 es proposava la implantació progressiva d'un nou model d'atenció primària i salut comunitària. Des del Departament de Salut s'està treballant en una estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC)⁸. Serà important acompanyar i avaluar els resultats.

El 1978 amb la declaració d'Alma-Ata es va produir un canvi de paradigma en el desenvolupament dels sistemes de salut al món, que va ser renovat en la declaració d'Astana el 2018; malgrat els grans avenços assolits arreu, i també a Catalunya, encara hi ha camí per recórrer i nous desafiaments a resoldre.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Davletov K, Nurgozhin T, McKee M. Reflecting on Alma Ata 1978: forty years on. *Eur J Public Health*. 2018 Aug 1;28(4):587.
2. Moreu F. 40 años de Alma Ata y la "Reforma de la reforma de la APS". 2 d'abril de 2018. Consultable a: <https://medicablogs.diario-medico.com/francescmoreu/2018/04/02/40-anos-de-alma-ata-y-la-reforma-de-la-reforma-de-la-aps/>. Accés el 23 de març de 2019.

3. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
4. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe & European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition: Spain 2000. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consultable a: <http://www.who.int/iris/handle/10665/108352>. Accés el 23 de març de 2019.
5. Ponsà JA, Cutillas S, Elías A, Fusté J, Lacasa C, Olivet M et al. La reforma de l'atenció primària de salut. *Fulls Econòmics*. 2003;37:8-15.
6. PLAENSA 2015 Enquesta de satisfacció. Consultable a: [https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-](https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/estudis-realitzats/atencio-primaria/2015/)
7. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva, J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM et al. Spain health system review. *Health Syst Transit*. 2018;20(2):1-179.
8. Estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària: ENA-PISC. Document conceptual. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. Consultable a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/que-es/ENA-PISC_document_conceptual.pdf. Accés el 23 de març de 2019.

Reptes de futur de l'atenció primària i salut comunitària

Antoni Sisó Almirall

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Barcelona; Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra; Departament de Medicina. Universitat de Barcelona.

Catalunya va viure del 26 al 30 de novembre de 2018 una vaga a l'atenció primària (AP) mai vista. La paraula clau sobre la que pivotà: dignitat. El carrer Balmes, la Gran Via de les Corts Catalanes, el Passeig de Gràcia, la Travessera de les Corts, la Diagonal i, fins i tot, la Ronda de Dalt de la ciutat de Barcelona van ser tallades per milers de bates de metgesses i metges de família, que van arribar fins i tot a les portes del Parlament de Catalunya. Mentre el sindicat la desconvocava el dijous 29, un bon nombre de centres i professionals la van seguir l'endemà dia 30, en un clam clar que els pactes no van agradar tothom: —*no era això*, és el que apareixia a nombroses xarxes socials. Una vaga que va concloure amb solucions apedaçades però sense les autèntiques transformacions que, de planificar-se, podrien proveir el Sistema Nacional de Salut d'una viabilitat sostenible, de major qualitat i proximitat. I és que finalment la vaga va convertir-se en una mena de purificació de les passions i de l'estat d'ànim que provoca en molts professionals contemplar el deteriorament del sistema sanitari en l'àmbit de l'AP.

Molt s'ha escrit de les causes que van conduir a una vaga d'aquesta intensitat, catarsi necessària per dues dècades de manca d'inversió i conseqüent descapitalització de l'AP. Però en aquest article no pretenc buscar culpables. Es tracta de fer propostes de transformació organitzades en el marc d'una estratègia nacional que sigui moderna, model·lica, exportable i cocreada per les organitzacions professionals que sempre han demostrat compromís amb el caràcter universal, públic i gratuït del sistema sanitari. I serà absolutament necessari que aquesta estratègia nacional infiltri tot el sistema sanitari sencer.

Quin model d'AP és el que volem pel futur? A quins reptes hauran de donar resposta tant l'Administració com els professionals? Ens caldrà una nova AP reorganitzada, resolutiva, equitativa, comunitària i social, orientada als determinants socials de la salut (que per si sols expliquen la major

part de desigualtats en salut) i amb un paper molt important en la seguretat del pacient i en la prevenció quaternària.

Centrem els reptes de futur en 3 àmbits: reptes sobre la ciutadania, reptes sobre el finançament i reptes sobre les organitzacions dels professionals.

Sobre la ciutadania

En els darrers anys s'estan produint canvis sociodemogràfics importants que ens obliguen a redefinir els nostres serveis, i que afecten el gran avenç aconseguit fins ara per l'AP:

- Envel·liment poblacional.
- Augment de la prevalença de patologies cròniques i/o degeneratives, que han de tenir un primer abordatge en l'AP, retardar la seva aparició i ser diagnosticades en una fase més precoç de la malaltia.
- Augment de les situacions de dependència.
- Augment dels problemes psicosocials i la demanda relacionada amb el malestar emocional i la salut mental.
- Canvis en l'estructura familiar i la soledat.
- Increment de la morbidimortalitat associada als estils de vida no saludables i addiccions.
- Increment de la població immigrant.
- Major accés a la informació per part dels usuaris i canvis en el concepte de salut; això genera noves necessitats i expectatives en salut.
- Major exigència d'aquests mateixos usuaris en la qualitat dels serveis prestats.

Per tot plegat ens cal un sistema sanitari centrat en el pacient, en les seves necessitats, vivències, valors i expectatives, i també d'acord amb el seu context biopsicosocial. Un sistema sanitari bolcat en la transparència i en la rendició de comptes de les seves actuacions davant la societat. Aquest nou escenari ens planteja millorar l'assistència al pacient en accessibilitat, millor atenció, més seguretat i atenció a aspectes ètics; tenim pacients amb més cultura, més exigents i més informats, encara que amb un gran dèficit de participació en el sistema sanitari.

La universalitat de l'atenció continua essent un valor del sistema i un dret fonamental provinent del segle XX que garanteix la cohesió social i redistribueix la riquesa per revertir les desigualtats. És, doncs, un mecanisme de justícia social ja que la sanitat està finançada per impostos. Idealment, el sistema hauria d'ésser de règim únic, assignat a tota la ciutadania, sense *guetos* com les mútues (MUFACE,

Correspondència: Antoni Sisó Almirall
C/ Diputació, 316
08009 Barcelona
Adreça electrònica: presidencia@camfic.org

MUGEJU o ISFAS), que confereixen el dret a triar solament a una part de la població i no a la resta.

L'AP no ha de ser entesa únicament en termes de qualitat tècnica o de gestió, sinó també per la seva capacitat de resposta a necessitats diverses i per la seva funció de coordinació amb altres nivells, serveis o institucions. Utilitzar l'AP com a porta d'accés, veure el propi metge o rebre assessorament sobre intervencions diagnòstiques o terapèutiques disponibles són indicadors de qualitat que ja contempen les percepcions dels pacients i, per tant, haurien de ser avaluats directament per la ciutadania.

Sobre el finançament i les funcions

La primera normativa que va recollir expressament les prestacions i serveis del sistema sanitari a nivell estatal i, en concret, de l'AP, va ser el Reial Decret 63/1995, de 20 de gener, sobre ordenació de prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut (SNS). Posteriorment la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat de l'SNS estableix el catàleg de prestacions del sistema, definint, entre aquestes, les d'AP, que bàsicament comprenen:

- a) L'assistència sanitària a demanda, programada i urgent tant en la consulta com en el domicili del malalt.
- b) La indicació o prescripció i la realització, si escau, de procediments diagnòstics i terapèutics.
- c) Les activitats en matèria de prevenció, promoció de la salut, atenció familiar i atenció comunitària.
- d) Les activitats d'informació i vigilància en la protecció de la salut.
- e) La rehabilitació bàsica.
- f) Les atencions i serveis específics relatius a la dona, la infància, l'adolescència, els adults, la tercera edat, els grups de risc i els pacients crònics.
- g) L'atenció pal·liativa a pacients terminals.
- h) L'atenció a la salut mental, en coordinació amb els serveis d'atenció hospitalària.
- i) L'atenció a la salut bucodental.

Es considera que sistemes públics de salut com el nostre haurien d'obtenir entre el 20% i el 25% del pressupost sanitari global. Caldria un pacte (com amb les pensions) que permetés protegir el sistema i el ciutadà. El finançament hauria de ser públic i capitiatiu i anar vinculat a l'assoliment d'indicadors de resultats en salut (i molt menys a indicadors de processos), assignant recursos finalistes tant als professionals com per infraestructures. Tot i existir poca consciència social del que representa la despesa sanitària i d'allò que l'AP reverteix al sistema, la introducció de nous copagaments no seria la fórmula per aconseguir recursos extraordinaris.

Malgrat és desitjable un finançament públic, la provisió de serveis ha d'obrir-se a noves fórmules de gestió més eficients que impliquin major autonomia i flexibilitat tant organitzativa com de la mateixa gestió de tots els recursos (també els humans), que impliqui el ple desenvolupament

de les funcions de l'AP. I si fer-ho implica un canvi del marc jurídic del treballador públic, caldrà afrontar-ho. Quines són aquestes funcions que l'AP ha de desenvolupar amb plenitud? En reconeixem almenys cinc:

1) Funció d'atenció directa a persones amb problemes de salut amb independència de la seva edat, sexe, patologia o modalitat d'atenció. La desenvolupen professionals de la salut (medicina de família, pediatria, infermeria i auxiliars d'infermeria), amb la intervenció de professionals de suport segons els models organitzatius (treball social, odontologia, fisioteràpia, nutricionistes, llevadores, psicologia, podologia).

2) Funció de relació amb l'entorn i la comunitat, que engloba les activitats d'intervenció comunitària i el conjunt d'actuacions d'educació per a la salut que es realitzen en l'àmbit comunitari.

3) Funció docent, que inclou responsabilitats en la formació de professionals de la salut en el període de grau (medicina, infermeria, treball social i altres professions emergents), en la formació sanitària especialitzada (MIR i IIR) i en la formació continuada interna i externa a l'equip d'AP (EAP).

4) Funció generadora de coneixement, amb investigació i innovació; una funció especialment maltractada, poc reconeguda i regulada, on cal involucrar tots els membres de l'equip i on cal establir connexions amb instituts d'investigació, per generar i liderar nou coneixement clínic, epidemiològic i organitzatiu.

5) La funció d'organització i gestió; que inclogui el conjunt d'actuacions dirigides a orientar l'atenció i els serveis al ciutadà, així com les corresponents a organització interna i coordinació amb les diferents estructures de l'SNS. Aquesta funció és la que esdevé a l'EAP com a estructura central de l'SNS.

És bo recordar quin és el catàleg de prestacions i les funcions de l'AP quan sovintegen invasions competencials fruit de l'excedent de recursos humans d'algunes especialitats hospitalàries: sovint, i de manera incomprensible, l'Administració ha finançat ampliacions de carteres de serveis hospitalàries sense les necessàries evidències, opcions que acaben essent més cares i menys sostenibles que l'enfortiment de l'AP. L'equitat, l'efectivitat, l'eficiència i l'orientació a la qualitat dels serveis que s'ofereixen als ciutadans són els valors i principis del model d'AP, on el professional (especialment el metge de família) haurà de tenir més implicació en la gestió de recursos i en la presa de decisions organitzatives.

Sobre l'organització

Cal discernir entre aquells (profunds) canvis que són necessaris per disseminar les experiències que han demostrat que funcionen, com també protegir allò que ha demostrat que funciona. Cal preservar l'àrea bàsica de salut (ABS) com un element territorial que garanteix l'equitat i que respon a altres valors de caràcter comunitari, cultural o educatiu, entre altres. I és l'EAP qui ha de regular i gestionar

amb pressupost propi aquella ABS, essent el binomi metge de família-infermera el coordinador de l'atenció més efectiu, evitant la creació de dispositius que fragmentin l'atenció longitudinal, integral i continuada de la persona.

Els EAP han d'interactuar amb els ajuntaments, els ens locals i les agències de salut pública i acollir a organitzacions de participació ciutadana. L'organització de l'EAP s'ha de centrar en models participatius de professionals clínicament competents, formats en gestió i amb un lideratge propi.

El director de l'EAP, escollit coparticipadament per la seva gerència i els professionals, ha de ser ben recompensat i disposar d'eines d'autogestió, fins i tot més eines de les que disposa un cap de servei hospitalari, per la complexitat inherent a les seves responsabilitats en una visió 360° (pacient, equip i comunitat). El director de l'EAP ha de promoure una nova cultura organitzativa de corresponsabilització professional. Dins d'aquest canvi cultural caldran líders amb capacitat de gestió, assumpció de riscos i sintonia directiva i professional, que acceptin explícitament el procés d'avaluació, tinguin perfil de comunicació i de disposició a la col·laboració, amb capacitat de pacte i consens, propers a l'assistència, habilitat social i compromís institucional. En aquest punt, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària juga un rol central com a referent formatiu en aquest àmbit.

Els equips poden transformar-se en multiprofessionals amb nous perfils que sumin, que responguin a necessitats ciutadanes, amb adscripció funcional i jeràrquica a l'EAP, i compartint responsabilitats, desburocratitzant, desmedicalitzant i desenvolupant el màxim nivell competencial de cada professional. Cal no confondre aquesta proposta amb la fragmentació de l'atenció: el metge de família és el líder de l'atenció al pacient i és qui actua de centre, de gestor de les necessitats a altres serveis. L'atenció a la cronicitat i a la complexitat i l'atenció domiciliària són patrimoni dels EAP; cada EAP arbitra els sistemes de reorganització necessaris i es coordina amb altres dispositius comunitaris segons disponibilitat per tal de donar resposta a les condicions cròniques complexes.

És imprescindible una reorganització de les competències de tots els professionals que integren els EAP i canviar la fórmula de contractació, canviant la legislació si cal. En aquest sentit, la infermeria familiar i comunitària haurà d'assumir un paper més important en el seguiment dels pacients amb malalties cròniques, en l'adherència terapèutica, en el control i el seguiment del pacient domiciliari i en les activitats de promoció i prevenció, així com en la realització de determinades tècniques pròpies del seu coneixement i destresa. També els/les treballadors/es socials d'AP hauran d'assumir un paper més rellevant en l'àmbit de la coordinació sociosanitària i comunitària.

Seria desitjable disposar o bé d'un sistema de carrera professional de sector o bé de sistemes de carrera professi-

onal comparables, homologables (amb *interface*) i moderns que permetin diferenciar quines són les atribucions d'un metge en funció del seu nivell de carrera: un metge de família de 60 anys d'edat no hauria de seguir fent exactament el mateix que el seu company/a de 35 anys.

Els dispositius d'urgències d'AP han d'estar disponibles 24 hores, els 7 dies de la setmana, els 365 dies de l'any i han de ser liderats per metges de família constituïts com elements propis i integrats en l'AP, assegurant la longitudinalitat. En aquest punt, les tecnologies de la informació i comunicació i els registres d'història clínica (desitjablement comuns a tots els EAP) hauran de ser eines amables envers els professionals, que permetin l'avaluació, la interoperabilitat i l'accessibilitat envers el pacient. Són i seran elements necessaris per reforçar la continuïtat assistencial.

La formació sanitària especialitzada (MIR) gaudeix d'una experiència docent de centres i professionals acreditats i motivats que ha donat lloc a grans resultats: ho verifiquem en els sistemes sanitaris de la Unió Europea que acullen metges/ses de família formats al nostre país. La docència ha d'estar integrada a l'organització general del centre d'AP, sense ser absorbida per les necessitats assistencials. La formació continuada ha de tenir un doble paper: mantenir el perfil competencial del professional i adequar-se al seu entorn organitzatiu i poblacional. Tots dos components tenen una importància transcendent en la capacitat resolutiva del professional. Respecte a la recerca, els obstacles més importants per al seu desenvolupament són el gran pes de l'activitat assistencial, la dispersió de centres i professionals, i la manca de cultura i de reconeixement per a l'organització. Altres factors són la manca de formació, l'absència d'incentius i els déficits estructurals. La creació d'estructures docents universitàries d'AP podria exercir un importantíssim factor d'estímul, no solament en el prestigi del professional d'AP sinó també en la vocació, valors i orientació de servei del futur professional i en la necessària modernització de les universitats. La formació en el grau universitari, la formació MIR, la formació continuada, la recerca i la tan necessària innovació aplicada a la capçalera del pacient no ho seran sense un projecte polític i una inversió des del més alt nivell.

Reflexions finals

No hi ha espai suficient en aquest article per seguir enumerant un conjunt de canvis que han de transformar no solament l'AP sinó la integralitat del sistema sanitari, si volem preservar un valor social tan reconegut per a la població. En els darrers 40 anys, els metges de família s'han guanyat la confiança de la població i, per tant, els EAP hauran de ser els elements centrals no solament de l'accés al sistema sanitari sinó també del control i seguiment de les persones que volem una atenció continuada, longitudinal, propera, honesta, prudent, integral i de qualitat.

Quaranta anys de la declaració d'Alma-Ata: el dia a dia d'una metgessa d'atenció primària

Olga Domínguez

Medicina de Família i Comunitària. CAP Vila Olímpica. Divisió Atenció Primària Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona.

El 12 de setembre de l'any 2018 es van complir 40 anys de la declaració d'Alma-Ata¹. El dimecres 21 de novembre de 2018 se celebrà una sessió tècnica amb el títol "Atenció Primària de Salut a Catalunya, 40 anys després de la declaració d'Alma-Ata". A partir d'aquesta sessió, en la qual vaig participar, se'm va demanar que escrigués un article per tal de donar el meu punt de vista, com a professional que exerceix la medicina de família en un centre d'atenció primària (CAP) de la ciutat de Barcelona, sobre què ha suposat aquesta primera declaració a nivell assistencial i com a treballadora de salut. El següent article es basa en la meua opinió recollida al llarg dels més de 20 anys d'exercici professional.

La declaració d'Alma-Ata va néixer de la necessitat d'acordar un seguit d'accions per protegir i promoure la salut de tots els pobles. D'aquí neix la intenció d'obtenir "Salut per a tothom l'any 2000". A partir de llavors, la definició d'atenció primària de salut (APS) es fonamenta en "l'assistència sanitària essencial, basada en mètodes i tecnologia fundats científicament i acceptats socialment, posats a l'abast de totes les comunitats, amb la seva plena participació i a un cost que la comunitat i el país puguin sostenir". L'APS constitueix la porta d'entrada al sistema sanitari i, alhora, ha d'estar integrada en la comunitat. Em centraré, de forma subjectiva, en 2 punts importants per a mi, que van aparèixer en la declaració d'Alma-Ata

Dos punts importants en la declaració d'Alma-Ata

1) Arribar al més alt nivell de salut exigeix de la intervenció de molts altres sectors socials i econòmics, a més del sector salut.

Des del punt de vista d'atenció primària, podem dir que la nostra relació amb la comunitat és cada vegada més estre-

ta i, des de totes les polítiques locals, s'està impulsant actualment la realització de "prescripció social", amb l'ajuda de la correcta identificació dels actius en salut. A més, des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya s'estan impulsant accions comunitàries intersectorials a través del COMSalut (comunitat i salut).

Podem dir el mateix amb les especialitats que depenen de l'hospital? Tots som integrants del sector salut i, per tant, cal que les especialitats hospitalàries també s'integrin en aquesta "prescripció social", no només com a formadors, sinó també com a prescriptors i coneixedors de les possibilitats que ofereix la comunitat.

Podem dir el mateix de tots els professionals de l'atenció primària? Cal formar els residents de medicina de família i comunitària, per tal que no només desenvolupin la part de *família*, sinó també la part de *comunitària*. Per què la comunitat és l'oblidada per molts metges i metgesses de família? Però no només pels metges i metgesses, sinó també per infermeria i els administratius sanitaris. Cal recordar tothom que la comunitat ha de ser un objectiu i no una eina. No podem integrar la medicina comunitària a les nostres consultes fins que es consideri realment una part del temps laboral, de tots els integrants dels centres d'atenció primària (metges/metgesses, infermers/infermeres, auxiliars de clínica, zeladors/zeladores, personal administratiu, etc.).

2) La població té el dret a participar de forma individual i col·lectiva en la planificació i implementació de les accions de salut.

És evident com participa la comunitat de forma col·lectiva (i individual) en el sistema democràtic. Podem escollir els nostres representants a l'ajuntament (local), a Catalunya (comunitat autònoma), a Espanya (govern central) i a nivell europeu (Parlament Europeu).

Però, com participa a nivell d'APS? El ciutadà pot escollir el metge o la metgessa de família, l'infermer o la infermera; pot escollir inclús quines accions comunitàries cal dur a terme amb les enquestes de salut que es fan en els diferents barris i districtes de la ciutat, però... i els gestors d'aquesta APS? I els especialistes hospitalaris que l'atenen? Per canviar d'especialista hospitalari cal que ho demani el professional que l'atén fins ara: per què no el pot escollir el ciutadà?

Aquesta participació també inclou:

Correspondència: Olga Domínguez Guillamón
MFIC CAP Vila Olímpica
Divisió Atenció Primària Parc Sanitari Pere Virgili
Carrer Joan Miró, 17
08005 Barcelona
Tel. 932 213 785
Correu electrònic: odominguezg@pervirgili.cat

L'educació sobre els principals problemes de salut i sobre els mètodes de prevenció corresponents.

L'atenció primària hauria de ser el motor d'aquesta educació preventiva de la mà dels sistemes educatius. Sovint ens perdem en millorar la nostra accessibilitat, el cribratge precoç (del càncer de còlon, mama i cèrvix), però quant a la prevenció primària les consultes cada cop estan més massificades per problemes aguts (demanda aguda) i patologia mental. Cuidem adequadament la salut mental? Prevenim els problemes derivats d'una salut mental deficiària? En els últims anys ha augmentat la prescripció de tractaments antidepressius i ansiolítics, però hauríem de centrar-nos a prevenir el malestar emocional². És en aquest punt on hem d'insistir en crear xarxa social per tal de millorar l'acompanyament a aquells ciutadans més desfavorits. S'ha augmentat en nombre els professionals dels centres de salut mental i se'ls ha apropiat als CAP. També s'ha intentat impulsar aquelles accions comunitàries orientades a disminuir la prescripció de psicofàrmacs i augmentar el benestar mental.

La promoció de l'alimentació i dels nutrients adequats.

Això inclou:

- L'abastament adequat d'aigua potable i el sanejament bàsic.
- L'assistència maternoinfantil, que inclou també la planificació familiar. A Catalunya vam viure un augment del nombre d'embarassos en menors de 19 anys de 2005 a 2013. Actualment han tornat a disminuir³. Els pares cada cop deleguen més l'educació sexual als professionals i aquests tendeixen a pensar que els joves estan suficientment informats. El pitjor error és que els programes d'educació sexual els pensen adults: hi hauríem d'involucrar els propis joves en la forma com volen rebre l'educació en salut sexual. Un punt fort en la disminució del nombre d'embarassos en adolescents a partir de l'any 2013 és la integració en els centres d'atenció primària del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR) i el programa Salut i Escola, on les infermeres comunitàries surten dels CAP per anar on es troben els joves, els instituts i les escoles.
- La prevenció i la lluita contra les malalties endèmiques locals. Encara que des del Departament de Salut s'engeguen programes de vacunació contra la grip i la pneumònia, la cobertura no acaba de ser del tot completa. Cal valorar que, segons el Pla d'informació de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya (PIDIRAC)⁴, el balanç de la temporada gripal 2017-2018 ha estat el següent: "la duració de l'onada epidèmica ha estat més llarga que la temporada 2016-2017, 13 setmanes, amb una incidència màxima de 413,3/100.000 habitants (la temporada 2016-2017 va ser de 8 setmanes amb una taxa mà-

xima d'incidència de 337,3/100.000 habitants)". Per tant, cal que continuem incidint en la necessitat de la vacunació antigripal, sobretot en els grups de risc.

- El tractament apropiat de les malalties i traumatismes comuns. Com a educadors en salut cal informar la població del tractament correcte de les patologies més freqüents (ús adequat d'antibiòtics, no realitzar radiografies de tòrax preoperatòries, etc.).
- La disponibilitat de medicaments essencials. En aquest punt el problema està en el desproveïment que patim de molts fàrmacs per al tractament de malalties cròniques (antiagregants, antiarrítmics...). L'origen d'aquest desproveïment està en els propis laboratoris farmacèutics.
- Foment de l'autoresponsabilitat i la participació de la comunitat i de les persones en la planificació, organització, funcionament i control.

Per tal de seguir amb el llegat de la declaració d'Alma-Ata cal que tots els sectors i camps d'activitat involucrats en la salut (això inclou, a més del sector salut, els sectors agropecuari, d'alimentació, indústria, educació, habitatge, obres públiques, comunicacions i altres) segueixin tenint el mateix objectiu comú: salut de qualitat per a tothom.

Els professionals treballem cada dia per aquest objectiu, però cal també cuidar la salut d'aquests professionals. També cal pensar que en els CAP hi ha molts professionals que vetllen per aquesta salut universal a part del col·lectiu mèdic (infermers/infermeres, auxiliars de clínica, zeladors/zeladores, personal administratiu, etc.) i que cal dotar de temps i diners tots aquests professionals per tal que realitzin, de la forma més eficient possible, la seva feina.

Cal corresponsabilitzar tothom, ciutadans, professionals, agents polítics i altres agents socials, en la correcta implementació de totes les bases de la declaració d'Alma-Ata.

S'han fet moltes coses en aquests 40 anys però cal seguir endavant sense defallir en cap moment.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Consultable a: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. Accés el 20 de març de 2019.
2. CatSalut. Servei Català de la Salut. La salut mental, una prioritat de les polítiques de salut 2017-2019. Consultable a: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/infografies/salut-mental/salut_mental_prioritat_politiques_de_salut_2017_19.pdf. Accés el 20 de març de 2019.
3. Indicadors anuals. Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Consultable a: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10384&col=4>. Accés el 20 de març de 2019.
4. Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències en Salut Pública. PIDIRAC. Pla d'informació de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya. Balanç temporada gripal 2017-2018. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut; 2018. Consultable a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Vigilancia_epidemiologica/documentos/arxius/Balans_gripal2017-2018.pdf. Accés el 20 de març de 2019.

La implantació de la declaració d'Alma-Ata a l'atenció primària

Montserrat Molas

EAP Santa Eugènia de Berga.

Els acords d'Alma-Ata es varen consolidar a Catalunya amb la implantació de les àrees bàsiques de salut (ABS) i dels equips d'atenció primària (EAP), que van començar l'any 1986.

Què va suposar això en zones rurals com l'ABS Santa Eugènia de Berga? En molts dels pobles que la conformen només tenien metges i practicant (és la denominació que tenien les infermeres) unes dues hores diàries i, els pobles de menys de 1.000 habitants, no tots els dies de la setmana; però sí que aquests professionals havien d'estar localitzables 24 hores al dia, els 365 dies de l'any i treballaven sols, en consultes la majoria de les vegades en el seu propi domicili.

La posada en marxa de les ABS va suposar un salt de gegant per als professionals: treballar en un horari definit, a més de les guàrdies, per donar atenció continuada durant tot el dia en forma de guàrdies; el treball en equip de metges, infermeres, treballadores socials i administratius; va ser un temps molt estimulants per aprendre a treballar organitzats i consensuar maneres de treball: cada EAP feia els seus protocols sobre els temes de salut més importants, com ara atendre a persones amb diabetis, hipertensió, fer atenció domiciliària, etc.

Per a la població també va suposar uns grans guanys. Hi havia molta més accessibilitat a l'atenció i professionals que controlaven la seva salut, ja que el missatge estrella era: davant qualsevol dubte de salut, —vingui!, si s'ha de prendre la tensió arterial, —vingui!; —vingui a fer controls de glicèmies, etc. Recordo que pocs anys després els endocrinòlegs es mostraven sorpresos de la gran baixada en amputacions i ingressos per descompensacions diabè-

tiques. En alguns EAP vàrem treballar molt amb la comunitat, impulsant i participant en consells de salut —que estaven formats per persones d'organitzacions del poble, regidors de l'ajuntament i els professionals sanitaris— i organitzant activitats de tot tipus —xerrades, actes d'educació sanitària— en actes als pobles i a les escoles.

A partir de mitjans dels 90 del segle passat ja es varen realitzar protocols institucionals, duts a terme per professionals de referència per tal d'unificar formes de treball i actuacions a realitzar. És a partir d'aquella dècada que sorgeixen diferents formes d'organització com els equips autogestionats.

Un grup d'infermeres vàrem veure necessari crear una associació d'infermeria específica d'atenció primària (l'Associació Catalana d'Infermeria en Atenció Primària, ACI-AP, que abans de la creació de l'especialitat ja va evolucionar a Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària, AIFICC) i treballar per aconseguir el reconeixement de l'especificitat de les activitats en l'atenció primària, en l'especialitat d'infermeria familiar i comunitària, conjuntament amb la resta d'associacions d'Espanya, FAECAP, que es va aconseguir durant la dècada del 2000.

També es varen començar a col·lapsar els serveis per la gran demanda proteccionista que hi havia. Essent conscients que tenim una gran responsabilitat a l'hora de donar els missatges, tant institucionalment com per part dels professionals, aleshores es començà a donar el missatge de responsabilitzar les persones sobre la cura de la seva salut: els professionals sanitaris no podem ser els responsables de la salut de la població. I a partir del 2000 es va anar consolidant.

Correspondència: Montserrat Molas
EAP Santa Eugènia de Berga
C/ de les Escoles, 1
08507 Santa Eugènia de Berga
Tel 938 800 253
Adreça electrònica: mmolas.cc.ics@gencat.cat

Estratègies per reduir els errors de medicació associats a les ordres verbals

Marta Massanés¹, Sílvia Serdà², Josep Salvador³, Pilar Baxarias³, Montse Tuset⁴, Fernando Álava¹

¹Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica. Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona; ²Consorci Sanitari del Garraf; ³Fundació Puigvert. Barcelona; ⁴Hospital Clínic. Barcelona.

Introducció

Les prescripcions o ordres mèdiques verbals són aquelles que es fan en veu alta, en persona o per telèfon.

En aquest cas, la interpretació del missatge es veu condicionada per diversos factors, que comporten un increment en el risc que es produeixin errors amb conseqüències greus per al pacient¹. Alguns d'aquests factors són:

- la pronunciació de qui genera l'ordre (emissor),
- el soroll ambiental i les interrupcions,
- la falta de familiaritat amb la terminologia emprada,
- la indicació de fàrmacs desconeguts pel que rep l'ordre (receptor).

A més, cal tenir en compte que, un cop rebuda l'ordre, aquesta s'ha de transcriure a una prescripció mèdica escrita, ja que fins aquell moment el missatge real només es troba en la memòria de l'emissor i del receptor, la qual cosa afegeix complexitat i risc al procés².

Altres riscos associats a les prescripcions verbals són³:

- els fàrmacs amb noms similars poden donar lloc a confusió entre ells,
- les interpretacions incorrectes dels números poden comportar errors de dosificació,
- la manca de dades rellevants del pacient en el moment d'emetre la prescripció (al·lèrgies, medicació activa, etc.) pot dur a prescriure fàrmacs amb al·lèrgies ja conegudes, interaccions o duplicitats,
- la comunicació verbal de valors analítics també pot produir errors de medicació,
- la comunicació verbal de múltiples medicacions alhora incrementa considerablement l'oportunitat d'error.

Per tot això, les ordres verbals només poden ser utilitzades sota circumstàncies molt específiques i cal garantir que el centre disposa d'un procediment normalitzat, que està a l'abast i és conegut per tots els professionals²⁻⁶.

És fonamental que el receptor de l'ordre verbal escrigui la indicació completa, la llegeixi de nou a l'emissor i esperi rebre, per part d'aquest, la confirmació de la correcta comprensió i, seguidament, la registri¹⁻⁷.

Malgrat que la incidència d'errors de medicació en la utilització d'ordres mèdiques verbals no és molt elevada, sí és cert que sovint pot tenir conseqüències importants sobre el benestar dels pacients. Segons les dades obtingudes als registres del sistema de notificació i gestió d'incidents del Departament de Salut (TPSC-cloud), el percentatge d'incidents relacionats amb les ordres mèdiques verbals es troba al voltant de l'1,2% i el 5%. Tanmateix, és probable que, com en altres causes, es produeixi una infranotificació. En un estudi realitzat per l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) s'observà que el 14% dels professionals enquestats eren conscients d'haver comès algun error durant l'últim any a causa de l'escolta errònia, el malentès o la transcripció incorrecta de les ordres verbals⁸.

El Grup de treball de Prescripció Segura del Departament de Salut, en el context de l'elaboració d'un manual de bones pràctiques en la prescripció, va centrar un dels capítols en la reducció del risc en la utilització de les ordres mèdiques verbals.

En aquest article es fa referència al capítol esmentat així com també a la infografia *Ordres mèdiques verbals. Un risc per als pacients*¹⁰ que s'ha realitzat per distribuir als hospitals (Figura 1).

Estratègies per a la reducció dels errors de medicació associats a les ordres verbals

Diversos organismes internacionals que vetllen per la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients han emès recomanacions per tal de reduir els riscos que comporten les ordres verbals²⁻⁷.

A continuació es presenta un resum d'aquestes recomanacions agrupades segons a qui van dirigides:

Correspondència: Marta Massanés
Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica
Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària
Departament de Salut
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 935 566 205
Adreça electrònica: mmassanes@gencat.cat



FIGURA 1. Ordres mèdiques verbals. Un risc per als pacients¹⁰, infografia que s'ha realitzat per distribuir als hospitals

a) Dirigides a les institucions

1. Limitar les ordres verbals a situacions d'urgència en les quals no sigui possible la prescripció per escrit o en programa electrònic.
2. Donar a conèixer el procediment d'actuació establert institucionalment per realitzar ordres verbals als professionals autoritzats.
3. Especificar quins professionals estan autoritzats a emetre ordres verbals i sota quines circumstàncies.
4. Definir quins professionals estan autoritzats a ser receptors de les ordres verbals.
5. Detallar el procediment d'actuació, que ha d'incloure els punts següents:
 - Descriure les situacions en les quals es poden admetre les ordres verbals.
 - Definir quines són les limitacions i prohibicions en el seu ús.
 - Establir un mecanisme per assegurar la validesa/autenticitat del prescriptor.
 - Concretar els elements que ha d'incloure l'ordre verbal perquè pugui considerar-se completa.
 - Definir els professionals que poden ser emissors i receptors de les ordres verbals.

- Donar pautes per garantir una comunicació efectiva.
- Utilitzar tècniques de relectura en veu alta (*read back*) per verificar la comprensió del missatge.

6. Promoure la cultura de seguretat i conscienciar de la importància de preguntar a l'emissor qualsevol dubte respecte a l'ordre que ha rebut.

7. Prohibir absolutament les ordres verbals amb anti-neoplàstics, donat que no són fàrmacs d'administració urgent i tenen un marge terapèutic molt estret.

b) Dirigides a l'emissor/prescriptor

1. Prescriure només els fàrmacs inclosos en la guia farmacoterapèutica del centre, dels quals se'n coneix de forma clara el nom i les dosis habituals.
2. Identificar el pacient amb el seu nom i cognoms.
3. Utilitzar el nom genèric (principi actiu) del medicament i, a més, de forma opcional, el nom comercial.
4. Tenir en compte l'existència de medicaments amb noms molt semblants.
5. Lletrejar el nom dels medicaments poc habituals.
6. No utilitzar abreviatures.
7. Especificar la dosi (mg/kg) o quantitat de substància (mg, mEq, g, mMol, etc.) i la dosi específica per al malalt.

8. Dir els números de forma separada, dictant les xifres de la dosi. Per exemple, per dir 60 mg: sis-zero; per dir 70 mg: set-zero.

9. Especificar la via d'administració, concentració, velocitat d'administració, si cal, i freqüència.

10. Explicar el motiu de l'ús del medicament o la indicació.

11. Tan aviat sigui possible, però sempre abans de 24 hores, verificar i signar les prescripcions verbals que s'han realitzat en aquella circumstància especial.

c) Dirigides al receptor

1. Facilitar la informació important, en relació amb el pacient, que pugui afectar la indicació del medicament que s'està prescrivint.
2. Si és possible, cal que una segona persona escolti novament l'ordre verbal.
3. Registrar l'ordre verbal directament en el full de tractament del pacient o en el curs clínic anotant:
 - Data i hora.
 - Nom del pacient (edat i pes, si és necessari).
 - Nom del medicament (principi actiu i, si es vol, marca comercial).
 - Forma farmacèutica (comprimits, ampul·les, càpsules, inhaladors, etc.).
 - Dosi i concentració.
 - Via i freqüència d'administració.
 - Quantitat i durada.
 - Firma i aclariments del receptor.

- Indicació del tractament (excepte si es considera inapropiat).
 - Instruccions específiques d'ús.
 - Nom del prescriptor (i número de telèfon si s'escau) i nom de la persona que transmet l'ordre verbal, si és diferent del prescriptor.
4. No acceptar ordres verbals referides a quimioteràpics.
 5. Confirmar la comprensió del missatge rebut:
 - El receptor ha d'escriure l'ordre verbal completa, després llegir-la al prescriptor i rebre la seva confirmació. En aquelles situacions d'emergència extrema en què el fet d'haver d'escriure retardaria l'administració del fàrmac, o en el cas que l'emissor/prescriptor es trobin realitzant un procediment estèril, és necessari assegurar que l'ordre s'ha entès correctament. Per això, la pràctica clau és que el receptor repeteixi en veu alta l'ordre al prescriptor i que aquest verifiqui que s'ha comprès bé abans d'administrar el fàrmac.
 - És recomanable que un segon professional verifiqui la prescripció junt amb el primer que l'ha rebut.
 7. Registrar i signar l'ordre verbal en el full que consti en el procediment d'actuació institucional del curs clínic del pacient, indicant el nom de l'emissor, que haurà de revisar i signar la prescripció el més aviat possible (abans de 24 h). En les situacions en què no és possible, com en zones estèrils o zones amb impossibilitat d'escriure, serà suficient la confirmació de l'emissor.

Altres consideracions

- Quan sigui possible, el prescriptor es posarà en contacte amb un farmacèutic perquè pugui transcriure la prescripció directament en el full de medicació del pacient.
- Només són acceptables les ordres verbals si el prescriptor és el metge responsable del pacient en el moment de la prescripció. L'infermer/a que rep la prescripció igualment ha d'estar registrat/da en el seu lloc de treball^{2,7,9}.
- No són recomanables les ordres verbals per a⁵: fàrmacs d'especial control mèdic, fàrmacs d'alt risc, fàrmacs d'administració via epidural, sang i derivats, medicació per a pediatria/neonatologia i medicació per a pacients amb insuficiència renal i insuficiència hepàtica; queden totalment prohibides per als citostàtics.

Propostes per incrementar la seguretat en cas d'ordres verbals

1. Disposar d'un procediment d'actuació en el qual s'expliquin les mesures encaminades a evitar els errors.
2. Verificar i identificar possibles accions de millora segons el procediment, comprovant que es compleixen els punts següents:
 - Descriu limitacions o prohibicions en l'ús de les ordres verbals?
 - Dona al receptor mecanismes per garantir la validesa i autenticitat del prescriptor?

- Conté una llista dels elements que han de constar en una ordre verbal completa?
 - Descriu situacions en les quals poden o no utilitzar-se les ordres verbals?
 - Defineix els professionals que poden emetre i rebre les ordres verbals?
 - Explica les pautes per assegurar una comunicació oral clara i efectiva?
3. Fer difusió de les mesures en matèria de seguretat en la prescripció mèdica verbal entre tots els professionals implicats, mitjançant:
 - Elaboració de material que expliqui el circuit a seguir en cas de realitzar una ordre verbal.
 - Anàlisi i explicació de casos d'errors de medicació associats a una ordre verbal.
 4. Comprovar que la difusió de les mesures establertes en seguretat sobre les ordres verbals resulten útils, realitzant, per exemple, un qüestionari per als professionals (metges, infermers/eres, farmacèutics), com el que proposa el *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP). A la Taula 1 es mostra una possible adaptació d'aquest qüestionari.

TAULA 1. Proposta d'adaptació del qüestionari per als professionals (metges/ses, infermers/eres, farmacèutics/ques) del *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP)

1. Quin grau de coneixement tens del procediment relatiu a les ordres verbals?
 - a. Alt
 - b. Sé que existeix però no el conec gaire
 - c. El desconec
2. Quan es realitza una ordre verbal, el receptor fa la relectura en veu alta al prescriptor per verificar el missatge?
 - a. Sempre
 - b. Alguna vegada
 - c. Mai
3. Estàs d'acord amb la següent afirmació?: "Les ordres verbals només es realitzen en situacions d'urgència o quan no poden ser escrites o electròniques"
 - a. Molt d'acord
 - b. Bastant d'acord
 - c. Totalment en desacord
4. El prescriptor explica la indicació del medicament quan realitza una ordre verbal?
 - a. Sempre
 - b. Alguna vegada
 - c. Mai
5. Comparteixes l'afirmació?: "Personalment he viscut un cas en què un pacient va patir un error de medicació a causa d'una ordre verbal mal entesa"
 - a. Sí
 - b. No he viscut cap cas directament però en conec algun
 - c. No

Conclusions

És fonamental que quedi clar que les ordres mèdiques verbals han d'estar restringides totalment a situacions molt concretes: en cas d'emergència o quan el prescriptor està realitzant un procediment estèril, i només les poden realitzar professionals que estiguin autoritzats; a més, sempre s'ha de disposar d'un procediment normalitzat i només per a fàrmacs autoritzats (mai amb quimioteràpics).

També es recomana seguir uns passos molt concrets a l'hora de realitzar l'ordre: escoltar què diu el prescriptor, escriure-ho, repetir què s'ha entès i que el prescriptor confirmi que era el que volia dir.

Tot i que el risc zero no existeix, seguir aquestes recomanacions bàsiques pot reduir àmpliament l'abast dels errors de medicació produïts per les ordres mèdiques verbals.

Agraïments: a la resta dels membres del grup de treball de Prescripció Segura del Departament de Salut: Roser Anglès, Hospital Universitari Vall d'Hebron; Maria Queralts, Hospital Parc Taulí; Nadia El Hilari, Hospital Universitari Sagrat Cor; Oriol Fàbregues, Hospital Universitari Vall d'Hebron; Ignasi Garcia Olivé, Hospital Germans Trias i Pujol; Eduard Hidalgo, Consorci Sanitari Integral; David López, Hospital de Mataró; Lucía Mata, Hospital Universitari Sagrat Cor; Magda Montserrat, Hospital Plató; Sheila Romero, Hospital Universitari Vall d'Hebron; Emili Sacanella, Hospital Clínic; Ferran Sala, Hospital Germans Trias i Pujol; Pilar Salvador, Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

També el nostre agraïment a l'empresa Diseia per elaborar la infografia de forma altruista.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Wakefield DS, Wakefield BJ. Are verbal orders a threat to patient safety? *Qual Saf Health Care*. 2009 Jun;18(3):165-8. Consultable a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19467996>. Accés el 20 de febrer de 2019.
2. Koczmar C, Jelincic V, Perri D. Communication of medication orders by telephone - "writing it right". *Dynamics*. 2006;17:20-4. Consultable a: <https://www.ismp-canada.org/download/caccn/CACCN-Spring06.pdf>. Accés el 20 de febrer de 2019.
3. Órdenes verbales. Recomendación enero 2011. Noble, Compañía de seguros. Consultable a: http://www.nobleseguros.com/RECOMENDACIONES_NOBLE/37.pdf. Accés el 20 de febrer de 2019.
4. Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the safety of telephone or verbal orders. *Patient Safety Advisory*. 2006 June;3(2):1-6. Consultable a: http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/documents/200606_01b.pdf. Accés el 20 de febrer de 2019.
5. Fluid and Medication Medical Management. Verbal medication order protocol. Canterbury District Health Board. Issued 19 October 2018. Consultable a: <https://edu.cdhb.health.nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/CDHB-Policies/Fluid-Medication-Manual/Documents/Verbal-Orders.pdf>. Accés el 20 de febrer de 2019.
6. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Recommendations to reduce medication errors associated with verbal medication orders and prescriptions. Revised May 2015. Consultable a: <https://www.nccmerp.org/recommendations-reduce-medication-errors-associated-verbal-medication-orders-and-prescriptions>. Accés el 20 de febrer de 2019.
7. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. *Prescripciones verbales y errores de medicación. Boletín*. 2017 Julio;44:1-3. Consultable a: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2044%20%28Julio%202017%29%20.pdf>. Accés el 20 de febrer de 2019.
8. Institute for Safe Medication Practices. Despite technology, verbal orders persist, read back is not widespread, and errors continue, 18 de maig de 2017. Consultable a: <https://www.ismp.org/resources/despite-technology-verbal-orders-persist-read-back-not-widespread-and-errors-continue>. Accés el 20 de febrer de 2019.
9. Migrant Clinicians Network. Verbal/telephone orders and test results. Doc. 3.02.19 Verbal orders and critical values 2.doc. Consultable a: <http://www.migrantclinician.org/toolsource/tool-box/verbal-telephone-orders-and-test-results.html>. Accés el 20 de febrer de 2019.
10. Grup de treball de Prescripció Segura del Departament de Salut. Infografia "Ordres mèdiques verbals. Un risc per als pacients". Consultable a: <http://seguretatdelspacients.gencat.cat/>.

El dol com a procés adaptatiu

Ramon Quilis

Sociòleg. Institut Galileo Galilei. Barcelona.

Introducció

Aquesta reflexió va adreçada al dol com a forma d'adaptació als canvis, a la pèrdua, a la modificació substancial d'una determinada circumstància i, fins i tot, de la vida, del seu paisatge més significatiu i dels símbols que donen sentit al dia a dia al qual fem front.

La pèrdua, el canvi o la modificació poden ser naturals, sobtats o amb elements inductors que ens ajuden a determinar la proximitat d'una dinàmica canviant en la pròpia existència. La pèrdua per causes naturals esdevé tot guardant un equilibri amb les nostres emocions, raó per la qual parlem de dol adequat quan les nostres emocions guarden equilibri amb una economia vital, que ens porta a acceptar la nova etapa i la seva relació amb l'entorn.

Veiem natural finir quan s'és gran o quan s'està greument malalt. No ho veiem natural quan això succeeix en plena joventut o quan aquesta joventut no ha esdevingut objecte de situacions lesives.

El dol també té una dimensió equilibradora i normalitzadora, en referència a un sofriment humà sobrevingut¹.

El procés emocional

Tot i acompanyada de la simptomatologia que identifica la pèrdua i l'absència, la depressió és el factor identificador del dol en la seva primera instància. Les seves formes habituals són un estat de profunda melancolia d'origen depressiu així com una situació de buit emocional i existencial, on es posa en joc tot el balanç de valors que cal reubicar en la vida i el seu panorama refet o en reconstrucció.

Aprendre a reconstruir la font originària de les emocions, l'origen dels estats anímics, és la tasca fonamental dels qui han experimentat la pèrdua. Si no és així, el dol es converteix perllongadament en desadaptatiu i portador de psicopatologia i deteriorament emocional.

Parlem, aleshores, de dol patològic, dol anticipat o dol desadaptat i poc normalitzador; aquest dol no ajuda a re-

construir la força vital i ha de ser tributari d'ajut psicològic². Cal, aleshores, ajudar a reubicar les emocions al seu lloc, amb un retorn a la seva modulació per a no perdre la capacitat de tenir emocions sanes madures i adaptades a l'edat i als fets.

El dol i la conducta de proximitat

Tot sovint vivim en entorns on els valors que fem prevaldre són estèticament hedonistes. Així, joventut, bellesa i força esdevenen valors de privilegi i fortalesa. Però cal no enfonsar-se quan veiem o vivim situacions de rebuig, negació i necessitat. Aquest és el cas de la notícia d'una mort, d'una malaltia o d'una situació clínica crònica. I és en aquest cas en què s'elabora un dol anticipat, ja que la notícia de la proximitat del desenllaç de la malaltia fa encaixar valors canviants, així com rols nous o provisionals, que fan de la vida un camp d'actituds maduratives destinades a refer la capacitat relacional i la pròpia adaptació al nou context³. Per tot això, és convenient abordar la psicopatologia dels estats melancòlics perquè no esdevinguin tristor patològica que derivi en estats de confusió, els quals poden acabar en psicosi o en estats fantasiosos que no ajuden gens a reconduir la persona cap a una normalització i una quotidianitat.

Així, el dol tardà, no desenvolupat o no reconegut, pot derivar cap a un dol patològic que no deixa de descriure una desproporció en les emocions.

És per tot això que cal observar, des d'una visió clínica, el dol anticipat en condicions de llarga durada per mitjà de la detecció de tristor patològica, plor, aïllament, solitud i culpa. En aquestes ocasions sí que cal l'acció terapèutica amb suport, comunicació, teràpia emocional i supervisió de la situació social i dels familiars més directes. L'acció se centra en l'observació dels trets psicopatològics, la intensa depressió, la nostàlgia i els estats de confusió amb perill d'alteracions mentals provocats per una intensa melancolia. Aquestes observacions tenen especial importància en infants i adolescents. Per aquesta raó és molt important el funcionament correcte de l'entorn dels familiars més pròxims.

El dol i els cuidadors

En els cuidadors, el dol defineix una part important del seu àmbit, bé per vocació o entrega, bé per professió.

Correspondència: Ramon Quilis
C/ València 469, 1-1
08013 Barcelona
Tel. mòbil: 629 960 087
Adreça electrònica: rquilis@xtec.cat

La visió del cuidador es diferencia en funció de si la persona que ha de ser cuidada presenta demència o dependència (o ambdues situacions), aspectes amb què s'haurà de comptar contínuament i que establiran l'orientació del rol del cuidador. La situació pot ser reeducable, però en certs diagnòstics és difícil, atesa la cronicitat que presenta.

El propi estrès de la situació comporta un desgast professional considerable davant algunes situacions no reconduïbles. Aquest estrès originat pot encobrir un dol no resolt o que requereix més temps per a reubicar emocionalment les capacitats reestructuradores del cuidador, amb l'autocontrol professional requerit en cada cas.

El dol es pot convertir en un procés que provoca la paralització de les emocions quan els fets se segueixen amb una successió reiterada d'imprevistos d'incidència patògena. L'embotiment psíquic és tal que el pensament i l'afluència d'emocions, així com de pensaments invasius, pot ser l'origen d'emocions tòxiques i que no deixen aflorar la pena o el sentiment d'absència. A aquesta situació sempre s'hi pot afegir un excés de por, una obsessió desproporcionada o una fòbia sense confirmació. Aquí és on es requereix la intervenció psicològica, ja que s'ha de donar pas al desbloqueig que permeti anar recuperant la normalitat. En aquest punt de paràlisi emocional és on podem parlar de "paràlisi de les emocions" en els cuidadors. Aquesta retrocessió té finalitats adaptatives; aquestes emocions condicionaran els judicis i les interpretacions, de manera que també poden donar pas al dol anticipatori, ja que es pot donar abans que la pèrdua real del subjecte que es cuida. Aquest fet es produeix seguint les següents fases: xoc (descontrol), evitació (tensió i ansietat), desesperació (elaboració d'un sentit definitiu de la pèrdua) i fase de reorganització (com a capacitat de reconstrucció)⁴. Per tant, aquestes fases estan dotades de les següents característiques: acceptació de la realitat, treball posterior sobre les emocions i el dolor, reestructuració i treball sobre el sentiment d'absència afectiva. És molt important saber treballar l'absència de resposta afectiva així com la manca de proporcionalitat relacional.

Factors de risc

Els factors de risc poden ser: a) personals: per a efectuar un ajustament d'estratègies d'afrontament emocional; b) situacionals: en funció de les condicions de l'entorn i de la dinàmica relacional dels familiars i d'altres vinculacions; i c) interpersonals: relacionats amb la interacció amb els agents socials.

La institucionalització ajuda a elaborar la pèrdua, atès que canvia l'entorn, el rol professional i la interacció entre professionals així com la qualitat de l'acompanyament del malalt.

Els familiars poden quedar sumits en estats de melancolia, de depressió o de confusió que acompanyen l'elaboració d'un dol més complet i, en essència, més sà⁵. Per aquesta raó és convenient l'elaboració de relacions signifi-

catives entre la família i els diferents estaments socials que formen part del procés de treball sobre la salut del malalt en el trànsit de la seva situació.

Els dols traumàtics

El dol traumàtic s'origina arran d'una pèrdua sobtada, injusta, inexplicable o que, en ocasions, genera un sentiment de venjança (com és el cas dels homicidis), o de les penes considerades poc proporcionals, en funció del delictes o de la gravetat lesiva. Així mateix, la mala gestió d'un conflicte intern pot donar lloc al desenvolupament d'un dol traumàtic.

El dol traumàtic és aquell que està poc elaborat. És aquell que, afegit al dolor de la pèrdua, s'incorpora com a càrrega negativa, ja que esdevé una càrrega amb un rerefons de ràbia (per manca de resolució d'una vivència) i d'impotència, ja que la pèrdua ha estat jutjada o resolta amb la sensació de no reflectir els estàndards de gravetat ni reconeixement, tot atenent a una aparença de resolució injusta i poc proporcional. La ira que s'incorpora al dol no resolt el converteix en patològic tot dificultant l'adaptació a la pèrdua, ja que aquesta no és assimilada: homicidi, arxiu d'un cas per irresolució, problemes en la intervenció judicial o quan (des de la perspectiva dels familiars) la visió judicial no respon al sentiment d'equilibri en les emocions dels afectats.

La mort per homicidi s'enfronta al sentiment d'impunitat i al sentiment d'hostilitat com a forma no resolta del dol, en casos de greu desequilibri en l'estabilitat emocional. El resultat pot ser l'aparició de somatitzacions, l'afectació en les relacions socials i professionals i algunes alteracions en les relacions familiars que, sense l'equilibri necessari, poden esdevenir relacions patògenes.

Així considerades, les emocions són el resultat d'idees nuclears que donen contingut a diversitat de pensaments. Quan aquests pensaments van units a un dol patològic fan sorgir reaccions anímiques de tristor, enveja, gelosia, orgull, etc. Així, en el dol traumàtic conflueixen diferents tipus d'estats. Alguns sobrepassen l'estat anímic i d'altres conflueixen amb sentiments de venjança atesa la seva implicació en casos de lesions a persones representatives i amb vinculació afectiva.

Quedaran, per tant, fora de participació, l'amor, la gra-tuitat i la compassió, tot posant-se en funcionament un mecanisme de defensa (acció/compensació) per a l'avaluació cognitiva del dol, amb prevalença d'una avaluació conductual amb modificació d'emocions i de possible necessitat d'intervenció sobre el problema.

En tota aquesta qüestió s'ha d'elaborar la dinàmica del procés cognitiu que faci possible una reacció substitutòria i homogeneïtzadora del dol sobre el contingut equilibrador de la pèrdua, que no deixa de tenir un rerefons defensiu. Al cap i a la fi, es tracta d'elaborar un dol per a no deixar-se destruir per la ràbia, atesa la impotència, la incomprensió i la solitud⁶.

Conclusió

El dol, com ja hem dit, és un mecanisme equilibrador. El dolor de l'absència ens fa conscients de tota temporalitat. Malgrat aquesta situació, i gràcies al dol, regenerem la capacitat continuadora de la tasca vital i relacional. Pensem que si no fos així, no seria possible refer les lleis naturals que permeten la reafirmació de l'individu. Reafirmar-se després d'una pèrdua no deixa de ser creure en la capacitat de superació pròpia.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Vallejo Nájera JA. Ante la depresión. Barcelona: Ed. Planeta; 2001.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association; 2014.
3. Payás Puigarnau A. Las tareas del duelo. Barcelona: Ed. Paidós; 2010.
4. Payás Puigarnau A. El mensaje de las lágrimas. Barcelona: Ed. Paidós; 2014.
5. Departamento de Salud y Servicios Humanos. La depresión. Maryland: Instituto Nacional de Salud Mental; 2009.
6. Nevado M, González J. Acompañar en el duelo. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer; 2017.

Millorant l'atenció integrada i centrada en la persona per a la gent gran que viu a casa: dues experiències locals a Catalunya

Jillian Reynolds¹, Lina Masana¹, Nuri Cayuelas Mateu¹, Mireia Espallargues^{1,2}

¹Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona; ²Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Adaptat de: *Sites SUSTAIN Catalunya*. Resum i conclusions de la trobada conjunta 23-01-2019. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2019. Consultable a: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/ambits/projectes_internacionals/Sustain/SUSTAIN_Catalunya_JornadaConjunta_resum_230119.pdf

Introducció

L'atenció integrada s'ha definit com la prestació coordinada dels diferents elements de la prestació de serveis de salut i d'atenció social, amb l'objectiu de millorar l'efectivitat de les intervencions, augmentant la satisfacció de les persones usuàries, millorant la qualitat de la prestació dels serveis i garantint el cost-efectivitat¹. D'altra banda, l'atenció centrada en la persona implica proporcionar a les persones usuàries dels serveis sanitaris i socials aquells recursos que millor s'adeqüin a les seves necessitats i preferències, aprofitant el màxim el pressupost disponible amb independència de quin proveïdor de serveis ha d'oferir cada recurs. Aquest ideal de continuïtat assistencial xoca amb la fragmentació tradicional de l'estat de benestar català, basat en la prestació universal dels serveis sanitaris a nivell regional (finançats a través d'impostos generals), mentre que els serveis socials bàsics, que inclouen per llei l'atenció domiciliària a les persones de 65 anys i més des de l'any 2007, són competència local. Aquest escenari dona cabuda a una varietat de models de copagament (depenent per exemple del color polític del govern municipal o de la disponibilitat pressupostària), a una multitud de proveïdors d'atenció i a un seguit de diferents sistemes d'informació i de models organitzatius. La col·laboració entre els serveis de salut i els serveis socials locals és clau a Catalunya per tal d'assolir una atenció integrada efectiva per a les persones de 65 anys i més que viuen a casa, ja que els serveis socials locals són els encarregats tant de valorar els nivells de dependència com de pro-

porcionar serveis de teleassistència, neteja, suport amb activitats bàsiques diàries, etc.

L'any 2011, el Departament de Salut va dissenyar i desenvolupar el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) amb el propòsit de crear un context que afavorís l'adopció de millores en l'atenció de les persones usuàries que pateixen malalties cròniques. Com a conseqüència d'aquest programa, i per tal de reforçar la integració de l'atenció social i sanitària, la Generalitat va crear el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS) que ara és el marc normatiu per a l'impuls d'un model d'atenció integrada al territori català. A més, el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat va promoure l'ús d'una eina per a l'elaboració de plans d'atenció individualitzada per a persones amb necessitats cròniques complexes compartida entre els diferents nivells del sector sanitari: el Pla d'Intervenció Individualitzada Compartit (PIIC).

Per fer un pas endavant en el desenvolupament de l'atenció integrada a nivell europeu, el 2015 la Unió Europea va finançar el projecte de recerca SUSTAIN² (acrònim en anglès de *Sustainable Tailored Integrated Care for Older People in Europe*) amb una durada de quatre anys. El projecte tenia dos objectius principals: 1) promoure millores en iniciatives consolidades d'atenció integrada per a gent gran que viu a casa amb múltiples necessitats de salut i socials, i així avançar cap a una atenció més centrada en la persona, coordinada, orientada a la prevenció, segura i eficient; i 2) contribuir a l'adopció i aplicació d'aquestes millores en altres sistemes socials i sanitaris d'Europa³.

El projecte SUSTAIN va seleccionar, contactar i involucrar tretze iniciatives locals d'atenció integrada a gent gran (veure metodologia), entre les quals dues ubicades a Catalunya: el Programa d'atenció per a pacients crònics complexos, avançats i geriàtrics d'Osona (Programa PCC/MACA/Geriàtrics) i la Iniciativa per a la integració de l'atenció social i sanitària, a Sabadell Nord, descrites a la Taula 1.

Correspondència: Jillian Reynolds
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
C/ Roc Boronat, 81-95, segona planta
08005 Barcelona
Tel. 935 513 900
Adreça electrònica: jmreynolds@gencat.cat

TAULA 1. Iniciatives locals d'atenció integrada de salut i social d'Osona i Sabadell Nord

	Sabadell Nord	Osona
Territori	Ciutat industrial 20 km al nord de Barcelona (37,8 km ² ; 212.000 habitants). A SUSTAIN participen els centres d'atenció primària (CAP) del nord de la ciutat (Nord, Ca N'Oriac i Concòrdia)	Comarca d'Osona, zona eminentment rural amb tres ciutats de mida mitjana i pobles petits (1.245 km ² ; 155.000 habitants).
Institucions participants	– Atenció primària de la salut (APS) – Serveis socials locals	– Atenció primària de la salut – Serveis socials locals – Atenció de la salut intermèdia i de llarga durada – Atenció de la salut aguda
Perfil dels professionals (participants en el projecte de millora)	– Medicina de família – Infermeria APS – Treball social (Ajuntament de Sabadell) – Personal directiu (salut i social)	– Medicina de família – Infermeria APS – Treball social (ens locals + APS + atenció intermèdia) – Especialistes en salut (geriatria i infermeria especialitzada incloses) – Personal directiu (salut i social)
Població/objectiu	Persones usuàries de 65 i més anys amb necessitats de salut i socials (població 65+ assignada als tres CAP del Sabadell Nord = 9.700)	Pacients crònics complexos, avançats i població geriàtrica (estimació pròpia = 4.000)

Metgesses de família, treballadors/es socials, infermeres, geriatres i personal directiu d'Osona i de Sabadell Nord es van trobar un cop finalitzat el projecte, el gener de 2019, per compartir la seva experiència portant a terme un projecte de millora de l'atenció a gent gran que viu a casa amb necessitats de salut i socials complexes⁴. Aquest article presenta el treball desenvolupat per a elaborar plans individuals d'atenció integrada (PIAI) i recull les reflexions i conclusions principals dels professionals dels grups motor que van participar en aquesta trobada conjunta.

Metodologia

El projecte SUSTAIN va avaluar i comparar projectes de millora de tretze iniciatives d'atenció integrada a diferents països d'Europa: Alemanya, Àustria, Catalunya (Espanya), Estònia, Països Baixos, Noruega i el Regne Unit. Les iniciatives locals d'atenció integrada —que anomenem *sites* (pel seu referent anglès)— estaven dirigides a persones grans de 65 anys o més, que viuen a casa, amb necessitats complexes de salut i socials. Eren iniciatives d'atenció integrada ja existents i operatives en els seus contextos locals, que oferien una varietat de serveis i que, en el marc de SUSTAIN, proposaven desenvolupar i implementar projectes de millora pel que fa a l'atenció integrada amb l'objectiu de millorar l'atenció centrada en la persona, la prevenció, la seguretat, la coordinació i l'eficiència.

La implementació i avaluació d'aquests projectes de millora es va realitzar seguint una metodologia i un calendari comuns per a totes les iniciatives participants al projecte SUSTAIN³. L'anàlisi sobre la implementació dels projectes de millora es va dur a terme segons el marc conceptual de l'*Evidence Integration Triangle*⁵. Utilitzant

un disseny d'estudi de casos múltiples⁶, el projecte de millora local de cada *site* es va considerar un estudi de cas. Es van recollir diferents dades qualitatives i quantitatives procedents de diferents fonts: els qüestionaris P3CEQ⁷ i PCHC⁸ a persones usuàries; entrevistes qualitatives a persones usuàries, cuidadores i personal directiu; i qüestionari TCI⁹ i grups focals amb professionals, així com altra informació procedimental que es derivava de l'acció assistencial directa com, per exemple, l'elaboració de PIAI, l'activació de recursos i l'evolució en l'ús dels serveis de salut i socials per part de les persones usuàries participants. Aquestes dades van permetre analitzar les percepcions i experiències de totes les parts implicades: personal directiu, professionals de salut i social, gent gran usuària i persones cuidadores. En aquest sentit, tant els agents locals encarregats d'implementar el projecte de millora com les investigadores de l'AQuAS encarregades d'avaluar-lo van treballar en estreta col·laboració per dissenyar i implementar les eines de mesura. Les investigadores de l'AQuAS van monitorar i avaluar els projectes de millora desenvolupats a Catalunya —Osona i Sabadell Nord— i van identificar aspectes d'èxit, limitacions, barreres i oportunitats. El resultat d'aquesta avaluació s'ha recollit en un informe final que aporta conclusions i formula recomanacions per a Catalunya a partir dels aprenentatges¹⁰.

El nou mètode de treball desenvolupat a Osona i Sabadell, fruit d'un diagnòstic previ de mancances i oportunitats realitzat conjuntament entre els agents locals implicats (atenció primària i especialitzada de salut, serveis socials locals, representants de persones usuàries i cuidadores) s'anomena Pla Individual d'Atenció integrada (PIAI). S'implementa seguint uns passos estandarditzats (veure Figura 1). Primer, els pro-

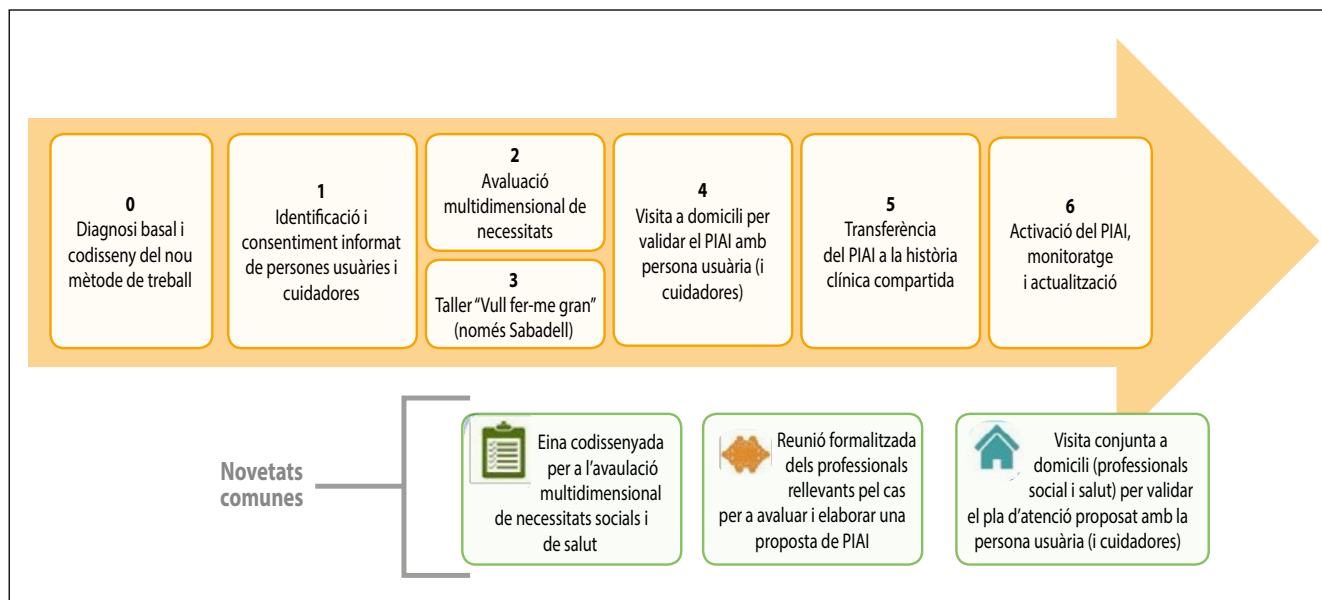


FIGURA 1. El nou mètode d'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada (PIAI) salut i social per a gent gran que viu a casa

professionals identifiquen potencials persones usuàries i les conviden a participar en l'estudi SUSTAIN; es requereix consentiment informat de persones usuàries i cuidadores. Segon, els professionals realitzen una avaluació integral i multidimensional de necessitats de la persona usuària a través de tests estandarditzats (Barthel, Lobo, Zarit, escala de valoració social, OARS, Yesavage, Goldberg, EQ-5D-5L, etc.) per conèixer els seus objectius i les necessitats de salut i socials. Tercer, els professionals es reuneixen per fer l'avaluació conjunta de necessitats i elaborar una proposta de PIAI adaptat a les necessitats de salut i socials de la persona; aquesta reunió s'anomena conferència de cas a Osona i reunió d'avaluació de la triada d'atenció primària (medicina, infermeria i treball social) a Sabadell Nord. Quart, es realitza la validació compartida del PIAI entre els professionals i les persones usuàries i cuidadores mitjançant una visita que té lloc al domicili de la persona; només en el cas de Sabadell Nord, les persones usuàries hauran assistit, prèviament a aquesta visita a domicili dels professionals, a un taller formatiu sobre envelliment actiu, dinamitzat per un expert en gerontologia. Un cop validat el PIAI, es transfereix la informació que hi consta a la història clínica compartida, s'activen les accions o recursos descrits al PIAI i, posteriorment, es fa un monitoratge i seguiment continuat del PIAI atenent als canvis de salut i necessitats de les persones usuàries.

Reflexions i conclusions

En el marc del projecte SUSTAIN, Osona i Sabadell Nord van realitzar un diagnòstic conjunt entre els agents locals implicats sobre les limitacions i oportunitats de millora de l'atenció que prestaven a gent gran que vivia a casa amb necessitats de salut i social complexes. Aquest diagnòstic

conjunt va servir com a punt de partida per tal de dissenyar i implementar un projecte de millora que ajudés a integrar millor els recursos i serveis per tal d'oferir una atenció més centrada en la persona, el PIAI.

Tot i que Osona i Sabadell tenien les seves particularitats quant a professionals i institucions implicats, objectius específics i característiques singulars de la població diana, es van detectar punts comuns a l'hora de portar a terme els projectes de millora:

- Reptes estructurals. Especialment com habilitar espais de coordinació i treball conjunt per als professionals que treballen en diferents institucions en diferents horaris i amb diferents rols i perspectives respecte a les necessitats de la persona usuària.

- Complexitat en l'abordatge centrat en la persona. Per exemple, com comunicar-se amb la persona usuària i fer entendre la nova aproximació, o com fer possible la participació en decisions en el cas de persones usuàries amb deteriorament cognitiu.

- Propostes de solució innovadores. Per exemple, visites conjuntes dels professionals de la salut i socials a casa abans i després de fer una avaluació multidimensional de necessitats i de proposar un pla d'atenció, tot plasman l'opinió de la persona usuària en el mateix document del pla d'atenció.

Els professionals d'ambdós territoris van considerar que el projecte SUSTAIN havia constituït una finestra d'oportunitat per tal de dissenyar, pilotar i aprendre un nou mètode per fer una avaluació conjunta, entre atenció primària de la salut i serveis socials locals, de les necessitats de la gent gran que viu a casa amb necessitats complexes de salut i socials. Aquesta avaluació multidimensional

conjunta eliminava duplicitats i permetia a cada professional participant entendre millor la situació global de la persona (aspectes clínics, funcionals, relacionals i emocionals), arribant a una proposta de pla d'atenció basat en el consens dels professionals més rellevants per a cada cas. L'objectiu de la persona usuària era l'element clau a tenir en compte a l'hora de dissenyar un paquet individualitzat de serveis i recursos de salut i socials que millor respongués a les seves necessitats i preferències, el PIAI.

La reserva d'espai a les agendes dels professionals més rellevants per a cada cas (la triada de primària a Sabadell Nord, completada a Osona per especialistes en salut i treballadors socials sanitaris) va ser un altre element clau. Els projectes de millora els dotava d'un calendari acotat i temps específicament destinat a: a) coordinar-se i preparar l'avaluació conjunta de necessitats —repassant l'històric clínic i social, recopilant informació a través d'instruments de valoració i, sobretot, parlant amb la persona usuària i les persones cuidadores sobre les seves preferències i objectius—; b) assistir a la reunió interprofessional per elaborar una proposta de PIAI; i c) posteriorment, validar aquest pla amb la persona usuària, amb una visita a domicili. Per tal de fer-ho, els equips van haver de reorganitzar la càrrega assistencial habitual dels professionals, de manera que professionals no participants en l'elaboració dels PIAI van assumir part de la càrrega dels que sí que hi participaven.

Serveis socials locals, atenció primària de la salut i, en el cas d'Osona, atenció hospitalària van aprendre a elaborar conjuntament els PIAI, seguint eines estandarditzades d'avaluació i proposta de pla de treball (anomenats a Osona documents *PIIC Plus*, i a Sabadell *QRD* i *Pla de treball*). Els PIAI resultants cobrien quatre dimensions del benestar de la persona usuària: 1) foment de l'educació en salut, amb informació donada de manera personalitzada per facilitar la comprensió, i consells sobre hàbits saludables, sobre com mantenir l'autonomia i com evitar riscos per a la seguretat; 2) revisió dels medicaments entre tots els professionals rellevants pel cas, per maximitzar-ne la seguretat i l'eficàcia, i supervisió de la correcta administració i adherència als tractaments de cada persona usuària; 3) oferta de suports o serveis per ajudar les persones a romandre a casa el màxim temps possible (per fer activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària); i 4) promoció de la vida social-relacional de la persona usuària, mitjançant activitats en centres cívics, acompanyament amb persones voluntàries, etc.

El nou mètode de treball trasllada part de l'elaboració de PIAI al domicili de la persona usuària, facilitant que la conversa i les decisions sobre les opcions d'atenció es prenguin en un entorn on la persona usuària i les persones cuidadores se senten el més còmodes possible i on els professionals poden copsar quines mesures poden ser les més

necessàries, adients i factibles. El nou mètode fa que els professionals rellevants de cada cas seguïn a la mateixa taula per pensar conjuntament en la combinació de serveis i tractaments més adients per a la persona. Així, es millora el grau d'atenció centrada en la persona i s'aconsegueix una corresponsabilització de l'equip de professionals amb l'atenció que rep cada persona usuària¹⁰. S'ha aconseguit canviar l'aproximació a l'hora de preveure quins recursos o serveis cal oferir a cada persona, ja que el punt del qual ara es parteix és el de preguntar-li: "Què és el que vostè vol millorar de les diferents qüestions que l'afecten (dintre de les seves possibilitats i del que li podem oferir)?"

Un altre objectiu del projecte SUSTAIN era promoure l'apoderament i l'autogestió en salut de les persones usuàries. En aquest sentit, cal destacar el taller ofert a les persones usuàries participants en el projecte de millora de Sabadell, anomenat "Vull fer-me gran". Els professionals consideren que aquest taller va ajudar la gent gran a entendre millor el procés d'envelliment: que els problemes que tenen no només estan relacionats amb si pateixen alguna malaltia, sinó que també tenen a veure amb el fet de fer-se grans i que, d'alguna manera, són esperables. Els professionals creuen que el fet de participar en el taller va facilitar que les persones usuàries poguessin marcar-se objectius o pensar en allò que és prioritari per a aquesta etapa de la vida. A més a més, el taller posava a la persona usuària en contacte amb d'altres persones del seu barri que podien estar vivint una experiència similar i això els va ajudar a entendre que no estaven soles en aquesta etapa de la vida.

Una de les forteses del projecte SUSTAIN ha estat l'èmfasi posat en entendre no només *què* pot funcionar, sinó *per què*. S'ha prestat especial atenció a identificar aspectes facilitadors i barreres existents, perquè precisament aquests factors són els que condicionaran la sostenibilitat, escalabilitat i transferència d'un projecte de millora i, per tant, requereixen especial atenció a l'hora de dissenyar i implementar millores a l'atenció integrada. Cal analitzar el context, identificar els agents implicats i comprendre les relacions existents entre ells. També cal afavorir un entorn favorable al projecte de millora, en general, i als professionals que l'implementen, en particular, i això requerirà d'accions per tal de contrarestar les barreres identificades i per aprofitar al màxim les oportunitats que deriven dels elements facilitadors. La Figura 2 recull els factors clau identificats mitjançant els estudis de cas d'Osona i Sabadell Nord, que han servit de base per a elaborar recomanacions a nivell de país per als decisors polítics, els proveïdors de serveis d'atenció salut i/o social i per a recerca futura sobre l'atenció integrada a gent gran¹⁰. A la vegada han servit com a base per a identificar un seguit d'accions que poden realitzar les iniciatives locals per tal d'impulsar una atenció més integrada i centrada en la persona¹¹.

Cocreació **Lideratge institucional** **Visió compartida**
Participació persona usuària **Aspectes organitzatius**
Integració atenció formal i informal
Balanç entre protecció de dades i compartir informació **Avaluació**
Eina estandaritzada d'avaluació compartida de necessitats
Plans respectuosos preferències persona usuària
Formació professionals **Sentiment de pertinença**
Eines autogestió salut gent gran **Sistemes d'informació integrats**
Cobertura i intensitat prestacions gent gran **Suport cuidadors informals**
Comunicació inter- i intraequips **Impacte econòmic integrat**
Recursos nou mètode de treball **Gestió projecte**

FIGURA 2. Factors clau per a la implementació d'atenció integrada de salut i social per a gent gran que viu a casa

Els professionals d'Osona i Sabadell Nord consideren que els projectes de millora SUSTAIN es van poder implementar amb resultats prometedors a nivell local gràcies a factors micro, com la composició dels grups motors representant diferents perfils professionals i institucions, comptant amb professionals motivats per l'atenció centrada en la persona, o el suport europeu que va proporcionar el disseny del projecte i la gestió des de l'AQuAS. Es considera que, tot i comptar amb àmplia capacitat tècnica per ensenyar i aplicar aquesta nova metodologia a Catalunya, difícilment s'assolirà un impacte significatiu a nivell de societat, o una "atenció integrada centrada en la població", si no es produeixen canvis o decisions a nivell meso i macro. En aquest sentit, resulta clau:

- Una reestructuració de l'atenció primària social i de salut que permeti passar d'un abordatge eminentment reactiu a una aproximació preventiva, planificadora i gestora de la cronicitat, que treballi per tal de maximitzar el benestar de la persona usuària en el seu conjunt i no més uns resultats clínics en particular.

- Una estratègia de recursos humans basada en la comunicació (redefinició formal d'estructures, funcions i rols) i l'avaluació (establiment d'objectius i incentius vinculats a l'atenció centrada en la persona i integrada) que afavoreixi un canvi en la cultura professional dels segments menys predisposats a l'aproximació centrada en la persona. La claredat en la distribució de funcions, els procediments a aplicar i els objectius a assolir permetrà tendir gradualment cap a una atenció a l'individu compartida i consensuada entre els professionals més rellevants per a cada cas, independentment de si això implica treballar amb professionals de diferents disciplines, centres de treball o sectors.

- La implantació de sistemes efectius de comunicació inter- i intrasectors, que a la vegada garanteixin el dret a la privacitat de les persones, tot contemplant aquells escenaris on s'entén que és prioritari el dret d'accés a l'assistència sanitària pública, especialment en situacions de risc, urgència o perill per a la vida.

Encara queda camí per recórrer per poder consolidar una atenció plenament integrada i centrada en la persona a Catalunya. Caldrà generar canvis en els equips i en les organitzacions de manera progressiva, així com adoptar i adaptar eines de planificació integrada a les característiques i possibilitats de cada entorn local, amb l'objectiu últim de millorar els resultats que més importen a cada persona usuària. Tot i les dificultats identificades, els projectes de millora d'Osona i Sabadell aporten eines, recomanacions i propostes que poden servir d'inspiració i motivació per a continuar avançant i adaptar-se a l'atenció centrada en la persona, una nova realitat que ha vingut per quedar-se i que demana una major integració del conjunt d'agents que formen part de l'atenció que rep cada persona.

Agraïments: Programa PCC/MACA/Geriàtrics d'Osona: Joan Espauella, Marta Ferrer, Carme Guinovart (Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic); Mònica Arjona, Manoli Cantillo, Míriam Clopes, Amaia Epelde (EAP Tona); Anna Bartés, Marta Serrarols (EAP Vic Sud); Marina Bosch, Romi Morcillo, Anna Moreta, Lluís Sarreta (EAP Vic Nord); Anna Bullon, Núria Molist, Isabel Ramón (Consorti Hospitalari de Vic); Núria Viñas (Serveis socials bàsics Consell Comarcal Osona); Imma Molist (Serveis socials bàsics Ajuntament de Torelló); Sílvia Mateu, Gemma Parés (Serveis Socials Ajuntament de Vic) i Cristina Rufián (Serveis socials Mancomunitat de la Plana).

Iniciativa d'Integració Social i Sanitària de Sabadell Nord: Núria Albi (directora UGAP Sabadell Nord); Josep de Andrés, Roser Armengol, Maika Gómez, María del Carmen Malagón (Serveis socials Ajuntament de Sabadell); Lúdia Palau, Ivana Valdevira (CAP Concòrdia); Pilar Fernández, Rafael Rodríguez (CAP Nord); Olga Bigas i Remei García Campos (CAP Ca N'Oriac).

Les autores agraeixen a totes les persones usuàries i cuidadores d'Osona i Sabadell que van participar en el projecte SUSTAIN la seva col·laboració desinteressada, sense la qual aquest projecte no hauria estat possible.

El projecte SUSTAIN ha rebut finançament de la Unió Europea en el marc del Programa Marc per a recerca i innovació 2014-2020 *Horizon 2020* (grant agreement No. 634144). El contingut d'aquest document reflecteix tan sols les opinions de les autores. La Unió Europea no té cap responsabilitat en l'ús que es faci de la informació que conté el document.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int J Integr Care*. 2004;4:e10.
2. Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN) [Internet]. Consultable a: <https://www.sustain-eu.org>. Accés: març de 2019.
3. De Bruin S, Stoop A, Billings J, Leichsenring K, Ruppe G, Tram N, et al. The SUSTAIN project: a European study on improving integrated care for older people living at home. *Int J Integr Care*. 2018 Jan 16;18(1):6.
4. Reynolds J, Masana L, Cayuelas Mateu N, Espallargues M. *Sites SUSTAIN Catalunya*. Resum i conclusions de la trobada conjunta 23-01-2019. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Consultable a: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/ambits/projectes_internacionals/Sustain/SUSTAIN_Catalunya_JornadaConjunta_resum_230119.pdf. Accés: març de 2019.
5. Glasgow RE, Green LW, Taylor MV, Stange KC. An evidence integration triangle for aligning science with policy and practice. *Am J Prev Med*. 2012 Jun;42(6):646-54.
6. Yin RK. *Case study research: design and methods*. Sage Publications; 2013.
7. Sugavanam T, Byng R, Horrell J, Fosh B, Close J, Lloyd H. Co-designing a generic measure to probe person centred coordinated care from the perspective of the patient: The development of the P3CEQ. *J Patient Exp*. 2018;5(3):201-11.
8. Claassens L, Terwee CB, Deeg DJH, Broese van Groenou MI, Widdershoven GAM, Huisman M. Development and validation of a questionnaire assessing the perceived control in health care among older adults with care needs in the Netherlands. *Qual Life Res*. 2016;25(4):859-70.
9. Kivimäki M, Elovainio M. A short version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *J Occup Organ Psychol*. 1999;72(2):241-6.
10. Reynolds J, Masana L, Cayuelas Mateu N, Espallargues M. Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN-project). Lessons learned from improving integrated care in Catalonia (Spain). Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018. Consultable a: https://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2018/08/Country-report-Spain_20180801.pdf. Accés: març de 2019.
11. Reynolds J, Masana L, Cayuelas Mateu N, Espallargues M. Com promoure una atenció integrada salut i social centrada en la persona des de l'àmbit local [post]. A: Blog AQuAS. Blog de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Consultable a: <https://blog.aquas.cat/2019/03/14/heptaleg-sustain>. Accés: març de 2019.

Eponímia mèdica catalana. L'anell de Puig Massana

Josep-Eladi Baños, Elena Guardiola

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya.

L'epònim

“Anell de Puig Massana”. Anell flexible i ajustable per realitzar anuloplasties a les vàlvules mitral i tricúspide. Deu el seu nom al seu inventor, el cirurgià cardiovascular Miquel Puig i Massana. La longitud de l'anell pot reduir-se mitjançant la tracció dels fils que es troben a l'interior. Té una part no retractable feta per adaptar-se a l'annex mitral anterior. La reducció de l'anell, corresponent a la part posterior, pot ser simètrica o asimètrica segons la tracció que es realitzi¹. També es coneix com anell de Puig Massana-Shiley.

Miquel Puig i Massana, l'home

Miquel Puig i Massana (Figura 1) va néixer l'any 1924 a Barcelona, on es va llicenciar en Medicina als vint-i-cinc anys. Aviat s'interessà per la cirurgia general i es formà amb Josep Masferrer i Oliveras a la Quinta de Salut L'Aliança i amb Jaume Pi i Figueras a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, a Barcelona. L'any 1954 va ser nomenat cap del Servei de Cirurgia de L'Aliança i guanyà per oposició una plaça de cirurgià de l'Hospital de Sant Pau. Atret per una especialitat emergent llavors, la cirurgia cardiovascular, un any després ja realitzava intervencions a cor tancat com comissurotomies mitrals, lligadures de *ductus*, coartacions d'aorta, pericardiectomies i implantació de marcapassos. Va marxar a Lió per formar-se a l'Hôpital Edouard Herriot amb Paul Santy i Pierre Michaud en tècniques a cor obert. Va tornar l'any 1959 i aplicà els coneixements apresos a un programa d'investigació experimental amb animals per perfeccionar les tècniques de circulació extracorpòria amb una màquina creada per ell mateix. Els anys següents feu estades breus a diversos centres europeus i nord-americans especialitzats en cirurgia cardíaca. A partir de 1960 començà a realitzar intervencions amb circulació extracorpòria^{2,3}.

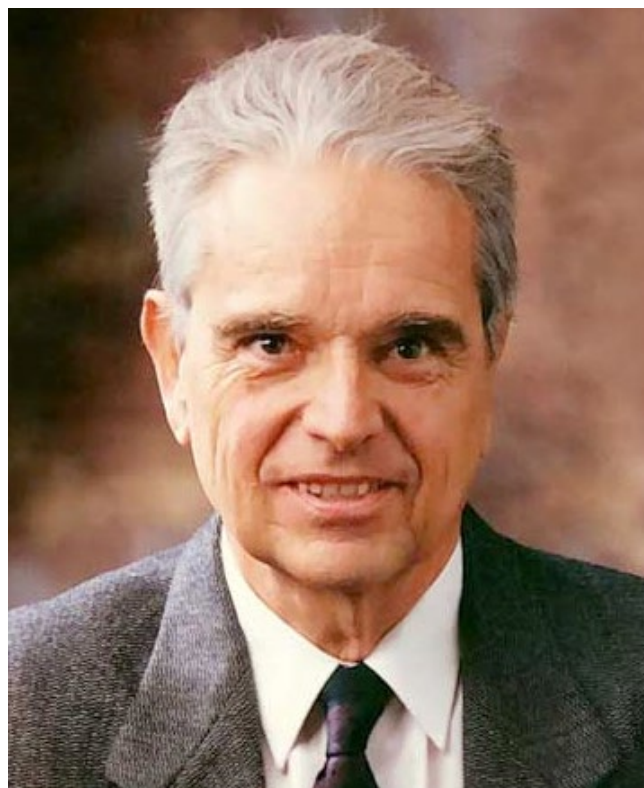


FIGURA 1. Miquel Puig i Massana (1924-2018)

La situació professional de Puig i Massana va donar un tomb important el 1966 quan va ser nomenat cap del Servei de Cirurgia Cardiovascular del Centre Quirúrgic Sant Jordi de Barcelona, a proposta del Dr. Simón i Lamuela. El centre havia estat inaugurat el 24 de novembre de 1962 i la seva direcció fou encarregada a Pere Piulachs^{4,5}. Simón i Lamuela era un bon especialista en hemodinàmica, un bon cardiòleg que havia estat resident a l'Institut Nacional de Cardiologia de Mèxic i havia treballat a Cleveland. Aviat convertí el centre en un autèntic centre monogràfic de les malalties cardiovasculars i va esdevenir un dels referents dels països del nostre entorn.

Al Centre Quirúrgic Sant Jordi, i seguint les idees apreses en la seva estada a França, Puig i Massana va crear un laboratori de cirurgia experimental on estudià els homòempeles valvulars, la circulació extracorpòria, els mecanismes del rebuig al transplantament cardíac i la revascularització coronària. Fruit de les seves recerques dissenyà una

Correspondència: Josep-Eladi Baños
Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya
Casa Convalescència
C/ Dr. Junyent, 1
08500 Vic
Tel. 938 861 855
Adreça electrònica: josepeladi.banos@uvic.cat

tècnica per tractar la cardiopatia congènita amb retorn pulmonar anòmal que s'incorporà als principals manuals de l'especialitat³. Així mateix, la seva capacitat docent va permetre formar especialistes que dirigirien nombrosos serveis de cirurgia cardíaca a tota Espanya, com Eduard Castells i Marcos Murtra, que esdevindrien caps dels serveis corresponents a l'Hospital de Bellvitge i a l'Hospital de la Vall d'Hebron, respectivament. Els reconeixements internacionals no trigarien a arribar. Així, l'any 1973 es realitzà l'XI Congrés Mundial de la Societat Internacional Cardiovascular a Barcelona, el primer de l'especialitat que es feia a Espanya i del que Puig i Massana fou nomenat secretari del Comitè Organitzador.

L'any 1969 va dimitir Simón i Lamuela i fou substituït per Francesc Ballesta i Barcons. Aquest va arribar a un acord per tractar pacients de la Seguretat Social, el que donà lloc a un gran augment de l'activitat quirúrgica, arribant-se a tres intervencions diàries amb circulació extracorpòria⁵. En els anys posteriors, però, començaren les discrepàncies entre Ballesta i Puig sobre la manera del primer de dirigir la institució. Sembla que entre els elements que causaren malestar es trobava la reducció de l'activitat

benèfica que havia imposat la direcció³ i també el fet que Ballesta decidís nomenar Murtra, deixeble de Puig, com a cap quirúrgic amb la mateixa categoria que ell⁵. Tot plegat portà que Puig dimitís l'any 1973 i es traslladés a l'Hospital de Bellvitge per dirigir el nou Servei de Patologia del Cor, que integrava la cardiologia i la cirurgia cardíaca. En aquest centre, centrà una part important de la seva activitat en el tractament conservador en la cirurgia mitral. A la fi de la dècada de 1970 dissenyà un anell protètic per corregir les insuficiències de les vàlvules mitral i tricúspide que seria conegut com "anell de Puig Massana" i que és el motiu del present article. Aquest anell obtingué diverses patents, com la nord-americana, l'any 1981, on es cedien els drets d'explotació a Pfizer⁶, propietària de Shirley Incorporated (Figura 2).

L'any 1990 es jubilà després d'haver participat en unes 12.000 intervencions quirúrgiques aproximadament. Abandonà l'activitat mèdica i passà a viure a la masia que tenia al peu del Montseny, on es dedicà al conreu de la terra, l'escultura i la pintura. En el cas de la darrera, mostrà una notable habilitat. Va morir el 4 de juliol de 2018, als 93 anys³.

United States Patent [19]		[11]	4,290,151
Massana		[45]	Sep. 22, 1981
[54] ADJUSTABLE ANNULAR PROSTHESIS FOR CARDIAC SURGERY [76] Inventor: Miguel P. Massana, c/o Pfizer Inc., 235 E. 42nd St., New York, N.Y. 10017 [21] Appl. No.: 171,059 [22] Filed: Jul. 22, 1980 [30] Foreign Application Priority Data Jul. 31, 1979 [ES] Spain 244.903[U] [51] Int. Cl.³ A61F 1/22 [52] U.S. Cl. 3/1.5 [58] Field of Search 3/1.5, 1; 128/334 R [56] References Cited U.S. PATENT DOCUMENTS 3,656,185 4/1972 Carpentier 3/1.5 4,042,979 8/1977 Angell 3/1.5 4,055,861 11/1977 Carpentier et al. 3/1.5 4,164,046 8/1979 Cooley 3/1.5 4,217,665 8/1980 Bex et al. 3/1.5 OTHER PUBLICATIONS Burr et al., "The Mitral Plication Suture," The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, vol. 73, No. 4, pp. 589-595 (Apr. 1977). Duran et al., "Clinical and Hemodynamic Performance of a Totally Flexible Prosthetic Ring for Atrioventricular Valve Reconstruction," <i>Annals of Thoracic Surgery</i>, vol. 22, pp. 458-463 (1976). Shore et al., "Results of Mitral Valvuloplasty with a Suture Plication Technique," <i>The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery</i>, vol. 79, No. 3, pp. 349-357 (Mar. 1980), read at the Annual Meeting of the American Association for Thoracic Surgery, Boston, Mass., Apr. 30 to May 2, 1979. Primary Examiner—Ronald L. Frinks Attorney, Agent, or Firm—Francis X Murphy; Charles J. Knuth; Lawrence C. Akers [57] ABSTRACT An adjustable annular prosthesis for use in the surgical correction of atrioventricular orifice defects is disclosed and claimed. 1 Claim, 4 Drawing Figures			

FIGURA 2. Patent nord-americana concedida a Miguel Puig i Massana, que reconeix la seva autoria en la invenció de l'anell (fragment)⁶

L'anell de Puig Massana

Un dels problemes més freqüents en les malalties de les vàlvules cardíques és la insuficiència mitral, per la dilatació de l'anell valvular. La conseqüència, quan no es disposava de tractaments efectius, era una dilatació de l'aurícula i ventricle drets que podia portar a la insuficiència cardíaca. Per corregir-la s'havien emprat diversos tractaments. Els primers es començaren a realitzar a la fi de la dècada de 1950, eren més conservadors i es basaven en l'anuloplastia, encara que aviat van ser reemplaçats per la substitució valvular amb la pròtesi de Starr-Edwards. No obstant això, els problemes que causava aquest procediment portaren a tornar als procediments de reparació valvular⁷. El que va guanyar més reconeixement fou el de Carpentier, tot i que necessitava un entrenament intens, una important atenció al detall i una corba d'aprenentatge lenta⁸.

A més, el problema d'aquests mètodes era que sovint els anells emprats eren de diàmetre massa petit o massa gran, per això no s'acabava de resoldre la insuficiència i es podia crear un problema nou d'estenosi. Així estava la situació quan Puig i Massana i els seus col·laboradors van començar l'any 1976 a treballar en un anell flexible i ajustable (Figura 3), que tenia la peculiaritat de poder corregir la mida després de la seva implantació, i que descriviren a *Annals de Medicina* el 1979⁹ (Figura 4) (és aquest el primer cas que hem trobat d'un epònim mèdic català la descripció del qual es va dur a terme per primera vegada en un article publicat en aquesta revista, ara fa 40 anys).

El procediment quirúrgic d'implantació de l'anell era similar a la cirurgia amb anells de pròtesis tradicionals¹. Si existia estenosi associada es realitzava una comissurotòmia en primer lloc. Després es presentava l'anell mitral amb quatre punts cardinals i s'implantava l'anell amb una sutura contínua, passant els punts a través de l'anell mitral i al voltant de l'anell prostètic. A continuació, s'ajustava aquest anell fins que la vàlvula recuperava el seu aspecte anatòmic i tornava a ser competent (Figura 5). Una vegada assegurada la manca d'insuficiència i d'estenosi, es fixava la mida de l'anell mitjançant la lligadura dels fils de tracció, ja fos des de la cavitat auricular o exterioritzant-los a través de la paret cardíaca i lligant-los des de l'exterior¹. Després de comprovar *in situ* l'adequació de l'anell, inicialment el seguiment es realitzava mitjançant l'evolució clínica i la interpretació del buf sistòlic⁹; més endavant ja es va utilitzar l'ecocardiografia¹.

Els resultats de la col·locació de l'anell eren prou satisfactoris. Així, en una revisió publicada l'any 1989 sobre 168 pacients intervinguts de vàlvules mitrals i tricúspides entre 1976 i 1986, els autors observaren un mortalitat hospitalària nul·la, el 5% moriren en els mesos següents de causes cardíques diverses i el 83% sobreviuen als vuit anys. Només el 5% necessitaren una nova intervenció. El tractament anticoagulant només va ser necessari els tres

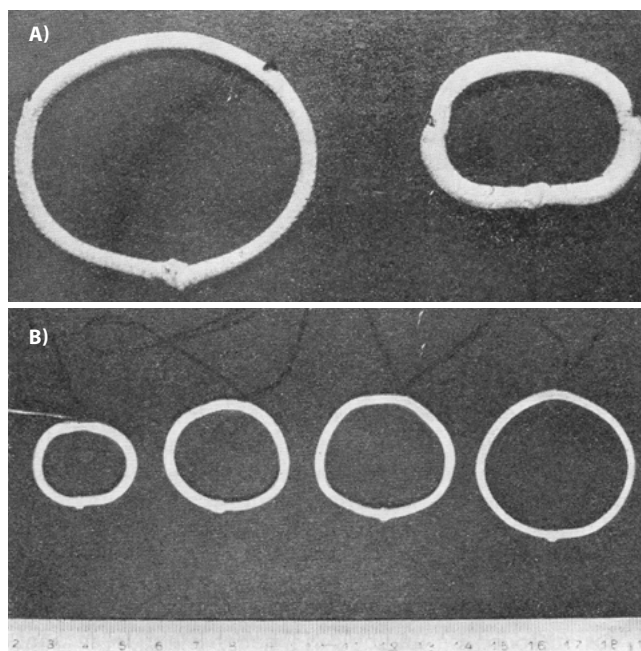


FIGURA 3. Anell de Puig Massana (imatges incloses a la primera publicació als *Annals de Medicina* l'any 1979): A) D'una mateixa mida però amb diferents graus de reducció de longitud; B) reducció de l'anell per mostrar el grau de correcció que es pot obtenir amb una modificació mínima del gruix⁹

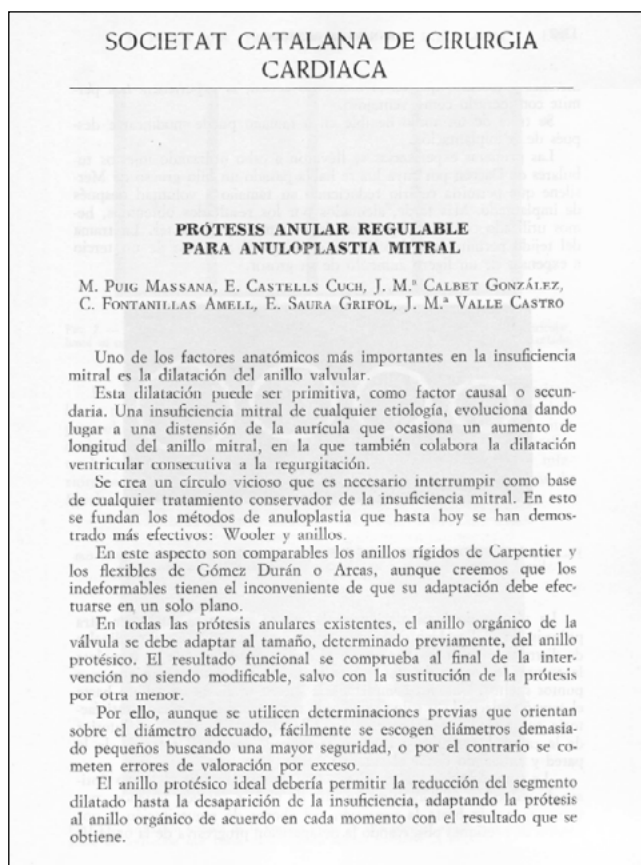


FIGURA 4. Primera pàgina de l'article publicat als *Annals de Medicina* l'any 1979 on es descrivia l'anell de Puig Massana per primera vegada⁹

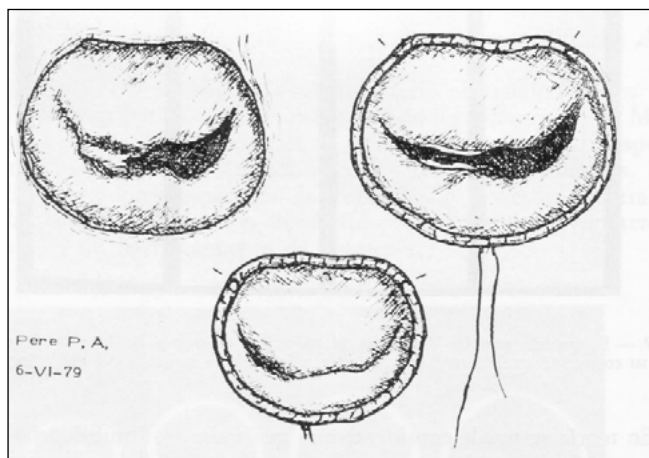


FIGURA 5. Dibuix que mostra l'aplicació de l'anell a la vàlvula i com es redueix la seva amplitud amb la retracció dels fils⁹

primers mesos i el 91% dels pacients no havien tingut cap episodi de tromboembolisme al cap de vuit anys de la intervenció. La milloria clínica i hemodinàmica era també significativa i, així, el 97% es trobaven en la classe I o II de la New York Heart Association (NYHA)¹.

L'interès de l'anell de Puig Massana fou reconegut per altres autors, que l'incorporaren a la seva pràctica habitual. Murphy i col·ls.⁷ publicaren una revisió de la seva experiència amb 126 pacients amb insuficiència mitral i assenyalaren que, entre els que havien sobreviscut a llarg termini, el 92% es trobaven en la classe I o II de la NYHA. Els autors conclouien que "La reparació de la vàlvula mitral incorporant l'anell d'anuloplastia de Puig-Massana-Shiley i la revisió de les vàlvules és una tècnica fiable que no és tècnicament complexa i que pot ser emprada amb resultats reproduïbles quan no està indicada la substitució valvular"⁷. Un estudi més recent en 662 pacients amb prolapse i regurgitació mitral a qui es va col·locar l'anell mostrà que la taxa de reintervenció als deu anys era inferior al 10% i que l'absència ecogràfica d'insuficiència era del 94%¹⁰.

Aquest anell també es coneix com "anell de Puig Massana-Shiley" ja que fou Shiley Incorporated (Irvine, Califòrnia) la companyia que el comercialitzà inicialment. Shiley fou creada l'any 1966 per l'enginyer Donald Shiley al seu garatge i la va vendre a Pfizer l'any 1979. Comercialitzava instruments emprats en cirurgia cardíaca oberta, així com vàlvules cardíques artificials i tubs de traqueotomia.

Va ser dissortadament coneguda per les complicacions aparegudes amb la vàlvula cardíaca Bjork-Shiley Convexo-Concave, que van afectar 450 pacients (al voltant de 300 van morir) d'entre els 86.000 implantats. Pfizer va vendre la companyia al grup Fiat l'any 1992 i passà així a formar part de la filial Sorin Biomedica¹¹.

En resum, l'anell que en Miquel Puig i Massana i el seu equip varen idear i van descriure ara fa quaranta anys continua essent una important aportació de la medicina catalana a la cardiologia mundial.

Agraïments: els autors volen agrair al Dr. Miquel Bruguera el suggeriment d'incloure la contribució del Dr. Puig i Massana dins d'aquesta sèrie eponímica.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Castells E, Calbet JM, Fontanillas C, Saura E, Octavio de Toledo MC, Puig Massana M. Mitral annuloplasty with the Puig Massana-Shiley ring: long term results. A: Ghosh P, Unger F (eds.). Cardiac reconstruction. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 1989. p. 151-6.
2. Saura M. Pioner de la cirurgia cardiovascular. Miquel Puig Massana (2014-2018). Cirurgià inventor de l'anell Puig Massana. La Vanguardia, 12 de juliol de 2018.
3. Saura i Grifol E. Miquel Puig i Massana. Galeria de Metges Catalans. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Consultable a: <http://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=EEID>. Accés el 5 d'abril de 2019.
4. De Fuentes Sagaz M. Breu resum de la història de la cardiologia catalana. Dovella. 1997;57:43-50.
5. De Fuentes Sagaz M. Història de la cardiologia catalana. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2014 [És traducció de History of Catalan Cardiology, publicada l'any 1992].
6. United States Patent. Adjustable annular prosthesis for cardiac surgery. Inventor: Miguel P. Massana, c/o Pfizer Inc. No 4,290,151, Sep. 22, 1981.
7. Murphy JB, Sweeney MS, Cooley DA. The Puig-Massana-Shiley annuloplasty ring for mitral valve repair: experience in 126 patients. Ann Thorac Surg. 1987;43:52-8.
8. Spencer FC, Colvin SB, Culliford AT, Isom OW. Experiences with the Carpentier techniques of mitral valve reconstruction in 103 patients (1980-1985). J Thorac Cardiovasc Surg. 1985;90:341-50.
9. Puig Massana M, Castells Cuch E, Calbet González JM, Fontanillas Amell C, Saura Grifol E, Valle Castro JM. Prótesis anular regulable para anuloplastia mitral. Ann Med. 1979;65(9):1361-5.
10. Lawrie GM, Earle EA, Earle N. Intermediate-term results of a non-resectional dynamic repair technique in 662 patients with mitral valve prolapse and mitral regurgitation. J Thorac Cardiovasc Surg. 2011;141:368-76.
11. McNary D. Pfizer completes sale of Shiley product lines. Consultable a: <https://www.upi.com/Archives/1992/02/28/Pfizer-completes-sale-of-Shiley-product-lines/9398699253200/>. Accés el 7 d'abril de 2019.

Josep Esteve i Soler (1930-2019): farmacèutic manresà, empresari, acadèmic i president d'una fundació científica

Fèlix Bosch, Sergi Erill

Fundació Dr. Antoni Esteve. Barcelona.

Antecedents

La farmàcia de la Plana de l'Om de Manresa, la va obrir a principis del segle XIX Tomàs Esteve i Gabanyach (1753-1830), el primer farmacèutic de la nissaga Esteve. Procedent d'Urús de la Cerdanya havia iniciat la seva activitat professional el 1787 a l'Hospital de Sant Andreu de la capital del Bages. Cinc generacions de farmacèutics més tard, seria Antoni Esteve i Subirana (1902-1979) (Figura 1B), qui prendria la iniciativa d'incorporar un petit laboratori al pis superior de l'antiga farmàcia. Era el 1929 i suposaria la llavor que, més endavant, donaria lloc als Laboratoris del Dr. Esteve¹.

Antoni Esteve i Subirana, amb 25 anys, va haver d'assumir la responsabilitat de la farmàcia just després de la mort prematura del seu pare —Josep Esteve i Seguí (1873-1927) (Figura 1A). L'any següent (1928) es casa amb Paquita Soler i Casulleras (1907-1992) i compagina la seva activitat professional a la farmàcia, el laboratori d'anàlisis clíniques sobre la farmàcia i la feina d'analista a l'Hospital de Sant Andreu, on ja havia treballat el seu rebesavi^{1,2}. El 4 de gener de 1930 naixia a Manresa el seu primer fill, Josep, a qui homenatgem en aquest article.

Tot i que el context històric dels anys trenta era molt desfavorable per endegar iniciatives, el Dr. Antoni Esteve i la seva muller van aconseguir tirar endavant la família sense aturar l'activitat empresarial i de recerca². No era una tasca senzilla després d'una greu recessió econòmica mundial i d'una dictadura. Sortosament, però, en aquell moment la indústria farmacèutica tenia un paper creixent en el teixit industrial català³. Algunes empreses procedien de companyies químiques multinacionals i, altres, de negocis familiars com ara adrogueries o farmàcies, com va ser el cas dels Esteve⁴.

Farmacèutic i empresari

Tot i les dificultats de la postguerra, la farmàcia va continuar, el laboratori va créixer i s'obtingueren més productes,

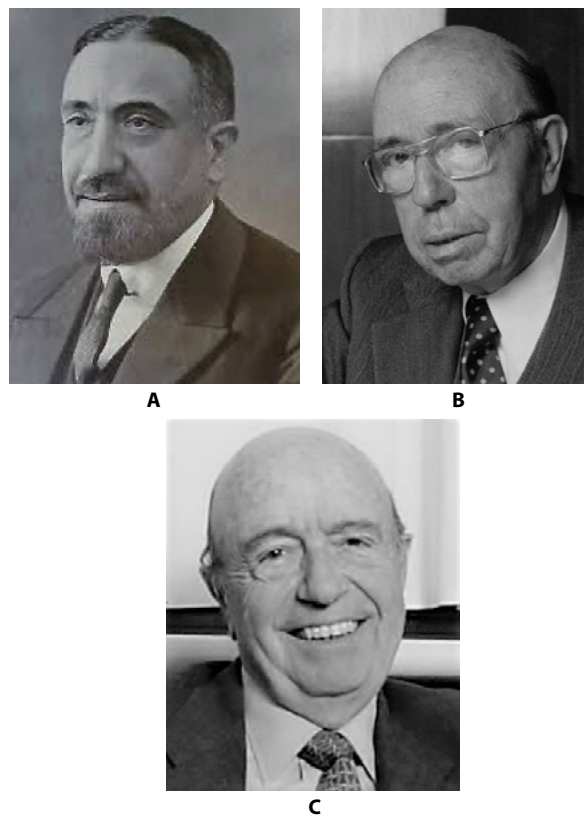


FIGURA 1. Quarta, cinquena i sisena generació de la nissaga de farmacèutics de la família Esteve: A) Josep Esteve i Seguí (1873-1927); B) Antoni Esteve i Subirana (1902-1979); C) Josep Esteve i Soler (1930-2019)

com ara arsenicals, sulfamides, penicil·lina i antihemorràgics². El 1942 el laboratori es trasllada de Manresa a Barcelona i és el 1953 quan, amb 23 anys i acabat de llicenciar-se en farmàcia, Josep Esteve i Soler (Figura 1C) s'incorpora a l'empresa familiar. Va assolir un postgrau en Direcció i Administració d'Empreses (IESE, 1963) i el doctorat en Farmàcia (Universitat de Barcelona, 1970). Va ser així com, a partir d'aquell moment, va prendre protagonisme la sisena generació de la nissaga de farmacèutics Esteve^{1,2}.

Durant més de dues dècades Josep Esteve i Soler contribueix significativament a la recerca que lidera el seu pare, amb la síntesi de nous medicaments, com ara isoniazides, antiinflamatoris i antireumàtics, així com un

Correspondència: Fèlix Bosch
Fundació Dr. Antoni Esteve
Passeig Zona Franca, 109
08038 Barcelona
Tel. 934 335 320
Adreça electrònica: fbosch@estev.org

nou fàrmac vasoprotector, el dobesilat càlcic (1971). Aquest darrer fàrmac i els antiemorràgics van obrir les portes al laboratori per a futures col·laboracions empresarials arreu del món i esdevingueren els primers fàrmacs íntegrament catalans que tingueren projecció internacional². Josep Esteve va dir que el seu pare havia viscut una “vida dedicada amb tenacitat a la farmàcia i a la investigació” i afegia: “[d’ell] vaig aprendre el valor de la laboriositat, com també l’estima i el respecte per la feina ben feta”⁵. Entre les moltes amistats internacionals de Josep Esteve, cal fer esment de tot un referent de la recerca farmacològica, Paul Janssen (Figura 2). Janssen era un metge belga, destacat pels seus coneixements de química mèdica i farmacologia, que va heretar la companyia farmacèutica que havia fundat el seu pare el 1935 i que va comercialitzar l’haloperidol entre una vuitantena de medicaments més⁶. Josep Esteve va dir d’ell: “[és una] font permanent d’ensenyança, amb qui he compartit inoblidables i llargues estones de comunicació científica”⁵. Amb cert paral·lelisme amb Janssen, Josep Esteve va heretar l’emprenedoria del seu pare i va afavorir l’expansió científica i empresarial de l’empresa. A la mort d’Antoni Esteve i Subirana el 1979, Josep Esteve va assumir la direcció de la companyia farmacèutica durant 26 anys (fins 2005). Com a farmacèutic i empresari, Josep Esteve va saber mantenir i impulsar la clara orientació del laboratori envers la recerca, va potenciar el creixement del negoci i l’expansió internacional⁵. Com a conseqüència de la seva productiva activitat professional, va ocupar diversos càrrecs associatius i va rebre un gran nombre de distincions i reconeixements institucionals i civils.

Acadèmic

Entre els diversos càrrecs institucionals que va ocupar Josep Esteve i Soler, es podrien esmentar el de president de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya, acadèmic de nombre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i el d’acadèmic corresponent de l’Académie Nationale de Pharmacie a París. Voldríem destacar especialment la seva vinculació amb l’Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. El seu pare, en va ser vicepresident en dues ocasions, el 1936 sota la presidència d’Antoni Trias i Pujol (president de l’Acadèmia de 1936 a 1939) i el 1962 durant la presidència de Joan Gibert i Queraltó (de 1958 a 1966) (Figura 3, A i B). Seguint la seva trajectòria, Josep Esteve va ser vicepresident de l’Acadèmia durant els quatre anys que la va presidir Josep Alsina i Bofill (de 1974 a 1978) (Figura 3C)⁷. Bon amic de Josep Esteve, el Dr. Alsina, a més de metge i docent, va ser un defensor del llenguatge mèdic català, que va participar en el *Diccionari de medicina* de Corachan, en el *Vocabulari mèdic* i, finalment, en el *Diccionari enciclopèdic de medicina*⁸. Aquesta afinitat amb la llengua i la cultura catalanes havia estat també una voca-



FIGURA 2. La bona relació de Josep Esteve (a l’esquerra) amb Paul Janssen (1926-2003) va afavorir l’establiment de projectes comercials entre les dues empreses

ció destacada en la nissaga Esteve, sobretot per part de Josep Esteve i Seguí i el seu bon amic, el metge i polifacètic Dr. Oleguer Miró i Borràs (1849-1926)¹.

President d’una fundació científica

Un dels càrrecs que cal destacar de Josep Esteve fou el de president del patronat de la Fundació que porta el nom del seu pare. Poc després de la mort d’Antoni Esteve i Subirana, Josep Esteve, juntament amb la seva mare i els seus germans, Joan i Montserrat, va crear la Fundació Dr. Antoni Esteve (1982) per honrar públicament la seva memòria.

Amb l’objectiu prioritari d’estimular el progrés de la farmacoteràpia mitjançant la comunicació i la discussió científica, la Fundació Dr. Antoni Esteve intenta impregnar les seves activitats d’un caràcter eminentment multidisciplinari. Les iniciatives de la Fundació es fonamenten, d’una banda, en una sèrie d’activitats presencials on destaquen els seminaris de formació, les taules rodones i els grups internacionals de discussió. D’altra banda, la Fundació ha editat una llarga llista de publicacions. Com a institució sense ànim de lucre, les seves publicacions es poden sol·licitar gratuïtament en format imprès o es poden descarregar del web.⁹ Entre

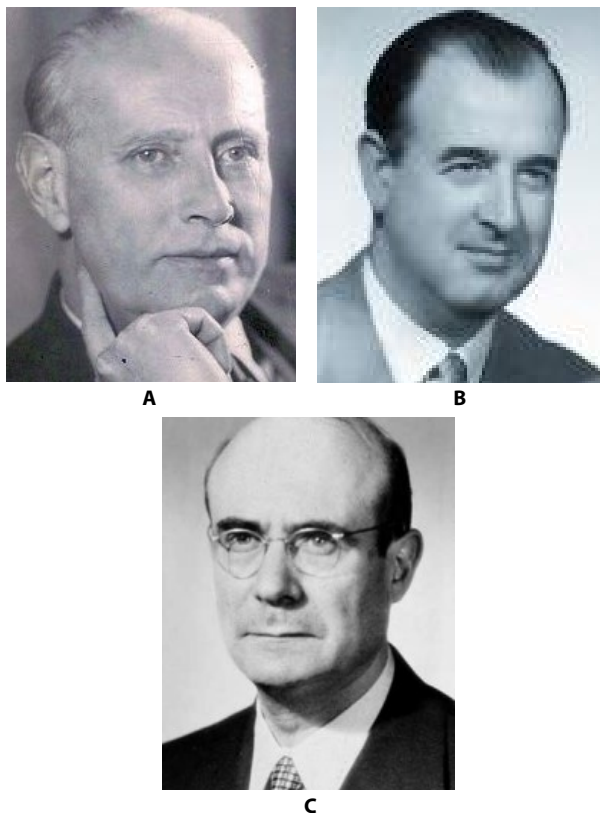


FIGURA 3. Presidents de l'Acadèmia durant les vicepresidències d'Antoni Esteve i Subirana: A) Antoni Trias i Pujol (1892-1970) i B) Joan Gibert i Queralto (1907-1998), i de Josep Esteve i Soler: C) Josep Alsina i Bofill (1904-1993)

les publicacions, s'han generat molts articles que reflecteixen les activitats de la Fundació i que s'han publicat en revistes científiques de tot el món. *Annals de Medicina* ha contribuït significativament a aquesta divulgació de les activitats de la Fundació.

Des del primer moment, Josep Esteve i Soler i els seus germans van lluitar per potenciar la Fundació, donar-li continuïtat i expandir el seu camp d'actuació. Des de sempre van defensar la independència de la Fundació respecte al laboratori i els il·lusionava que la Fundació portés el nom del seu pare arreu del món. Josep Esteve sovint repetia unes paraules de la professora Roser González-Duarte, de la Universitat de Barcelona, afirmant que la Fundació "era una institució que, sense estridències, es dedicava a organitzar activitats científiques de qualitat". Amb el decurs dels anys, la Fundació ha protagonitzat prop d'un miler d'activitats i ha implicat més de 5.000 professionals de les àrees biomèdiques. Per assolir-ho, ha col·laborat amb més de 500 institucions, com ara universitats, centres de recerca, hospitals i associacions científiques, entre d'altres. Aquestes activitats han

tingut un caire tant nacional com internacional. La Fundació ha estat present en tots els continents i ha portat a Catalunya investigadors rellevants representants de la majoria de països⁹.

Epíleg

L'any 1999 la revista *Annals de Medicina* homenatjava el Dr. Antoni Esteve i Subirana quan es complien 20 anys de la seva mort¹⁰. Precisament ara, vint anys més tard i quaranta anys després de la mort d'Antoni Esteve i Subirana, agraïm que la revista de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears contribueixi a difondre la tasca del fill, el Dr. Josep Esteve i Soler, també farmacèutic manresà, emprenedor i membre de junta de l'Acadèmia que, entre moltes altres iniciatives, va crear i presidir una fundació científica catalana de prestigi. Aquest text vol retre homenatge al Dr. Josep Esteve i Soler, que, amb la seva generositat i la dels seus germans, va fer possible l'existència de la Fundació i, en conseqüència, que moltes persones gaudissin de les seves activitats i publicacions. El Dr. Josep Esteve i Soler ens va deixar el passat 29 de març a l'edat de 89 anys. El seu record, però, es mantindrà present i ens agradarà que en part sigui també a través de la nostra institució.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Sinca i Algué G. Aquells homes amb barba. Biografia del farmacèutic manresà Josep Esteve i Seguí. Barcelona: Dux Editorial; 2015.
2. Corbella i Corbella J. Antoni Esteve i Subirana, semblança Biogràfica. Semblances, 45. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans, Secció de Ciències; 2006.
3. Rodríguez Nozal R. La industria del medicamento como motor de cambio profesional de la farmacia española decimonónica. Actas de las Jornadas Historia de la Farmacia hoy: proyectos y perspectivas de futuro. Madrid, 12-13 de diciembre de 2002; p. 91-103.
4. Bosch F, Fernández S, Baños JE. El naixement de la indústria farmacèutica a Catalunya (II): les empreses nacionals. *Annals Medicina*. 2007;90:60-67.
5. Esteve i Soler J. Investigació farmacèutica i progrés de la medicina. Discurs d'acceptació a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, 1 de desembre de 1991.
6. Black J. A personal perspective on Dr. Paul Janssen. *J Med Chem*. 2005;48:1687-1688.
7. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut. Apartat L'Acadèmia, Què és l'Acadèmia, Junes anteriors. Barcelona; 2019. Consultable a: http://www.academia.cat/Portal/academia/que_es_L_Academia_2/F3lc3hsHE6kTBr189W8fw. Accés el 5 d'abril de 2019.
8. Bosch F, Julià MA, Porta M, Ramis O, Sala J, Usall J, Vázquez L, Viñas O. Una responsabilitat històrica i una necessitat bàsica: el Diccionari enciclopèdic de medicina. A propòsit de la primera jornada sobre el projecte DEMCAT. *Annals Medicina*. 2017;100:39-47.
9. Fundació Dr. Antoni Esteve. Barcelona; 2019. Consultable a: <http://www.esteve.org>. Accés el 5 d'abril de 2019.
10. Erill S, Bosch F. Fundació Dr. Antoni Esteve (Antoni Esteve i Subirana, 1902-1979), vint anys després de la seva mort. *Annals Medicina*. 1999;82:293-294.

Malbaratament evitable en la producció i la comunicació de la recerca

Iain Chalmers, Paul Glasziou

Traducció de Gaietà Permanyer Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009;374:86-9.

Sense la publicació accessible i utilitzable dels resultats, la recerca no pot ajudar els malalts ni els seus metges. En un article de la sèrie *Visions personals* a *The Lancet*, un investigador mèdic afecte de mieloma reflexionava sobre el fet que els resultats de quatre assaigs clínics sobre la seva malaltia encara no s'havien publicat anys després que les seves troballes preliminars haguessin estat comunicades en congressos. Deia:

"Els resultats de la recerca haurien de ser fàcilment accessibles per a les persones que han de prendre decisions sobre la seva salut... Per què m'he de veure forçat a prendre una decisió sabent que hi ha informació a algun lloc però que no està disponible? Potser el retard ha sigut perquè els resultats no han estat tan estimulants com s'esperava? O potser perquè en el camp canviant de la recerca sobre mieloma hi ha ara noves hipòtesis més atractives a tenir en compte pel que fa a medicaments? Fins a quin punt hem de suportar el papalloneig dels investigadors que canvien de flor abans d'haver exhaurit del tot aquella on eren?"

Aquesta experiència no és excepcional: en una revisió sistemàtica, actualitzada recentment, de 79 estudis de recerca de seguiment referits en resums presentats a congressos, es calculava que la taxa de publicació d'estudis complets al cap de 9 anys era només del 53%.

En el món cada any s'inverteixen 100 mil milions de dòlars per finançar la recerca biomèdica; es calcula que això dona lloc a un milió de publicacions anuals de recerca. Una gran part d'aquesta inversió dona suport a recerca bàsica. Per exemple, més de dos terços de la inversió governamental i filantròpica en recerca biomèdica al Regne Unit ha estat per a recerca bàsica i menys del 10% per a l'avaluació terapèutica. La relativa manca de suport per a la recerca aplicada i la burocràcia que regula la investigació en pacients han desincentivat poderosament persones que, d'altra manera, s'haurien dedicat a la recerca en l'avaluació de tractaments. En els darrers anys s'ha reconegut la necessitat d'actuar sobre cadascun d'aquests dos incentius negatius. En el Regne Unit, l'informe Cooksey va concloure que calia incrementar el suport del govern a la recerca aplicada, i l'Institut Nacional per a la Recerca en Salut (NIHR) ha respost ràpidament a aquesta recomanació

(aviat el finançament d'assaigs clínics serà de 80 milions anuals de lliures). Als EUA, una llei presentada al Congrés demana el suport federal per a la recerca independent de la indústria; a Itàlia i a Espanya es recolza la recerca independent dels efectes de medicaments amb els ingressos dels impostos sobre la promoció de fàrmacs per la indústria farmacèutica.

Aquesta major inversió en l'avaluació independent dels efectes de tractaments és digna d'elogi. Independentment de qui finança la recerca, caldria que aquesta inversió estigués protegida del malbaratament evitable en el desenvolupament i comunicació de la recerca. Aquí examinarem les causes i la magnitud del malbaratament que es produeix en quatre estadis successius: la tria de preguntes de recerca, la qualitat del disseny i els mètodes de recerca, l'adequació de les pràctiques de publicació i la qualitat de la comunicació de la recerca (Figura 1).

Elecció de preguntes de recerca equivocades

En un sistema de recerca eficient caldria que fossin abordats els problemes de salut importants per a les poblacions i les intervencions i els resultats que els pacients i els professionals clínics creguessin importants. I en canvi, el finançament públic de la recerca es correlaciona de manera només modesta, com a molt, amb la càrrega de les malalties. En la recerca que es fa en el camp de problemes específics de salut, les preguntes plantejades pels investigadors es corresponen ben poc amb les preguntes rellevants per als pacients i els professionals. En una anàlisi de 334 estudis, només en 9 es comparaven les prioritats dels investigadors amb les dels pacients o dels clínics. Les troballes d'aquests estudis han revelat uns desacords espectaculars. Per exemple, les prioritats de recerca per als pacients amb artrosi de genoll i per als clínics responsables anaven en favor d'una avaluació més rigorosa de la fisioteràpia i de la cirurgia i d'un millor coneixement de les estratègies de formació i afrontament. Només el 9% dels pacients desitjaven més recerca en medicaments; en canvi, el 80% dels assaigs aleatoritzats en pacients amb artrosi de genoll eren avaluacions de fàrmacs. Aquest interès que tenen els usuaris de recerca en les intervencions no farmacològiques queda reflectit en el fet que la immensa majoria de les revisions Cochrane consultades més freqüentment eren so-

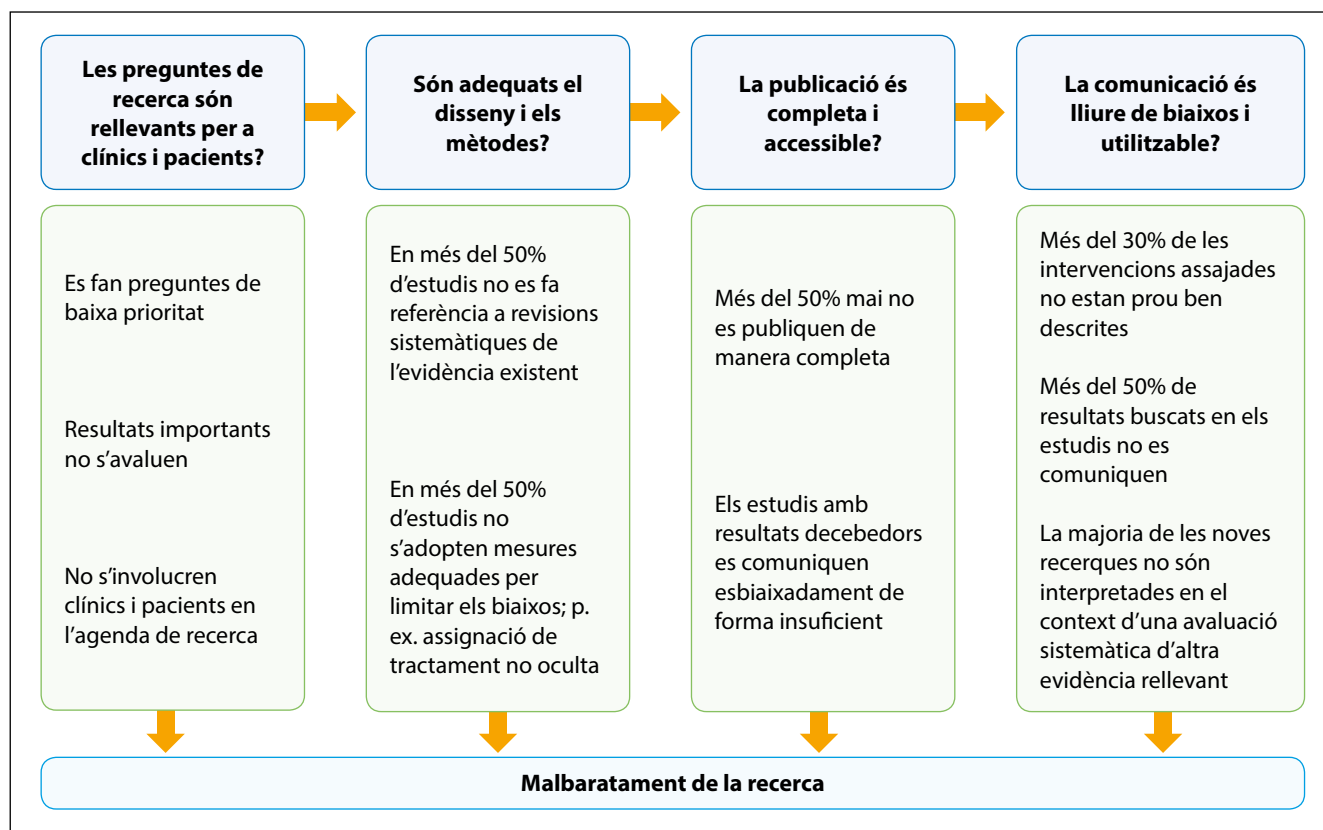


FIGURA 1. Estadis del malbaratament en la producció i comunicació de la recerca rellevant per a clínics i pacients

bre formes de tractament d'aquest tipus. L'èmfasi actual en els medicaments no és tan sols una característica de la recerca comercial: per exemple, els assaigs comparatius finançats al Regne Unit pel Medical Research Council i les organitzacions filantròpiques britàniques entre 1980 i 2002 eren molt més sovint assaigs sobre medicaments que no pas ho eren els assaigs encarregats pel Programa de Recerca i Desenvolupament del Sistema Nacional de Salut (ara NIHR). A més, els resultats que els investigadors han mesurat no han estat sempre els que els pacients troben més rellevants. La implicació exemplar de pacients promoguda per investigadors de tractaments de l'artritis reumatoide demostrà que, per a molts malalts, la fatiga era el símptoma que els preocupava predominantment, més que no pas el dolor, que era el que els investigadors donaven per suposat.

Molts investigadors encara tendeixen a rebutjar el suggeriment que els pacients, els cuidadors i els clínics haurien de contribuir a establir les prioritats de la recerca, però hi ha alguns signes de canvi. Per exemple, la James Lind Alliance aplega pacients, clínics i cuidadors per tal d'establir prioritats en qüestions no resoltes sobre els efectes de tractaments. En el cas de l'asma, les incerteses no estudiades sobre els possibles efectes indesitjables de l'ús a llarg termini dels corticoides i d'altres teràpies potents varen sobresortir com la principal preocupació compartida.

Estudis innecessaris o mal dissenyats

No s'ha de fer una nova recerca a menys que, en el moment de començar-la, les qüestions que es volen investigar no puguin ser abordades de manera satisfactòria amb evidència ja existent. Molts investigadors no actuen així: per exemple, Cooper i col·laboradors varen observar que només 11 dels 24 autors que respongueren a les preguntes del seu estudi, i que eren responsables d'assaigs clínics afegits a revisions sistemàtiques prèvies, eren com a mínim coneixedors de l'existència de revisions sobre el tema quan varen dissenyar els estudis nous. Actualment, cada any es publiquen unes 2.500 revisions sistemàtiques de recerca, aproximadament una quarta part a la *Cochrane Database of Systematic Reviews*. A dia d'avui, les revisions sistemàtiques són la forma més freqüentment citada de recerca clínica (la freqüència de citació de la *Cochrane Database of Systematic Reviews* és la setena entre les publicacions mèdiques generals) però hi ha encara molt camí per recórrer abans de saber quin nombre i proporció de les moltes qüestions importants per a pacients i investigadors es poden contestar amb revisions sistemàtiques de l'evidència existent. S'ha calculat que es necessitarien com a mínim 10.000 revisions sistemàtiques per tractar les qüestions abordades en aproximadament mig milió de publicacions d'assaigs clínics controlats.

També, massa sovint, una recerca nova representa un malbaratament a causa d'una escassa atenció a altres elements importants de disseny o realització. Per exemple, en una mostra de 234 assaigs clínics publicats en revistes mèdiques importants, la manera com s'havia ocultat l'assignació del tractament era sovint inadequada (18%) o no quedava clara (26%). En una avaluació de 487 estudis primaris de precisió diagnòstica, el 36% feia servir estàndards de referència diferents per a les proves positives i negatives (i així sobreestimaven la precisió), i en només el 17% la lectura dels resultats de les proves era amb cegament doble.

Retard (o absència absoluta) de comunicació de la recerca rellevant

La infracomunicació i la sobrecomunicació esbiaixades de la recerca són formes de mala pràctica ètica i científica de les quals el públic n'és cada cop més conscient, particularment després que s'hagin fet públics alguns casos d'ocultació d'evidència sobre efectes adversos greus de tractaments. De manera més general, és menys probable que els estudis amb resultats decebedors es publiquin amb celeritat, més probable que ho siguin en la literatura gris i també menys que passin de comunicacions en congressos a articles complets. El problema del biaix en la infracomunicació de la recerca deriva primordialment de decisions preses pels seus patrocinadors i finançadors, no d'editors de revistes que rebutgin treballs presentats.

Durant la darrera dècada, s'han reconegut cada cop més com inacceptables la infracomunicació i la sobrecomunicació esbiaixades de recerca, tant des d'un punt de vista científic com ètic. S'han fet crides al registre públic prospectiu dels assaigs clínics per part d'influents organitzacions, per exemple, l'OMS, l'Associació Mèdica Mundial (a través de l'última revisió de la Declaració de Hèlsinki) i el Comitè Internacional d'Editors de Revistes Mèdiques, i s'ha obtingut algun avenç. La Plataforma Internacional per al Registre d'Assaigs Clínics, de l'OMS, ha estat desenvolupada per tal de millorar la transparència i la implicació social en la recerca; s'ha progressat especialment als Estats Units, on ara s'exigeix la publicació dels resultats de la recerca. Encara que aquests passos són benvinguts, l'accés públic als resultats complets de totes les recerques és encara una aspiració; i una aspiració a la qual encara s'oposa resistència per part d'alguns finançadors de la recerca i alguns investigadors.

Comunicacions de recerca esbiaixades o no utilitzables

Encara que la seva qualitat ha millorat, les comunicacions de recerca segueixen essent molt menys útils del que haurien de ser. A vegades, això és a causa d'un clar biaix en la pròpia comunicació; per exemple, per no referir efectes

adversos de tractaments, perquè els resultats primaris hagin estat canviats entre el moment del disseny i la comunicació, o perquè la manera en què els resultats es presenten no permet una comparació amb altres estudis relacionats. Però, fins i tot quan les comunicacions de l'estudi estan lliures d'aquests biaixos, hi ha moltes maneres en què podrien ser més útils per als clínics, els pacients i els investigadors. Aquí en triem només dues.

En primer lloc, si es pretén que els clínics portin a terme els tractaments que han demostrat ser útils en la recerca, calen unes descripcions adequades de les intervencions que s'han avaluat, especialment quan no són farmacològiques; per exemple, la creació d'una unitat d'ictus, la presentació d'una dieta baixa en greixos o la d'una metòdica per a l'abandonament del tabac. Aproximadament en el 60% de les comunicacions d'assaigs clínics hi ha una informació adequada sobre les intervencions. Però és possible augmentar fins al 90% la proporció de treballs en els quals es pot arribar a obtenir aquesta informació buscant altres referències, posant-se en contacte amb els autors o fent més cerques.

En segon lloc, a menys que la nova evidència es col·loqui en el context de cerques sistemàtiques posades al dia, els lectors no en poden jutjar la rellevància. I en canvi, entre les principals revistes mèdiques generals del món, *The Lancet* és l'única que demana que les comunicacions de noves recerques estiguin precedides per revisions sistemàtiques de l'evidència rellevant que hi hagi i s'hi faci referència a continuació. El 2005, els editors varen escriure: "... exigirem als autors d'assaigs clínics enviats per publicar a *The Lancet* que incloguin un resum clar dels resultats de les recerques prèvies, i de quina manera els resultats del seu treball s'hi relacionen. Cal que la relació entre l'evidència nova i la prèvia estigui il·lustrada per una referència directa a una revisió sistemàtica existent i una metaanàlisi".

Aquest principi serà molt difícil de complir mentre no es reconegui prou ni es satisfaci la necessitat de revisions sistemàtiques de troballes de recerca fiables i posades al dia. Encara que la Col·laboració Cochrane aspira a mantenir les seves revisions afegint-hi la nova evidència, presentant noves anàlisis i corregint els errors que s'hi reconeguin, moltes revisions Cochrane no són actualitzades a temps, tot i que l'organització s'esforça per combatre aquesta deficiència. El repte de mantenir al dia les revisions sistemàtiques que existeixen no ha estat resolt per cap organització del món.

Conclusions i recomanacions

Encara que és inevitable i tolerable que hi hagi algun grau de malbaratament en la creació i comunicació de la recerca, ens sorprèn la seva magnitud d'acord amb l'evidència que hem aplegat. Per tal com la recerca ha de passar a través dels quatre estadis que mostra la Figura 1, el malbaratament és

acumulatiu. Si les pèrdues que es calculen en la Figura 1 s'apliquen de forma més general, aleshores la pèrdua calculada del 50% aproximat en els estadis 2, 3 i 4 donaria lloc a una pèrdua de més del 85%; això representaria que els dividends de milers de milions de dòlars es perden cada any per problemes que són evitables. Encara que ens hem basat sobretot en dades sobre el disseny i comunicació d'assaigs clínics, creiem que es pot suposar raonablement que els problemes també afecten altres tipus de recerca.

Per tal com hi ha problemes en cada estadi de la producció i comunicació de l'evidència, no hi ha cap solució única ni senzilla. Però és probable que els esforços, fins i tot modestos, per comprendre i millorar la producció i comunicació de la recerca duguin a uns dividends substancialment superiors per als pacients i per al públic. Ja se sap prou per sotmetre algunes recomanacions a l'atenció de la comunitat recercadora i per dur a terme accions relatives

a cadascun dels estadis de disseny i comunicació. Aquestes recomanacions es presenten a la Taula 1. Alguns elements d'aquestes recomanacions il·lustren polítiques que ja duen a terme finançadors de recerca d'alguns països. Per exemple, el Programa d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques del NIHR exigeix o encarrega revisions sistemàtiques abans de finançar estudis primaris, publica tota la recerca en monografies accessibles a la web i, des de 2006, ha posat a disposició gratuïta tots els protocols.

Encara que queda molt més per saber de "l'epidemiologia" i el "tractament" del malbaratament en la producció i la comunicació de la recerca, pensem que totes les nostres recomanacions són justificades a la vista de l'evidència que hem esmentat. Ara es necessiten accions per encarar aquest malbaratament, perquè té conseqüències humanes i econòmiques tal com queda il·lustrat pel paràgraf esmentat al començament d'aquest text.

TAULA 1. Estadis del malbaratament en la producció i comunicació de la recerca. Barreres (en cursiva) i recomanacions

Preguntes de recerca rellevants per a clínics i pacients

Poca implicació d'usuaris finals de la recerca en les preguntes i el disseny

– Augmentar la participació de pacients i clínics en l'elaboració d'agendes de recerca i preguntes específiques

Les beques i les carreres professionals incentiven la recerca primària encara que sigui poc rellevant

– Fer èmfasi en l'aprenentatge inicial de l'avaluació clínica i la revisió sistemàtica més que no pas en dur a terme recerca primària

Disseny i mètodes adequats

Escàs aprenentatge de la metodologia i la comunicació de la recerca

– Exigir l'ensenyament dels biaixos i les limitacions de la recerca per a tots els clínics; millorar l'aprenentatge dels mètodes de recerca d'aquells que s'hi formen

Manca d'assessorament metodològic en el disseny i revisió de la recerca

– Incrementar el nombre de metodòlegs en les activitats de recerca de la salut

Els incentius per a la recerca primària ignoren la necessitat d'utilitzar i ampliar la recerca ja existent sobre la mateixa qüestió

– Els organismes finançadors de la recerca haurien d'exigir que les sol·licituds de projectes es basin en revisions sistemàtiques de l'evidència existent i hi donin suport

La recerca publicada no situa els estudis en el context de tota la recerca similar prèvia

– Els editors de revistes haurien d'exigir que els nous estudis es plantegin en el context d'una avaluació sistemàtica dels estudis relacionats

Publicació completa i accessible

Assaigs no registrats

– Exigir, mitjançant incentius i normatives, que es registrin i es publiquin els protocols de tots els assaigs clínics al seu inici

Els finançadors i els autors no envien a publicar una comunicació completa de la recerca acabada

– Donar suport a l'accés lliure, en el moment adequat, de tots els resultats en finalitzar la recerca

Comunicació sense biaixos i utilitzable

Poc coneixement i ús per part d'autors i editors de les guies de publicació

– Incrementar el coneixement i aprenentatge de les guies de publicació, per exemple els documents CONSORT i STARD* (<http://www.equator-network.org>)

El procés de revisió editorial per a publicació sovint està més orientat a buscar un judici expert sobre la contribució al coneixement que sobre els mètodes i l'aplicabilitat

– Complementar la revisió d'experts amb una revisió per metodòlegs i usuaris finals

La limitació d'espai en les revistes impedeix la publicació de detalls sobre intervencions i proves

– Afavorir els suplementes d'accés lliure, independents de les publicacions, per tal que els clínics i els investigadors accedeixin als detalls sobre els tractaments, proves o instruments utilitzats

* CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; STARD: Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies.

Deesses, sanadores i metgesses

Pilar Arrizabalaga¹, Mercè Viger², Esther Gómez Gil³, Miquel Bruguera^{2,4}

¹Consultora Sènior de Nefrologia. Presidenta de la Comissió d'Igualtat del Comitè de Delegats Mèdics (CDM). Hospital Clínic. Barcelona; ²Unitat d'Estudis Acadèmics. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB); ³Consultora Sènior de Psiquiatria. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic. Barcelona; ⁴Professor Emèrit de Medicina. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

Introducció

La incorporació massiva de dones als estudis de medicina reflecteix la història de l'art de curar que distingeix l'esdevenir d'una societat primitiva a una societat civilitzada. Quan l'ésser humà guanya el domini de la terra mitjançant l'agricultura, els homes surten a la guerra i de caça mentre que les dones romanen a la llar fent-se càrrec dels seus fills i éssers propers.

Les dones han restat excloses històricament de les activitats desenvolupades fora de l'àmbit familiar socialment més prestigioses. Sota aquest repartiment d'ocupacions jeu en els valors de la societat patriarcal on l'home ha ostentat els valors de la civilització, la raó i l'ordre. Una concepció androcèntrica històrica que ha silenciada la labor femenina en qualsevol pla de l'activitat científica, econòmica i política.

Període antic

A l'Antiguitat, quan el títol de metge encara no estava establert i exercia la medicina tothom qui es considerava amb facultats suficients per diagnosticar i tractar, la dona va gaudir de gran respectabilitat practicant l'art de sanar, en especial les llevadores i parteres. Les dones van ser les primeres metgesses sense titulació i les millors llevadores, eren també les que sabien cultivar i preparar les plantes medicinals. L'atenció de la salut de la població va estar en mans de les dones durant molt temps.

La humanitat adorava deïtats femenines com a font de vida, poder i saviesa. La gran deessa prehistòrica, la mare natura, s'ha representat en petites figures d'os o de pedra, amb exagerats caràcters sexuals, que s'han utilitzat en rituals de fertilitat i de protecció.

A Mesopotàmia, bressol de la civilització i de la medicina, s'adorava les deesses¹. La deessa més important era Inanna o Ishtar, qui representava l'amor, la salut i el naixement. A Sumer, les dones van exercir la medicina.

Els conceptes sobre el funcionament del cos humà i sobre la malaltia van ser transmesos, a través de les rutes comercials, als fenicis, egipcis i grecs.

A Egipte eren diverses les deesses que apareixen com a protectores de la salut, des d'Isis, que era la gran deessa de la medicina, fins a Sekhmet, la muller del deu Ptah, terapeuta mèdic i protector de malalties. La cura del cos i les pocions de bellesa tenien una gran importància per a ambdós sexes. S'han trobat diverses tombes amb inscripcions i pintures que fan al·lusió a dones que exercien de metgesses i cirurgianes. El 1500 aC hi ha referències de dones que aprenien l'art de la medicina a l'escola reial.

A l'antiga Grècia, els malalts dedicaven relíquies i exvots d'agraïment per la seva curació a diverses deesses de la salut com Demèter i les filles d'Asclepi, el gran déu de la medicina. Medea i Circe foren sacerdotesses-magues especialistes en verins i antídots.

La situació a Roma fou similar a la de Grècia. Les dones romanes tenien coneixements de les plantes medicinals i sabien preparar pocions curatives i verinoses.

El paper rellevant de les dones com a sanadores es perd durant l'època clàssica, quan el culte a les deesses fou desterritat. Les sanadores foren degradades, però les dones es mantingueren com a llevadores i cuidadores d'altres dones. La professió de partera fou exclusivament femenina, de la paraula "obstetrix" no existia el masculí. Estaven molt valorades i a més d'assistir al part, eren ginecòlogues i coneixedores dels mals femenins. Coetània del gran Hipòcrates fou Agnòdice, la primera metgessa ginecòloga.

En el segle II, Galè de Pèrgam menciona diverses dones sanadores i els seus remeis. Entre aquestes referències destaca Metrodora, qui va escriure un tractat sobre les malalties de l'úter, l'estómac i els ronyons que es considera el primer tractat de ginecologia escrit per una dona. Aspàsia va escriure sobre ginecologia i obstetrícia i va estar especialment interessada en la medicina preventiva de l'embaràs i les pràctiques abortives; també va donar instruccions per dur a terme extraccions de tumors uterins i per tractar hèrnies intestinals.

Correspondència: Pilar Arrizabalaga
Servei de Nefrologia i Trasplantament Renal
Institut Clínic de Nefrologia i Urologia. Hospital Clínic
C/ Villarroel, 170
08036 Barcelona
Tel. 932 275 444
Fax 934 546 033
Adreça electrònica: parriza@clinic.cat

La primera dona que tenim documentada a la península Ibèrica com a metgessa és Júlia Saturnina, nascuda a Emèrita Augusta (Mèrida) en el segle II. Va exercir l'obstetrícia i la pediatria.

En els primers segles del cristianisme les dones cristianes cuidadores practicaven la medicina entre els necessitats. També hi va haver reines dedicades a la fundació d'hospitals i a la cura dels malalts.

Període medieval

Al llarg de l'edat mitjana el paper de la dona seguia essent fonamental en la cura de la salut, a la llar, a les infermeries dels convents, als hospitals i, sobretot, a l'hora d'atendre a altres dones durant l'embaràs i el part, però també en tots els àmbits de la medicina. Formava part de l'educació femenina, tant de les dones del poble com de les dames nobles, que havien de tenir coneixements mèdics, saber tractar les ferides i els ossos trencats o dislocats en batalles i altres situacions i conèixer les propietats de les herbes i plantes medicinals. Eren les “dones sàvies” —llevadores, herbolàries, apotecàries, guaridores, fetilleres, endevines, metgeses i cirurgianes—, hereves d'unes pràctiques i uns coneixements ancestrals, paral·lels al coneixement mèdic d'arrel clàssica vetat a les dones: una barreja de medicina, màgia i religió transmesa per via oral, fins i tot de mares a filles, i de manera pràctica.

Des de l'any 1000 funcionava l'Escola de Salern on, a diferència d'altres indrets europeus, podien estudiar homes i dones de diferents cultures. Una de les més destacades va ser Trota o Tròtula de Salern, metgessa reconeguda a qui s'atribueix l'autoria de diversos tractats de medicina. Al segle XIII, l'Escola de Salern va passar a la Universitat de Nàpols.

Durant les creuades, al llarg del camí a Terra Santa s'estableixen convents-hospitals on les monges i abadesses s'encarreguen d'atendre els croats. Una de les metgeses més coneguda, Santa Hildegarda de Bingen, monja benedictina que fundà un convent a Rupertsberg, vora de Bingen, a l'actual *land* alemany de Renània-Palatinat, va escriure diversos tractats que són un compendi dels coneixements mèdics del segle XII. L'acceptació per part de l'Església que els seus escrits eren revelats per veus divines li van permetre una activitat que podria haver-la portat a la foguera com a tantes altres. Moltes de les dones que van ser acusades, jutjades i executades eren sanadores dedicades a l'atenció de la població camperola.

A l'edat mitjana, la medicina era un àmbit reservat exclusivament als homes. Era obligatori assistir als Estudis Generals i sotmetre's a un examen per obtenir la llicència de mestre metge, però l'ingrés de dones no s'acceptava i tampoc podien ser examinades de medicina. Per això, gran nombre de metgeses i cirurgianes, que —degut a la prohibició— no podien complir aquests requisits van que-

dar a la il·legalitat. Això va significar l'exclusió femenina del món de la medicina oficial, obligant la dona a exercir-la des de la marginalitat amb el perill de ser acusada de fetillera, maga o sortilega i de pacte amb el diable.

Troblem l'exemple de Jacoba Felícia (1322-1375), d'origen italià, que va viure i treballar de metgessa a París i va ser acusada d'utilitzar tècniques inapropiades². Ella presentà una apel·lació a la facultat de París contra la seva condemna per exercir la medicina. En el procés va quedar demostrat que el motiu de l'acusació no era la manca de capacitació, sinó si posseïa o no llicència acadèmica per exercir: no podia conèixer l'art de la medicina perquè no l'havia estudiat a cap escola i no sabia llegir llatí. El veredict va ser immediat i va ratificar la sentència original: se la castigava a ser excomunicada.

Metgeses i guaridores a la corona d'Aragó

Fins a la fi del segle XIII, homes i dones exercien la medicina sense cap impediment. El 1289 es prohibí exercir sense llicència³. En concret, als Furs de València s'estableix que cap dona pugui practicar la medicina, ni receptar, ni proporcionar medicaments, sota pena de ser fuetjada públicament. Malgrat això, la presència de dones exercint la medicina, com ho havien fet des de sempre, però ara des de la clandestinitat amb el risc de ser penalitzades, està documentada en les tres grans cultures del territori: cristiana, jueva i àrab.

Investigacions eclesiàstiques recollides a la visita pastoral al bisbat de Barcelona (1303) i a la Cerdanya (1314) mostren que s'imposen penitències i penes pecuniàries per diverses pràctiques tingudes per màgiques, entre elles la guarició-medicina. És el cas de Gueraula de Codines (1275-1340), de la parròquia de Subirats (Penedès)⁴, que havia après medicina de Bonfim, un metge àrab de Vilafranca. Jutjada per la cúria episcopal el 1304 se li prohibeix d'exercir la medicina. El 1307 continua exercint-la i clarifica que ha après a guarir d'un metge foraster. És examinada per un “físic” i un dominic i la consideren apta per exercir amb la limitació de receptar. Jutjada de nou el 1328, li imposen penes pecuniàries.

De forma legal, les dones només podien exercir amb autorització directa dels reis. Va ser el cas d'Astruga, casada amb el rabí del call de Saragossa Astruch Hasdai, que va obtenir permís reial del rei Pere IV el Cerimoniós el 1342 per exercir entre els jueus sense ser examinada per metges⁵.

Conèixer remeis per a la salut i ajudar a néixer infants conferia un poder immens, en la mateixa proporció que temor i desconfiança. Al segle XIV, una llevadora jueva coneguda com a Bonanada era la llevadora de confiança de la reina Elionor de Sicília. Però ser “dona sàvia” a l'edat mitjana no era fàcil ni per a la llevadora de moda entre la noblesa medieval de la Corona d'Aragó. Bonanada va ha-

ver de defensar el seu honor quan el futur rei Joan I el Caçador la va fer empresonar acusant-la d'haver assassinat amb algun sortilegi la noia amb qui estava a punt de casar-se. Les intervencions dels seus pares reis demanant-li que l'alliberés van ser prou convincents per rectificar, fins tal punt que va acabant acceptant-la més endavant com a llevadora de la seva esposa, Violant de Bar. Superat l'entrebanc, el prestigi de Bonanada⁵ va ser enorme.

L'any 1359, les corts catalanes, obligaren a cursar tres anys als Estudis Generals i un examen de medicina per poder exercir; les dones no ho podien fer perquè estaven vetades als Estudis Generals. Les ordinacions de Barcelona prohibien exercir la medicina a la ciutat sense haver estat examinat i aprovat.

Una de les dones millor documentada fou Francesca de Barcelona⁶, metgessa, cirurgiana i obstetra (Figura 1). Va ser una dona molt popular perquè exercia públicament tot i sabent que estava prohibit. Per aquest fet, a principis de la dècada de 1390 va haver d'afrontar els primers problemes legals quan va ser denunciada per exercir sense cap titulació "posant en perill el cos humà". Consta documentalment que el rei Joan I el Caçador perdonà Francesca però li feu pagar una multa de 10 florins al mateix temps que la desautoritzà per continuar la pràctica mèdica. Pagà la multa però feu cas omís del dictamen reial i seguí exercint. A la fi de l'any 1394 es troba una darrera menció a la metgessa en un document on es diu que la fama de Francesca de Barcelona ha crescut. Tot i no haver estudiat a l'Estudi General i no haver-se examinat de medicina, assolí el reconeixement reial i passà de ser multada a que el rei dictés una pena de 1.000 florins d'or a la persona que intentés impedir el seu exercici.

Període modern

Durant l'edat moderna pren força la teoria de l'Església de sustentació de la impuresa de la dona, culpable del pecat original, un ésser inferior, objecte només necessari per a la preservació de l'espècie i per atendre les necessitats de l'home. S'estén la creença en la presència física del diable a la terra. La dona es mou entre l'ambivalència de les dues representacions més populars del moment: la Verge Maria, mare de Déu, i Eva, origen del mals de la humanitat. Ben entrat el segle XV, "les dones sàvies" van començar a volar, és a dir, se les va definir com a bruixes.

El procés inquisitorial contra Elena de Céspedes el 1587, de gran ressonància en la seva època, fou contra una dona que, després d'un primer matrimoni i ser mare d'un fill, vestida amb indumentària masculina va usurpar prerrogatives i prebendes de l'home, entre elles la titulació fraudulenta en cirurgia vedada a la dona. En realitat, fou el primer transsexual masculí de qui tenim documentació⁷, però la condemna a 200 fuetades i reclusió durant deu anys en un hospital treballant gratuïtament, després de set



FIGURA 1. Típica escena d'un grup de dones assistint un part de l'Edat Mitjana, època en què va exercir la metgessa catalana Francesca de Barcelona, muller de Berenguer Satorra. Font: Galeria de Metges Catalans. Unitat d'Estudis Acadèmics del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

exploracions urològiques, testimonis i retractes de metges famosos que van despertar una dubtosa ambigüitat en el Tribunal del Santo Oficio, van salvar l'encausada de la foguera en una època en la qual la dona no gaudia de cap privilegi.

Tot i així, hi havia dones que seguien interessant-se per la ciència i la medicina, com Oliva Sabuco de Nantes Barrera (1562-1622), filla de metge, que va rebre formació no oficial d'importants intel·lectuals de l'època⁸. Va escriure un tractat sobre medicina, del qual el seu pare se'n apropià l'autoria. Les dones van perdre la visibilitat però no van deixar d'actuar des de l'ombra o com a col·laboradores d'un home, donant-li a ell l'honor dels seus treballs.

La prohibició d'accedir als estudis de medicina es prolongà fins al segle XIX, recolzada per la teoria del determinisme biològic que justificava la inferioritat de la dona que, si més no, era transitòria, a causa de la menstruació.

Tot i així, les dones reivindicaven el seu lloc a la societat i, en el camp del coneixement, al segle XIX van aparèixer als Estats Units les "Societats Fisiològiques Femenines", que proporcionaven a les dones nocions elementals d'anatomia, higiene personal i, fins i tot, nocions de control de la natalitat. Aquestes societats formaven part del Moviment Popular per a la Salut en les escoles, en algunes de les quals eren admeses les dones. Hi va haver casos com, per exemple, Harriet Kezia Hunt¹, que fou rebutjada a Harvard, a causa de la negativa dels propis estudiants a admetre una dona entre ells, però va poder cursar estudis en una escola de medicina no oficial.

Les dues primeres escoles de medicina dedicades únicament a dones, a Boston i a Filadèlfia, foren irregulars o heterodoxes. La mateixa Elizabeth Blackwell, la primera dona graduada oficialment en medicina, va rebre el consell de practicar la medicina no oficial¹. És a dir, s'accep-

tava la participació de la dona en la medicina ortodoxa, però únicament com a infermera. Per tant, l'escàndol al segle XIX va ser la incorporació de la dona a les tasques de major nivell científic i acadèmic i de més prestigi social. Ser infermera era una cosa natural, una realització de l'instint maternal de la dona. Ser metgessa era una aberració. Realitzar pràctiques de dissecció podia danyar el "pudor natural de les dones", mentre que podia netejar o curar els cossos ferits. I pel que sembla, tampoc era ferit el pudor de les dones malaltes sotmeses a tractaments aberrants per part dels metges homes, que atribuïen la major part de trastorns psicològics, derivats d'un ambient cultural i familiar aniquilant, als òrgans sexuals femenins, el que provocava la pràctica d'escissions del clitoris i dels llavis, extirpació dels ovaris, aplicació de sangoneres a la vagina, etc.

A Anglaterra, la fita més important va ser el New Hospital for Women, fundat per Elizabeth Garrett a Londres el 1866¹. En crear el dispensari, primer, i l'hospital, més tard, Elizabeth Garrett tenia un doble propòsit: atendre els problemes de salut de les dones, especialment de les més necessitades, que no podien acudir a la consulta privada, i proporcionar un lloc adient per a la pràctica professional de les metgeses. L'hospital va disposar de la seva pròpia escola d'infermeria i les seves sales van estar obertes per a les pràctiques de les noves generacions de dones metgeses, moltes de les quals van exercir-hi professionalment un cop completada la formació. Finalment, en el segle XIX les dones poc a poc van ser admeses a les universitats i, no sense dificultat, van poder exercir la medicina de ple dret.

Les primeres metgeses oficials es van dedicar a la salut dels nens i les dones. El seu talent i treball han contribuït

al coneixement i la pràctica mèdica. Julia Bell (1879-1979) va ser pionera de la genètica humana i va donar nom a la síndrome de Martin-Bell (també conegut com a síndrome del cromosoma X fràgil)⁹. El 1953, Virginia Apgar (1909-1974) va desenvolupar un mètode d'avaluació de l'estat físic del nen en néixer. La puntuació d'Apgar s'utilitza per a tots els nadons nascuts en un hospital modern en qualsevol lloc del món¹⁰.

Al territori espanyol, Elena Maseras i Ribera va ser la primera dona que es va poder matricular per seguir els estudis de medicina; va ser el 1872, a Barcelona, però no va poder exercir la professió¹¹. Altres dones catalanes van seguir els seus passos, amb dificultats i amb l'oposició de la majoria de la classe mèdica masculina. Dolors Aleu i Riera i Martina Castells i Ballespí van ser les primeres dones en poder examinar-se de medicina l'any 1882, gràcies a les pressions de la família Castells, una prestigiosa nissaga de metges de Lleida, que va aconseguir el permís per passar l'examen de superació dels estudis¹². Dolors Aleu (Figura 2) va exercir la medicina molts anys. Martina Castells, malauradament, va morir de part. Francesca Fontova i Rosell va ser la primera metgessa que el 1903 va exercir a Lleida¹³.

Les metgeses pioneres també ho van ser a l'hora de defensar els seus drets com a persones i ciutadanes. La penetració i el feble desenvolupament del moviment feminista, tot i desorganitzat en el nostre entorn, van donar lloc a una activació de tasques de suport als drets de les dones i al tímid accés a l'educació superior al segle XX. La plena incorporació de les dones a la pràctica de la medicina va començar a la dècada de 1970 com a conseqüència de la seva incorporació al món laboral i, segons



FIGURA 2. Dra. Dolors Aleu i Ribera. Primera dona de la península Ibèrica llicenciada en medicina, a la Universitat de Barcelona el 1879, qui gaudí d'exercici professional llarg. Font: Unitat d'Estudis Acadèmics del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (esquerra) i Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (dreta).

les últimes dades disponibles, la seva inclusió en medicina sembla ser superior a la registrada en altres camps professionals.

Nou mil·lenni

El nombre de dones ha augmentat de menys del 10% dels estudiants de medicina i menys del 15% dels metges que exercien a ser la majoria de nous graduats i més del 40% dels metges que exerceixen als països occidentals durant la primera dècada del nou mil·lenni¹⁴. A la Universitat de Barcelona, més de 70% d'estudiants de medicina han estat dones entre el 1993 i el 2008¹⁵. Les dades més recents del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social indiquen que el 2017 les dones representaven més del 50% dels metges en l'àmbit hospitalari i més del 60% dels metges que exerceixen en l'atenció primària en el conjunt de l'Estat espanyol¹⁶. De fet, el desembre de 2018 les dones ja eren més nombroses que els homes entre els metges col·legiats al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (Figura 3).

Aquest fenomen anomenat "feminització de la medicina" ha augmentat enormement¹⁷. Les metgesses ja són majoria en les categories de menor responsabilitat, però en llocs de major qualificació apareixen en franca minoria en qualsevol àmbit de la medicina acadèmica, l'entorn de pràctica i la representació professional. L'avenç professio-

nal recorda el clàssic gràfic de tisores, d'extrems junts per a ambdós sexes en els primers nivells i separats progressivament en els nivells més alts de carrera¹⁸.

La professió mèdica es troba en l'actualitat davant de nous reptes i oportunitats que apareixen en un entorn de canvi social. L'increment del nombre de dones a la professió apareix juntament amb la necessitat de plantejar-se l'exercici de la medicina adaptat a la realitat actual. La medicina exigeix un compromís seriós entre la vida professional i la personal. La intensitat de la feina no sembla variar significativament al llarg dels anys, però el conflicte que pot provocar ser metgessa i mare sembla ser menys una causa d'insatisfacció que qüestions relacionades amb el lloc de treball, com ara l'oportunitat d'avançar i controlar les carreres professionals. Una investigació realitzada sobre metgesses en llocs de lideratge mostra la importància de rebre suport i de tenir models per imitar formes d'exercir aquest lideratge¹⁹, que busca promoure i protegir el desenvolupament de lideratges positius entre dones, així com la creació de xarxes sostenibles i recolzades.

De la mateixa manera que la incorporació de les dones als estudis de medicina fou aconseguida al segle XX, aquest nou mil·lenni és el de la conquesta de la igualtat d'oportunitats per a homes i dones, metges i metgesses. Les mesures individuals han estat insuficients en el nou

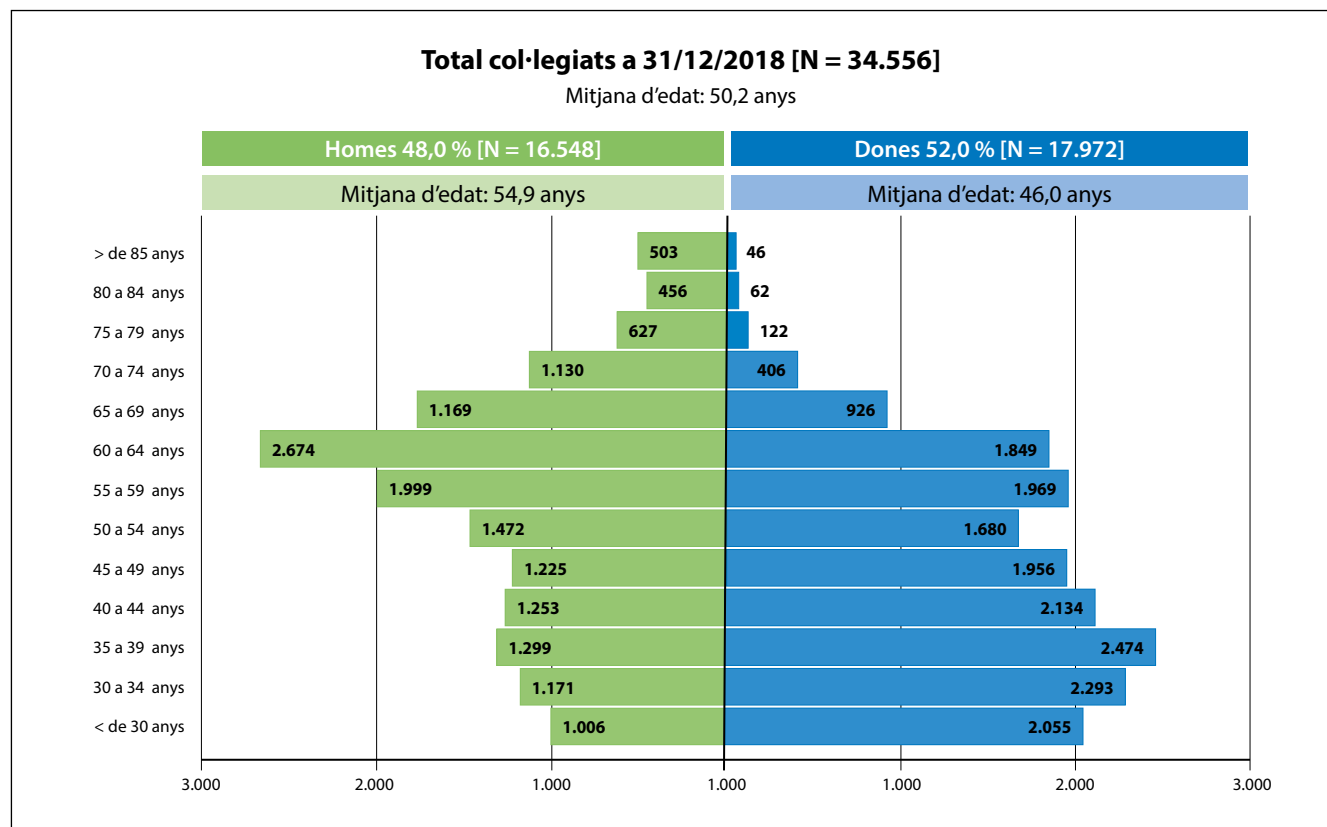


FIGURA 3. Demografia del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona a 31 de desembre de 2018

temps. És responsabilitat dels agents polítics, socials i professionals que una determinada expressió sexual no representi una discriminació, de la mateixa forma que el color de la pell o la religió no ho representen per a l'exercici i la promoció en qualsevol àmbit de la professió mèdica.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Iglesias P. Las mujeres en la historia del cuidado de la salud. A: Iglesias P. *Mujer y Salud*. Vigo: Universidad de Vigo; 2005. p. 163-200. Consultable a: <https://www.coursehero.com/file/13763376/cap6-las-mujeres-en-la-historia-del-cuidado-de-la-salud>. Accés el 2 de març de 2019.
2. Cabré i Pairet M, Salmón Muñoz F. Poder académico versus autoridad femenina: la Facultad de Medicina de París contra Jacoba Félicie (1322). *Acta Hisp Med Sci Hist Ilus*. 1999;19:55-78.
3. Vinyoles i Vidal T. Saberes y prácticas femeninas en la documentación catalana bajomedieval. *Clío & Crimen. Revista del Centro de Historia del Crimen de Durango*. 2011;8:225-46.
4. Galeria de Metges Catalans: Gueraula de Codines [Internet]. Barcelona: Col·legi de Metges de Barcelona. Consultable a <http://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=EFGL>. Accés l'11 d'abril de 2019.
5. Rotger A. Bonanada: la llevadora de moda entre la noblesa medieval. Consultable a: https://www.sapiens.cat/temes/dones/bonanada-la-llevadora-de-moda-entre-la-noblesa-medieval_13831_102.html. Accés el 20 de març de 2019.
6. Francesca de Barcelona, muller de Berenguer Satorra [o Çatorra]. Consultable a: <http://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=EFDD>. Accés l'1 d'abril de 2019.
7. Maganto Pavón E. La intervención del Dr. Francisco Díaz en el proceso inquisitorial contra Elena/o de Céspedes, una cirujana transexual condenada por la Inquisición de Toledo en 1587. *Arch Esp Urol*. 2007;60(8):873-86.
8. Ruiz Jarén E. *Oliva Sabuco: filosofía y salud*. Madrid: Editorial Manuscritos; 2008.
9. Bell J, Haldane JBS. The linkage between the genes for colour-blindness and haemophilia in man. *Proceedings of the Royal Society B*. 1937;123(831):119-50.
10. Östör AG. Immortal women: Essays in medical eponyms. *Am J Surg Pathol*. 2001;25(10):1326-33.
11. Corbella J, Domènech E. Algunes precisions entorn l'obra d'Elena Maseras, primera metgessa catalana dels temps moderns (1878). *Gimbernat*. 2003;40:133-9.
12. Elena Maseras, Dolors Aleu i Martina Castells. Consultable a: https://www.comb.cat/cat/cultura_lleure/expos_webs/metgeses/moderns.htm. Accés l'1 d'abril de 2019.
13. Francesca Fontova i Rosell. Consultable a: <http://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=EFDM>. Accés l'1 d'abril de 2019.
14. Organization for Economic Co-operation and Development. Health data: Statistics and indicators for 24 countries. Consultable a: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Accés el 20 de març de 2019.
15. Campos B, Camps B, Ornelas A, Cussó R, Torras A, Arrizabalaga P. Rendimiento académico e inserción laboral de los titulados en medicina por la Universitat de Barcelona. Un estudio longitudinal. *FEM*. 2015;18(1):39-45.
16. Indicadores clave. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2017. Consultable a: <http://inclasns.msssi.es/main.html>. Accés el 18 de març de 2019.
17. Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la Medicina. *Med Clin (Barc)*. 2009;133(5):184-6.
18. Santamaría A, Merino A, Viñas O, Arrizabalaga P. Does medicine still show an unresolved discrimination against women? Experience in two European university hospitals. *J Med Ethics*. 2009;35:104-6.
19. Boylan J, Dacre J, Gordon H. Addressing women's under-representation in medical leadership. *Lancet*. 2019;393(10171):e14.

De la lluita contra la malaltia a la promoció de l'autonomia personal. Més de 45 anys de canvis en els sistemes sanitari i social

Josep Farrés

Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Sabadell.

Resum

A partir de la descripció i reflexió sobre la meua trajectòria professional i vital, es posa en valor la utilitat i la necessitat d'un abordatge per equips multidisciplinaris amb fixació d'objectius i avaluació del seu assoliment, en termes de rendiment, com a clau de l'èxit per a l'abordatge dels problemes de salut. Així com ja es va produir en els temps de l'hegemonia de les malalties infeccioses, molt més encara avui que tenim una hegemonia de les malalties cròniques i degeneratives, que representen un fort impacte en la pèrdua de l'autonomia personal, aquesta metodologia de treball és encara més imprescindible.

Introducció

A causa de la meua jubilació, que espero sigui activa, com a director del Centre d'Atenció a les Persones amb Discapacitat (CAD) de Badalona, el director dels serveis territorials del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, del qual depèn la xarxa de serveis socials, em va oferir l'oportunitat de fer una sessió, reflexió, a partir de les meues experiències vitals i professionals, sobre la ineludible necessitat de l'abordatge i treball integrat, entre els sistemes d'atenció a les persones, sanitari, social i treball, per afrontar en l'actualitat la gran majoria de problemes de salut, malalties cròniques, degeneratives, múltiples i coexistents i l'impacte que provoquen en la pèrdua de l'autonomia personal. El text que segueix inclou els elements més importants i les idees que vaig exposar.

Antecedents, orígens i formació

Malgrat que la lliçó fonamental que he extret de la vida i de la meua pràctica professional és el goig de l'aprenentatge, la formació constant, la riquesa d'allò nou que cada dia ens emportem a casa, per raons operatives he hagut de fixar

un inici i deixar de banda aquells valors que van formant un imperceptible pòsit que ens configura la personalitat. Aquest principi coincideix amb l'inici dels meus estudis de medicina a la Unitat Docent de l'Hospital de Sant Pau de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona i la formació, com a ciutadà, en les vivències i experiències dels moments de canvi polític que es van produir en la dècada dels setanta del segle passat.

Aquesta manera de començar em permetrà fer un seguiment cronològic de les meues vivències i ajudarà el lector, amb una mica d'ordre dins el caos que representa la formació i l'adquisició de parers que són una barreja d'anades i vingudes al llarg de la vida, amb molt d'atzar i de química entre les diverses, i amb més capacitats, persones amb les quals he tingut l'honor de compartir activitats formatives, professionals i polítiques.

Així doncs, l'octubre de 1972 inicio els estudis de medicina a la Unitat Docent de Sant Pau. Eren temps d'ebullició política i la potència qualitativa i quantitativa de l'organització del PSUC en aquella unitat docent, magníficament descrita per l'Antoni Batista en el seu llibre *A la caça del PSUC*¹, més els contactes amb amics sabadellencs, em va portar a demanar l'entrada en aquesta organització, ja des del primer curs. Els vincles, amistats i complicitats teixides em van ser de molta utilitat per, a més d'aprendre medicina, entendre la medicina com una eina amb la qual ajudar a millorar la societat. Allà vaig aprendre la frase del patòleg Rudolf Virchow que diu "*el que la medicina és per a l'individu equival al que la política és per a la societat*" i m'hi vaig sentir plenament identificat, ja que concretava amb molta simplicitat i claredat el que eren els meus sentiments i vocació.

Després d'una petita ensopegada amb el Tribunal d'Ordre Públic (TOP) —vaig ser jutjat per manifestació il·legal— i davant la perspectiva de repetir segon de medicina, vaig iniciar la meua activitat laboral a la Clínica Santa Fe de la Mútua Sabadellenca com a tècnic de radiologia, en el torn de nit, l'1 de juliol de 1974. En aquells anys fèiem tots de tot: de portalliteres, auxiliars de planta..., i el que fos. Vaig viure la transformació de la clínica, on s'atendien pacients d'ortopèdia i traumatologia i un volum important dels parts de la ciutat de Sabadell que feien fonamentalment les llevadores, fins a la creació de serveis que comptaven amb la presència permanent de metges especí-

Correspondència: Josep Farrés Quesada
Departament de Treball, Afers Socials i Famílies
C/ Sant Vicenç, 52, D, àtic
08208 Sabadell
Tel. mòbil: 629 651 320
Adreça electrònica: jfarresquesada@gmail.com

alistes en ginecologia i obstetrícia i en ortopèdia i traumatologia. Tanmateix, els estudiants interns realitzaven una important activitat assistencial dels pacients que eren atesos a urgències. Era també imprescindible un treball en equip i una bona entesa amb els professionals d'infermeria i les llevadores, sovint més expertes en els circuits de funcionament i en la detecció de la necessitat de contactar amb urgència amb els metges especialistes. Jo posava el nas i donava un cop de mà on fos necessari. Òbviament, continuava anant a Sant Pau per continuar els meus estudis, tot i que per la meua activitat laboral, se'm va demanar de col·laborar en l'organització de la cèl·lula de sanitaris del PSUC de Sabadell que fins aleshores comptava només amb infermeres. Vàrem participar en activitats sindicals i, en les eleccions promogudes pel sindicat vertical franquista, vaig ser elegit enllaç sindical i membre del jurat d'empresa. En paral·lel, anàvem construint l'organització de salut de Comissions Obreres (CCOO). Vàrem participar en la vaga general de Sabadell. Després de la mort de Franco, la nostra activitat en els temps de la transició fou frenètica. Com a resultat va sorgir l'organització de salut de l'Assemblea Democràtica de Sabadell, vinculada a l'Assemblea de Catalunya, i vàrem elaborar un estudi sobre l'estat de la sanitat a Sabadell que, a més de diagnosticar la situació, definia una proposta organitzativa per millorar l'organització sanitària a la ciutat. En aquest estudi, anomenat *La sanitat a Sabadell. Llibre groc*, ja hi varen participar 31 professionals, metges, infermeres i auxiliars de la totalitat dels centres de la ciutat.

El lideratge del Dr. Josep Maria Plans (Figura 1), metge de capçalera a la ciutat, va ser un element clau per a l'èxit del projecte. La nostra relació d'amistat i camaraderia va permetre que en el rotatori de sisè de carrera treballés un mes a la seva consulta de medicina general de la Seguretat Social. Crec que, junt amb l'Albert Planes, company de curs i després president de les societats catalana i espanyola de medicina familiar i comunitària, CAMFIC i SEMFIC, que va estar a Roda de Ter, fórem dels primers estudiants que vàrem incloure l'atenció primària en la rotació de serveis de sisè curs.

A més de l'aprenentatge de la medicina, en clau de tècniques i procediments per diagnosticar i tractar malalties, vaig assolir vincles amb companys i companyes que, per sort, s'han mantingut al llarg del temps. És sabut que el treball en solitari és sempre més ineficaç que el treball en equip, amb la riquesa que aporta el debat i la proposta col·laborativa de distribució de tasques i responsabilitats.

Vaig obtenir la llicenciatura en medicina i cirurgia el juny de 1979 i, ràpidament, vaig iniciar la meua activitat assistencial com a metge de medicina general interí en un dels consultoris de la ciutat de Sabadell. A més, en Josep Maria Plans, elegit regidor de salut en les primeres eleccions municipals democràtiques d'abril del mateix any, va crear les oficines sanitàries de districte, que eren les res-



FIGURA 1. **Acte de record i homenatge al Dr. Josep M. Plans, amb una taula de ponents formada per Antoni Farrés, batlle de Sabadell 1979-1999; Dr. Joan Sala, antic president de la Filial del Vallès Occidental de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques; Dr. Josep Simó, antic president de la delegació territorial del Vallès Occidental del COMB; Jordi Serrano, historiador i antic pacient del Dr. Plans i Dr. Josep Farrés, autor d'aquest article**

ponsables de les activitats de salut pública en el territori que tenien assignat. Hi treballaven els metges titulars d'assistència pública domiciliària (APD) i els de l'obsolet dispensari municipal que fou clausurat per la seva inactivitat.

Amb una altra companya metgessa i dues infermeres ens vàrem fer càrrec d'uns dels barris amb pitjors condicions estructurals i socioeconòmiques, Torre Romeu i Poble Nou. A tall d'exemple, només hi havia un carrer asfaltat i molts habitatges no disposaven ni d'aigua corrent (element fonamental per lluitar contra un brot epidèmic de sarna que es va presentar en una escola del barri) ni de connexió a una inexistent xarxa de clavegueram. Aquest fet, per a mi, que em vantava de conèixer bé la ciutat, fou una sorpresa impactant. Una altra fou la gran massificació que em vaig trobar en el consultori, l'alt volum de números, que no visites, per la impossibilitat pràctica de realitzar una atenció mínimament correcta. Encara avui conservo el paper amb el número 189, que el zelador un dia em va donar, després d'una hora d'iniciar la consulta i t'informava sobre les persones que esperaven ser ateses. Per sort, o per desgràcia, la pràctica era fonamentalment administrativa —elaboració de receptes i documents vinculats a la situació de la incapacitat laboral— i distributiva (amb "l'enyorat" P-10) dels pacients cap als especialistes segons l'òrgan o aparell aparentment afectat.

Juntament amb altres companys vàrem valorar l'oportunitat de preparar les oposicions de metge inspector de la Seguretat Social, fet que ens ofería l'oportunitat de, a més de garantir-nos un lloc de treball amb el sou corresponent, poder col·laborar en la gestió i impuls de les reformes del sistema sanitari, que s'havien proposat des de diverses tribunes. Les més destacables, per la influència que varen tenir en la meua generació, varen ser l'àmbit sanitari del Congrés de Cultura Catalana, que va tenir lloc a Terrassa, i, sobretot, el Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà el 1976, per impuls de l'Aca-

dèmia de Ciències Mèdiques i la Societat Catalana de Biologia, presidit pel Dr. Alsina i Bofill². L'impacte en la reforma i millora del sistema sanitari que va representar aquest congrés ha tingut un ampli reconeixement. Va comptar amb una nodrida participació, tant des de la vessant quantitativa com qualitativa. Els seus ponents van establir les bases que orientarien tot el seguit de reformes que ens portarien a disposar d'un sistema sanitari renovat i més eficaç per resoldre les necessitats assistencials de la societat de finals del segle passat fins a l'actualitat.

També, en el pla teòric, cal destacar el conjunt de monografies editades pel CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris) del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), així com els llibres liderats pels doctors Ramon Espasa, Nolasac Acarín amb altres autors: *El servei nacional de salut: una alternativa democràtica a la sanitat* i *La salud, exigencia popular*³, que foren obres de referència per a tots els que consideràvem necessari transformar totalment el sistema sanitari. L'arribada de la democràcia fou el catalitzador definitiu per concretar les propostes teòriques.

Gràcies als coneixements adquirits, durant els nou mesos que va durar, en el Curs de Salut Comunitària del CAPS —dirigit pel Dr. Enrique Nájera i que comptava com a professors amb els doctors Carlos Alberto González, Andreu Segura, Joan Clos, Lluís Bohigas i Joan Josep Artells, entre altres— i la sort, vaig guanyar una plaça de metge inspector de la Seguretat Social, en el concurs oposició convocat per l'INSALUD el 1980.

Aquell curs em va oferir l'estructura mental que després he pogut anar completant amb altres aportacions teòriques. La seva petjada encara se'm fa present. A més de metodologia epidemiològica vàrem adquirir els instruments bàsics per analitzar, entendre i proposar transformacions en el sistema sanitari i en la societat, atesa la importància cabdal que els determinants socials tenen sobre la salut, la importància de les activitats preventives i de promoció de la salut (per davant de la lluita contra la malaltia que havíem après a la facultat), les beceroles de l'economia de la salut, de les anàlisis cost-eficàcia i cost-efectivitat. En definitiva, ens va dotar de les eines per exercir de professionals de la salut pública, en la vessant de la gestió dels serveis de salut, en clau moderna i amb respecte pels recursos esmerçats i els resultats que se'n pugui obtenir. Aquell curs també em va permetre aprofundir en les estratègies socials utilitzades en la lluita contra les malalties infeccioses, em va posar en contacte amb —a més del ja esmentat Virchow, que jo només coneixia per la seva definició de la cèl·lula— el Dr. John Snow, que junt amb el reverend Henry Whitehead varen descobrir la importància de la transmissió hídrica en la malaltia del còlera, abans que Paccini descobrís el vibrió colèric com agent causal de la malaltia. També vaig entrar en contacte amb la figura del Dr. Gaspar Casal i Julian i els seus treballs sobre la pel-

lagra, així com la seva obra *Historia natural y médica del Principado de Asturias*, en la qual destaca la importància dels elements d'entorn, socials i de treball en l'origen i manteniment de les malalties; en aquesta obra lloa el treball en equip i agraeix l'ajuda del boticari i químic Rodríguez de Luna per l'èxit dels treballs. També em vaig apropar a la importància de l'escola higienista, la ingent quantitat de patografies mèdiques de localitats del nostre país, els noms de Monlau i l'enginyer i arquitecte Pere García Faria, autor del disseny de la xarxa de clavegueram de la ciutat de Barcelona en la transformació urbanística del Pla Cerdà. En resum, que la pràctica col·laborativa entre el sanejament i la millora de les condicions de vida ja havia aconseguit importants resultats en la disminució de la morbiditat i mortalitat de les malalties infeccioses abans de les aportacions de Pasteur, Ferran i la producció d'eficaçes vacunes que avançaven un pas més fins la disponibilitat dels antibiòtics, a mitjans segle XX, que van permetre, quasi totalment, el control i el fre dels terribles efectes que les malalties infeccioses havien representat en la història de la humanitat.

Així doncs, les lliçons d'aquesta primera etapa es podrien concretar en: a) La necessitat d'una orientació cap a la salut més que cap a la malaltia. b) L'evolució del concepte de salut —que va més enllà de l'absència de malaltia, passant pel complet benestar físic, psíquic i social— tendeix cap a la manera de viure autònoma, solidària i joiosa que havien proposat a Perpinyà el Dr. Jordi Gol⁴ i altres. c) El valor del treball en equip, que multiplica més que suma esforços i coneixements. d) El canvi de paradigma en el patró de morbiditat, que evoluciona de les malalties infeccioses cap a l'hegemonia de les malalties cròniques i degeneratives. e) El dinamisme dels conceptes, la necessitat de l'evolució, per tant, en les tècniques i metodologia d'actuació. f) La imperiosa necessitat de transformar el sistema sanitari en la seva organització, atenció primària, atenció especialitzada, centres de salut i hospitals. I, per sobre de tot, g) la importància del factor humà, la relació personal, tant entre companys i professionals com en la relació amb les persones i la societat i, per tant, els vincles entre política i benestar.

Gestor de serveis de salut

El meu primer destí, el primer lloc de treball com a inspector, fou la localitat de Manzanares, a Ciudad Real, on vaig començar a treballar l'octubre de 1980. Em va permetre conèixer el territori, els seus hospitals, els ambulatoris i la realitat dels metges rurals a La Mancha; a més, com m'havia aconsellat el conseller Josep Laporte, vaig poder absorbir i entendre el funcionament de l'administració pública i freqüentar Madrid, ja que *de facto* realitzava funcions de subdirector provincial de serveis sanitaris. Tan aviat com vaig poder (el 23F de 1981 a Ciudad Real fou l'estímul definitiu), vaig demanar el trasllat a Catalunya. A l'abril d'aquell any

em fou concedit; primer vaig ser metge inspector de Terrassa, després director del SEU Sabadell-Terrassa-Ciutat Badia i, finalment, director del Centre Pilot d'Atenció Primària de Ciutat Badia⁵, en què volíem assajar les propostes de canvis organitzatius i de funcionament dels serveis d'atenció primària, que van culminar amb el Decret 84/1985 de Reforma dels serveis d'atenció primària. En definitiva, es va produir l'ordenació del territori en àrees bàsiques de salut, la definició del seu àmbit poblacional, la dotació de professionals segons ràtios capitatives, l'ampliació de l'horari de les teòriques 2,5 hores a les 6 hores, la introducció de la història clínica de l'atenció primària —impulsada per l'enyorat Jordi Gol—, el treball en equip metge-infermera, la creació de la unitat d'admissions, la definició dels diferents tipus de visites i l'organització de les agendes segons aquests tipus i la distribució de l'horari en temps assistencial i no assistencial, per fomentar la formació continuada i les activitats comunitàries. En fi, els eixos que farcién la ideologia de l'atenció primària, segons la declaració d'Alma-Ata de l'Organització Mundial de la Salut i que van demostrar, com va dir el Dr. Julian Tudor Hart en una memorable sessió al COMB, que hi havia vida intel·ligent fora dels hospitals.

Una lliçó que ens va aportar el centre d'atenció primària (CAP) de Ciutat Badia, i que mereix una descripció detallada, fou el rol del treballador social dins l'equip d'atenció primària. El CAP comptava amb una excel·lent professional, cedida per l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), però de seguida ens vàrem adonar que el seu accés als recursos estava molt condicionat. Únicament podia derivar les persones als serveis socials municipals, que eren els que tenien la potestat de la seva prescripció.

Quan després vaig accedir a la direcció de la sectorial d'ambulatoris del Vallès Occidental, situada a Sabadell, la mateixa treballadora social havia estat contractada com a responsable dels serveis socials de l'Ajuntament de Sabadell i vàrem aconseguir la signatura d'un conveni entre l'Ajuntament de Sabadell i l'Institut Català de la Salut (ICS), el febrer 1985, per millorar l'atenció primària, pel qual l'Ajuntament es comprometia a la cessió dels espais, terrenys per a la construcció dels nous CAP, a fer coincidir la delimitació territorial de les àrees bàsiques de salut i les socials i que els professionals de la xarxa de serveis socials municipals se situés en espais dels equipaments d'atenció primària de salut. Es comprometia també a treballar coordinadament amb els professionals d'aquests centres de l'ICS. Fou una iniciativa innovadora a Catalunya i Espanya i preteníem evitar la reiteració dels tràmits i facilitar la detecció i l'atenció dels casos que ho requerissin.

Amb la creació de les àrees de gestió, vaig ser nomenat cap dels serveis sanitaris de l'Àrea de Gestió 7, Centre, àmbit territorial de les comarques dels Vallès Occidental i Oriental, el Berguedà i Osona: 1,2 milions d'habitants. Era la mà

sanitària del gerent, Josep Lluís Pedragosa. Teníem responsabilitats en la gestió del funcionament dels recursos de l'ICS, col·laboràvem en la planificació que es dirigia des dels òrgans centrals del Departament de Salut, avaluàvem el funcionament de la xarxa concertada d'hospitals i teníem l'encàrrec d'anar realitzant la reforma de l'atenció primària, progressivament, i anar creant les condicions que ho facilitessin. També vàrem tenir l'oportunitat de viure la creació dels consorcis sanitaris, instruments col·laboratius entre la Generalitat i els ajuntaments per posar en funcionament els hospitals de Vic i de la Mancomunitat Sabadell Terrassa, construïts i traspassats a la Generalitat, però inactius per la manca de finançament per l'equipament i la dotació necessària de personal per al seu funcionament.

En el context del pla de reordenació hospitalària, el programa "Vida als anys" i la creació de la xarxa d'atenció sociosanitària, va ser òbvia la mesura de traslladar als centres l'hospitalització dels pacients aguts i transformar els antics centres de l'Hospital de la Santa Creu de Vic i l'Hospital de Sant Llàtzer de Terrassa, en centres model·lics per a l'atenció de convalescència, llarga estada i seu dels inicials hospitals de dia, el Programa d'atenció domiciliària-Equips de suport (PADES) i difusors de la cultura de l'atenció sociosanitària. La cirereta fou la creació del Consorci del Parc Taulí en què, a més de l'Ajuntament, inicialment hi participarien les entitats amb responsabilitats assistencials sanitàries a Sabadell, la Mútua Sabadellenca i la Caixa d'Estalvis de Sabadell.

Treballar en el Comitè Olímpic Organitzador Barcelona'92 (COOB'92) em va ratificar en la idea de la necessitat del treball en equip multidisciplinari per assolir l'èxit en projectes complexos: en el COOB'92 la cooperació entre les múltiples disciplines era una necessitat ineludible.

Després dels Jocs Olímpics vaig treballar com a director mèdic al Consorci Sanitari de Terrassa. Allà, al costat d'un mestre com el Dr. Joan Costa, vàrem assajar construir una organització de serveis integrals de salut (des de l'atenció primària, l'atenció hospitalària i l'atenció sociosanitària) pels 100.000 habitants que tenien sota cobertura els serveis d'atenció primària gestionats pel Consorci.

La ciutat de Barcelona

El nou repte professional fou la introducció de tècniques i metodologia de gestió de malalties, des de la gerència del PAMEM, per l'atenció integral dels funcionaris municipals adscrits i de les ABS que gestionàvem, Barceloneta, Vila Olímpica i Gràcia (CAP Larrard).

La propera fita fou com adjunt a gerència del Consorci Sanitari de Barcelona (regió Sanitària del CatSalut a la ciutat), des d'on vaig poder col·laborar en la finalització del procés de reforma de l'atenció primària, la reordenació dels serveis de salut mental i sociosanitaris, la creació de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i el disseny de

l'instrument d'avaluació del rendiment dels equips d'atenció primària, mitjançant la bateria d'indicadors que permetien la comparació i el *benchmarking* entre tots els diferents equips⁶⁻⁸.

Gestor de serveis socials

La meua experiència al Consorci Sanitari i la dèria en l'establiment de ponts entre els sistemes sanitari i social, que contínuament anava predicant des del llunyà conveni del 1985 a Sabadell, varen fer que se m'atorgués la confiança, amb el nomenament de gerent, per posar en funcionament el Consorci de Serveis Socials de Barcelona (l'únic dels previstos a la Carta Municipal de Barcelona que quedava pendent). Aquest fet va coincidir en el temps amb l'aprovació de tota l'arquitectura legislativa que va representar la principal reforma dels serveis socials, la llei de prestacions socials de Catalunya (13/2006 de 27 de juliol), la llei de serveis socials de Catalunya 12/2007, d'11 d'octubre) i, per part de l'estat, la llei de promoció de l'autonomia i atenció a la dependència (39/2006, BOE 15.12.2006) (LAPAD) i, posteriorment, tota la reglamentació corresponent.

Aquesta coincidència va representar que la nostra primera tasca consistís en facilitar el treball col·laboratiu entre les dues administracions consorciades i amb responsabilitats en l'aplicació de la llei: la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona. La posada en marxa d'aquesta llei, que havia aixecat moltes expectatives, va representar un repte important per a tots els actors implicats. La Generalitat havia creat un organisme responsable, participat per les conselleries de salut i benestar, anomenat ProdeP (programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència).

Coordinadament amb ell vàrem planificar el circuit administratiu per a la valoració del grau de dependència, amb la definició dels àmbits territorials dels quatre serveis de valoració de la dependència, que s'havien previst per a les quatre zones en què havia estat dividida la ciutat de Barcelona. Així mateix, es contemplava la derivació de la informació del grau obtingut cap als professionals dels serveis socials bàsics responsables de la prescripció del pla individual d'actuació (PIA) mitjançant els recursos disponibles de la cartera de serveis socials. Aquest PIA, per ser realment efectiu, ha d'integrar tant la vessant social com sanitària de la persona i els seus cuidadors.

Malgrat la implantació de la llei es preveia de forma progressiva, ben aviat es va fer evident que requeria d'un important increment de recursos per totes les parts implicades. Malauradament, el desplegament va coincidir amb la crisi econòmica de 2010, amb els ajustos que va provocar en els serveis públics. Encara resta pendent l'assoliment d'un finançament necessari que permeti donar resposta a les demandes ja detectades.

Posteriorment vaig ser nomenat Subdirector General de Recursos de l'ICASS, amb la tasca de definir un nou model d'accés i de contractació dels recursos residencials de serveis socials; en moments d'escassetat de recursos, i amb el canvi de govern, inicio una nova responsabilitat com a director del Centre d'Atenció a Persones amb Discapacitat (CAD 9), situat a Badalona.

He desenvolupat els meus darrers anys professionals en els serveis socials, amb la tasca de gestió de la valoració de la discapacitat i dependència en els territoris del Barcelonès Nord, Vallès Oriental i Maresme, que m'ha reafirmat en la idea que és imprescindible construir ponts entre els serveis d'atenció a les persones ja que, com es dedueix del seu propi nom, les persones són úniques i necessiten d'un treball, com a mínim cooperatiu, que trenqui desconeixements i recels competencials, com a primera pedra per assolir una visió integral i integrada.

Epíleg

Des de la visió panoràmica actual —la necessitat de tenir cura, de promoure l'autonomia, davant la dependència que ocasionen la més gran longevitat (envelliment) i el control de les malalties cròniques— és del tot necessari —a més de disposar d'un finançament adequat amb el compliment dels compromisos adquirits per les diverses administracions implicades (l'estat, les autonomies i l'administració local)— que es proposin abordatges comuns, coordinats o integrats, des de les diferents mirades i aportacions que ofereixen els serveis d'atenció a les persones. La necessitat de tenir cura, d'acompanyar els pacients i els seus cuidadors per facilitar-los la màxima qualitat de vida ha esdevingut un element de bona pràctica imprescindible. En això ens hi juguem poder donar resposta al que la societat i les persones esperen de la nostra activitat professional.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Batista A. A la caça del PSUC. Barcelona: Editorial Pòrtic; 2016.
2. II Ponència. Funció Social de la Medicina. Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Perpinyà: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Societat Catalana de Biologia; 1976.
3. Acarin N, Espasa R, Vergés J, Campo M. La salut, exigència popular. Barcelona: Editorial Laia; 1976.
4. Gol J, Jaen J, Marcos JA, Casares R, Foz G, Moll J et al. El metge de capçalera en un nou sistema sanitari. Quadern CAPS; 1979.
5. Alberca Guevara O, Centre d'Assistència Primària Ciutat Badia. Informe Centre d'Assistència Primària de Ciutat Badia. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1984.
6. Plaza Tesías A, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J, Zara Yanhi C. Consenso sobre un proceso de *benchmarking* en la atención primaria de salud de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35(3):130-9.
7. Villalbí JR, Farrés J. Culminar la reforma de la atención primaria de salud. Gestión del cambio en Barcelona 1998-2003. Aten Primaria. 2005;35(9):484-8.
8. Plaza Tesías A, Zara Yanhi C, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J. Resultado de la aplicación del *benchmarking* en los equipos de atención primaria de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35(3):122-9.

*Congressos, jornades,
conferències,
lliurament de premis...*

*Un Auditori i 10 Sales
de conferències i reunions
(de 12 a 300 persones)*

AUDITORI DE L'ACADÈMIA



- Capacitat per a 300 persones
- Amb equipament bàsic d'audiovisuals
- Cabina de traducció simultània
- Avantsala preparada per acollir exposició comercial i útil per a servei de càtering
- 10 sales de conferències i reunions (capacitat entre 12 i 140 places)

Informació i reserves
Jaume Solé Palasí
93 203 11 42
jaumesole@academia.cat



www.academia.cat/auditorisales



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

