



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 (i 2) i de l'*Eponímia*. X. Bonfill 97**VIDRE I MIRALL:****L'ATENCIÓ PRIMÀRIA A CATALUNYA: PRESENT I FUTUR (i 2)**

Atenció primària i salut comunitària: reptes de futur del sistema nacional de salut. A. Puente, M. J. López, M. Leal i col·ls. 98

Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària. Consell Assessor de Salut..... 101

La feblesa de l'atenció primària de salut. A. Segura Benedicto..... 105

ENAPISC: la reforma impossible. J. Gené Badia..... 109

Atenció primària catalana, l'eix vertebrador que vol i pot ser. J. K. O'Farrill 112

Atenció primària i salut comunitària: innovació i talent col·lectiu. G. Jodar Solà, L. Villa-García, E. Mateo Viladomat..... 115

RODA CONTÍNUA DE FORMACIÓ I CONSENS

SEGURETAT DEL PACIENT. Disseny i implantació de l'aplicació mòbil manSegures: una eina per a la formació dels professionals sanitaris en el procediment de la higiene de mans. D. Domènech-Bagué, D. Madrid-Alonso, M. Figueras-Besalú i col·ls 118

Profilaxi preexposició: una eina per aturar la transmissió del VIH. A. Jiménez, M. Esteban, P. Coll i col·ls. 123

Projecte europeu REVIVAL: noves propostes formatives en entorns sanitaris per a un tractament sostenible i segur de la violència masclista. P. Escotorin Soza, M. Brundelius, R. Roche Olivar..... 129

PROVES I EVIDÈNCIES

Gènere i ciència: cap a una recerca inclusiva per ser transformadora. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.... 132

SENSE AMNÈSIA

Eponímia mèdica catalana. "Ara que tinc vint anys...". E. Guardiola, J.-E. Baños..... 135

CLÀSSICS DEL PENSAMENT MÈDIC. Fraus, distorsió, autoengany i consens: els problemes de l'engany humà i de l'engany natural en la ciència epidemiològica. A. R. Feinstein 141



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

Montserrat Antonín Martín
Meritxell Arenas Prat
Josep Arimany Manso
Immaculada Ausió Rusiñol
Xavier Baldó Padró
Enric Barbeta Sánchez
Jordi Baroja Benlliure
Glòria Bassets 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
Irmgard Costa Trachsel
Josep Maria Cruzado Garrit
Claudia Cucciniello Villalba
Susana Curós Torres
M. Carme Dinarès Fernández
M. Teresa Dordal Culla
Albert Flotats Giralt
Esther Fort Martorell
Jordi Gago Rius
Josep M. Galceran Gui
Francesc Garcia Cuyàs
Maite Garolera Freixa
Pere Genaró Jornet
Montserrat Gens Barberà
Miquel González Page
Miguel Ángel González Viejo
Miguel Ángel Grande Ugía
Marco Inzitari
Albert Isidro Llorens
Clara Izard Gavarró
Albert Jauregui Abularach
Jesús Lafuente Baraza
Vivian Legname
Anna López Ojeda
Enric Macarulla Sanz
Àngels Mach Buch
Oscar Macho Pérez

Sonia Magán Muñoz
Ernest Mallat Callís
Nicolás Manito Lorite
Pere Marco Aznar
Lluís Manuel Marco Estarreado
Javier Mareque Bueno
Miquel Maresma Matas
Maria Teresa Maristany Daunert
Joan Martí Fàbregas
Alba Martínez Escudé
Àngela Martínez Picó
Joan Ramon Masclans Enviz
Joan Minguell Moñart
Carles Miñarro García
Llorenç Miralles Serrano
Óscar Miró Andreu
Antonio Montes Pérez
Astrid Morer Liñán
M. del Carmen Muñoz Almagro
Agnès Nicolau Galindo
Joan Miquel Nolla Solé
Manuel Pérez Maraver
Valentí Pineda Solas
Marta Planas Guillaumon
Rosa Porqueras Suárez
Josep Oriol Porta Roda
Mónica Povedano Panadés
José María Puigcercós Fusté
Ricard Pujol Borrell
Elisabeth Puri Pujals
Sílvia Ramon Rona
Jordi Reina Prieto
María José Ribal Caparrós
Francesc Roca-Ribas Serdà
Antonio Román Broto
Cristina Roure Nuez
Ferran Sabaté Casellas
Emili Sacanella Meseguer
Joan Sala Pedrós
Josep Lluís Seoane Reboredo
Antoni Sisó Almirall
Antonio Soler Ferrater
José Antonio Soriano Pacheco
Anna Sureda Balari
Fidel Sust Tena
Ferran Tognetta Arena
Hugo Ikuo Uchima Koecklin
Judith Usall i Rodié
Pere Vallribera Rodríguez
Joan Josep Vendrell Ortega
Toni Veres Gómez
Miquel Viaplana Ramírez
Lluís Vilardell Ramoneda
Rosa M^a Villalonga Vadell
Eulàlia Villegas Bruguera

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 (i 2) i de l'Eponímia

Xavier Bonfill

Director
Annals de Medicina

Continuem amb la segona entrega de les reflexions i aportacions sobre el present i futur de l'atenció primària a Catalunya. A l'anterior número, el fil conductor dels articles publicats era la commemoració de la declaració d'Alma-Ata fa quaranta anys, que va suposar un referent ineludible per a tot el món. En aquesta segona part, el material de referència ha estat l'ENAPISC (Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària) que constitueix la proposta més recent del Departament de Salut per reformar i impulsar l'atenció primària i la salut comunitària en els propers anys. També a darrera hora hi hem pogut afegir un resum del primer document del recentment constituït Consell Assessor de Salut, el qual ha volgut prioritzar l'atenció primària com a primer tema de les seves reflexions i propostes.

Vàrem distribuir ambdós documents entre diverses persones que han reflexionat i treballat per millorar l'atenció primària, de manera que la seva visió constructiva i crítica alhora suposa un bon complement d'aquells dos documents institucionals. En conjunt, amb el que hem publicat entre un número i l'altre, pensem que queda ben expressada la varietat de punts de vista sobre l'atenció primària i comunitària, tant des del punt de vista institucional, com acadèmic, professional i sindical. Ara, sens dubte, el repte radica en dur a terme aviat el major nombre possible de propostes.

A **Roda contínua...**, l'article sobre **Seguretat del pacient** ens arriba de l'Hospital Josep Trueta de Girona on han dissenyat i implantat una "app" per millorar el compliment de la higiene de mans. Aquesta solució tecnològica permet monitorar i analitzar de manera molt més eficient les dades registrades quan es duen a terme les recomanacions de l'OMS. La qüestió pendent d'aclarir en el futur és si finalment aquest compliment augmenta significati-

vament i això repercuteix en la reducció de les infeccions hospitalàries.

En un altre dels articles d'aquesta secció, un grup de Can Ruti amb la participació de la Fundació Lluita contra la SIDA ha fet una extensa revisió de la profilaxi preexposició per reduir la transmissió del virus de la immunodeficiència humana (VIH). De manera molt documentada, revisen l'evidència que justifica aquesta intervenció precoç i proactiva en grups d'alt risc, aportant dades sobre els seus avantatges en termes d'eficàcia i cost-efectivitat, a banda de les referències d'altres països on ja s'ha començat a implantar i que podrien suposar avenços molt importants per reduir l'impacte d'aquesta infecció. Igualment, des del Laboratori d'Investigació Prosocial Aplicada de la UAB, se'ns presenta un resum del projecte europeu REVIVAL orientat a millorar la detecció i el tractament de la violència masclista. El projecte posa l'èmfasi en la formació de professionals que tant des de l'àmbit sanitari com social poden contribuir a fer que aquest problema tingui un abordatge molt més integral i multidisciplinari, especialment en el terreny formatiu i de la col·laboració interprofessional.

A **Proves i evidències**, l'article de l'AQuAS ens recorda les desigualtats existents pel que fa a les dones en el seu exercici professional, científiques incloses, així com a l'àmbit assistencial, i la necessitat d'avançar cap a una recerca molt més inclusiva.

Finalment, el darrer article d'aquest número i ja destacat en el títol de l'editorial, per reconèixer el mèrit, la utilitat i l'interès de l'**Eponímia** com una de les seccions més importants dels *Annals*. Tal com expliquen els seus autors, Elena Guardiola i Josep-E. Baños, al llarg de vint anys ens han arribat puntualment les seves col·laboracions precises, documentades i didàctiques sobre tantes persones i noms que mereixen ser recordats. Fruit d'un treball de cerca i documentació immensament complex i generós per part seva, han anat bastint una galeria de noms que han recuperat de l'oblit i que han situat en el seu context històric i professional. Llegint el seu article també veiem quant satisfactori ha estat per a ells rebre el reconeixement o la col·laboració de col·legues i familiars de les persones homenatjades. Ens n'alegrem molt i ens congratulem que encara puguem continuar gaudint de les seves aportacions durant molt més temps.

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

Atenció primària i salut comunitària: repte de futur del sistema nacional de salut

Anna Puente¹, Maria Josep López¹, Mireia Leal¹, Andrea Ramírez¹, Jordi Sospedra¹, Cristina Nadal²

¹Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC). Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut. Barcelona;

²Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut (CatSalut). Barcelona.

Introducció i marc contextual

L'any 1978, a Kazakhstan, es va elaborar un document amb el lema "Salut per a tots l'any 2000" on ja es remarcava que l'atenció primària (AP) era la base per aconseguir un millor nivell de salut. Tot i criticat i etiquetat d'utòpic, alguns dels principis en què es basava continuen vigents avui en dia, com són: evitar les desigualtats en salut, determinar el paper de la persona en relació amb la seva pròpia salut i canviar els rols de les autoritats.

Un altre factor determinant és la reforma de l'AP iniciada als anys vuitanta, que va significar un canvi en l'orientació i l'organització de l'AP del nostre país i va provocar una millora en la capacitat resolutiva dels professionals que treballen al sistema de salut. El 1994, Barbara Starfield va fer un estudi comparatiu de diferents indicadors sanitaris en què va concloure que els països amb una AP puixant obtenien millors resultats en salut, amb un menor cost i una millor satisfacció dels usuaris. Des de fa anys, a Catalunya hi ha hagut diferents iniciatives encara- des a la millora de la resolució de l'AP; malauradament, aquestes estratègies no es van desenvolupar totalment o, en el millor dels casos, ho van fer d'una manera molt lenta.

L'AP té la capacitat de poder resoldre moltes de les situacions/esdeveniments que se li presenten amb eficiència i, el més important, en la proximitat del domicili del ciutadà. Però, per poder-ho fer és necessari dotar-la dels recursos humans i de la tecnologia necessaris.

Catalunya disposa d'un sistema sanitari d'accés universal, amb uns bons resultats en salut i excel·lents nivells de qualitat de vida, que la situen entre les primeres posicions dels països desenvolupats. Altrament, la situació actual es caracteritza pel desenvolupament tecnològic, els avenços terapèutics i, sobretot, la millora de la qualitat de vida de

les persones. Aquests elements han donat lloc a una millora de la supervivència i, en conseqüència, a un augment del nombre de persones amb trastorns crònics i discapacitats.

El repte d'assumir aquesta nova realitat per mantenir uns serveis d'excel·lència requereix una adaptació i una transformació del model d'AP que doni resposta als reptes actuals i de futur.

Aquesta transformació també ha de permetre superar les conseqüències de la recent crisi econòmica com són la repercussió en l'augment de les desigualtats socials en salut de la població, que ha provocat la necessitat creixent d'atendre de manera integral problemes de salut i socials, així com també l'afectació en les condicions laborals dels professionals sanitaris del sistema públic, que a l'AP, a més, es complementa amb la manca d'alguns grups de professionals, amb una limitació en la consideració sanitària de professionals administratius i treballadors socials, i amb una tendència a l'alça del nombre de visites, la qual cosa augmenta així la pressió assistencial.

Emmarcat en el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, dins de la línia estratègica adreçada a l'atenció accessible, resolutiva i integral, l'Estratègia Nacional per a l'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC) neix per donar continuïtat a la línia de reforma i innovació constant i proposa el desenvolupament i la implantació progressiva d'un nou model d'AP i salut comunitària (APSC).

Reflexions centrals

L'AP ha de reafirmar el seu paper absolutament central i integrador, erigint-se com el garant d'un model d'atenció que ha de ser necessàriament centrat en la persona i en el seu entorn cuidador, i amb el compromís que les persones, en especial aquelles amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció, siguin un dels principals centres d'interès de tots els agents. "Situar la persona al centre" voldrà dir, també, anar un pas més enllà de la cooperació i coordinació entre professionals, voldrà dir donar resposta a les necessitats complexes d'atenció mitjançant un treball en xarxa, liderat per l'AP i integrat per tots els actors implicats en l'atenció a aquestes persones. En aquest context, l'ENAPISC té com a missió impulsar un nou model de l'APSC fonamentat en el concepte integral de salut, que in-

Correspondència: Anna Puente Arias
Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC)
Servei Català de la Salut (CatSalut)
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 935 566 213
Adreça electrònica: anna.puente@gencat.cat

clou els seus determinants socials i que la consolida com l'eix vertebrador del sistema públic de salut, contribuint a resoldre les necessitats de salut de les persones, des de la proximitat i tenint en compte la realitat del seu entorn.

La visió del nou model d'APSC busca una orientació salutogènica, centrada en la persona, integrada i deliberativa en la presa de decisions compartides, cuidant de la protecció i promoció del professionalisme com a valor principal que garanteixi la qualitat de l'atenció, fomentant la participació ciutadana com un instrument per afavorir l'apoderament de les comunitats.

Els valors que adopta l'ENAPISC s'inspiren en els valors més coincidents que sorgeixen dels actuals plans estratègics dels equips de l'APSC de Catalunya i dels documents dels diferents grups de treball que han participat en el pla: equitat, treball en equip, cooperació, compromís, qualitat, innovació, solidaritat, vocació de servei públic, ètica, transparència i universalitat.

L'ENAPISC té com a objectiu principal enfortir l'APSC i consolidar-la com a eix vertebrador del sistema sanitari públic. Els principis clau de l'estratègia són:

- Potenciar l'orientació comunitària com a una estratègia de generació de salut i de lluita contra les desigualtats en salut.
- Garantir un model biopsicosocial d'atenció, centrat en la persona.
- Respondre als canvis demogràfics i a l'augment de la multimorbiditat.
- Garantir la qualitat i la seguretat en l'atenció a les persones.
- Abordar les desigualtats amb equitat territorial i sostenibilitat del sistema públic.
- Consolidar els lideratges professionals i fomentar la participació de la ciutadania.

Amb l'objectiu de poder garantir les diferents línies estratègiques del nou model, cal una transformació de l'actual sistema organitzatiu de l'AP, que requereix de l'adaptació de l'actual estructura que permeti augmentar-ne el seu perímetre d'influència.

Aquesta nova estructura amplia el perímetre de lideratge i interacció de l'APSC i inclou, a més dels actuals equips d'AP formats pels professionals sanitaris, administratius i treballadors socials, altres equips i serveis que atenen la persona en el seu entorn de proximitat: els equips territorials de salut pública (ETSP), els serveis que donen atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), els serveis de salut mental i addiccions, tant d'atenció a adults (CSMA) com d'infants i joves (CSMIJ) i addiccions (CAS), els serveis d'atenció en rehabilitació (RHB) i els serveis d'atenció continuada i urgent (ACU), garantint una cartera de serveis homogenia a tot el territori.

A Catalunya existeix una gran diversitat territorial pel que fa a la provisió de serveis i l'autonomia de gestió dels

equips. Aquest fet enriqueix la nostra realitat assistencial i permet una millor adaptació a les diferents realitats poblacionals i de distribució de recursos de cada territori. És per això que la implementació dels procediments, protocols i nous models organitzatius de l'estratègia també ha de ser flexible per garantir l'equitat territorial.

Metodologia de l'estratègia

Repensar l'AP i evolucionar el model no pot ser una proposta que neixi d'un despatx. És per aquesta raó, i per la necessitat de partir de les experiències territorials d'èxit i de l'expertesa dels professionals i l'opinió de les persones, que l'ENAPISC ha optat per la metodologia *bottom-up* (de baix a dalt), i ha creat comissions tècniques (CT) formades per experts territorials en una matèria, a qui es dona l'encàrrec d'elaborar un document preliminar sobre el model en el seu àmbit. Després, aquest document se socialitza, és a dir, amb l'objectiu de saber si hi ha consens sobre el mateix o no, s'envia a un nombre molt més gran de professionals, representants institucionals, societats, col·legis professionals i associacions de ciutadania organitzada (més de 500 persones en total), per tal que facin les aportacions, correccions o consideracions oportunes. Posteriorment s'avalua el percentatge de consens que el document ha obtingut. En el cas d'obtenir un percentatge elevat de consens, i un cop valorades totes les aportacions realitzades, ja disposem del document final; si no és així, la CT ha de refer el document. Aquest document ha de servir de guia per a la implementació efectiva i sistèmica del model de cada procés assistencial clau al territori. És important explicar que durant l'elaboració d'aquesta guia es treballa per a l'alineació amb els altres programes, plans directors i plans estratègics del Servei Català de la Salut, el Departament de Salut, la Secretaria de Salut Pública i altres ens i departaments implicats.

Aquest document s'adreça a les direccions dels sectors sanitaris, a les direccions dels equips d'AP, als serveis del territori i als líders clínics i professionals, que junts seran els encarregats d'impulsar i fer possible aquest canvi de model d'atenció.

El disseny acurat de la metodologia garanteix la seva validesa, participació i robustesa.

Actualment disposem dels documents finals, ja socialitzats, de les comissions de salut mental i addiccions, atenció a la salut sexual i reproductiva, cronicitat i salut comunitària; en totes elles han obtingut un alt grau d'acord entre els professionals. La comissió de pediatria serà socialitzada en breu i les comissions d'atenció continuada i urgent, i cartera de serveis estan en procés d'elaboració del document.

Principals problemes als que ens enfrontem

El conjunt del sistema sanitari, i en especial l'AP, està molt "tensat" com a conseqüència de la crisi econòmica

recent i la repercussió que ha tingut en l'augment de les desigualtats socials en salut de la població; aquests fets han afavorit l'augment de la pressió assistencial. Aquesta situació ha provocat la necessitat creixent d'atendre de manera integral problemes de salut i socials i, així mateix, realitzar actuacions a curt i mig termini, que han de preparar el terreny per a la implementació del nou model, necessari, per altra banda, per consolidar la millora real i efectiva de l'AP.

Per una banda, les accions a curt termini se centren en la millora de les càrregues de professionals, amb la contractació de nous metges de família o bé amb l'assumpció de més càrrega de treball acompanyada d'un augment de sou i d'horari; l'homogeneïtzació horària de tota l'AP (de les 8 h a les 20 h), que ja s'ha assolit a tots els centres d'AP (els CAP); la millora de la conciliació i flexibilització horària dels professionals, que s'està portant a terme amb la revisió dels plans funcionals dels centres; l'elecció participada de les direccions dels equips d'AP, així com la seva avaluació periòdica i també la revisió de l'avaluació i mesures de millora de la qualitat de vida professional dels centres d'AP.

Per altra banda, i totalment orientades al model de futur de l'ENAPISC, s'estan impulsant objectius a mig termini que permetran anar avançant en la implementació del nou model i començar a veure millores de manera global a tota l'AP. Aquests objectius són, per exemple, l'impuls de la gestió infermera de la demanda o l'avenç en la implementació dels equips territorials de pediatria. També s'inclouen altres projectes de millora organitzativa amb l'objectiu de desburocratitzar les consultes d'AP, fent més palès el principi de subsidiarietat per tal que l'atenció sigui prestada pel professional més adient en el temps més òptim i que això permeti el màxim desenvolupament competencial de cada professional.

Dues altres qüestions ben conegudes, però que cal inevitablement entomar amb coratge polític i visió multipartamental, són la necessària, però no efectiva, integració

social i sanitària i la comunicació real amb la resta dels nivells assistencials amb qui, des de la visió global de sistema, s'hauran de compartir objectius i model.

Els reptes

A llarg termini, i amb l'objectiu de poder millorar el model d'AP adaptant-lo a les necessitats actuals, el Departament de Salut està treballant des de fa més de 2 anys amb el model assistencial de l'AP mitjançant l'ENAPISC a través de les CT. En aquest sentit hem d'assenyalar que, tot just ara, Espanya s'està plantejant la creació d'equips de treball d'experts per a dibuixar la nova AP. Catalunya és una de les poques comunitats autònomes que porten anys de treball intens, fonamentat des de la base d'experts i en un format participatiu extraordinari que ja dona els seus fruits.

El procés de transformació del sistema sanitari per fer front als reptes de salut que es plantegen de cara al futur, mitjançant la introducció de nous models d'atenció a les persones, requereix canvis en les polítiques de planificació i ordenació de les professions sanitàries, com ara la introducció de nous rols i perfils o l'adequació del nombre de professionals per garantir un desplegament equitatiu dins del territori.

Cal analitzar, per tant, totes les etapes de l'itinerari professional, des de la formació fins als factors que influeixen en l'exercici de la pràctica diària, per alinear la planificació professional amb la planificació sanitària. I, en aquest procés, els professionals, constituïts com l'actiu principal del sistema, hi tenen molt a dir i cal escoltar-los.

En aquest context el Fòrum de Diàleg Professional, iniciativa del Departament de Salut, definit en forma d'un procés de debat amb voluntat transformadora i que té per objectiu definir les noves polítiques de planificació i d'ordenació professionals, esdevé l'espai de treball necessari i absolutament còmplice per a poder fer realitat el nou model d'AP per donar resposta a les noves necessitats de salut de la població.

Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària

Consell Assessor de Salut*

*Els membres del Consell Assessor de Salut són: Manel Balcells Díaz (president), Xavier Bonfill Cosp, Joan Lluís Borràs Balada, Carme Borrell Thió, Pere-Joan Cardona Iglesias, David Elvira Martínez, Pilar Espelt Aluja, Alícia Granados Navarrete, M. Cristina Martínez Bueno, Ramon Pujol Farriols i Núria Terribas Sala; i els membres de la Secretaria Tècnica: Iria Caamiña Cabo, Elena Calvo Valencia i Carme Planas Campmany.

Nota: aquest article fa un resum del document que porta el mateix títol i que el Consell Assessor de Salut ha elaborat per encàrrec de la consellera de Salut, Hble. Sra. Alba Vergés. El document complet es pot consultar [aquí](#).

Estat de situació i justificació

El futur dels sistemes sanitaris depèn de la seva capacitat de donar resposta a les necessitats, les demandes i les expectatives de salut de la ciutadania. Conseqüentment, els responsables dels sistemes sanitaris s'han vist abocats, des de fa anys, a repensar, planificar i implementar reformes permanents en un context marcat per una societat envellida i amb més desigualtats socials, en la qual cada vegada hi ha més persones amb problemes de salut crònics¹ o amb risc de partir-ne. Paral·lelament, els costos dels serveis, els tractaments i les tecnologies innovadores incrementen els pressupostos que depenen d'uns recursos que són limitats, i això fa créixer la preocupació per la sostenibilitat i la viabilitat dels sistemes de salut. Per fer front a tots aquests reptes, els esforços s'han centrat en fer un abordatge intersectorial de les polítiques públiques per promoure la salut a totes les polítiques². D'aquesta manera, es posa l'accent a promoure els entorns per fomentar les conductes relacionades amb la salut més saludables i en la prevenció, redirigint el model assistencial cap a una atenció més integral i integrada, equitativa, eficient i prestada a la comunitat¹.

L'atenció primària i comunitària (APiC) lidera el procés assistencial i la cura de la salut de la persona al llarg de la seva vida. Es defineix com una atenció essencial i eficient, de fàcil accés per a tota la comunitat i inclou la promoció de la salut i l'autonomia, la prevenció de les malalties, el manteniment de la salut i de l'autonomia, l'educació sanitària i la rehabilitació^{3,4}. Els experts defensen que per assolir una cobertura universal de la salut, les reformes haurien d'estar centrades en l'enfortiment de l'atenció primària (AP) de salut per garantir l'equitat, disminuir les desigualtats⁵⁻⁷, i contenir els costos⁴. A més, s'ha observat que una APiC de qualitat millora el rendiment dels sistemes sanitaris, reduint les despeses globals mentre milloren la salut i l'accessibilitat^{4,8-10}.

Els models assistencials d'AP a Europa, tot i que són complexos i variats, presenten cert grau de coherència.

Aquests models comparteixen la visió general i els reptes de futur, com ara el compromís amb l'accés universal als serveis i el fet de ser el punt d'entrada al sistema sanitari¹⁰.

Hi ha un ampli consens entre els països del nostre entorn que un model assistencial d'APiC ben desenvolupat és la base d'un sistema de salut de qualitat, segur, eficaç, eficient i sensible a les necessitats de les persones¹¹. De manera general, mostren efectes beneficiosos sobre el sistema de salut en el seu conjunt, especialment en termes de millor coordinació i continuïtat de cures, així com millors oportunitats de control de la despesa¹⁰. Concretament, s'evidencia que una AP forta està relacionada amb un millor nivell de salut de la població, unes taxes d'hospitalitzacions evitables més baixes i menors desigualtats socioeconòmiques en salut^{10,12,13}.

El Regne Unit és dels països amb un dels sistemes sanitaris més robustos pel que fa a la seva orientació cap a l'AP^{10,14}. Un informe recent, que analitza nous models organitzatius d'APiC per satisfer les necessitats futures del Sistema Nacional de Salut britànic¹⁴, evidencia que no hi ha un model assistencial d'APiC únic que funcioni igual per a tothom. També assenyalava que la manera d'implementar els nous models és tan important com els mateixos models. Aquesta revisió dels models assistencials d'APiC, encarregada per Health Education England (HEE), organisme públic finançat pel Departament of Health and Social Care, va identificar models innovadors amb potencial per afrontar els reptes del National Health Service. Els resultats es van agrupar en tres categories: 1) Models que introdueixen nous rols o canvien els rols existents en la pràctica general; 2) Models de col·laboració entre professionals i sectors d'atenció sanitària i social, i 3) Noves fórmules d'organització de la pràctica general¹⁴.

A Catalunya, en els darrers trenta-cinc anys s'han emprats tres grans reformes del model assistencial d'APiC, totes elles inspirades en els principis de la Declaració d'Alma-Ata de l'any 1978 que, més recentment, s'han vist reforçades en la Declaració d'Astanà de 2018²:

- 1) La reforma d'atenció primària (RAP), iniciada als anys vuitanta, va suposar un punt d'inflexió en el

desenvolupament del sistema públic de salut i en l'objectiu de fer de l'AP el primer graó d'accés al sistema. La RAP buscava assolir una reforma global del sistema sanitari públic a Catalunya, establint la "delimitació d'un marc territorial dirigit a la sectorització operativa de la xarxa assistencial, la integració i coordinació entre els diferents estaments del personal sanitari i entre els diversos nivells assistencials i l'assumpció d'activitats de promoció de la salut, atenció psicosocial i rehabilitació"¹⁵. El desplegament de la reforma es va allargar durant més de vint anys fins que va arribar a tot el territori català.

- 2) L'any 2007 es va iniciar l'elaboració del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària (PIAPISC) aprovat l'any 2010 per acord de govern¹⁶. El PIAPISC posa l'accent a reforçar l'atenció integral de la persona prioritzant l'APiC, així com l'atenció a les persones en situació de dependència i amb problemes de salut crònics.
- 3) Recentment, l'any 2017, comencen els treballs d'elaboració de l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC), com a instrument que definirà el model d'APiC del Departament de Salut. L'estratègia, participada per centenars de professionals, vetlla per assegurar la continuïtat assistencial, tant en la seva transversalitat com en la seva globalitat, posant la persona en el centre del sistema de salut. El model és coherent amb el consens mundial sobre els valors i principis de l'AP, la Declaració d'Alma-Ata del 1978 i la d'Astanà de l'any 2018², i amb els informes recents elaborats per institucions de referència com Health Education England¹⁴ o King's Fund¹⁷.

El Consell Assessor de Salut (CAS), des del coneixement de la situació actual, encara el repte de reflexionar sobre el model assistencial a Catalunya, que és el que realment està en qüestió.

El canvi de paradigmes i de valors fa que una societat canviant, amb una exigència permanent d'interrelació, demani una resposta diferent de la que s'ha donat fins ara. Cal un coneixement profund de la realitat i visió del futur per, tot superant les situacions conjunturals, buscar solucions estructurals sense oblidar l'entorn immediat.

El CAS considera necessari centrar-se en el model assistencial d'atenció primària i comunitària, àmbit que ha de liderar la transformació del sistema de salut. La proposta, que ha de preveure un model d'atenció social i sanitària i ha de donar resposta a les necessitats reals de les persones, fixarà les bases per a la concreció dels instruments normatius, econòmics, organitzatius i assistencials.

Objectiu del document

Fer propostes, formulades en forma de recomanacions estratègiques, que orientin el model de l'APiC i abordin el model assistencial des de la proximitat.

Metodologia

Reunions de treball i deliberació entre els membres del CAS, per via presencial i virtual, emprant eines de treball col·laboratiu i revisió d'informes previs i bibliografia rellevant.

El procés deliberatiu

El CAS es va constituir com a espai de reflexió serena, per tal d'actuar com a nucli de pensament i centrar les bases on estructurar el futur del model assistencial. Prèviament a la deliberació, es va decidir situar la discussió més enllà del marc normatiu actual.

Durant les deliberacions, en cinc sessions que han format les bases per elaborar aquest document, es va procedir a identificar qüestions rellevants i prioritàries contemplades des d'una visió/dimensió transversal i global de sistema, amb l'aplicació d'una assignació dels recursos eficient i equitativa. Això comporta aplicar bones pràctiques a totes les actuacions i reinvertir els guanys d'aquestes bones pràctiques en el sistema mateix. També, que l'assistència, la docència, la recerca i la innovació s'alineïn amb les necessitats de les persones i de les comunitats, tot ajustant els rols, les competències i funcions dels diferents professionals que actuen en l'àmbit de la salut.

El fet que una part important d'aquestes reflexions reiterin les propostes d'altres documents de referència accentua la necessitat de passar a l'acció. És moment d'aprendre dels errors i tenir en compte els fracassos d'anteriors intents de reforma i assajar nous model d'atenció i organització.

Recomanacions estratègiques

Resum de les recomanacions estratègiques en relació amb el model d'APiC centrades en els aspectes complementaris o en les oportunitats de millora:

- 1) Reformar l'atenció primària i comunitària per tal que esdevingui el vertader **eix vertebrador** del model assistencial i comunitari del sistema de salut de Catalunya alhora que en garanteix la viabilitat.
- 2) Identificar l'Estratègia nacional d'atenció primària i comunitària com l'**instrument necessari**, pertinent i ambiciós per assolir els objectius propis de l'atenció primària i comunitària.
- 3) Reforçar la **salut comunitària**, tot concretant i pressuposant les intervencions que cal desenvolupar en aquest àmbit¹⁸.
- 4) Fomentar les **relacions de confiança** entre la ciutadania, els professionals i les institucions.

- 5) Establir espais de **diàleg permanent** entre tots els actors implicats.
- 6) Recollir i incorporar els valors i les expectatives que expressi la **ciutadania** sobre l'atenció primària i comunitària i corresponsabilitzar-la de la seva salut.
- 7) Recollir i incorporar els valors i les expectatives que expressin els **professionals** de la salut sobre l'atenció primària i comunitària.
- 8) Definir de nou els **rols professionals** i capacitar-los per donar resposta a les necessitats de les persones en organitzacions flexibles.
- 9) Evolucionar cap a **organitzacions més flexibles** amb capacitat i autonomia organitzativa per adaptar-se a les necessitats i a les realitats canviants.
- 10) Considerar els **determinants socials de la salut i les desigualtats** en salut i l'atenció, especialment a les **persones en context de vulnerabilitat**.
- 11) Integrar els elements i les eines necessàries per donar resposta a les necessitats de les persones, tot garantint l'**accessibilitat**, la **transversalitat** i la **longitudinalitat** del model assistencial d'atenció primària i comunitària.
- 12) Incorporar les necessàries reformes a l'**atenció especialitzada** en el marc de la transformació de l'atenció primària i comunitària.
- 13) Millorar la integració de la **salut pública** amb l'atenció primària i comunitària.
- 14) Integrar les **necessitats socials** des del model d'atenció primària i comunitària centrada en la persona.
- 15) Concretar la **cartera de serveis** d'atenció primària i comunitària per millorar-ne la capacitat resolutiva¹⁹.
- 16) Garantir que el **finançament** de l'atenció primària i comunitària sigui congruent amb les responsabilitats que se li assignen, essent especialment sensible a l'equitat territorial i a les desigualtats econòmiques.
- 17) **Avaluar** l'atenció primària i comunitària, donar **visibilitat al procés i divulgar-ne els resultats** de forma adaptada a les diferents audiències (població general, pacients, professionals i organitzacions).
- 18) Reconèixer i reforçar la rellevància de l'atenció primària i comunitària en la **docència**.
- 19) Garantir que la **recerca** sigui un dels eixos transformadors de l'atenció primària i comunitària.
- 20) Impulsar més la **innovació** en atenció primària i comunitària com a estratègia i eina de millora.
- 21) Promoure de manera coherent i amb criteris d'eficiència les **tecnologies de la informació i la comunicació** com un instrument indispensable en la reforma, la implementació i l'avaluació del model.

Accions prioritàries

- 1) Aprovar el **marc normatiu** necessari per transformar el **model d'APiC** en plans executables dels quals caldrà fer rendiment de comptes.
- 2) Assajar i avaluar **nous models de governança** de l'APiC promovent la coordinació entre nivells, la creixent multidisciplinarietat requerida i la flexibilitat organitzativa, que **atorguin capacitat real de decisió al conjunt de professionals** que en formen part.
- 3) Fer els canvis en el **marc normatiu per dotar de cobertura jurídica els professionals** per al desenvolupament de les seves competències en l'assumpció dels nous rols que se'ls demanen i **proporcionar-los les eines necessàries**.
- 4) Facilitar i impulsar els **lideratges individuals i grupals**, que **permetin el desenvolupament de les diverses competències dels professionals** i el **reconeixement** del seu **valor afegit**.
- 5) Posar la persona en el centre de les decisions i establir **mesures i eines que facilitin la presa de decisions compartida** amb la ciutadania i amb els professionals.
- 6) Articular, assajar i avaluar **models innovadors de participació ciutadana** per la consolidació de les pràctiques participatives en la deliberació sobre l'orientació i l'abordatge dels reptes sanitaris i socials que afecten la seva salut, i avaluar-ne els resultats.
- 7) Establir **estratègies comunitàries** que permetin treballar l'**apoderament i la corresponsabilització de la ciutadania** en l'ús racional dels recursos disponibles a l'APiC.
- 8) Concretar les actuacions conjuntes de **salut pública i d'APiC**, **dotant-les dels recursos necessaris i avaluant-ne l'impacte**.
- 9) Definir la **cartera de serveis de SC** per tal de concretar les actuacions en l'àmbit de l'APiC.
- 10) Assajar i avaluar nous **espais i fórmules d'atenció integral i finançament** de l'atenció sanitària i social.
- 11) Coordinar l'APiC **amb les polítiques municipals, especialment amb l'AP social local** per garantir evitar duplicitats assistencials i millorar l'atenció centrada en la persona. En aquest sentit, compartir informació, circuits i professionals amb el món local es fa imprescindible.
- 12) Augmentar progressivament el **finançament** destinat a l'APiC fins arribar al **25% de la despesa en salut** recomanat per l'Organització Mundial de la Salut.
- 13) Incentivar i reconèixer les **bones pràctiques de cadascun dels professionals i dels equips en**

el seu conjunt, a partir de criteris rellevants d'efectivitat, eficiència i adequació.

- 14) Impulsar un **nou sistema d'accés i desenvolupament de les especialitats** que doni rellevància a l'atenció familiar i comunitària.
- 15) Reconèixer i impulsar **el paper de l'APIC** en la docència a tots els nivells (grau, postgrau i formació continuada).
- 16) Impulsar **la recerca acreditada en l'àmbit de l'APIC** facilitant temps de dedicació dels professionals per fer recerca i creant xarxes.
- 17) Facilitar que l'APIC **identifiqui oportunitats i tingui al seu abast els organismes i instruments** per al desenvolupament de la innovació en aquest àmbit.
- 18) Assajar **models i eines tecnològiques complementaris d'accessibilitat**, com l'accés virtual a consells essencials davant els símptomes més comuns, triatge virtual del grau de necessitat d'atenció urgent i seguiment virtual de símptomes banals.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Jul 16 [cited 2019 Jan 29]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001271.pub3>.
2. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Declaration of Astana [Internet]. Astana; 2018 [cited 2018 Nov 26]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
3. Kidd MR, World Organization of National Colleges A. The contribution of family medicine to improving health systems: a guidebook from the World Organization of Family Doctors. Radcliffe Pub; 2013. 293.
4. Van Weel C, Kidd M. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 29];190(16):E463-6. Available from: https://primarversorgung.org/wp-content/uploads/2018/09/2018_Why-strengthening-primary-health-care-is-essential.pdf.
5. Cookson R, Mondor L, Asaria M, Kringos DS, Klazinga NS, Wodchis WP. Primary care and health inequality: Difference-in-difference study comparing England and Ontario. *PLoS One* [Internet]. 2017[cited 2019 Jan 29];12(11):e0188560. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29182652>.
6. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary health care (now more than ever) [Internet]. Geneva; 2008 [cited 2019 Jan 29]. Available from: http://www1.paho.org/hq/dm-documents/2010/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* [Internet]. 2005 Sep [cited 2019 Jan 29];83(3):457-502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>.
8. Dugani S, Veillard J, Evans TG. Quality primary health care will drive the realization of universal health coverage. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2018 Apr 16 [cited 2019 Jan 29];190(15):E453-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29661813>.
9. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma GW, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Aff* [Internet]. 2015 Sep [cited 2019 Jan 29];34(9):1531-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26355055>.
10. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RD, Saltman RB. BUILDING PRIMARY CARE IN A CHANGING EUROPE Edited Building primary care in a changing Europe Observatory Studies Series 38 [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf?sequence=1>.
11. European Union. A NEW DRIVE FOR PRIMARY CARE IN EUROPE: RETHINKING THE ASSESSMENT TOOLS AND METHODOLOGIES Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment [Internet]. Luxembourg; 2018 [cited 2018 Nov 26]. Available from: <http://www.istockphoto.com/>.
12. Martín Zurro A, Jodar Solá G. Atención Familiar y Salud Comunitaria: Conceptos y Materiales para Docentes y Estudiantes. Elsevier; 2018.
13. Borrell C, Thió M, Pasarín I. Desigualdades y determinantes sociales de la salud. In: Martín Zurro A, Jodar Solá G Atención Familiar y Salud Comunitaria: Conceptos y Materiales para Docentes y Estudiantes Elsevier; 2018. p. 47-60.
14. Bienkowska-Gibbs T, King S, Saunders CL, Henham M-L. New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS. 2015 [cited 2018 Nov 26]; Available from: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1181.html.
15. DECRET 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya. (DOGC núm. 527, 10/04/1985). [Internet]. Available from: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/527/1316150.pdf>.
16. ACORD GOV/236/2010, de 23 de novembre, pel qual s'aprova el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. (DOGC. Núm. 5766 - 30.11.2010). [Internet]. Available from: www.gencat.cat/salut.
17. Baird B, Reeve H. Innovative models of general practice [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 16]. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/innovative-models-general-practice>.
18. De Peray JL. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 29]. Available from: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut_salut_comunitaria/links_sueltos_relacionats/Estrategia-Transversal-Salut-Comunitaria.pdf.
19. Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care - A qualitative study with general practitioners. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2017 Dec 8 [cited 2019 Feb 1];18(1):99. Available from: <https://bmcfampract.biomed-central.com/articles/10.1186/s12875-017-0667-4>.

La feblesa de l'atenció primària de salut

Andreu Segura Benedicto

Metge de Salut Pública; Vocal del Consell Assessor de Salut Pública i del Comitè de Bioètica de Catalunya; editor convidat de salut comunitària a *Gaceta Sanitaria*.

Introducció

Fa només deu anys en Vicente Ortún afirmava que, tot i que l'atenció primària de salut (APS) era admirable, no tenia bon pronòstic. Parlava del conjunt del Sistema Nacional de Salut, però el Servei Català de la Salut no és una excepció. Ho suggereix un informe de l'*Organización de Consumidores y Usuarios* (OCU) segons el qual Catalunya és la comunitat autònoma amb el percentatge més baix de demandes de visita ateses el mateix dia: l'11%, impropï per al primer nivell assistencial; una deficiència que els recents conflictes laborals també posen en dubte. Gairebé trenta-cinc anys després de la reforma cal una enèrgica actualització. Més enllà d'incrementar el nombre de professionals o de reduir els contingents adscrits —decisiones que, en absència d'altres canvis, fins i tot podrien esdevenir obstacles per a la viabilitat del sistema a mig termini— es planteja desenvolupar una de les dimensions de la reforma inicial gairebé inèdita, la comunitària.

Això no obstant, és factible una proposició com aquesta? I, en tot cas, és prou per al sosteniment de la sanitat pública a Catalunya? D'aquí que convingui, primer de tot, encarar alguns dels problemes que afronta l'APS per considerar després la proposta d'estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC) del Departament de Salut.

Els problemes (alguns)

L'Organització Mundial de la Salut acaba d'identificar deu perills o reptes¹ per a la salut de la humanitat entre els quals el setè pertoca a la feblesa de l'APS, institució o servei al que no tenen accés milions de persones al món, particularment als països més deprimits econòmicament, tot i que no sempre. Perquè, a més dels països la sanitat dels quals no desenvolupa aquest nivell bàsic, aquesta limitació també ens afecta a Catalunya. I no solament concerneix

als grups de població en exclusió social, sinó també a d'altres molt més integrats socialment. Com que els beneficiaris d'alguns règims de la Seguretat Social poden triar entre diversos proveïdors, a més dels serveis sanitaris autònoms del Sistema Nacional de Salut (SNS), en fer una altra opció —alternativa que escull la majoria dels beneficiaris de MUFACE— no tenen accés als equips d'atenció primària (EAP) que són la base de l'APS.

A més d'aquesta limitació estructural que encara persisteix —malgrat els propòsits d'universalitat i d'equitat de la Llei General de Sanitat de 1986— altres factors generen recança pel que fa a la viabilitat de l'APS, no solament per raons de finançament sinó també de solvència, és a dir, quant a la seva capacitat de resoldre els problemes efectivament. Ja s'han esmentat les limitacions d'accessibilitat, les quals poden afectar notòriament la longitudinalitat, que és, probablement, la característica més essencial del model actual de l'APS². Una accessibilitat indiscriminada promou les iniquitats —desigualtats injustes— i la ineficiència social.

Altres problemes tenen a veure amb el grau de desengany i consumpció (*burnout*) de molts dels seus professionals que, a més, malfien de les institucions en sentir-se tractats injustament. Particularment pel que fa a la precarietat laboral que és, òbviament, responsabilitat de les entitats proveïdores i de les autoritats, com també ho és la poca determinació a l'hora d'incentivar adequadament la qualitat assistencial. A més, no es treu tot el partit possible a la multitud de dades recollides sobre les activitats dutes a terme —informació no sempre adequadament esporgada—, les quals haurien de servir, entre d'altres coses, per estimular significativament els comportaments més adients.

Altrament, no sembla que la majoria dels EAP aconsegueixin funcionar com a tals. Això implica una dinàmica enèrgica de col·laboració per assolir objectius comuns i compartir responsabilitats i, naturalment, per tal que el paper de cadascun dels estaments implicats no generi interferències, solapaments ni mancances. Calen mesures estructurals afavoridores que ho permetin, però és imprescindible que els professionals i els treballadors s'involucrin decididament i lleial. La responsabilitat de la coordinació dels equips sovint és vista com una activitat més aviat bu-

Correspondència: Andreu Segura Benedicto
C/ del Dr. Ribalta, 5
08960 Sant Just Desvern
Tel. 933 720 970
Adreça electrònica: asegurabenedicto@gmail.com

rocràtica que rarament constitueix una referència per millorar la qualitat de les activitats, un paper que hauria de ser més decididament directiu i que requereix capacitat de lideratge. Un lideratge al que, amb independència de les aptituds, pocs aspiren.

Tot i que la variabilitat en la titularitat de la provisió suggereix que una gestió efectivament descentralitzada, amb més autonomia real i per tant amb rendició de comptes, podria ser més eficient, les avaluacions rutinàries no sembla que tinguin prou efecte en la millora del funcionament.

Però quina és l'APS que volem?

Sentir-nos cofois amb la sanitat que tenim no ajuda a replantejar-nos prou clarament el model. Tenint en compte que l'actual no ha acabat de desenvolupar-se com preveïen els seus promotors i que d'ençà d'aleshores els canvis sociològics i tecnològics configuren un escenari prou diferent del que hi havia fa trenta-cinc anys, ens cal una perspectiva més deslliurada per afrontar la situació.

Per exemple, decidir si la longitudinalitat i la continuïtat són essencials o no i en quines circumstàncies. Els promotors de l'APS reivindiquen aquestes característiques com a imprescindibles per a racionalitzar la utilització del conjunt del sistema sanitari per part dels pacients i de la ciutadania. El cert és que en bona part es tracta d'una assignatura pendent. I tot i que la reforma atorgava la responsabilitat de materialitzar-les a l'equip, no està clar com distribuir institucionalment, sense diluir-la, la responsabilitat personal dels professionals dels diversos estaments implicats. És aquest un propòsit que les discrepàncies que encara persisteixen quant al paper que han de jugar cadascun dels estaments de l'equip fan més difícil d'abastar.

Encara que probablement sigui més important la manca d'incentius reals per tal que l'EAP o alguns dels seus components gaudeixi —o pateixi— algunes conseqüències derivades del patró de consum dels seus pacients. Naturalment, no es tracta de responsabilitzar directament i global l'EAP del consum dels seus pacients, però potser sí haurien d'assumir alguna responsabilitat. Altrament, què vol que l'APS sigui l'eix del sistema?

Una altra qüestió és si tota la població adscrita a un EAP ha de tenir la mateixa consideració quant al tipus d'atenció. Recentment, en Jordi Varela proposava distingir aquelles persones que fan un ús esporàdic i molt limitat dels serveis assistencials, un grup que potser no es beneficia gaire d'una longitudinalitat i continuïtat estrictes³.

D'altres aspectes clau tenen a veure amb el paradigma assistencial predominant, que és desequilibradament biològicista, menystenint i oblidant les dimensions psicològiques i socials dels essers humans —animals socials per naturalesa— i, a més, actua d'una manera sovint només reactiva. La impaciència generalitzada —dels pacients, però també dels professionals— i la intolerància a la in comoditat abonen un intervencionisme exagerat que fomen-

ta el sobrediagnòstic i la iatrogènia. Aquest intervencionisme moltes vegades medicalitza problemes que ni són de naturalesa patològica ni, sobretot, tenen una solució assistencial. Molts neguits són senyals d'alerta davant problemes de precarietat laboral, econòmica o familiar; tot i que en ocasions pot ser útil un ansiolític, sovint contribueix a empitjorar-los.

També hauríem de preguntar-nos obertament quines són les expectatives dels professionals que conformen l'APS. Pel que fa als metges és prou clar que en acabar els estudis l'especialitat no és una de les seves aspiracions preferides. Caldria tenir ben clares les finalitats i els propòsits de les professions sanitàries per tal que la pràctica fos coherent amb elles⁴. Les professions clíniques o assistencials tenen com a primer mandat "ajudar els pacients... i mirar de no fer-los mal", des del temps d'Hipòcrates⁴. I per això han d'aplicar els coneixements científics que proporcionen, entre d'altres, la fisiopatologia, la biologia (evolutiva, macro i micro) o l'epidemiologia, quan en disposem, que no és sempre. De fet l'àmbit assistencial és curull d'incerteses que també cal saber gestionar.

La importància de l'atenció comunitària

Esmentava fa uns paràgrafs la insuficiència del plantejament biològicista. Aquesta crítica, que inicialment devem a Engel⁵, ha estat molt ben acollida pels partidaris de l'orientació comunitària de l'APS, tot i que la seva connotació ideològica pot menar a distorsions en la pràctica, com denunciava Bartz⁶ i resumia molt didàcticament Borrell⁷.

En qualsevol cas, la influència dels determinants socials sobre la salut i la malaltia, accentuada per part del moviment higienista del segle XIX i combativament resumida per Rudolf Virchow en afirmar que la medicina no és més que política en el més ampli sentit de la paraula, va inspirar l'orientació comunitària de l'atenció primària (APOC) per part de Sidney i Emily Kark; gràcies a Jaime i Rosa Goffin, sobretot, ha tingut certa influència entre els professionals a Catalunya, bàsicament a la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària) i l'AIFiC (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya), però també a la xarxa AUPA (Actuant Units Per a la salut), el paper de la qual ha estat molt significatiu en promoure algunes iniciatives de desenvolupament de la salut comunitària, com ara el projecte COMSalut.

Això no obstant, en general, la dimensió social de la malaltia i de la salut han merescut un interès secundari per part dels serveis sanitaris, llevat de quan hi ha possibilitats d'intervenció clínica, sobretot farmacològica, com passa amb molts dels factors de risc de les malalties que són objecte d'una medicalització no sempre sensata. Les intervencions sobre la dimensió social de les persones i sobre l'àmbit comunitari del sistema sanitari són limitades i molt sovint parcials, de manera que, per tal que fun-

cionin, cal que vagin acompanyades de les intervencions d'altres sectors de la societat i, a més, que comparteixin el propòsit i es complementin mútuament.

Són plantejaments que comparteixen iniciatives com “Salut als barris” —molt desenvolupades sobretot a la ciutat de Barcelona on el paper de l'Agència de Salut Pública ha estat molt actiu— o, més sobre el paper, el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP). Però cal esmentar també el Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària (PIAPISC), que malgrat la seva aprovació formal el 2010⁸ no ha estat mai desplegat; un fracàs que comentarem més endavant.

El desenvolupament de l'atenció comunitària, tot i tenir una notòria importància, no és l'única transformació a què cal sotmetre el sistema sanitari per millorar la seva efectivitat i eficiència social. La introducció de la perspectiva social en la pràctica assistencial no significa deixar de fer allò que com a professionals de la medicina, la infermeria i les altres professions sanitàries sabem i sabem fer: intentar solucionar, o si més no alleujar, els trastorns, alteracions i malalties dels pacients; és a dir, diagnosticar i tractar els patiments amb els instruments i habilitats específics de les nostres professions. El risc de dur a terme activitats per a les quals no estem preparats, ja siguin de salut pública o d'animació cultural, no és petit i pot comportar malbaratament de recursos.

La solució és l'ENAPISC?

El Departament de Salut promou un nou intent de desenvolupar l'atenció comunitària, del que aquest número dels *Annals* es fa ressò. Una iniciativa que, com la del PIAPISC, ha aplegat molts esforços i ha consultat i mobilitzat molts professionals del sector.

Com reconeix el Consell Assessor⁹ en aquest número dels *Annals* (veieu el detall de la recomanació 5.2) fóra important analitzar el perquè d'aquest abandonament, que és conseqüència d'un conjunt de factors, entre els quals segurament cal incloure, a més dels eventuais errors i limitacions dels autors entre els que modestament m'incloc, possibles pressions dels *lobbies* sanitaris, tant privats com públics, davant una eventual modificació de l'*statu quo* i qui sap si manca de prou convenciment per part dels responsables polítics. Però també cal citar l'absència d'una veritable estratègia per assolir els objectius; una característica que no acabo de veure tampoc en el plantejament actual, malgrat la seva denominació inclogui el terme, perquè estratègia és el conjunt d'accions tàctiques pensades i executades per abastar un objectiu.

Tot això, malgrat que aquelles i aquestes iniciatives i els documents que s'hi refereixen descriuen i descriuen els propòsits i directrius, i en alguns casos arriben fins i tot a formular objectius específics i guies d'aplicació, i que són molt lloables les aportacions del Consell Assessor, així com molt meritòria és bona part del treball desenvolupat

pels experts de les comissions tècniques creades per elaborar “les guies que han de servir per a la implementació efectiva i sistèmica del model de cada procés assistencial clau al territori” després d'assolir el consens dels agents implicats (societats científiques, corporacions, ciutadania, etc.).

Entre aquestes cal destacar la dedicada al model de salut comunitària de la xarxa d'atenció primària, un instrument molt ben dissenyat per al desenvolupament del model a la pràctica. Una aplicació que per materialitzar-se requereix, però, molt més que l'acatament per part dels professionals i treballadors implicats, ateses les profundes modificacions que introdueix a la pràctica assistencial. Cal una adhesió entusiasta que difícilment es pot aconseguir amb documents per molt ben redactats que estiguin, sobretot en uns moments de desconfiança i recels i de cert desencant.

Tanmateix, no es fan explícites les passes a assolir, mitjançant quines accions i amb qui es pot comptar per superar els obstacles i les oposicions previsibles. Es requereix una bona dosi d'experiència i competència i molt coratge per superar la tebiesa que pot provocar una situació política entremaliada i uns entrebancs tan formidables. O potser no s'expliquen per evitar les eventuais reaccions en mostrar les cartes?

Hi ha un acord general que sense una transformació global del conjunt de la sanitat el desenvolupament de l'atenció primària i comunitària no té cap possibilitat real d'èxit. La modernització de la sanitat espanyola i catalana va començar als hospitals que, en part per això i sobretot per d'altres raons, han esdevingut els dispositius més influents de tot el sistema sanitari, condicionant en gran manera el funcionament del conjunt de la sanitat, de manera que una eventual reforma de l'atenció primària no sembla possible sense afectar els hospitals i, en general, el conjunt de l'atenció especialitzada.

Tampoc no es pot oblidar la influència de la formació de grau i de postgrau que reben els titulats i professionals de cara a les seves pròpies expectatives, sobretot quant al paper que han de jugar en la pràctica quotidiana. En aquest sentit convindria recuperar els plantejaments que, entre altres, feia Daniel Callahan, des del Hasting Center¹⁰. Aquestes expectatives afecten també la ciutadania i configuren uns escenaris on el professionalisme —una implicació compromesa i autònoma— tendeix a diluir-se més o menys retòricament.

Com assenyalen Puente i col·ls.¹¹, en aquest mateix número de la revista no es pot pretendre capgirar la situació des dels despatxos dels dirigents, però potser també mitjançant exercicis de participació virtuals. Deien els clàssics que el moviment es demostra caminant i, per això, potser caldria aprofitar millor els esforços que s'hi esmercen, com els esmentats “Salut als barris” o el COMSalut, que tracten d'esbrinar la manera d'afrontar els obstacles i problemes pràctics, entre els quals sobresurt la dificultat

per deixar de fer allò que sabem que no genera valor per a la salut de la població i que, en canvi, pot provocar efectes adversos i danys col·laterals, inclòs un increment de les llistes d'espera. Una limitació que ens treu temps per dedicar-lo a d'altres activitats més prioritàries.

Abans de generalitzar convé assegurar-nos, per tant, que les modificacions que proposem són factibles i generalitzables. Encara no ens n'hem sortit de desprendre'ns del llast de les activitats innecessàries. I, sense saber com ho hem de fer, qualsevol intent de reforma queda molt afeblit. Segurament convé dedicar-hi més recursos, dels que ja disposem però que hem de posar al servei d'aquest propòsit. Per exemple, mitjançant les aliances a les quals es referia Martín-Zurro¹² en l'anterior número dels *Annals*. L'experiència d'acompanyament compartit dels dispositius d'atenció primària i de la resta d'assistència ambulatoria, amb els de salut pública perifèrica i central i els de les administracions locals, al si del projecte COMSalut, sembla prometedora per a trobar els deslloradors.

Des d'una perspectiva més de política general, que també és imprescindible perquè la transformació pugui esdevenir-se, podria ser inspiradora la proposta del *King's Found*¹³, que en primer lloc parteix d'una quantificació de la influència d'alguns dels determinants col·lectius de la salut sobre la morbiditat i la mortalitat de la població del Regne Unit, per identificar els àmbits decisius per abastar un futur més saludable i, el que potser sigui més útil, assenyalant com articular-los per aprofitar les aportacions de cadascun; remarca els canvis que cal abordar, el primer de tots, el del lideratge sobre la salut —que no pertoca forçosament al sector sanitari— però també la generalització de retre comptes que, a més de ser una obligació moral i política, contribueix a dinamitzar el desenvolupament dels processos i, *last but not least*, a modificar la distribució del finançament.

La implicació de la comunitat en una estratègia com aquesta esdevé crucial, des de les entitats cíviques a les administracions locals i, òbviament, els sectors socials més decisius en la generació de la salut de la població que, com és sabut, no és simplement la mera absència de malaltia sinó, tal vegada, una manera de viure autònoma, solidària i joiosa (o, potser engrescadora, que paga la pena).

NOTA

Em permeto referir-me a una anècdota personal com a pacient. Derivat a un servei de rehabilitació per pal·liar els efectes d'una malaltia osteoarticular adequadament diagnosticada, la primera prescripció fou una tomografia computada, tot i que el resultat de la prova no afectaria el programa de rehabilitació. Era per saber com estava. Però l'exposició a la radiació era desproporcionada i, a més, allargava la llista d'espera d'altres pacients, alguns dels quals sí que podien beneficiar-se d'aquesta mena d'exploracions. Saber el que passa és un plantejament del tot lògic, però de vegades innecessari.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. WHO. Ten threats to global health in 2019. Consultable a: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Accés el 14 d'agost de 2019.
2. Pastor R, López A, Pérez M, Gervas J. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71:479-85.
3. Varela J. 5 intensitats de provisió per a 1 sanitat més valuosa. Barcelona: Gesclinvar consulting GCV; 2019. p. 68.
4. Strauss M. *Familiar medical quotations*. Boston: Little, Brown and Company; 1968. p. 625.
5. Engel G. The need of a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
6. Bartz R. Beyond the biopsychosocial model. New approaches to doctor patient interactions. *J Fam Practice*. 1999;48:601-7.
7. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:175-9.
8. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Acord. GOV/236/2010, de 23 de novembre. DOGC 5766 de 30 de novembre. Consultable a: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/5766/1152848.pdf>.
9. Consell Assessor de Salut. Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària. *Annals de Medicina*. 2019;102(3):101-104.
10. The goals of medicine. Setting new priorities. *Hastings Cent Rep*. 1996. Nov-Dec;26(6):S1-27.
11. Puente A, López MJ, Leal M, Ramírez A, Sospedra J, Nadal C. Atenció primària i salut comunitària: repte de futur del sistema nacional de salut. *Annals de Medicina*. 2019;102(3):98-100.
12. Martín Zurro A. Alma-Ata i la reforma de l'atenció primària i comunitària a Espanya i a Catalunya. *Annals de Medicina*. 2019;102(3):50-52.
13. Buck D, Baylis A, Dougall D, Robertson R. A vision for population health. Towards a healthier future. London: The King's Fund; 2018. Consultable a: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/vision-population-health>. Accés el 14 d'agost de 2019.

ENAPISC: la reforma impossible

Joan Gené Badia

Atenció Primària CAPSBE-ICS. Universitat de Barcelona.

Resum

Les protestes dels professionals d'atenció primària i de les organitzacions socials per la precarietat d'aquest àmbit assistencial han fet que el Departament de Salut reactivés el projecte ENAPISC. Aquest és un pla estratègic de millora de l'atenció primària, no gaire innovador, basat en plantejaments ideològics més que en una anàlisi objectiva dels serveis i de l'entorn, que proposa de forma poc precisa imposar millores pressupostàries i potenciar diferents unitats d'atenció primària partint de les especialitats mèdiques. Malauradament no concreta com implementarà el canvi ni compta amb la complicitat dels líders naturals de l'atenció primària. Malgrat tot, és molt positiu que el Departament de Salut s'interessi per l'atenció primària.

Cansats de remar contracorrent

Quan llegeixo el projecte ENAPISC no puc deixar de pensar en l'acudit de la regata de traineres dels diferents serveis autonòmics de salut. El CatSalut havia arribat darrer i aquesta desfeta vergonyant va originar que la conselleria convoqués urgentment un comitè d'experts per dissenyar un pla estratègic de millora. La comissió va analitzar acuradament l'estructura i el procés de l'embarcació. Efectivament hi havia el nombre necessari de directors generals i d'assessors, una estructura administrativa i jeràrquica triplicada (Departament de Salut, CatSalut i Institut Català de la Salut [ICS]), una adequada diversitat de proveïdors amb tres patronals que originava un sofisticat i complex sistema d'avaluació i de pagament, i finalment a la popa de la trainera hi van trobar un remer escanyolit. La conclusió de la comissió va ser clara. L'estructura era impecable. Només calia fer un curs de formació al remer.

Fa massa anys que l'atenció primària és el remer del sistema sanitari. Les vagues del novembre passat van deixar palès que ja està cansat de remar contracorrent i d'arrossegar

un sistema sanitari que el té oblidat però li diposita quasi tota la responsabilitat de la contenció pressupostària^{1,2}. Segurament per apaivagar aquest malestar, la Conselleria desenterra un altre document dels molts que s'han publicat des del llançament del Pla d'Innovació de l'Atenció Primària l'any 2008. Possiblement, a un observador imparcial el sorprendria que se segueixi insistint en formar el remer sense ni una mínima mostra d'autocrítica del sistema sanitari. Als catalans, en canvi, no ens estranya; ja sabem que el sistema està enrocant. L'equilibri d'interessos dels diferents actors impedeix qualsevol canvi³. La conselleria també ho sap, però intenta guanyar temps publicant uns documents estratègics que cada vegada generen menys il·lusió.

Una estratègia sense anàlisi de situació

Sorpren que no es parteixi d'una anàlisi externa de les amenaces i oportunitats de l'entorn i de les fortaleeses i debilitats del propi sistema. Es comença amb una declaració de bones intencions: atenció primària com a eix vertebrador del sistema, atenció centrada en la persona, potenciar l'abordatge comunitari, afavorir la participació ciutadana i professional o garantir la qualitat. Compartim aquest conjunt de bons propòsits, però no trobem reflectits en el document les mesures concretes que els faran possibles.

Trobo a faltar que l'ENAPISC reconegui que, malgrat les retallades pressupostàries i de plantilla, l'atenció primària és l'àmbit del sistema sanitari que més ha contribuït als bons indicadors de salut de la població i que, juntament amb l'ingrés hospitalari, sigui el nivell més ben valorat pels ciutadans⁴.

Pel que fa al model de serveis, no considera l'avaluació de l'Observatori Europeu de Polítiques i Serveis de Salut de l'Organització Mundial de la Salut, que critica l'excés d'estructura burocraticoadministrativa⁵ i que posa de relleu una manca d'infermeres i d'altres professionals de la salut amb un nombre adequat de metges⁴. Avui encara segueix passant tot pel metge.

El projecte reconeix el progressiu envelliment de la població, però obvia que el Departament de Salut, a través del Programa d'Atenció a la Cronicitat, ja està treballant aquest tema des de l'any 2011. Durant tot aquest període ha estat incapaç d'integrar els serveis socials i sanitaris i de millorar la relació entre els diferents proveïdors de salut del territori; ni tan sols ha pogut reduir els ingressos aguts per patologia crònica.

Correspondència: Joan Gené Badia
Atenció Primària CAPSBE-ICS
Universitat de Barcelona
C/ del Rosselló, 161
08036 Barcelona
Tel. 932 279 805
Adreça electrònica: joangenebadia@gmail.com

No sembla que els experts redactors del document coneguin la ineficiència i la ineficàcia del nostre model de gestió de l'acompliment conegut popularment com les DPO. Un mètode que ja han abandonat altres països com el Regne Unit perquè han perdut la fascinació inicial quan han avaluat el seu impacte⁶. Al contrari, avancen cap a un lideratge compartit i descentralitzat que no és res més que la implicació dels professionals en el govern i la gestió de les organitzacions en què treballen.

Un conjunt de serveis especialitzats

Malgrat que el document menciona un desig d'avançar en l'atenció centrada en la persona, en realitat proposa una atenció centrada en la malaltia i en els seus especialistes. L'ENAPISC entén l'atenció primària com un conjunt de serveis vinculats a cadascuna de les diferents especialitats. Parla de la salut comunitària vinculada a la salut pública, dels equips de salut mental i addiccions —en mans dels psiquiatres—, de l'atenció a la cronicitat i complexitat sota el lideratge dels geriatres, de les unitats d'atenció sexual i reproductiva portades per ginecòlegs, de les unitats pediàtriques ateses pels pediatres i, finalment, de les urgències i la cartera de serveis, que deu ser l'eufemisme per recollir les receptes i les baixes que deixen pels metges de família.

Aquest resultat és d'esperar quan es redacta el document mitjançant comissions tècniques de cadascun dels serveis especialitzats, liderades pels mateixos especialistes, ja que inevitablement acaben amb el conegut: “*què hi ha d'allò meu?*”. Conclouen que cada servei ha de créixer en complexitat, cartera, autonomia i, en conseqüència, en personal i pressupost. No defineixen clarament com es coordinaran ni com garantiran la continuïtat assistencial. Potser els redactors de l'ENAPISC opinen que els conceptes d'atenció centrada en la persona o de la longitudinalitat assistencials són idees passades de moda. És molt possible que no hagin revisat una bibliografia recent que confirma que la contribució dels metges de família a la reducció de la mortalitat és molt superior a la de la resta d'especialistes⁷, justament per mantenir aquesta visió global de la persona i fer-ne un seguiment continuat.

Autonomia de gestió i participació

Si un concepte ha perdut el seu significat per excés d'ús a Catalunya és el d'autonomia de gestió. Apareix en tots els documents. Aquesta vegada referit a la participació professional en l'elecció del seu director. No és una iniciativa excessivament innovadora, ja que s'està aplicant en la majoria d'equips. Al contrari, sorprèn que no es proposi una regeneració democràtica de tota l'estructura de gestió. Em crida l'atenció que no es creïn unes juntes clíniques que tinguin un paper efectiu, no només en l'elecció del director sinó en totes les decisions importants, tant pressupostaries com clíniques, organitzatives o de gestió de personal, de

forma com ho fa l'Hospital Clínic o en línia del document del Consell Assessor de Salut que proposa nous models de governança amb participació professional⁸. Potser l'ENAPISC entén que hem de seguir complint els objectius del gerent del CatSalut en lloc de procurar que els equips d'atenció primària siguin unes organitzacions democràtiques implicades en resoldre de forma participativa els problemes locals de salut.

Només són bones intencions

Als anys vuitanta vam tirar endavant una reforma de l'atenció primària realment innovadora que va servir de model per a altres països del centre, est i sud d'Europa, així com per a molts d'Amèrica Central i Amèrica del Sud. Malauradament, i malgrat els intents de les diferents conselleries, hem d'admetre que des de la seva finalització l'any 2003 no s'ha aconseguit millorar el model original. Al contrari, s'ha retrocedit substancialment amb la crisi econòmica. Avui tornem a visitar més de 40 pacients diaris en consultes de menys de deu minuts.

L'ENAPISC planteja un conjunt de desitjos, poc innovadors però molt lloables, com són, per exemple: augmentar la proporció del pressupost destinat a l'atenció primària fins el 25%, incrementar el finançament de les àrees bàsiques de salut socialment més desfavorides, millorar el prestigi dels professionals d'atenció primària o potenciar la recerca i la docència, especialment a la Universitat. Però no explica com aconseguiran implantar-ho. Si el comparem, per exemple, amb el Pla Estratègic d'Atenció Primària de Navarra, observem que aquest detalla amb més precisió “com”, “quan”, “qui” i “amb què” desenvoluparà operativament les directrius estratègiques, fet que el fa molt més creïble⁹.

La reforma dels vuitanta va ser exitosa perquè vivíem una transició democràtica de la societat, perquè la Generalitat, que acabava de rebre les transferències, volia demostrar que gestionava millor que el Ministeri i perquè un grup important d'infermeres, d'inspectors i de metges de família vam liderar aquest projecte amb generositat i valentia. La mateixa ciutadania reclamava la reforma, ja que efectivament suposava una millora. Malgrat tot, el procés va ser llarg i conflictiu i va generar moltes tensions entre els diferents actors del sistema.

Actualment no es donen aquestes circumstàncies ni s'identifica un lideratge clar del projecte. Ni tan sols existeix un alt càrrec del CatSalut o de l'ICS amb responsabilitat exclusiva sobre l'atenció primària. Al contrari, el departament vol que uns directius, acostumats a conservar el càrrec procurant no molestar els poders fàctics, implantin a temps parcial una reforma que no té ni un pressupost definit, ni uns objectius clars ni la complicitat dels líders naturals de l'atenció primària.

El lideratge del canvi es troba fora de l'ENAPISC. Organitzacions com Metges de Catalunya, Marea Blanca,

Rebelión Primaria o el FOCAP convoquen mobilitzacions que provoquen reactivament promeses de canvis puntuals que sovint no es poden complir o no encaixarien dins d'un projecte estructurat de millora. Forcen, per exemple, que els directius acabin promettent augments del nombre de metges i s'acaben contractant professionals sense especialitat quan en realitat caldria incrementar el nombre i les competències d'infermeria i canviar el model organitzatiu.

Conclusió

L'ENAPISC és un projecte del Departament de Salut de millora de l'atenció primària que no està gaire ben definit, gens innovador, basat en prejudicis més que en una anàlisi acurada de la situació, sense pressupost ni un lideratge clar, que planteja objectius pressupostaris poc realistes, que no vol molestar els altes actors del sistema i que no compta amb la complicitat dels líders informals de l'atenció primària. Si efectivament aconseguim el que es proposa, haurem de cremar tots els manuals sobre reformes de sistemes sanitaris.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Gené-Badia J. Atención primaria: urge cambiar para mantener la calidad. *Aten Primaria*. 2019 May;51(5):266-8.
2. Gallo P, Gené-Badia J. Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*. 2013;113:1-7.
3. Gené J. Un sistema sanitari blindat. *El Diari de la Sanitat*, 26 de juny de 2018. Consultable a: <https://diarisanitat.cat/un-sistema-sanitari-blindat/>. Accés el 20 de juny de 2019.
4. 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;20:1-179.
5. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe. *Observatory Studies Series 38*. United Kingdom: World Health Organization; 2015. Consultable a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf. Accés el 21 de setembre de 2018.
6. Gené J. Com és que seguim incentivant els objectius de qualitat? *El Diari de la Sanitat*, 19 de febrer de 2018. Consultable a: <https://diarisanitat.cat/que-seguim-incentivant-objectius-qualitat/>. Accés el 20 de juny de 2019.
7. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips R. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med*. 2019;179(4):506-14. Consultable a: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7624>. Accés el 20 de juny de 2019.
8. Consell Assessor de Salut. Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària. *Annals de Medicina*. 2019;102(3):101-104.
9. Segura A, Martín Zurro A. L'ENAPISC i el Pla Estratègic d'Atenció Primària i Comunitària de Navarra 2019-2022. *El Diari de la Sanitat*, 30 de maig de 2019. Consultable a: <https://diarisanitat.cat/enapisc-i-el-pla-estrategic-datencio-primaria-i-comunitaria-de-navarra-2019-2022/>. Accés el 21 de juny de 2019.

Atenció primària catalana, l'eix vertebrador que vol i pot ser

Javier K. O'Farrill

Metge d'Atenció Primària. EAP Blanes; President del sector Primària ICS de Metges de Catalunya.

Resum

L'atenció primària és el centre de discussió en qualsevol debat sobre el present i el futur del sistema públic de salut. Les societats científiques i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) plantegen que els estats amb sistemes de salut finançats amb recursos públics haurien de destinar el 25% del pressupost sanitari a la xarxa d'assistència primària. A Catalunya, l'any 2019 la xifra per a aquesta partida només va arribar al 16,9% del pressupost consolidat del Departament de Salut.

A més a més, l'atenció primària va patir una pèrdua de 900 facultatius arran de les retallades iniciades el 2010 com a conseqüència de la crisi econòmica. Els pacients han de desplaçar-se a més distància del seu domicili per rebre atenció nocturna i han vist com el temps d'espera per aconseguir visita programada amb el seu facultatiu d'atenció primària, així com la derivació d'aquest al segon nivell assistencial, és cada vegada major; això genera estrès en tot el sistema i, especialment, en els seus professionals.

Com a conseqüència d'aquestes retallades, recentment els professionals del sector han dut a terme unes sorolloses protestes perquè consideren que han perdut autonomia en la seva gestió i que hi ha hagut un desplaçament progressiu de la relació metge-pacient cap a la perifèria, quan sempre havia estat el centre. Senten que se'ls ha arrabassat la capacitat d'establir una relació de confiança amb els seus pacients perquè el temps d'atenció és mínim, fet que incrementa el risc de cometre errors. A més, les retribucions cada vegada són més minses si les comparem amb els territoris i els països del nostre entorn econòmic.

Molts estudis, que coincideixen plenament amb l'enquesta feta per la secretaria de salut laboral de Metges de Catalunya (MC), demostren que l'atenció primària té un 50% de prevalença de síndrome d'esgotament professional (*burnout*) i aquesta és una dada catastròfica.

L'atenció primària de salut mereix una reflexió i un pla de consens per esdevenir, aquesta vegada sí, l'eix vertebrador del sistema.

Un conflicte que no és nou

L'atenció primària catalana, tal com la coneixem avui dia, d'aquí a pocs mesos complirà 35 anys. El 21 de març de 1985, el Govern de la Generalitat va articular la norma que va donar forma al primer nivell assistencial català.

El desplegament territorial de la xarxa de centres d'atenció primària (CAP) podem dir que ha estat exitós. La salut comunitària atén, cada vegada més, de manera integral les necessitats de la població, amb una aproximació biopsicosocial i amb actuacions que van des de la prevenció i la promoció de la salut fins a la rehabilitació, coordinant tot el personal d'atenció primària (metgesses de família, pediatres, ginecòlegs, infermeres, odontòlegs, psicòlegs, radiòlegs, etc.). La reforma, doncs, ha tingut uns resultats extraordinàriament positius en qualitat i seguretat per a la població; però els problemes de fons s'han mantingut i han anat irritant i esgotant progressivament els professionals. I han arribat al seu clímax amb les polítiques de retallades aplicades des de l'any 2010, que han provocat en el primer nivell assistencial una percepció de menyspreu i de sentir-se tractat com una sanitat de segona. Sensació que, si mirem els pressupostos, és objectivable i mesurable. En concret, l'atenció primària ha passat de tenir un pressupost de 1.716 milions el 2007 a tenir-ne un de 1.377 milions els últims anys, una davallada del 25% del pressupost que ha implicat la pèrdua de més de 900 facultatius en plantilla i una tisorada salarial del 6,8%, que representa una minva de poder adquisitiu del 30%.

A més de les dificultats econòmiques dels darrers anys, en les tres dècades transcorregudes des de la reforma de l'atenció primària, la societat catalana ha experimentat canvis socioeconòmics, tecnològics i demogràfics que han transformat les necessitats assistencials. Ara, l'atenció primària és l'àmbit preferent per a l'atenció a la cronicitat i també per respondre a la demanda derivada de l'envelliment de la població, amb patologies de major complexitat.

Els canvis i el creixement de l'ús i freqüentació dels serveis d'atenció primària no han anat acompanyats d'una adaptació del desenvolupament professional i d'una estratègia de formació específica. A més, per obra i gràcia

Correspondència: Javier K. O'Farrill
Metges de Catalunya
C/ Consell de Cent, 471-475, esc. B, entresol
08013 Barcelona
Tel. 932 651 177
Adreça electrònica: jofarrill.girona.ics@gencat.cat
Pàgina web: www.metgesdecatalunya.cat

dels gestors, les condicions laborals s'han anat devaluant i l'especialitat de medicina familiar i comunitària ha anat perdent prestigi i atractiu per als joves professionals, que creuen que la medicina de qualitat, se circumscriu a l'àmbit hospitalari. El contacte dels metges novells amb l'atenció primària es produeix durant el període de residència i, normalment, l'experiència és positiva i satisfactòria, pel grau de proximitat que s'estableix amb els pacients i per la possibilitat de mantenir el continuïtat assistencial. No obstant això, els joves facultatius també observen les dificultats i el context laboral del primer nivell assistencial i opten per altres sortides professionals.

L'"hospitalcentrisme" no és una característica única del sistema sanitari català. La majoria de països desenvolupats dissenyen la seva organització sanitària al voltant dels hospitals, ja siguin de primer, segon o tercer nivell; però la diferència és la dotació econòmica que s'assigna a l'atenció primària. La tecnologia complexa, les grans gestes mèdiques, els titulars mediàtics relacionats amb la recerca biomèdica es produeixen en l'entorn hospitalari. L'atenció primària queda relegada perquè, potser, per als gestors i els polítics, és menys glamurosa.

On ens trobem

La retallada de personal iniciada l'any 2010 i la manca de cobertura per a la formació, la reducció de jornades, les jubilacions, les baixes, els permisos establerts i les vacances, han disparat el nombre de visites diàries, elevat la pressió assistencial i, com a conseqüència, la síndrome d'esgotament entre els professionals fins prop del 50%, segons una enquesta del sindicat mèdic.

La manca de facultatius en l'atenció primària s'ha traduït en un increment del temps d'espera dels pacients per obtenir una visita programada amb la seva metgessa de capçalera. La demora se situa entre els cinc i els 30 dies —el 41% dels catalans ha d'esperar més d'una setmana per aconseguir visita amb el seu metge—, sense oblidar que per a les derivacions o per a la realització de proves diagnòstiques aquesta demora pot superar, com a mínim, els quatre mesos, i generar, per tant, reconsultes, que empitjoren l'accessibilitat al primer nivell assistencial.

Per pal·liar aquesta situació, l'administració sanitària ha optat per una actuació passiva-reactiva, sense afrontar els problemes de fons. Ha ofert contractes precaris, en especial als metges joves, mentre ha seguit confiant en l'actitud vocacional i la hiperprofessionalitat del personal facultatiu per treure les castanyes del foc, sense que la qualitat assistencial se'n ressentís, tot i la degradació del sistema.

La paciència dels professionals sembla esgotada. El 75% dels facultatius d'atenció primària es va adherir a la vaga convocada per MC entre els dies 26 i 29 de novembre de 2018. Els motius de la protesta es fonamentaven en la pressió assistencial "desmesurada i sostinguda" en què

convivim els facultatius, amb una càrrega assistencial molt per sobre de la jornada de treball: és fàcil superar les 40 visites diàries i el temps d'atenció per pacient es redueix fins als cinc o sis minuts.

Les mobilitzacions de la tardor de 2018 han suposat una disrupció de l'*statu quo*, de manera que el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya s'ha vist obligat a pactar mesures de xoc amb els representants del col·lectiu mèdic:

- Contractació de 300 metges de família i 20 pediatres, que permetrà dimensionar correctament el nombre de professionals a les característiques de salut i socioeconòmiques de la població actual.

- Adequació de la població assignada a cada professional a l'estudi de càrrega revisable.

- Establiment d'un temps adequat per a cada tipus de visita.

- Voluntarietat en l'assumpció remunerada de les visites que excedeixin la càrrega de treball òptima.

- Tancament de tots els equips d'atenció primària (EAP) i d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) com a màxim a les 20:00 hores.

- Increment de l'oferta de places MIR de medicina familiar i pediatria al màxim de la capacitat docent de l'Institut Català de la Salut.

- Recuperació del 100% del complement variable per objectius (DPO) en un termini màxim de 24 mesos.

- Eliminació de les restriccions que limiten la consecució del III i IV nivell de la carrera professional com s'obté en altres categories i nivells assistencials.

- Elecció participada de les direccions d'equip d'atenció primària, prioritzant l'opinió dels treballadors, i avaluació periòdica d'aquests comandaments.

La implantació d'aquestes mesures i altres pactades entre MC i el Departament de Salut s'està produint amb excessiva lentitud i amb no poques reticències per part d'algunes direccions territorials d'atenció primària. El sindicat mèdic ha advertit que no tolerarà l'incompliment del pacte i està disposat a convocar noves mobilitzacions en el primer nivell assistencial si es manté el bloqueig a les mesures.

Repensar, redefinir, renovar

El maig de 2017, el Departament de Salut va presentar l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC), un pla de reorganització xifrat en 397 milions d'euros que pretén impulsar un nou model d'atenció primària transversal com a eix vertebrador del sistema de salut.

L'ENAPISC és l'últim projecte vigent de reforma de l'atenció primària presentat per l'Administració. Es tracta d'una bona declaració d'intencions, però sense calendari d'implantació ni termini d'execució i condicionat a la disponibilitat pressupostària. Per ara, s'han produït dues

reunions del consell assessor del pla, que compta amb la participació dels professionals, però no hi ha cap avenç tangible ni previsió que arribi a curt termini.

L'atenció primària camina, doncs, sense brúixola, apagant focs i atenent emergències. Tot i que el finançament és una part fonamental del problema, no és l'única.

Calen reformes que afectin aspectes conceptuals, organitzatius i de gestió, que, entre altres, han d'incidir en el treball comunitari, en la cultura laboral dels professionals i en la manera d'afrontar, de debò, de forma integral, l'atenció de salut. La població tampoc pot quedar al marge d'aquest nou model i ha de prendre consciència de l'ús que fa dels serveis sanitaris, des de la responsabilitat, l'assumpció de deures i compromisos, i també d'exigència davant els polítics d'una atenció primària, pública, de proximitat i correctament pressupostada. Cal invertir esforços en la projecció científica, professional i social dels facultatius d'atenció primària, des de la perspectiva de la remuneració, del benestar laboral i del desenvolupament de la carrera professional. Cal posar en

valor el principal capital del sistema, els seus professionals, reconeguts no només per la nostra població sinó també a nivell internacional per la seva formació i capacitat assistencial, però que es veuen centrifugats cap a altres àmbits o països, ja que no se'ls ofereix l'oportunitat d'exercir la seva especialitat amb dignitat i plenitud.

Per descomptat, els polítics i gestors sanitaris també han de prioritzar l'atenció primària, fent polítiques encaminades a visibilitzar l'especialitat durant la formació mèdica i incrementar el seu pressupost fins al 25% de la despesa total en salut. Això permetria, entre altres coses, promoure la salut comunitària, comptar amb un nombre de professionals adequat a les característiques de la població i garantir una millor accessibilitat al sistema, un temps per visita molt més òptim que l'actual, amb qualitat, seguretat i satisfacció per a tots els implicats, que esdevindria en una atenció primària com a eix vertebrador del sistema que vol i pot ser. En cas contrari, aquest nivell assistencial perdria no només el prestigi sinó l'essència de la seva fundació.

Atenció primària i salut comunitària: innovació i talent col·lectiu

Glòria Jodar Solà¹, Lorena Villa-García², Enric Mateo Viladomat³

¹Equip d'Atenció Primària Sant Andreu de la Barca – Institut Català de la Salut; Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; Universitat de Barcelona; ²Centre d'Atenció Primària Can Bou – Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); ³Equip d'Atenció Primària Can Bou – CASAP. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; Universitat Autònoma de Barcelona.

Resum

L'atenció primària de salut ha d'evolucionar en un procés de reforma obert i continu com a eix central del sistema de salut, d'acord a les necessitats canviants de les poblacions i de la societat en general; ha d'abordar les solucions adequades a partir de l'atenció integrada i el treball en xarxa. L'atenció familiar i comunitària és l'element nuclear per mantenir i millorar la salut física, mental i de benestar de les persones a partir dels determinants de salut, conductes i estils de vida saludable des d'una mirada comunitària, que ha de participar com agent actiu de la transformació i el canvi.

Introducció

Parlar d'atenció primària és parlar de salut i de com millorar-la per al conjunt de la població. En canvi, no totes les persones tenen les mateixes necessitats ni disposen dels mateixos recursos; per aquest motiu, en els últims 10-15 anys s'han introduït alguns canvis i reformes que han augmentat l'accés als serveis, utilitzant les tecnologies de la comunicació i de la informació (TIC) o mitjançant un major apropament als domicilis i a la comunitat.

No obstant això, tant l'organització com les dinàmiques internes de les organitzacions sanitàries i dels rols professionals del sistema de salut segueixen basades en jerarquitzacions perpètuas i estanques, divisions i cultures organitzatives obsoletes que segueixen fragmentant l'atenció.

Durant aquests anys s'han dut a terme petites innovacions per a reformar de nou l'atenció primària de salut (APS) des d'una perspectiva teòrica, amb l'objectiu de reforçar-la però sobre el mateix model de la reforma iniciada els anys 1980, que encara no ha demostrat un gran impacte sobre els resultats de salut ni del cost de l'atenció

o la demanda derivada¹. Es continua enfocant el model en la malaltia i en la fragmentació de la cura, en les aspiracions de cada col·lectiu professional i en polítiques institucionals allunyades dels professionals però, sobretot, sense tenir en compte com s'està oferint l'atenció a les persones. En definitiva, se segueix amb una pràctica encara individualista i massa centrada en les visites i les agendes dels centres, amb uns equips de professionals amb dinàmiques que afavoreixen poc la cohesió interna i el ple desenvolupament de totes les professions².

Per evolucionar d'una forma efectiva en la transformació de l'APS, creiem necessari avançar en processos d'innovació basats en un disseny cooperatiu entre la població i els diversos agents de salut implicats, per aconseguir solucions òptimes i diverses sobre els serveis, l'organització i les formes d'interacció entre comunitats i professionals, amb l'objectiu de millorar el benestar i la salut de la població però sense sacrificar els quatre elements clau definits per Barbara Starfield: primer contacte, integral, coordinada i contínua³.

El repte de futur immediat passa per una cultura de treball en equip participativa, col·laborativa i de cooperació per a dissenyar nous espais de salut comunitària des de la participació horitzontal, on s'integrin els serveis i accions alineades de tots els professionals i es posi l'èmfasi en el model salutogènic centrat en la cura de les persones⁴.

Hem d'allunyar-nos d'un sistema centrat únicament en el diagnòstic i en el tractament de malalties i promoure un model que se centri en el benestar, la promoció, la prevenció de la salut i la disminució de les desigualtats. Millorar la salut de la població és una responsabilitat compartida que depèn d'un canvi de model, sobretot, de l'equip de professionals, que ha d'estar liderat de baix a dalt i que implica deixar de fer moltes coses o fer-les d'una altra manera.

És necessari un marc d'acció per al model de treball en xarxa basat en cinc estratègies prioritàries:

Estratègia 1. El lideratge compartit dels equips d'atenció primària i de la comunitat és clau per promoure i millorar la salut

El lideratge és indispensable per orientar i implementar de forma eficient l'atenció centrada en les persones en un nou model de xarxa de salut comunitària. Per això, és necessari

Correspondència: Glòria Jodar Solà
Equip d'Atenció Primària (EAP) Sant Andreu de la Barca
Av. Constitució, 37
08740 Sant Andreu de la Barca
Tel. 936 530 814
Adreça electrònica: gjodar.cp.ics@gencat.cat

un canvi en el sistema de salut. Els professionals dels equips d'atenció primària són els qui poden i han de liderar innovacions centrades en les persones i en la comunitat.

Liderar la innovació vol dir promoure un nou estil de lideratge que prioritzi la implicació dels professionals i l'autonomia organitzativa, que tingui en compte les persones per tal d'incloure-les en la presa de decisions pel disseny, producció i millora dels serveis.

Els equips d'atenció primària són els que coneixen millor la població i el seu entorn; a més a més, tenen població assignada directament amb l'objectiu que esdevinguin els seus referents de salut al llarg de tota la vida en qualsevol situació, edat i condició.

Estratègia 2. Autonomia per organitzar-se i reconeixement del lideratge comunitari

L'autonomia organitzativa que els equips necessiten i reclamen per liderar aquesta nova xarxa d'atenció s'ha de garantir sense posar el focus només en la gestió de recursos i estructures. Cal conèixer les necessitats reals de les diferents comunitats; això té un cert paral·lelisme amb l'autonomia que cal reconèixer a les persones per poder prendre decisions responsables sobre la seva salut.

El suport continuat, tant de les metgesses i els metges com de les infermeres i infermers familiars i comunitaris, ha de contribuir a augmentar les habilitats i la confiança per autogestionar aspectes relacionats amb la pròpia salut, implicant-se en el seu propi pla terapèutic de comú acord amb els professionals referents. Aquests han de coordinar-se amb altres professionals de la xarxa de salut del territori, segons cada especificitat i de manera individualitzada i pactada amb les persones.

Els referents de salut dels equips d'atenció primària estan capacitats per oferir una atenció molt més integrada al llarg de tota la vida i en qualsevol situació i identificar riscos, problemes i necessitats des d'una lògica de cooperació entre els professionals i la població⁵.

Estratègia 3. Desenvolupament de totes les competències professionals: la mirada des de la cura

És imprescindible comptar amb totes les mirades, indiscutiblement també la mirada infermera, per afavorir aquest canvi. Tal com apunta l'estratègia *Nursing Now*⁶, la capacitat creativa i innovadora de les infermeres és una realitat que no podem deixar perdre. Les infermeres poden contribuir molt en la cura de les persones, les famílies i la comunitat sempre que puguin desenvolupar plenament totes les competències i disposin de les eines necessàries per ésser resolutives en benefici tant de professionals com de la població, en definitiva, de la societat. Aquest desenvolupament mai pot dur-se a terme des de la confrontació ni la reivindicació corporativa, sinó amb la voluntat d'aportar el talent, els valors i la màxima competència infermera, sovint poc visibles.

Processos d'autoregulació professional, com la gestió infermera de la demanda que fa temps estan duent a terme les infermeres catalanes, demostren que estan capacitades per oferir una atenció integral dins del seu àmbit competencial i davant de qualsevol motiu de consulta. Malgrat això, les infermeres es veuen abocades a treballar sota normes obsoletes i ineficients -amb les limitacions que això comporta- que provoquen duplicitats de processos i interrupcions que repercuteixen tant en les infermeres com en altres professionals, però sobretot en els usuaris.

Les infermeres familiars i comunitàries han de participar molt més activament en la cura compartida de la població assignada, així com del continuïum, del seu cicle vital i de tots els aspectes de promoció, prevenció, recuperació i rehabilitació en el seu entorn i context sociocultural^{7,8}.

En aquest sentit, donem la benvinguda a l'aposta del Departament de Salut en l'estratègia *Nursing Now* a Catalunya i esperem que sigui determinant per liderar tant l'atenció com la coordinació dels dispositius de la xarxa social i sanitària, amb l'objectiu de minimitzar els efectes de la fragmentació i, sobretot, d'apropar les cures infermeres, tant al centre com al domicili, a les persones i a la comunitat.

Estratègia 4. Atenció integrada

Hi ha prou evidència sobre la necessitat d'oferir una atenció social i sanitària més integrada, amb màxima participació comunitària. Les especialitats familiar i comunitària, com a referents, han de garantir el seguiment de totes les necessitats de les persones en totes les etapes de la vida, per tal d'assegurar que s'integrin les intervencions assistencials que han de rebre les persones. Correspon a l'APS liderar aquesta desitjada integració i, per aquest motiu, cal comptar amb més recursos i, sobretot, amb molta més autonomia de gestió.

Fugir de comportaments competitius i corporatius entre els diferents professionals i les diferents especialitats facilitarà eliminar barreres en la cooperació i en l'atenció integral que necessiten les persones. El treball en xarxa ha de facilitar que la població disposi dels serveis d'altres especialitats que resolguin especificitats sobretot en la població més gran i amb nivells de cronicitat i complexitat que s'hauran d'abordar des de geriatría, treball social, teràpies ocupacionals o fisioteràpia, entre molts d'altres^{9,10}.

L'atenció al domicili ha de ser capaç de donar servei i cobertura bàsica i resolutiva a qualsevol edat; s'entén per llar no només el domicili habitual de la persona sinó també la residència, l'escola, el casal, etc. Podem ja afirmar que moltes noves tecnologies permeten realitzar procediments terapèutics a casa, com ara diàlisi, tractaments oncològics o proves complementàries, sense que s'hagin de desplaçar les persones i cuidant del seu confort¹¹.

Estratègia 5. Recursos i finançament

Cal liderar la innovació des de nous paradigmes que potenciïn organitzacions més intel·ligents, disruptives i enfocades a transformar l'APS amb el talent col·lectiu. També cal augmentar de manera determinant un mínim del 25% el pressupost per a l'APS, que milloraria les condicions de treball, el reconeixement dels professionals i el potencial innovador de l'atenció primària. És indispensable superar inèrcies i estar disposats a transformar serveis per introduir nous espais d'activitats, considerant sempre la participació activa de la població en benefici de tots.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Palomo L, Gené-Badia J, Rodríguez-Sendín JJ. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(Supl 1):14-9. Consultable a: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.06.010>. Accés el 20 d'agost de 2019.
2. Acord GOV/236/2010, de 23 de novembre, pel qual s'aprova el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. DOGC. Núm. 5766, 30 de novembre de 2010. Consultable a: www.gencat.cat/salut. Accés el 20 d'agost de 2019.
3. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344(8930):1129-33. Consultable a: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3). Accés el 20 d'agost de 2019.
4. Model de salut comunitària a la xarxa d'atenció primària. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC). Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2019. Consultable a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/comissions-tecniques/salut-comunitaria-enapisc.pdf. Accés el 20 d'agost de 2019.
5. Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería. Barcelona: Universitat de Barcelona Edicions; 2006.
6. All-Party Parliamentary Group on Global Health. Triple Impact. How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. Londres: All-Party Parliamentary Group on Global Health; 2016. Consultable a: www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG-triple-impact.pdf?ua=1. Accés el 20 d'agost de 2019.
7. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, 2010 29 de junio;157:57217-50. Consultable a: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729>. Accés el 20 d'agost de 2019.
8. Espelt-Aluja P, Jodar-Solà G, Balaguer-Cerdà N. Aportació de la infermera a l'atenció primària de salut. Barcelona: Departament de Salut; 2010.
9. Baird B. Primary care networks explained; 2019 (última actualització: 1 de juliol de 2019). Consultable a: www.kingsfund.org.uk/publications/primary-care-networks-explained. Accés el 20 d'agost de 2019.
10. Public Health England. Public health advice and support arrangements into Integrated Care Systems in England. Londres: PHE publications; 2019. Consultable a: <https://www.gov.uk/government/publications/integrated-care-in-england-public-health-advice-and-support>. Accés el 20 d'agost de 2019.
11. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Desplegament 2017 - 2020. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016. Consultable a: https://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_document_desplegament_2017_2020.pdf. Accés el 20 d'agost de 2019.

Disseny i implantació de l'aplicació mòbil manSegures: una eina per a la formació dels professionals sanitaris en el procediment de la higiene de mans

Dolors Domènech-Bagué¹, Darío Madrid-Alonso², Marina Figueras-Besalú¹, Sonia Uriona-Tuma¹, Montserrat Fusellas-Masgrau¹, Josep Antoni Carpio-Martínez¹, Yolanda Morales-Lozano³

¹Servei de Medicina Preventiva i Salut Pública; ²Unitat de Tecnologies de la Informació i Comunicació; ³Servei d'Hemodiàlisi. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona.

Introducció

Les infeccions relacionades amb l'assistència sanitària (IRAS) són un important problema de salut pública degut a la seva elevada morbiditat, la prolongació de l'estada hospitalària i l'augment dels costos sanitaris que comporten.

Investigacions recents han identificat causes multifactorials que contribueixen a l'increment de les taxes d'aquest tipus d'infeccions dins dels diferents contextos clínics. Aquests factors són els següents: ús inapropiat dels antibiòtics, saturació de pacients en els centres sanitaris, neteja inefectiva dels dispositius o contaminació durant la seva utilització, i baix compliment de la higiene de mans (HM) entre els professionals sanitaris¹.

L'HM és la pedra angular en la reducció de la transmissió dels microorganismes associats a aquest tipus d'infeccions i per a garantir la seguretat del pacient. Els mètodes més utilitzats per a mesurar-ne el compliment són l'observació directa del personal sanitari, el consum de productes per a l'HM, les dades que puguin aportar els professionals sanitaris sobre l'HM i les tecnologies de la informació i de la comunicació. L'observació directa continua essent la tècnica d'investigació més comuna, ja que permet recollir les dades segons la metodologia dels 5 moments que recomana l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Segons aquesta organització, l'observació sostinguda en el temps contribueix a l'increment del compliment de l'HM.

Actualment, la majoria dels professionals sanitaris disposen de telèfon mòbil, que solen portar al damunt durant la

jornada laboral. Aquest fet el converteix en una eina valuosa de suport a l'activitat assistencial en el punt d'atenció al pacient. Les aplicacions mòbils (apps) poden ajudar a reduir les IRAS; no obstant això, hi ha la preocupació que algunes d'aquestes apps puguin haver estat desenvolupades sense la fonamentació científica suficient que requereix un sistema de suport a la prestació de cures en l'atenció als pacients.

En una publicació a la revista *American Journal of Infection Control* es va efectuar una revisió de 2.646 apps potencialment rellevants per a la prevenció de les IRAS, de les quals 17 aplicacions varen complir els criteris d'inclusió de l'estudi. D'aquestes 17, tan sols 2 aplicacions (11,8%) se centraven en el tema de l'HM². En una revisió recent efectuada pels autors del present article es varen detectar altres aplicacions, la seva totalitat vinculades a institucions externes i en altres idiomes, amb la conseqüent dificultat que aquest fet representa per a la seva utilització.

En la Taula 1 s'exposa un breu resum de les principals aplicacions actualment disponibles per a iOS i Android.

La realitat és que a l'hospital no disposàvem d'una eina adequada a les necessitats del nostre entorn; per aquest motiu va sorgir la idea de dissenyar una aplicació pròpia, subvencionada amb pressupost íntegrament públic i apta per a qualsevol dispositiu i sistema operatiu. Precisament, una de les prioritats principals era que els professionals sanitaris poguessin treballar amb l'app des d'altres models de telèfons intel·ligents donat que, segons la investigació de mercat actual³, el sistema operatiu Android suposa el 80% de la quota de mercat.

L'aplicació manSegures, que és com s'anomena l'aplicació que s'ha creat al nostre hospital, permet registrar, editar i consultar les oportunitats en HM dels professionals, a temps real, durant l'atenció al pacient. Està directament en consonància amb el repte multimodal de l'OMS, segons el qual l'observació directa i el *feedback* immediat als professionals són les estratègies més efectives per a fomentar el compliment en HM⁴.

Es tracta d'una aplicació basada en el formulari observacional de l'OMS i adaptada per a mòbils i tauletes. Es pot

Correspondència: Dolors Domènech Bagué
Servei de Medicina Preventiva i Salut Pública
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
Av. de França s/n
17007 Girona
Tel. mòbil: 685 385 734
Fax: 972 227 443
Adreça electrònica: ddomenech.girona.ics@gencat.cat

TAULA 1. Principals aplicacions dissenyades per a dispositius mòbils per al monitoratge del compliment de la higiene de mans (HM) en l'entorn sanitari

Nom	Plataforma	Desenvolupador	Utilitats/Característiques
Germ patrol	Google	APKpure	Només permet recollir el compliment per àrea i professional. Es poden enviar els resultats per correu electrònic. No requereix subscripció. Gratuïta. En anglès.
Hand Hygiene Audit Tool	Google	Braun	Eina per recollir el compliment d'HM segons àrea, indicació i categoria professional. Requereix identificació. Permet descarregar dades. Gratuïta. En anglès i castellà.
iOnHands	Apple/Google	Wadi Makkah. Aràbia Saudita	Es necessita compte d'usuari. Gratuïta. En anglès.
iScrub Lite	Apple	Swipe Sense	Permet recollir moltes variables de control. Gratuïta. En anglès.
MEG Hand Hygiene	Apple/Google	MEG Clinical Support Tools	Eina per recollir dades d'auditories sanitàries: HM, administració d'antimicrobians, errors de medicació, etc. Permet crear informes. No és gratuïta. En anglès.
OBV System	Apple/Google	Purell	Permet recollir dades del personal i realitzar informes. Es necessita usuari i contrasenya. No és gratuïta. En anglès.
SEMMELE Hand Hygiene	Apple/Google	SEMMELE	Permet recollir moltes variables de control. Requereix subscripció. No és gratuïta. En anglès.
SpeedyAudit Lite	Apple/Google	Handy Metrics Corporation	Permet recollir moltes variables de control. Es necessita usuari i contrasenya. Gratuïta però amb versió de pagament associada a dispositiu. En anglès.
Targeted Solutions Tool for Hand Hygiene	Apple/Google	Joint Commission International	Gratuïta. Només per a organitzacions associades. En anglès.

utilitzar des de qualsevol ubicació de l'hospital o des d'altres centres de salut. Com s'explica més detalladament a l'apartat de metodologia, la informació es bolca en una base de dades i pot ser explotada immediatament de forma estadística pels observadors (professionals experts que realitzen les observacions del compliment en HM). Això permet registrar les dades de manera més ràpida i eficient i es minimitzen els errors de transcripció generats pels qüestionaris en format paper.

El projecte s'ha desenvolupat a partir de la idea i el disseny originals de les infermeres del Servei de Medicina Preventiva. L'execució ha anat a càrrec de la Unitat de Tecnologies de la Informació i Comunicació (UTIC) de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta i s'ha efectuat sota el marc de la Gerència Territorial de Girona.

Donat el potencial de l'aplicació, des del Servei de Promoció de la Qualitat i Bioètica del Departament de Salut i des de la Direcció de Cures de l'Institut Català de la Salut (ICS) ja s'està treballant per posar aquesta aplicació a disposició dels següents organismes: en una primera fase, els centres sanitaris de l'ICS i, en una segona fase, extrapolar el seu ús a nivell de la resta de centres sanitaris de Catalunya (des d'hospitals d'aguts fins a l'atenció primària i centres socio-sanitaris). D'aquesta manera es podria homogeneïtzar la metodologia de l'observació directa a tot el territori.

El propòsit d'aquest article és descriure el procés de desenvolupament de l'aplicació mòbil manSegures i la

seva implementació com a eina formativa per realitzar amb excel·lència el procediment d'HM dins la pràctica clínica dels professionals sanitaris.

Metodologia

El projecte s'ha bastit a partir de dues grans fases: el disseny i desenvolupament de l'aplicació mòbil manSegures, i la seva correlativa implantació.

Disseny i desenvolupament de l'aplicació mòbil manSegures

La primera fase del disseny de l'aplicació fou un procés interactiu, coordinat i continu entre els enginyers informàtics i les infermeres acreditades en el mètode d'observació d'HM de l'OMS. El treball en equip va ser un factor bàsic i imprescindible per a materialitzar la idea del projecte i per a la correcta presa de les decisions inicials.

El desenvolupament del prototip es va concebre com una aplicació híbrida, que combinés aplicació web (HTML, CSS, Javascript) i aplicació nativa (accés a la capa de *hard* del dispositiu). Això va permetre que només calgués realitzar un únic desenvolupament i que es pogués utilitzar en diverses plataformes (iOS, Android, PC...) amb el consegüent estalvi d'esforços i agilització del procés, a fi d'arribar al màxim possible d'usuaris potencials.

L'app manSegures es va dotar de les següents funcionalitats:

1. Recollida de dades: capacitat per al registre i emmagatzematge de dades a diferents dispositius, entre els quals s'inclouen els telèfons mòbils personals, les tauletes tàctils i els ordinadors.
2. Compartir dades: dotació per a la transmissió de les dades.
3. Avaluar dades: facultada per analitzar les dades entrades segons àrees, serveis, professionals i indicacions, entre d'altres.
4. Suport a la formació: a fi de permetre el *feedback* immediat de les dades registrades per poder-les presentar als professionals avaluats, a temps real.

Conscients dels biaixos i dels factors de confusió dels mètodes d'observació directa, es va optar per un ajustament estricte a la metodologia de l'OMS, la qual es fonamenta en el risc de transmissió de microorganismes en superfícies dins i fora de l'entorn del pacient. Aquest concepte es transforma tècnicament amb el que s'anomena els *5 moments*: abans del contacte amb el pacient, abans d'una tècnica asèptica/neta, després del risc d'exposició a fluids corporals, després del contacte amb el pacient i després del contacte amb l'entorn del pacient. L'altre terme a destacar és el d'*oportunitat*; es refereix al moment durant l'activitat assistencial en què és necessari realitzar una HM per interrompre la transmissió manual de microorganismes⁵.

Partint de les anteriors definicions i dels ítems del formulari de l'OMS varen configurar-se les diferents pantalles de l'aplicació. Les variables varen adequar-se a l'entorn de l'hospital i varen classificar-se en diferents blocs.

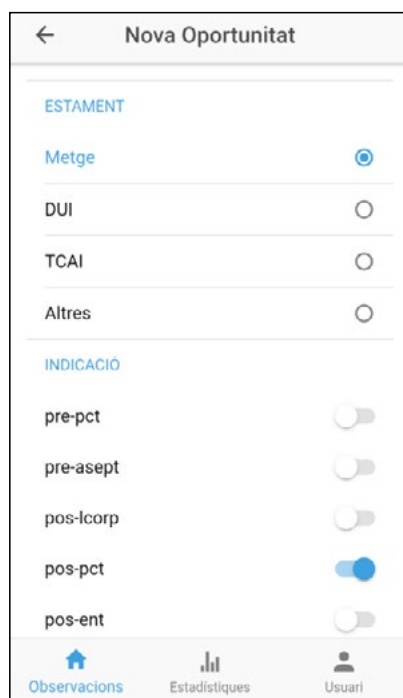
Actualment, l'aplicació està desglossada en els següents apartats:

1. Primera vista, des d'on l'observador introdueix les credencials que li donen accés a l'aplicació.
2. Segona vista, permet la visualització de les darreres observacions realitzades per cadascun dels observadors.
3. Tercera vista, descriu les dades de la capçalera del formulari de l'OMS (observador, data, àrea, servei, torn i hora d'inici-final de la sessió d'observació).
4. Quarta vista, des de la qual s'accedeix a la pantalla de registre de les noves oportunitats observades. Inclou: categoria professional, indicació o moment i acció. En aquesta pantalla és on es fa el monitoratge, pròpiament dit, del compliment de l'HM.
5. L'aplicació també consta d'una darrera vista, la més rellevant pel que fa a la formació i sensibilització del personal, des de la qual poden activar-se les estadístiques que ofereixen el *feedback* directe i immediat als professionals sanitaris a peu de pacient. Aquesta pantalla també permet la selecció de filtres en funció de les variables que interressi analitzar (Figura 1).

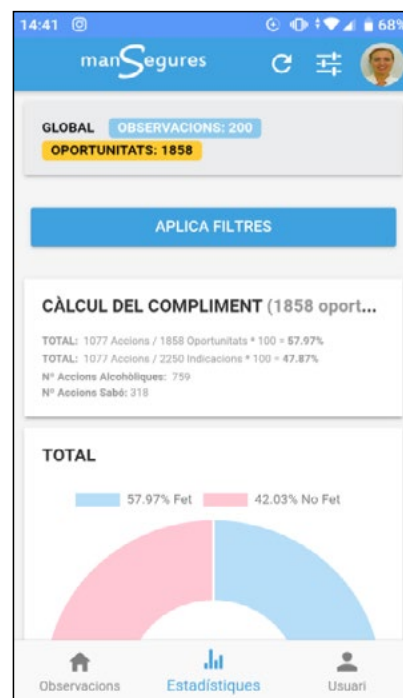
Les dades es troben emmagatzemades en una base de dades al núvol i el seu processament es realitza en funció de la categoria de les variables a estudiar. Per a poder-les analitzar cal obtenir primer la seva selecció conforme a la categoria d'uns filtres definits prèviament d'acord amb les variables recollides. Aquests filtres són: període, àrea, servei, torn, estament i tipus d'indicació.



Pantalla d'accés a l'aplicació mòbil



Pantalla de registre d'una nova oportunitat



Pantalla de visualització de resultats amb possibilitat d'aplicar filtres

FIGURA 1. Exemples de les diferents vistes de l'aplicació manSegures

Un cop aplicats els filtres es calculen els diferents indicadors i gràfics, dissenyats segons els diferents tipus de compliment (total, per estament, per àrea i per indicació). També permet diferenciar les accions realitzades amb productes de base alcohòlica o amb sabó.

La recollida de dades es pot realitzar de la mateixa manera encara que no es disposi de connectivitat en el moment de portar a terme la sessió d'observació, ja que les dades registrades s'emmagatzemen en el telèfon mòbil o tauleta i es sincronitzen en línia quan l'aplicació detecta connexió a Internet.

Pel que fa al tema de la maquetació, es va comptar amb el suport del Gabinet de Premsa i Comunicació de l'hospital. Els seus objectius varen ésser proporcionar una identitat corporativa i aconseguir una imatge que transmetés alhora un missatge de qualitat i de seguretat.

Es va efectuar una prova pilot de valoració de l'eina per tal de detectar les potencials limitacions i la viabilitat de l'aplicació. La van portar a terme dues infermeres acreditades en la metodologia de l'OMS i expertes en el maneig dels sistemes d'informació.

Implantació de l'aplicació mòbil manSegures

En una segona fase, i per tal d'homogeneïtzar la recollida de dades i la seva qualitat, es va procedir a la formació dels observadors segons la metodologia de l'OMS. Els esforços es varen centrar en transmetre als observadors que l'eina hauria d'esdevenir un suport per assolir una millor adherència al compliment de l'HM entre els professionals de la salut i que sempre caldria mantenir un enfocament allunyat de qualsevol visió punitiva o de revisió d'errors. És a partir d'aquell moment quan es va iniciar la recollida de dades en entorn real. En el transcurs del període inicial d'un mes i mig de durada, els observadors varen recopilar oportunitats en HM i varen mantenir un *feedback* constant amb l'equip que va dissenyar l'aplicació.

En un principi, la funcionalitat de l'explotació de dades i la seva retroalimentació es van limitar a perfils concrets d'observadors, a l'espera que aquests assolissin completament les competències de maneig de la primera fase d'instrucció.

Resultats

L'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta és un centre sanitari d'aguts que pertany a l'ICS. Compta amb 408 llits i 97.048 estades/any. Cada unitat d'hospitalització i servei clau, des de la perspectiva del control de la infecció, disposa d'un referent en HM.

El dia 15 d'octubre de 2018, en la reunió del Grup d'HM es va presentar l'aplicació manSegures als membres de l'equip. Mancava, però, el desenvolupament d'un darrer aspecte del projecte: el referent a l'apartat de l'explotació de dades. Va ser el dia 27 de novembre de 2018 quan l'app d'HM es trobà finalment operativa per a la visualització de les estadístiques a temps real.

Durant el període de 15 d'octubre de 2018 a 15 de maig de 2019 s'han recollit 2.003 oportunitats, amb un compliment del 57,71%. Cal fer esment a l'important increment en el nombre d'oportunitats registrades en comparació amb l'històric de resultats obtinguts en anys anteriors, durant els quals no es comptava amb l'app manSegures (418 el 2017 i 678 el 2018). El compliment total, però, s'ha mantingut baix. Aquest resultat es deu, probablement, a la facilitat dels observadors de recollir les dades des del seu propi telèfon mòbil i en el transcurs de la jornada laboral. D'aquesta manera, les observacions es realitzen dins d'un entorn encobert, molt més real, ja que el professional no s'adona que se l'està observant i es minimitza així l'efecte Hawthorne.

La taxa de compliment d'HM a nivell mundial gira al voltant del 40%; aquest valor s'associa principalment al disseny del pla estratègic i a l'accessibilitat dels productes de base alcohòlica. Enguany, al nostre hospital s'han comptabilitzat 932 dispensadors, 339 dels quals es troben ubicats en el punt d'atenció. En termes generals, la ràtio de productes de base alcohòlica per pacient és de 2:1.

Dels resultats de l'anàlisi segons el producte elegit pels professionals a l'hora de realitzar l'HM, s'observa que 814 accions s'han efectuat amb productes de base alcohòlica i 342 accions amb aigua i sabó. Aquest fet demostra el pes específic que van prenent les solucions alcohòliques per a l'antisèpsia de mans en el món hospitalari enfront del sabó utilitzat per l'HM convencional.

L'indicador principal per valorar el compliment de la higiene de les mans és el quocient entre el nombre d'accions realitzades i el nombre d'oportunitats. S'expressa segons la fórmula següent:

$$\text{Compliment (\%)} = \frac{\text{Accions realitzades}}{\text{Oportunitats} \times 100}$$

La resta de resultats, pel que fa al percentatge del compliment per categoria professional, per àrea i per indicació, no difereixen significativament dels descrits en la literatura científica, com es pot observar a la Figura 2.

Limitacions

Segons la revisió bibliogràfica realitzada, es compta amb poques aplicacions de suport a la prevenció de les IRAS i la majoria d'aquestes apps es troben encara en un primer estadi de desenvolupament i d'integració dins dels centres sanitaris. També cal destacar el fet que és costós mantenir les aplicacions actualitzades, ja que s'han de realitzar constants modificacions i s'han d'incorporar les propostes de millora aportades pels usuaris.

Conclusions

El baix compliment de l'HM segueix representant un desafiament a nivell mundial que requereix desenvolupar eines validades per al monitoratge de les observa-

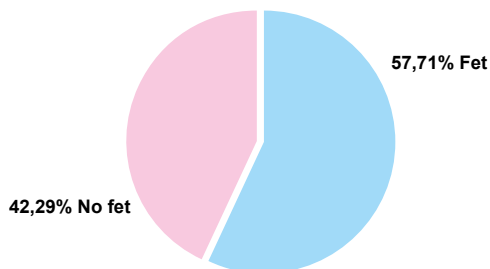
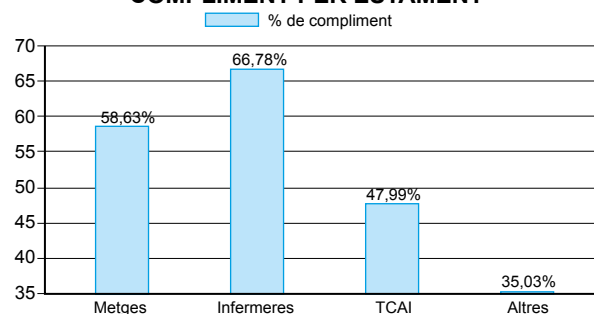
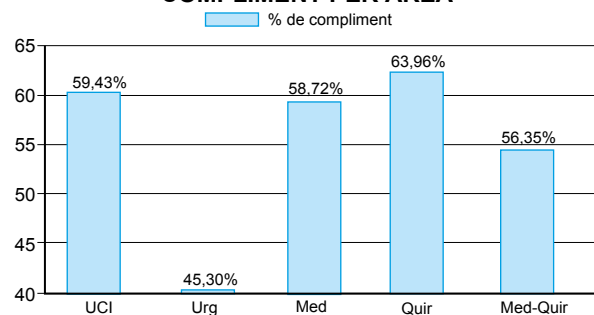
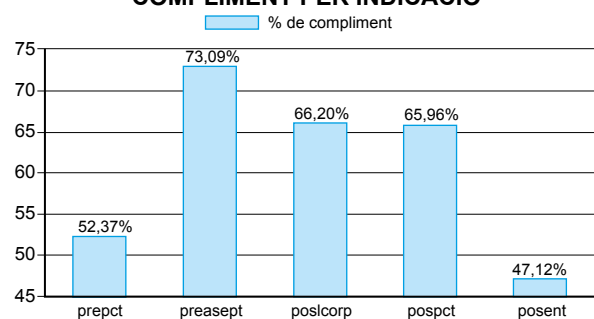
CÀLCUL DEL COMPLIMENT (2.003 oportunitats)

Total: 1.156 Accions / 2.003 oportunitats x 100 = **57,71%**

Total: 1.156 Accions / 2.414 indicacions x 100 = **47,89%**

N. Accions Alcohòliques: 814

N. Accions Sabó: 342

**COMPLIMENT PER ESTAMENT****COMPLIMENT PER ÀREA****COMPLIMENT PER INDICACIÓ**

* **TCAI:** tècnic en cures auxiliars d'infermeria; **UCI:** unitat de cures intensives; **Urg:** servei d'urgències; **Med:** àrees mèdiques; **Quir:** àrees quirúrgiques; **Med-Quir:** àrees medicoquirúrgiques; **preppt:** abans del contacte amb el pacient; **preasept:** abans d'una tècnica asèptica/neta; **poscorp:** després del risc d'exposició a fluids corporals; **pospct:** després del contacte amb el pacient; **posent:** després del contacte amb l'entorn del pacient.

cions d'HM. És per aquest motiu que, des de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, s'ha dissenyat una aplicació mòbil per a mesurar-ne el compliment dins de l'entorn sanitari. Aquesta eina disposa d'eficiència significativa pel que fa al registre, la transmissió i l'anàlisi del compliment de l'HM i està especialment dissenyada per a la formació i sensibilització dels professionals sanitaris.

El desenvolupament de l'aplicació encara es troba en la fase inicial. La col·laboració entre els experts en control de la infecció i els tècnics informàtics és crucial per a millorar-ne les funcionalitats i optimitzar-ne el rendiment.

Tal i com s'extreu de l'anàlisi d'aquest article, els avantatges de disposar de l'app manSegures són indiscutibles ja que ha permès obtenir una gran quantitat de dades dins d'un curt període de temps (el recompte de dades al cap de 3 mesos d'implantació de l'aplicació va superar al recompte total dels anys previs per altres mètodes), alhora que les dades registrades presenten una major qualitat i fiabilitat ja que, com s'ha comentat amb anterioritat, les observacions s'han efectuat de forma discreta i encoberta i s'ha minimitzat d'aquesta manera un dels principals biaixos dels estudis observacionals.

L'aplicació manSegures és un element de suport per aconseguir que els professionals sanitaris realitzin els procediments d'atenció al pacient de manera més segura i una estratègia valuosa dins el context del control de la infecció. D'altra banda, representa el clar exemple de com fer ús dels beneficis de la tecnologia actual per salvar vides.

Donat el minoritari nombre d'aplicacions científicament ben fonamentades per a l'observació del compliment de l'HM dels professionals sanitaris que es troben disponibles en el mercat comercial i l'enorme potencial que representen en qualitat en salut, calen nous esforços, tant tècnics com econòmics, per al desenvolupament d'eines fiables i funcionals per a la prevenció de les IRAS.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Kariyawasam N, Ming CW, Turner P. User centred design and nosocomials in surgical ICUs: A mobile application for peer monitoring and training in hand hygiene. Int Med Informatics Assoc IOS Press [Internet]. 2017; 245:734-7. Consultable a: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true%7B%5C%7Ddb=ccm%7B%5C%7DAN=127069410%7B%5C%7Dsite=ehost-live>
2. Schnall R, Iribarren SJ. Review and analysis of existing mobile phone applications for health care-associated infection prevention. Am J Infect Control [Internet]. 2015;43(6):572-6. Consultable a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.01.021>
3. Gartner, Inc. Market Share: Devices, All Countries, 4Q14 Update [Internet]; 2015. Consultable a: <http://www.gartner.com/document/2985017>. Accés el 12 de maig de 2019.
4. Pires D, Pittet D. Hand hygiene mantra: teach, monitor, improve, and celebrate. J Hosp Infect [Internet]. 2017;95(4):335-7. Consultable a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2017.03.009>
5. World Health Organization. Hand hygiene technical reference manual: To be used by health-care workers trainers and observers of hand hygiene practices. Geneva: World Health Organization; 2009.

FIGURA 2. Resultats obtinguts a través de l'app manSegures durant el període 15 d'octubre de 2018 - 15 de maig de 2019

Profilaxi preexposició: una eina per aturar la transmissió del VIH

Anna Jiménez^{1*}, Martí Esteban^{1*}, Pep Coll², Josep M. Llibre²

¹Unitat Docent Germans Trias i Pujol de Badalona. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona; ²Fundació Lluïta contra la SIDA i Servei de Malalties Infeccioses. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

*Nota: ambdós autors han contribuït per igual al present treball.

Resum

La profilaxi preexposició (PrEP) al virus de la immunodeficiència humana (VIH) s'inclou en un programa integral per a la prevenció de la transmissió del VIH que ha demostrat ser altament efectiu en diversos assaigs clínics i estudis de cohorts. Consisteix en l'administració d'un tractament antiretroviral (fumarat de disoproxil de tenofovir en combinació amb emtricitabina [TDF/FTC]) en individus amb un risc d'adquirir la infecció pel VIH ≥ 3 persones/any i és altament cost-efectiva. Inclou un programa de seguiment mèdic per a descartar infecció pel VIH i infeccions de transmissió sexual (ITS).

Els efectes adversos derivats de la PrEP amb TDF/FTC són infreqüents, s'observen majoritàriament el primer mes de tractament i es resolen espontàniament. En la comparació TDF *versus* alafenamida de tenofovir (TAF) no es van veure diferències en reaccions adverses.

La PrEP pot portar a la percepció d'un menor risc d'adquisició d'ITS i a la reducció de l'ús d'altres mesures preventives, com ara l'ús del preservatiu.

Existeixen programes de salut pública en diverses ciutats i països del món que han implementat l'administració de PrEP a gran escala i han obtingut resultats favorables, demostrant una reducció significativa en el nombre de nous casos d'infecció pel VIH.

Introducció

Per a prevenir la transmissió de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) en subjectes no exposats es disposa de l'educació sanitària sobre promoció de les conductes sexuals segures a les poblacions de risc, que inclou l'ús del preservatiu i la profilaxi preexposició (PrEP)¹⁻³. En individus ja exposats es disposa del tractament antiretroviral (TAR) profilàctic immediat postexpo-

sició. Finalment, en ja infectats el tractament antiretroviral supressor bloqueja la transmissió a gent no infectada, tant per via sexual com parenteral o vertical^{4,5}. L'ús del preservatiu pot ser poc freqüent en determinades persones o situacions, malgrat l'educació sanitària sobre promoció de conductes sexuals més segures.

Epidemiologia del VIH a Espanya i a Catalunya

L'any 2017, fins al 30 de juny, a Espanya es van notificar 3.381 nous casos d'infecció pel VIH, el 84,6% dels quals eren homes⁶. El mateix any, a Catalunya van ser 578 casos nous, dels quals el 54% eren homes que tenen sexe amb homes (HSH), el 15% homes heterossexuals, el 12% dones heterossexuals i el 5% usuaris de drogues per via parenteral (UDVP)⁷.

Què és la PrEP contra el VIH?

Consisteix en administrar un TAR (de moment fumarat de disoproxil de tenofovir [TDF] en combinació amb emtricitabina [FTC]) a individus no infectats pel VIH —HSH, parelles heterossexuals serodiscordants (on el membre amb VIH no està en TAR o encara no té el virus indetectable), homes i dones heterossexuals, dones transgènere i UDVP— que tenen un risc molt elevat d'adquirir la infecció, amb l'objectiu d'evitar el seu contagi.

Aquesta estratègia s'inclou en un programa integral per a la prevenció de la transmissió del VIH que ha d'incloure: ús de preservatius, iniciar el TAR de forma immediata en persones infectades i aconseguir que totes tinguin una càrrega viral indetectable (estratègia U = U: *undetectable = untransmissible*). Finalment, cal buscar activament els clústers de transmissió (grups de població que tenen virus amb seqüències genètiques similars i, per tant, es contagien entre ells)⁸.

Actualment, la PrEP només arriba a prop de 500.000 usuaris a tot el món, molt per sota dels 1,8 milions de noves infeccions anuals. A més, la immensa majoria d'usuaris de la PrEP pertanyen als països de renda alta, en lloc dels països de l'Àfrica subsahariana on es localitza la major càrrega d'incidència del VIH^{3,8}.

Correspondència: Josep M. Llibre
Servei de Malalties infeccioses
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Ctra. de Canyet s/n
08916 Badalona
Adreça electrònica: jllibre@flsida.org

Evidència científica de la PrEP

Assaigs clínics

L'estudi iPrEx va ser el primer assaig clínic que va demostrar la seva eficàcia. En un disseny amb cegament doble es va administrar un comprimit diari de TDF/FTC o placebo. Va incloure 2.499 HSH i dones transgènere VIH-seronegatiu i va demostrar una reducció respecte al grup placebo del 44% en la incidència d'infecció pel VIH (IC 95%: 15 a 63; $p = 0,005$)⁹.

Posteriorment, s'han dut a terme molts altres assaigs clínics¹⁰ (Figura 1), majoritàriament a l'Àfrica. Destaquen, entre els portats a terme a Europa, els estudis IPERGAY i PROUD.

L'assaig clínic aleatoritzat amb cegament doble IPERGAY va comparar el règim intermitent de PrEP amb TDF/FTC amb placebo en 414 HSH. L'administració comprenia dos comprimits durant les 24 hores que precedeixen a l'activitat sexual, un comprimit a les 24 h i, finalment, un altre comprimit a les 48 h. Va demostrar una reducció relativa de la incidència d'infecció pel VIH del 86% (IC 95%: 40 a 98; $p = 0,002$)¹¹.

L'assaig clínic obert aleatoritzat PROUD va incloure 544 HSH de diferents centres de salut sexual d'Anglaterra. Es van establir dos grups, un va rebre la PrEP de forma immediata i un de forma diferida al cap d'un any. Els resultats van demostrar una reducció relativa del risc d'infecció pel VIH

amb la PrEP del 86% (IC 90%: 64 a 96; $p = 0,0001$), amb una diferència absoluta entre els dos grups d'infeccions pel VIH de 7,8/100 persones/any. La incidència al grup diferit va ser molt elevada, de 9 casos/100 persones/any (IC 90%: 6,1 a 12,8)¹². Aquests dos estudis van fer saltar una alarma sobre les taxes de noves infeccions entre els HSH amb activitat sexual d'alt risc a Europa.

Finalment, l'assaig clínic multicèntric aleatoritzat DISCOVER, amb cegament doble, ha comparat TDF/FTC amb TAF/FTC per a PrEP en 5.387 HSH a Europa i els Estats Units (el 10% dels quals eren d'ètnia negra). És el primer estudi de PrEP que ja no inclou una branca tractada amb placebo, ja que no és ètic no administrar cap tractament una vegada demostrada la seva eficàcia en individus d'alt risc. La incidència en el grup que prenia TDF/FTC va ser de 0,34 infeccions per any de seguiment, i la de TAF/FTC de 0,16 (IC 95%: 0,19 a 1,15); es va demostrar la no inferioritat de TAF/FTC. Malgrat que aquesta combinació rebrà l'aprovació per a PrEP, la marcada diferència de preu actual fa improbable que rebi finançament públic per a aquesta indicació, a excepció dels pacients amb patologia òssia o renal¹³.

Tots els estudis han confirmat que és cabdal una bona adherència al tractament per a obtenir una cobertura completa enfront de la transmissió. Les taxes de reducció de risc d'infecció són inversament proporcionals als percentatges d'adherència a la medicació^{3,9,11,12}.

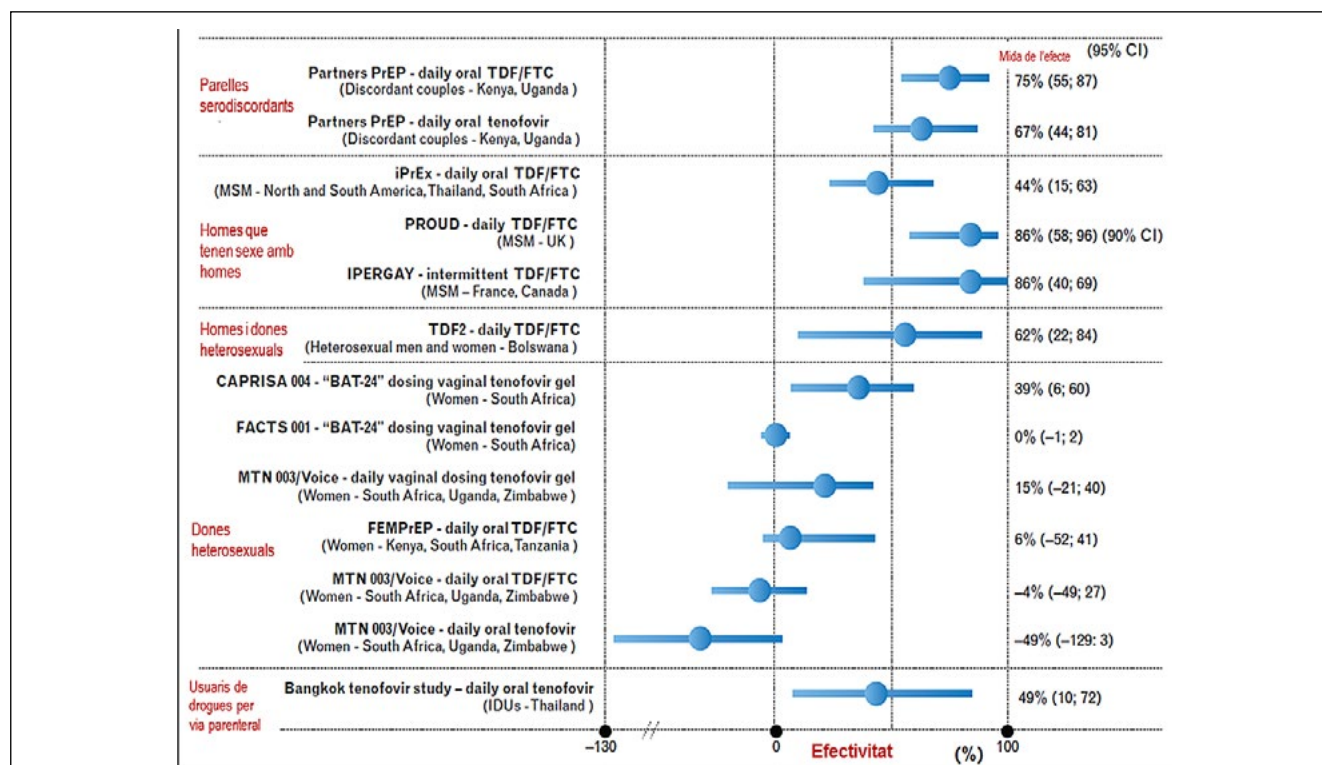


FIGURA 1. Efectivitat segons la pauta i la via d'administració de la profilaxi preexposició en assaigs clínics. Font: figura modificada de Mayer, *et al.* Curr Opin HIV AIDS, 2015, modificada d'Abdool Karim, *et al.* AVAC Report, 2013¹⁰.

Estudis de cohorts

La implementació de la PrEP en HSH a New South Wales (Austràlia)¹⁴ ha confirmat ser una mesura molt eficaç per reduir el nombre de nous diagnòstics de VIH, tot i que també es va associar a un augment de pràctiques sexuals anals sense condó i a un augment de diagnòstics de gonorrèa i infeccions per *Chlamydia*. Els diagnòstics de VIH en HSH a New South Wales es van reduir de 295, en els 12 mesos anteriors al desplegament del PrEP, a 221 en els dotze mesos posteriors (reducció del risc relatiu [RRR]: 25,1%; IC 95%: 10,5 a 37,4). Hi va haver un descens tant en les infeccions recents del VIH (de 149 a 102; RRR: 31,5%; IC 95%: 11,3 a 47,3) com en altres diagnòstics de VIH (de 146 a 119; RRR: 18,5%; IC 95%: 4,5 a 36,6).

Altres règims en desenvolupament

1. Fàrmacs parenterals de llarga durada. Són injectables o implantables subcutàniament, o impregnats en anells vaginals. Pretenen millorar l'adherència respecte els règims diaris.
 - Cabotegravir: és un inhibidor de la integrasa del VIH d'administració per via intramuscular cada 2 mesos. Té una semivida de 40-65 dies gràcies a les modificacions moleculars fetes amb nanotecnologia. Hi ha dos estudis en marxa en HSH i dones heterosexuales (HPTN 083 i 084, respectivament). Actualment hi ha una recomanació de no prescriure dolutegravir en dones durant el període periconcepcional per associació amb defectes del tub neural en el fetus. Es desconeix si aquesta limitació afectarà també al cabotegravir¹⁵.
 - Anticossos monoclonals: són anticossos d'ampli espectre d'activitat amb semivides modificades per a la seva administració trimestral, o fins i tot més espaiada, dirigits contra estructures de l'embolcall del VIH o el correceptor CD4. De moment, els estudis AMP (*Antibody Mediating Prevention*) han superat la xifra diana de persones incloses en l'estudi, han tingut una bona adherència i no s'han observat efectes adversos importants.
2. Anells vaginals de dapivirina: són anells vaginals de silicona flexibles que s'insereixen mensualment i alliberen a poc a poc el fàrmac antiretroviral. Van demostrar que disminuïa el risc d'infecció per VIH-1 en un 30% en dos assaigs clínics de fase 3 entre dones de 18 a 45 anys^{16,17}. Aquestes taxes van ser inferiors a les esperades, en gran part degut a una baixa adherència de les dones, especialment les dones joves.
3. Implants subcutanis d'antiretrovirals: d'acció de llarga durada; es plantegen implants reabsorbibles de PrEP juntament amb anticonceptius. L'esquema

és similar a l'utilitzat amb antipsicòtics o antidepressius d'alliberació retardada. Actualment es troba en estudi. L'alafenamida de tenofovir (TAF) és un dels fàrmacs estudiats.

Qui hauria de rebre PrEP?

A Europa, les recomanacions són l'administració de PrEP a grups amb alt risc d'infecció². Segons l'Organització Mundial de la Salut, la PrEP està indicada si la incidència en el col·lectiu és ≥ 3 casos per 100 persones/any. A Europa aquesta incidència inclou HSH i dones transgènere que han tingut relacions sexuals sense condó durant els 6 mesos previs més un dels criteris següents (nivell d'evidència IA): relacions sexuals amb més de dues parelles, diagnòstic de ≥ 1 infecció de transmissió sexual (ITS), administració de profilaxi postexposició o ús de substàncies psicoactives durant les relacions sexuals (*Chem-sex*). S'ha de considerar també en individus amb parella infectada per VIH que no segueix cap tractament o el fa irregularment i que no utilitzen condó (IB), individus que participen en relacions sexuals comercials transaccionals (IIIB), i UDVP que comparteixen xeringues (IB). Finalment, s'ha de valorar la indicació de PrEP en tots els individus a qui es prescriu una profilaxi postexposició (IIIA).

Qui i on s'hauria de prescriure PrEP?

La PrEP l'ha de prescriure un metge amb experiència en ITS i infecció pel VIH en centres amb servei de farmàcia capaç de supervisar els fàrmacs corresponents, laboratori per diagnosticar la infecció per VIH i mesurar la càrrega viral, laboratori per avaluar paràmetres sanguinis i bioquímics, i capacitat per diagnosticar ITS i proporcionar consell en l'adherència i educació sanitària (evidència IIIA).

El centre no ha de ser necessàriament un hospital amb unitat de VIH, sinó que també poden ser centres d'atenció a ITS, centres de salut sexual i reproductiva, o centres de reducció de danys per UDVP.

Règims de prescripció PrEP

El TDF/FTC va rebre l'aprovació per a PrEP de l'FDA (US Food and Drug Administration) el 2012 i de l'EMA (European Medicines Agency) el 2016. L'única dosificació aprovada per l'EMA és l'administració d'un comprimit diari de TDF 300 mg / FTC 200 mg.

S'estima que pres de manera correcta la seva eficàcia és del 86% - 100% entre HSH, dones transgènere i homes heterosexuales i del 84% en UDVP³.

L'administració intermitent a demanda de TDF/FTC en relació amb l'activitat sexual (esquema IPERGAY) no té encara l'aprovació oficial en aquesta dosificació. Si hi ha més d'un contacte sexual encadenat de risc es mantindria la darrera pastilla durant tants dies com duri l'exposició de risc¹¹. Aquest règim intermitent no està indicat si es requereix

reixen > 7 pastilles en una setmana i l'eficàcia només ha estat demostrada en HSH; per tant, en les altres poblacions no es podrà recomanar (IA).

Seguiment en la PrEP

L'administració de PrEP requereix un protocol estandaritzat de seguiment.

Abans d'iniciar el tractament

Avaluació bàsica:

1. Avaluació clínica: cal fer una valoració clínica completa, que inclogui el consum de substàncies i/o tòxics, informació detallada sobre l'activitat sexual, antecedents patològics (sobretot d'ITS) i història farmacològica.
2. Avaluació de laboratori:
 - a. Descartar infecció del VIH preexistent mitjançant serologies. Està indicat mesurar la càrrega viral en aquells pacients amb alta sospita d'infecció recent per VIH amb serologies negatives.
 - b. Serologies dels virus de l'hepatitis A, B i C (VHA, VHB i VHC). Vacunació contra VHA/B en casos susceptibles.
 - c. Avaluació de la funció renal per la potencial nefrotoxicitat del TDF.
3. Avaluació d'ITS: s'ha de fer un cribratge complet de les ITS, que inclogui l'hepatitis.
4. Avaluacions addicionals:
 - a. Test d'embaràs i anamnesi sobre desig gestacional en dones.
 - b. Compromís del pacient amb l'adherència i bon compliment del TAR.

Durant el tractament

1. Visita a les 2-4 setmanes: confirmar que no està infectat pel VIH i que compleix tots els criteris per començar la PrEP. Vacunacions que calguin i tractament d'ITS.
2. Primera visita de seguiment (4-8 setmanes): avaluació de la tolerància i la toxicitat dels fàrmacs i l'adherència.
3. Visites de seguiment (cada 3 mesos): descartar la infecció pel VIH i ITS. Reavaluar la persistència de criteris de manteniment de PrEP. Se suspendrà si es confirma infecció pel VIH o desapareix el risc que va motivar la seva prescripció, o si hi ha mala adherència al tractament/seguiment. Si apareix un filtrat glomerular renal ≤ 60 mL/min (o una davallada progressiva per sota de 90 mL/min) caldrà substituir TDF/FTC per TAF/FTC.

Riscos i efectes adversos de la PrEP

Els efectes adversos derivats de la PrEP amb TDF/FTC són infreqüents, s'observen majoritàriament el primer mes

de tractament i habitualment es resolten espontàniament. No són efectes adversos greus ni que requereixin l'aturada de la PrEP, excepte en casos excepcionals.

El tractament amb TDF s'associa a llarg termini amb toxicitat tubular renal i sobre la mineralització òssia¹⁷. En el cas de la PrEP cal tenir en compte que s'administra sense un tercer fàrmac i que no hi ha infecció pel VIH, pel que el seu perfil de seguretat és més elevat que en el TAR crònic.

En la comparació entre TDF i TAF no es van veure diferències en reaccions adverses de grau 3-4, reaccions adverses greus, fractures òssies, insuficiència renal o toxicitat específicament relacionada amb el fàrmac¹³.

Situacions especials

Embaràs

Els estudis de PrEP no han inclòs dones embarassades; per tant, no hi ha informació referent a aquest grup de població. En aquests casos no estaria justificada la PrEP. En canvi, cal ser especialment vigilant al llarg de tot l'embaràs si la parella és seropositiva i té una càrrega viral indetectable per tal de reduir el risc de transmissió.

Infecció crònica activa per virus de l'hepatitis B

En casos d'infecció crònica pel VHB, la suspensió del tractament amb TDF/FTC pot induir un rebot de la replicació i càrrega viral del VHB. Cal plantejar un tractament alternatiu si se suspèn el tractament amb TDF/FTC (IIA). Tot i que no està aprovat per l'FDA per al tractament de la infecció crònica pel VHB, la combinació TDF/FTC es pot utilitzar simultàniament com a PrEP i com a tractament per a la infecció per VHB.

Insuficiència renal

La PrEP basada en TDF no s'ha d'administrar en individus que tinguin un filtrat glomerular < 60 mL/min per la nefrotoxicitat que pot causar el TDF (IA). En aquesta situació, si l'índex de filtrat glomerular és ≥ 30 mL/min es pot utilitzar PrEP amb TAF/FTC (no aprovada encara per les agències reguladores)¹³.

Les dades acumulades suggereixen que un cribratge de creatinina més freqüent pot ser adequat en persones de > 50 anys d'edat.

Cost i cost-efectivitat de la PrEP

La PrEP basada en TDF/FTC és altament cost-efectiva donat que el medicament és actualment genèric.

Al Regne Unit, amb un cost estimat de 500 \$/any, es va analitzar el cost/eficàcia d'un programa de PrEP que inclogués HSH que haguessin mantingut sexe anal sense condó en els tres mesos previs. Si s'iniciés la PrEP en uns 4.000 HSH el primer any i gairebé 40.000 al final del quinze any, suposaria un estalvi total de costos de mil milions

de £, s'evitarien el 25% de les noves infeccions per VIH (el 42% de les quals serien directament a causa de la PrEP) i es guanyarien 40.000 anys de qualitat de vida ajustada (QALY)¹⁸. Aquest resultat va ser especialment curós amb el termini escollit, el cost dels medicaments antiretrovirals (pel TAR i la PrEP) i la tendència subjacent del sexe sense preservatiu¹⁹.

Problemes que planteja la PrEP

Disminució en l'ús del preservatiu i increment d'ITS

La PrEP pot portar a la percepció de menor risc d'adquisició d'ITS i la reducció de l'ús d'altres mesures preventives com l'ús del preservatiu. Per això, es recomana que quan s'implementi la PrEP es faci juntament amb campanyes d'educació sobre els beneficis de la prevenció combinada (PrEP + ús de condó) i es realitzi un monitoratge del comportament dels individus que rebin la PrEP. L'objectiu és implementar la PrEP i mantenir els percentatges d'ús de condó^{20,21}.

Cal tenir en compte que la PrEP s'administra en persones que presenten alt risc de patir qualsevol ITS; per tant, la incidència ja és alta basalment tot i no administrar PrEP. En una metanàlisi publicada el 2017³, que va incloure 16 estudis observacionals i un estudi aleatoritzat obert, es va reportar en 13 estudis, que incloïen 5.008 participants, una reducció en l'ús de preservatiu i en 8 estudis, que n'incloïen 4.388, un augment de prevalença d'ITS. Tot i així, els resultats globals no mostren un augment significatiu quant al nombre d'ITS relacionades amb l'ús de PrEP (Figura 2). No obstant això, tot i que els resultats

fossin significatius, no seria una raó per no donar PrEP, ja que la indicació d'aquesta és la reducció de la infecció de VIH, infecció crònica que, a diferència de les altres ITS, no té tractament curatiu i requereix tractament de per vida. A més, el seguiment de la PrEP inclou cribratge regular d'ITS, fet que permet un diagnòstic i tractament precoç, i contribueix així a trencar la cadena de transmissió.

S'ha observat un augment del risc d'adquisició de VHC en almenys un estudi en HSH amb PrEP. L'adquisició de l'hepatitis per VHC és més freqüent en persones que practiquen sexe anal desprotegit (OR = 3,53) i *slamming* (pràctica sexual que combina sexe i drogues per via endovenosa) (OR 5,01).

Iniciatives Getting to zero

El Departament de Salut i Serveis Socials dels Estats Units inclou la PrEP dins dels quatre pilars bàsics per acabar amb l'epidèmia del VIH⁸:

- Diagnosticar tots els individus amb VIH el més precoçment possible.

- Tractar tots els individus infectats de forma efectiva i precoç, per tal d'aconseguir la supressió de la càrrega viral.

- Prevenir l'adquisició de la infecció del VIH en pacients en risc, incloent l'ús de la PrEP.

- Detectar, i respondre de forma ràpida, els clústers de transmissió.

Existeixen programes de salut pública en diverses ciutats i països del món que han implementat l'administració de PrEP a gran escala i han obtingut resultats favorables. Aquestes estratègies de salut pública s'han dut a terme a San Francisco, Nova York, Austràlia i el Regne Unit⁸.

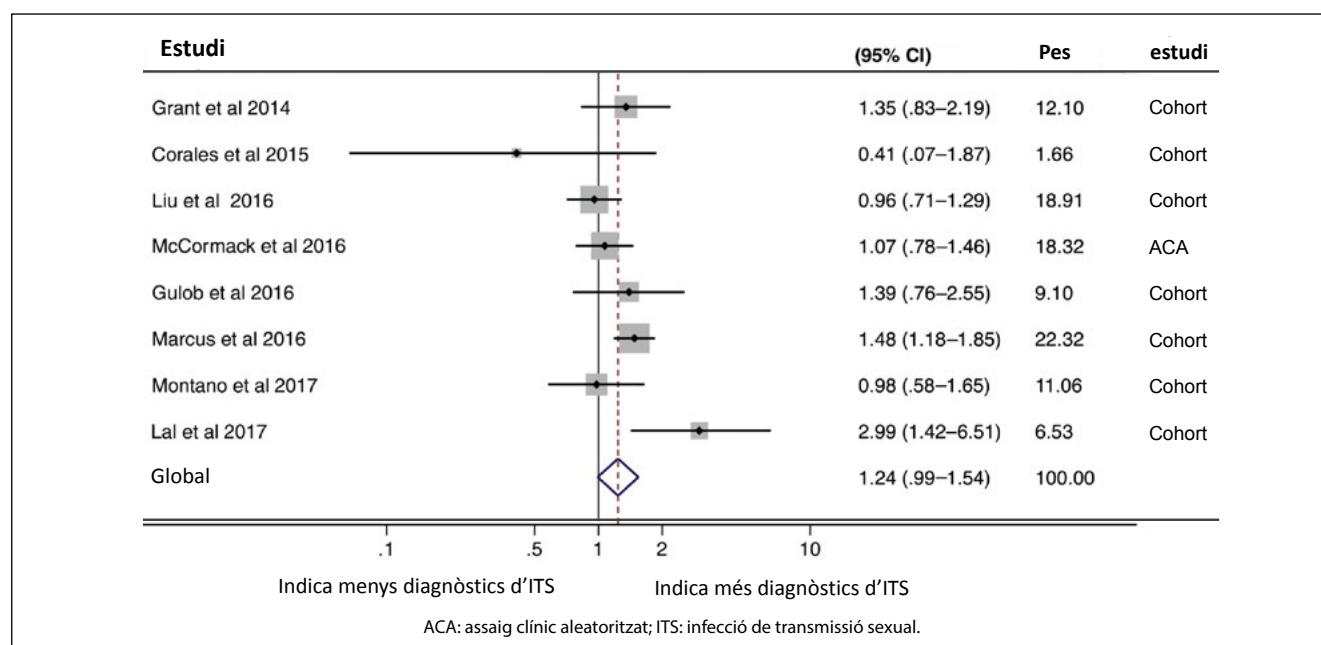


FIGURA 2. Relació entre utilització de la profilaxi preexposició (PrEP) i nous diagnòstics d'infeccions de transmissió sexual. Font: figura modificada de Traeger et al.³.

Els resultats, estadísticament significatius, demostren una disminució en els nous diagnòstics de VIH quan s'implementa massivament la PrEP en població de risc.

Conclusió

En grups de població amb alta incidència d'infecció pel VIH, la PrEP confereix una alta protecció contra la infecció pel VIH. El tractament és senzill, segur i cost-efectiu. No hi ha evidència clara d'un augment associat en altres ITS ni d'efectes adversos greus.

L'evidència exposada recolza fortament l'addició de PrEP als programes de prevenció de la infecció pel VIH en grups de risc, que inclouen HSH i dones transgènere, UDVP i homes i dones heterosexuals amb pràctiques sexuals d'alt risc.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. New York State Department of Health AIDS Institute. PrEP to Prevent HIV Acquisition Clinical Guidelines Program; 2017. Consultable a: www.hivguidelines.org.
2. Moreno S, Antela A, García F, del Amo J, Boix V, Coll P et al. Executive summary: Pre-exposure prophylaxis for prevention of HIV infection in adults in Spain: July 2016. *Enferm Infecc Microbiol Clin* (English ed). 2017;35(6):377–83.
3. Traeger MW, Schroeder SE, Wright EJ, Hellard ME, Cornelisse VJ, Doyle JS et al. Effects of pre-exposure prophylaxis for the prevention of human immunodeficiency virus infection on sexual risk behavior in men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2018;67(5):676–86.
4. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med*. 2016;375(9):830–9.
5. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2013;381(9883):2083–90.
6. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII; 2018. Consultable a: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf.
7. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió sexual i Sida de Catalunya. Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Informe anual 2017. Badalona: CEEISCAT; 2018. Consultable a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/S/sida/enllasos/anual_VIH.pdf.
8. Fauci A, Redfield R, Sigounas G, Weahkee M. Ending the HIV epidemic. A plan for the United States. *JAMA*. 2019;321(9):844–5.
9. Rm G, Jr L, Pl A. Supplementary Appendix: Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2587–99.
10. Mayer KH, Ramjee G. The current status of the use of oral medications to prevent HIV transmission. *Curr Opin HIV AIDS*. 2015;10(4):226–32.
11. Molina JM, Capitán C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med*. 2015;373(23):2237–46.
12. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R et al. PrEP: Why are we waiting? *Lancet HIV*. 2015;2(10):e401.
13. Hare B, Coll P, Ruane P, Molina JM, Mayer K, Hessen H et al. The phase 3 DISCOVER study: Daily F/TAF or F/TDF for HIV pre-exposure prophylaxis. A: Conference of Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, WA.; 2019. p. #104LB.
14. Grulich AE, Guy R, Amin J, Jin F, Selvey C, Holden J et al. Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. *Lancet HIV*. 2018;5(11):e629–37.
15. Zash R, Jacobson DL, Diseko M, Mayondi G, Mmalane M, Essex M et al. Comparative safety of dolutegravir-based or efavirenz-based antiretroviral treatment started during pregnancy in Botswana: an observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6(7):e804–10.
16. Baeten JM, Palanee-Phillips T, Brown ER, Schwartz K, Soto-Torres LE, Govender V et al. Use of a vaginal ring containing dapivirine for HIV-1 prevention in women. *N Engl J Med*. 2016;375:2121–32.
17. Nel A, van Niekerk N, Kapiga S, Bekker L, Gama C, Gill K et al. Safety and efficacy of a dapivirine vaginal ring for HIV prevention in women. *N Engl J Med*. 2016;375:2133–43.
18. Pilkington V, Hill A, Hughes S, Nwokolo N, Pozniak A. How safe is TDF/FTC as PrEP? A systematic review and meta-analysis of the risk of adverse events in 13 randomised trials of PrEP. *J Virus Erad*. 2018;4(4):215–24.
19. Cambiano V, Miners A, Dunn D, McCormack S, Ong KJ, Gill ON et al. Cost-effectiveness of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men in the UK: a modelling study and health economic evaluation. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(1):85–94.
20. Holt M, Lea T, Mao L, Kolstee J, Zablotska I, Duck T et al. Community-level changes in condom use and uptake of HIV pre-exposure prophylaxis by gay and bisexual men in Melbourne and Sydney, Australia: results of repeated behavioural surveillance in 2013–17. *Lancet HIV*. 2018;5(8):e448–56.
21. Traeger MW, Cornelisse VJ, Asselin J, Price B, Roth NJ, Willcox J et al. Association of HIV preexposure prophylaxis with incidence of sexually transmitted infections among individuals at high risk of HIV infection. *JAMA*. 2019;321(14):1380.

Projecte europeu REVIVAL: noves propostes formatives en entorns sanitaris per a un tractament sostenible i segur de la violència masclista

Pilar Escotorin Soza, Marc Brundelius, Robert Roche Olivar

Laboratori d'Investigació Prosocial Aplicada (LIPA) vinculat al Grup de Recerca Consolidat (GRC) Neuroimagen, Personalidad, Prevención, Tratamiento en Psicología Clínica y de la Salud (PsicoClisa). Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducció

A molts professionals de l'àmbit sanitari els toca tractar amb freqüència casos de dones víctimes i supervivents de violència masclista (VM). Tot i els protocols oficials establerts en la legislació actual, no sempre se senten adequadament preparats per tractar un fenomen tan complex, que té tantes variables involucrades.

La VM és un fenomen que forma part d'un sistema patriarcal; per tant, la seva naturalesa cultural el converteix en un fenomen transformable¹. Malgrat això, en existir tantes variables vinculades i múltiples causes, el tractament es fa més complex, atès que per generar intervencions eficaces i sostenibles es necessita implicar les diferents poblacions afectades per aquesta violència, com són fills i filles i agressors, i també alinear en un tractament del fenomen als propis professionals sanitaris, agents educatius, policials, judicials, socials i culturals.

A mesura que evolucionen els protocols de les sales d'emergències per al tractament i la comunicació amb les dones víctimes de violència a Europa, es va preparant i aconsellant professionals de la medicina i d'infermeria, però també de la psicologia, treball social, personal legal i policial sobre aquest tema².

En el projecte europeu REVIVAL (2018-2019), els mesos de novembre i desembre de 2018 es va realitzar a Barcelona un curs amb múltiples actors i multidisciplinari en què van participar voluntàriament en la fase formativa de diagnòstic 53 persones provinents de Catalunya i Andorra de diferents professions sanitàries, socials i policials. Les participants, majoritàriament dones (51) amb diferents nivells d'expertesa i experiència en el treball amb VM, van provenir de 10 hospitals diferents del territori, forces po-

licials, 10 tipus diferents de centres sanitaris, ajuntaments, ONG i entitats socials i educatives especialitzades en VM.

Barreres, dificultats i impacte en la vida personal

Es va oferir un espai formatiu gratuït, finançat per la Unió Europea, de 40 hores, de convocatòria pública, al qual van sol·licitar participar més de 100 professionals del territori. Com que és un curs pilot amb places limitades, no va ser possible incloure totes les persones interessades. El criteri de selecció va ser l'ordre d'arribada i la vinculació professional amb la VM. Es va proposar un model de formació "amb" experts (<https://youtu.be/bOZAqwqNAUo>), alineat amb la necessitat de promoure enfocaments de tractament de la VM amb un sistema proactiu, preventiu i comunitari¹.

Centrant-nos exclusivament en el personal sanitari participant (41 participants: medicina, infermeria, psicologia i treball social en centres sanitaris), es va poder constatar el que la literatura científica també revela: que treballar amb víctimes de VM impacta en la vida personal dels professionals. Només 4 participants del curs van indicar que "gairebé mai" els impactava i ningú va indicar que sigui un fenomen que "mai" els impactés.

Assumir professionalment el tractament de la VM no és innocu per als professionals de la salut. Hi ha riscos, com la contaminació psíquica, la identificació excessiva o un maneig inadequat de la frustració o l'esgotament, entre d'altres¹. Tots aquests elements s'han de tenir en compte a l'hora de generar espais formatius que facilitin més identificació i gestió de casos.

D'aquest grup, 21 persones no tenien en el seu lloc de treball cap activitat formal d'autocura. Per a 20 de les professionals sanitàries consultades, l'eina més útil d'autocura que els ofereix el seu treball són les sessions específiques per discutir casos i 11 professionals van indicar que realitzen activitats recreatives fora de l'horari laboral, propiciades pel seu entorn laboral. Hi havia altres espais d'autocura formals, propiciats per les entitats sanitàries en la mostra consultada, però de manera més minoritària: rotació laboral, que inclou funcions i responsabilitats (1), vacances preventives (3), suport extern

Correspondència: Pilar Escotorin Soza
Laboratori d'Investigació Prosocial Aplicada (LIPA)
Universitat Autònoma de Barcelona
Tel. 935 814 443
Adreça electrònica: pilar.escotorin@uab.cat
Pàgines web: <http://lipa-net.org> - <http://www.uab.cat/>

de professionals (7) i participació en tallers per manejar l'estrès a la feina (9).

Com a part d'un procés de diagnòstic participatiu es va realitzar una pregunta visualitzada: "Quin coneixement i quines eines personals o professionals m'ajudarien en el meu treball amb dones sobrevivents de la VM?". L'objectiu era identificar les principals dificultats comunes per a tots els participants i categoritzar-les en un mapa global interrelacionat. Les respostes dels participants es van agrupar en 12 macrocategories i es van identificar com a prioritats la necessitat de: 1) comptar amb més recursos psicològics i clínics; 2) d'autocura; 3) més recursos de comunicació interpersonal; 4a) i d'empatia per connectar amb la dona; 4b) més recursos per innovar en el funcionament actual del sistema (millorar la qualitat de les xarxes, coneixement de protocols, espais d'intercanvi amb altres professionals); 5) més recursos per tractar les diferències culturals; 6a) més coneixement de temes jurídics; 6b) millor coneixement de la xarxa; 7) més recursos tècnics; 8) millorar l'experiència pràctica; 9) augmentar la comprensió del fenomen de la VM; 10) conèixer més eines d'intervenció amb la dona; 11) conèixer eines de prevenció i educació per al canvi cultural i 12) desenvolupar més habilitats intra/interpersonals i professionals.

Malgrat que aquest grup consultat tenia característiques que el poden definir com un grup de professionals sensibilitzats pel que fa al fenomen de la VM, així i tot, cal destacar que el 13% "mai" preguntava als seus pacients si eren víctimes de violència, el 25% no ho preguntava "gairebé mai", el 35% ho preguntava "a vegades", el 12% ho preguntava "gairebé sempre" i només el 15% ho preguntava "sempre".

Atendre les dones víctimes de violència en el seu primer contacte amb els serveis de salut

La literatura científica ho constata: els professionals de la medicina i altres disciplines de salut no sempre pregunten als seus pacients si són víctimes de la VM per múltiples motius; n'hi ha que se senten aclaparats, obliden preguntar-ho o bé tenen por d'obrir una mena de caixa de Pandora en què s'activin elements que després no es puguin gestionar¹.

Les dades de Catalunya, en contrast amb les d'altres socis participants en el projecte europeu REVIVAL (Sofia a Bulgària; Caserta i Nàpols a Itàlia), indiquen que, comparativament, a Catalunya s'ha avançat però, tot i els avenços legals, de sensibilització, formació i millora dels protocols d'actuació i atenció de dones supervivents de VM a Catalunya, encara hi ha una enorme diferència entre el nombre de casos detectats i el nombre de casos estimats. A Catalunya només s'arriba a atendre el 7% de les dones que s'estima que viuen en situació de violència. El conjunt de la Xarxa d'Atenció i Recuperaçió Integral (que inclou els serveis i oficines d'atenció a les dones, SIAD) arriba a atendre l'11% dels casos³.

Diversos projectes en diferents països europeus estan ajudant a implementar nous conceptes de com atendre

les dones víctimes de violència en el seu primer contacte amb els serveis de salut quan busquen ajuda en els serveis d'emergència dels hospitals. La comunicació interpersonal del personal de salut amb aquestes dones s'emfatitza com un element crucial².

Combatre el fenomen únicament des de l'àmbit sanitari difícilment oferirà alternatives de solució sostenibles si no es busca el suport d'altres perspectives professionals. Es requereixen espais interdisciplinaris de confiança, on es comparteixin els limitats recursos existents i on els professionals puguin buscar suport i ajuda d'altres per superar les seves pròpies dificultats.

Una mirada interdisciplinària i prosocial és clau perquè s'aculli la complexitat de la situació de la dona, però també la pròpia complexitat psicològica del personal sanitari que l'atén.

Tractament prosocial

Un tractament prosocial de l'atenció a una pacient que viu en situació de VM vol dir propiciar una intervenció que promogui l'apoderament, considerant el moment actual físic, psicològic, social i cultural tant de la dona com de qui l'atén. El professional sanitari no és una persona lliure de prejudicis. Una mirada optimitzadora cap a la dona és bàsica per a la generació d'una relació de confiança. I la mirada, al seu torn, reflecteix pensaments i emocions. Es tracta, doncs, de facilitar els espais formatius adequats per tal que els professionals entrenin la seva mirada cap a la dona, connectin millor amb elles des de la seva perspectiva i siguin més conscients dels propis límits. La pregunta no és llavors, quines eines són les que serveixen, sinó des d'on es volen aplicar les eines.

Un tractament de la VM des de la prosocialitat significa entrenar una mirada horitzontal, de valoració de la dignitat de la dona sense menystenir, sense prejudicar, sense culpabilitzar. Aquesta mirada horitzontal no és automàtica, però es pot entrenar. Aquest va ser un dels desafiaments del curs REVIVAL a Barcelona.

La qualitat prosocial en l'atenció sanitària implicaria (a més d'atendre les dones complint els requeriments obligatoris dels protocols i les lleis de cada país) anar més enllà de les obligacions legals, per construir relacions de confiança i potenciar, d'aquesta manera, la creativitat, l'autoestima i la identitat de les pròpies víctimes, perquè (en la mesura del possible) siguin elles les qui activin els seus propis recursos de supervivència i es generi una relació professional sanitari-pacient horitzontal, que no prejudici, ni etiqueti, ni involuntàriament generi una segona victimització de la dona.

Innovar per optimitzar la qualitat de les intervencions

En la fase actual del projecte REVIVAL (que finalitza el desembre de 2019) continuen participant professionals sa-

nitari i no sanitari, que han realitzat la formació/entrenament i que han dissenyat com a resultat del curs 3 projectes d'intervenció sobre innovació en serveis i espais de millora de la qualitat de la xarxa de treball professional, 5 projectes d'innovació en models de formació per al tractament professional de la VM, 9 projectes sobre la innovació d'espais, eines per al treball amb dones i nous serveis d'atenció a la víctima i 5 projectes de creació o adaptació dels protocols existents.

Dins dels beneficis identificats per les participants d'aquesta formació, on els participants van tenir un paper d'experts actius i de coconstrucció dels resultats, van destacar els nous aprenentatges ("M'emporto el nom d'alguns recursos que no coneixia" [psicòloga, hospital públic]; "Gràcies pel descobriment de la gran importància de la prosocialitat com a enfocament d'intervenció final, però, sobretot, preventiu" [metge, CatSalut]; "El report psicològic és una nova eina que portaré al meu servei" [psicòloga, atenció a la víctima]; "Vaig rebre una cura d'humilitat gràcies a les ponències del tema transcultural /.../. M'adono que ho sabia, però que no ho tenia integrat" [psiquiatre, hospital públic]); els avantatges de conèixer i interactuar informalment amb altres serveis ("El que més m'ha agradat és el contacte amb altres ambients" [metge, atenció primària]; "Agraeixo aquesta oportunitat de conèixer altres serveis, altres formes d'actuar. M'han regalat molta informació. M'agradaria que ens coordinéssim més i compartíssim més informació" [infermera, servei urgències, hospital públic]); el valor d'aprendre a valorar la feina que fan altres professionals ("M'emporto la passió amb què tots esteu treballant" [infermera, CatSalut]; "He après molt sobre les xarxes que podem utilitzar, i tenir contacte amb altres professionals, amb mossos, administratius, treballadors socials. La seva missió és importantíssima, ens enriqueix a tots en el nostre àmbit. Ha estat molt bonic" [infermera, centre d'atenció primària]); treballar amb altres metodologies més actives i participatives ("A poc a poc, sense adonar-nos-en, hem fet un procés junts de transformació, i això és preciós" [metge, GenCat]; "Em va agradar molt aquest aspecte dinàmic, d'intercanvi" [psicòloga, hospital públic]); sentir el suport d'altres professionals ("S'agraeix veure tants professionals treballant el mateix tema" [metge, atenció primària]); tenir espais per fer una revisió personal ("M'emporto una obertura de ment" [psicòloga, hospital públic]; "He après coses de mi mateixa i coses que puc millorar" [psicòloga, atenció a la víctima]); i l'augment de la motivació per seguir endavant ("M'emporto l'entusiasme, les ganes, la resiliència. Crec que m'ha ajudat molt a l'hora de continuar treballant, escoltant" [metge del treball, GenCat]).

Conclusions: nous models formatius per tractar un problema complex

L'experiència de REVIVAL a Catalunya evidencia els elements que reporten les investigacions. Es confirma la importància que els equips multidisciplinaris abordin el problema de la VM i es ratifica la rellevància d'incloure en el currículum de disciplines com medicina, infermeria i altres professions de salut pública, capacitació específica sobre com prevenir, detectar i tractar les víctimes de VM.

Assumir el repte de la detecció de casos de VM requereix una mirada complexa, que juntament amb innovació estructural en el sistema, ofereixi espais formatius interdisciplinaris acreditats en les respectives branques professionals. REVIVAL va generar un model formatiu participatiu que va dotar els professionals de més espais d'intercanvi, de contrast d'informació i estratègies per al tractament de casos complexos, va generar noves xarxes de suport social, —afavorint una revisió i discussió de l'aplicabilitat dels protocols i les teories proposades—, va iniciar debats sobre la millora de l'eficiència dels recursos existents i va posar sobre la taula les llums i les ombres dels procediments.

En definitiva, el pilot formatiu de REVIVAL està generant teoria i noves eines amb els propis experts participants, creant un "centre de confiança" entre professionals que treballen en el tractament de la VM.

La proposta és innovar en l'oferta formativa en funció d'un tractament més complex del fenomen, fent un pas més enllà de les fronteres formatives de les pròpies especialitats i entitats. Cal reforçar la qualitat de la col·laboració interprofessional, sense pretendre donar les respostes, sinó simplement posant en joc i en relació els recursos que ja existeixen.

Per comprendre des de la perspectiva de la dona i posar-se veritablement en la seva pell, cal evitar reproduir receptes i obrir-se a construir juntament amb les dones, com expertes en la seva vida i en la seva història, intervencions sostenibles i segures.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Rojas K. La violencia de género desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud. Estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. [Tesi doctoral]. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2014.
2. Roche R, Brundelius M, Escotorin M. What the scientific community says about good practices and new lines of intervention. Suggestions for a local action plan. 2018. Report WP2 State of the Art REVIVAL project. Consultable a: Archivo del proyecto REVIVAL (Right Environment To Protect Women Victims of Violence at Each Level - REVIVAL Grant Agreement number 776629 - SDO -), plataforma interna del projecte europeu.
3. Faura R, dir. Avaluació del Circuit Barcelona contra la violència masclista. Document de resultats i línies de millora. [Internet] Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona; 2017. Consultable a: http://ajuntament.barcelona.cat/bcnantimasclista/sites/default/files/avaluacio_circuit_acc.pdf. Accés: març de 2018.

Gènere i ciència: cap a una recerca inclusiva per ser transformadora

Eduard Güell¹, Maite Solans^{1,2}, Paula Adam^{1,2}

¹Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Barcelona; ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Barcelona.

Introducció

Fa només tres anys que se celebra el Dia Internacional de la Dona i la Nena en la Ciència, adoptat per l'Assemblea General de les Nacions Unides. Prendre consciència de la marginació sistemàtica que ha sofert la dona —i tota persona no home blanc— en l'àmbit de la ciència ha esdevingut una prioritat, per tant, des de fa poc temps. Gràcies a l'influx dels moviments feministes i dels moviments a favor de la diversitat i la igualtat de gènere, s'han endegat anàlisis robustes que han permès compilar dades sobre l'abast d'aquesta realitat. Malgrat que la neutralitat i la meritocràcia guïïn els sistemes de recerca, la forma en què es genera coneixement científic no està exempta de les discriminacions que han estat presents durant tants anys. L'evidència suggereix que la ceguesa i els biaixos contra la diversitat en són elements estructurals. I això, en el cas de la recerca en salut, ha tingut efectes perniciosos especialment per a les dones. Transformar la recerca biomèdica perquè serveixi al conjunt de la societat és un repte necessari.

El Departament de Salut i el sistema català de recerca han assumit aquest repte com a pilar d'actuació prioritari. Les dades recollides confirmen que la desigualtat es manifesta tant pel que fa a escales professionals en els centres i instituts de recerca com a l'hora implementar la perspectiva de gènere en l'orientació i en l'avaluació de la recerca. Analitzar la situació, tant de l'estructura professional del sistema com de l'orientació de la recerca, pot aportar valor a la presa de decisions i permetre que futurs eixos d'actuació estiguin basats en l'evidència.

Qui pren les decisions

L'àmbit de decisió en la ciència està fortament masculinitzat. A mesura que avança la carrera professional d'un investiga-

dor es va produint una concentració masculina en els llocs més elevats dels organigrames dels centres i organitzacions dedicades a la recerca. El moment clau, segons mostra l'evidència recollida, s'esdevé just després d'acabar el doctorat.

En els centres i instituts catalans de recerca biomèdica, la presència femenina segons categoria professional descendeix a mesura que es puja en l'escala de la carrera professional. L'efecte contrari s'observa en el col·lectiu d'homes, que malgrat la seva minoria numèrica en les primeres etapes de formació com a investigadors i el seu menor rendiment acadèmic agregat, desenvolupen una carrera científica més exitosa després del doctorat. En les dues categories professionals més elevades, directors de centre i caps de grup, el 90% i el 75%, respectivament, són homes, tot i que varia segons el centre i l'any (Figura 1).

Una possible explicació es va oferir a la revista *The Lancet*¹ i descriu la carrera de les científiques com si fos un cicle viciós. Segons la descripció, les dones tenen més dificultats per rebre finançament en les seves investigacions², això impossibilita que accedeixin a llocs més rellevants en la posició d'autoria dels articles, reben menys invitacions a congressos i conferències, estableixen menys lligams amb els actors que exerceixen la direcció dels centres i, com a conseqüència, tenen un currículum inferior que, tornant a l'inici del cicle, implica aconseguir menys finançament. Segon una publicació recent³, les dones són menys citades i ocupen una posició de menor rellevància en les autories de les publicacions científiques. La interrelació d'aquests fets, juntament amb la maternitat —que afecta directament la progressió de salaris i l'ascens professional de les dones⁴—, genera un sostre de vidre gruixut que impedeix les dones accedir als llocs de responsabilitat.

Entre altres conseqüències, la desigualtat i la manca de diversitat en els equips de recerca comporta un avenç més lent en el coneixement rellevant per a les dones (i altres grups) i, per tant, un impacte menor en la salut. A més, perpetua una cultura organitzativa centrada en la competició i afavoreix una presa de decisions vertical⁵.

Com es fa la recerca

Segons un editorial de *Nature* de l'any 2010⁶, la medicina està menys basada en evidència científica quan s'aplica en dones. Les dades que es van recollint ho confirmen tot

Correspondència: Eduard Güell
Àrea de Recerca
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
C/ Roc Boronat, 81-95, segona planta
08005 Barcelona
Tel. 935 513 900
Adreça electrònica: eduard.guell@gencat.cat
Pàgina web: <http://aquas.gencat.cat>

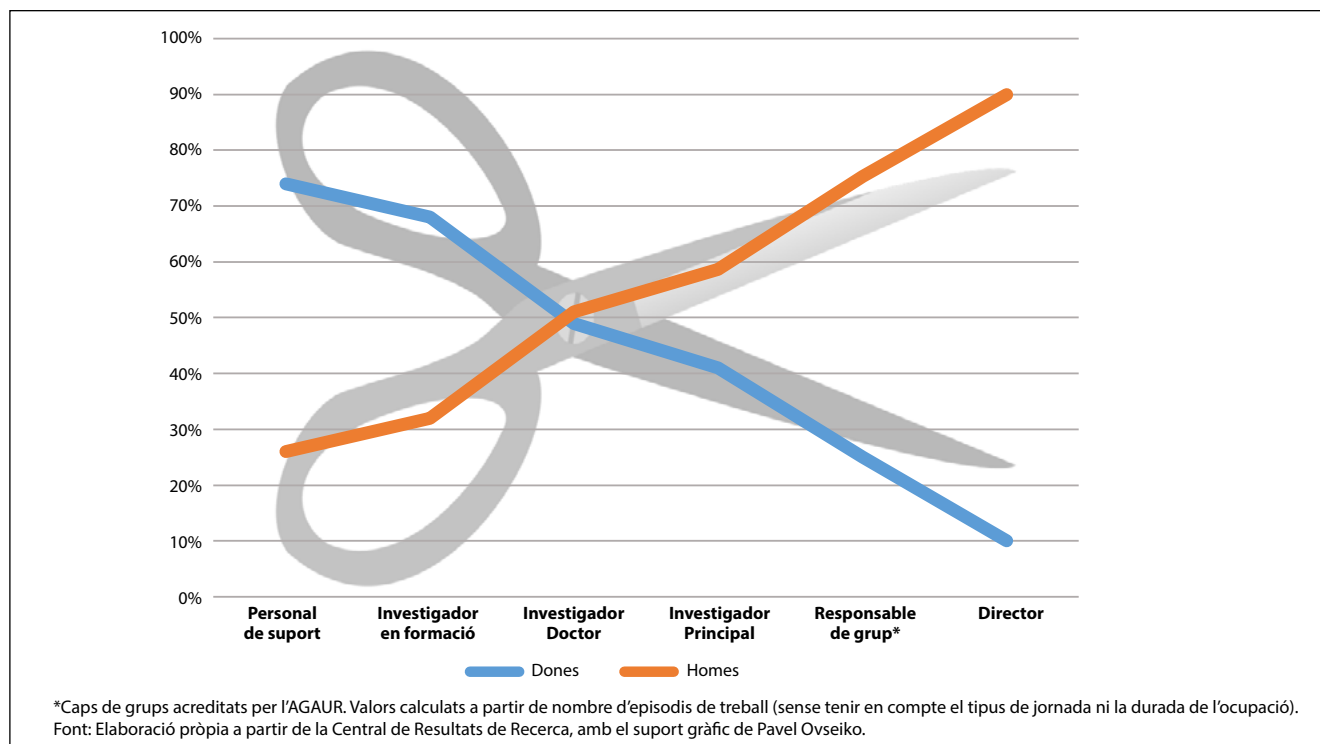


FIGURA 1. Pes del personal (%) segons gènere en les diferents categories professionals del conjunt dels centres/instituts de recerca catalans (dades de 2015)

apuntant cap a una direcció: el patró masculí ha dominat la recerca biomèdica. La recerca clínica i la pràctica sanitària han pres l'home com a referent, assumint que la situació de la salut d'homes i dones i els factors de risc són similars, quan no ho són. Aquest fet ve condicionat per una forta *path dependency*. A tall d'exemple, els assaigs clínics es feien únicament amb homes fins l'any 1993⁷. Encara avui, els assaigs que desagreguen els resultats de toxicitat per sexe són ben escassos⁸. També en els models animals hi ha hagut un patró masculí i s'han emprat tradicionalment ratolins mascle a causa d'una visió esbiaixada sobre les hormones⁹ i per motius econòmics.

Dones i homes experimenten diferents patrons de salut i malaltia, amb diferències en prevalences, simptomatologia, resposta a tractaments o pronòstics¹⁰. Per exemple, el 80% de les persones amb fatiga crònica i fibromiàlgia són dones. Quant a diagnòstic, per exemple, en la malaltia de Crohn es triga 20 mesos per ser diagnosticada en dones, mentre que en homes se'n necessita només 12. O el cas ben conegut dels símptomes de l'infart de miocardi, on les dones, a diferència dels homes, presenten dolors al maxil·lar inferior, dificultat respiratòria o fatiga.

Un important estudi publicat a *The Lancet*¹¹ destaca l'abordatge insuficient de les diferències segons el sexe en els resultats científics. Aquest estudi analitza 11,5 milions d'articles entre 1980 i 2016 i conclou que el 2016 només el 54% de la recerca en salut pública diferenciava en els seus resultats dones i homes, únicament

el 43% ho feia en recerca clínica i un escàs 30% en recerca de laboratori.

Gràcies a la tasca de científiques, des de la dècada dels noranta la medicina està canviant i es comencen a identificar les diferències que les dones aporten a totes les especialitats. També es comença a fomentar la recerca en aquelles malalties anomenades invisibles, com l'endometriosis. La incorporació de les dones als equips de recerca n'ha estat clau: amb una mostra d'1,5 milions d'articles entre 2008 i 2015 es va identificar que és un 30% més probable que una recerca tingui en compte les diferències per sexe i gènere si hi ha alguna dona entre els autors¹².

També s'ha pogut constatar que l'augment de dones investigadores ha permès més avenços mèdics per a les dones¹³. No obstant això, les dades assenyalen que avui les dones segueixen tenint menys oportunitats de finançament i segueixen ocupant una posició de menor rellevància en les publicacions científiques¹⁴.

Propers passos

Per a vertebrar un sistema de recerca en salut que respongui a les necessitats del conjunt de la ciutadania és necessari abordar els biaixos de gènere propis de la ciència. Les mesures i les polítiques a emprendre per a fomentar una recerca inclusiva a Catalunya poden partir de les nombroses anàlisis i estudis que han fet investigadors dels propis centres catalans i de les referències i millors pràctiques internacionals. Simultàniament, les tisores de gènere (Figura 1), que mostren una es-

tractura professional masculinitzada en els centres i instituts de recerca de Catalunya, són quelcom alarmant que no varia malgrat la incorporació progressiva de dones a la carrera investigadora. Ambdós aspectes tenen un fort impacte en el sistema, tal i com mostra l'evidència recollida.

Cal fomentar una recerca inclusiva i desmasculinitzar els equips directius, tot promovent una nova cultura organitzativa en els centres i instituts de recerca.

Cal incloure la perspectiva de gènere en l'avaluació dels projectes, afavorint, d'aquesta manera, avenços mèdics tant per a dones com per a homes.

Cal estudiar les millors pràctiques i els models exitosos d'altres sistemes de recerca europeus i internacionals en la implementació de la perspectiva de gènere; la introducció de metodologies feministes, com el coneixement situat, l'etnografia o l'observació participant, permetran donar visibilitat als biaixos existents i obrir vies de transformació. En un sistema de recerca obert i internacionalitzat com el català, l'horitzó no només se centra en la pròpia transformació sinó també en exercir una capacitat d'influir i de liderar el canvi en l'entorn europeu.

Agraïments: a Pavel Ovseiko, per les visualitzacions i l'assessorament continu, i a la Fundació Bancària "la Caixa" pel seu suport econòmic.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Clark J, Horton R. What is The Lancet doing about gender and diversity? *Lancet*. 2019;393(10171):508-10.
- Hankivsky O, Springer KW, Hunting G. Beyond sex and gender difference in funding and reporting of health research. *Res Integr Peer Rev*. 2018;3:6.
- Shen YA, Webster JM, Shoda Y, Fine I. Persistent underrepresentation of women's science in high-profile journals. *bioRxiv*. 2018. Doi: 10.1101/275362. Consultable a: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/275362v2>.
- Kleven H, Landais C, Sogaard JE. Children and gender inequality: Evidence from Denmark. NBER Working Papers. Núm. 24219. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2018.
- Ovseiko PV, Pololi LH, Edmunds LD, Civian JT, Daly M, Buchan AM. Creating a more supportive and inclusive university culture: a mixed-methods interdisciplinary comparative analysis of medical and social sciences at the University of Oxford. *Interdisciplinary Sci Rev*. 2019;44(2):166-91.
- Putting gender on the agenda. *Nature*. 2010;465(7299):665.
- McCarthy CR. Historical background of clinical trials involving women and minorities. *Acad Med*. 1994;69(9):695-8.
- Hernando-Cubero J, Grande E, Castellano DE, Ibrahim T, Fazio N, Lopez C et al. Impact of gender on multikinase inhibitors (MKIs) toxicity in patients (pts) with advanced pancreatic and gastrointestinal neuroendocrine tumors (NETs): A pooled analysis of two phase II trials with pazopanib and lenvatinib. *J Clin Oncol*. 2019;37(15):4109.
- Shansky RM. Are hormones a "female problem" for animal research? *Science*. 2019;364(6443):825-6.
- Ruiz Cantero MT. Perspectiva de género en medicina. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2019.
- Advancing women in science, medicine, and global health. *Lancet*. 2019;393(10171):493-610.
- Nielsen MW, Andersen JP, Schiebinger L, Schneider JW. One and a half million medical papers reveal a link between author gender and attention to gender and sex analysis. *Nat Hum Behav*. 2017;1(11):791-6.
- König R, Samila S, Ferguson JP. Female inventors and inventions. Working Paper 19-24. Boston, MA: Harvard Business School; 2019.
- Witteman HO, Hendricks M, Straus S, Tannenbaum C. Are gender gaps due to evaluations of the applicant or the science? A natural experiment at a national funding agency. *Lancet*. 2019;393(10171):531-40.

Eponímia mèdica catalana: “Ara que tinc vint anys...”

Elena Guardiola, Josep-Eladi Baños

Facultat de Medicina. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya.

Tot va començar ja fa vint anys

L'any 1997 un de nosaltres va fer una estada de recerca als Estats Units. En el seu temps lliure esdevingué un visitant assidu de les llibreries de les grans cadenes nord-americanes com Borders o Barnes & Noble. Tafanejant en les seccions històriques va observar el costum de publicar llibres que recollien epònims dels temes més diversos, cosa que no havia vist en les llibreries catalanes a les quals era molt afeccionat. La cosa va quedar de moment així.

Fa vint anys, en una conversa informal, ens vam posar a recordar els noms dels metges catalans que tenien un epònim i que ens venien en aquells moments al cap (Gimbernat, Trueta, Martorell...). Unes setmanes més tard, i després de fer una colla de cerques en bases de dades i de repassar un bon nombre de llibres i diccionaris, la llista —que ens va semblar prou llarga llavors— tenia uns 20 noms...

El nostre interès particular i compartit per la terminologia i pel llenguatge mèdic, així com per la història de la medicina catalana, va fer que comencéssim a recollir informació sobre aquells epònims mèdics d'origen català: estàvem, a més, molt encuriosits per descobrir aquelles persones que havien destacat en algun aspecte de la medicina i per saber com, quan i perquè el seu nom havia quedat lligat com a part integrant del llenguatge mèdic.

És així com vam començar a estudiar els epònims mèdics d'origen català. A més, a diferència del que succeeix al món anglosaxó, els llibres de o sobre epònims no abundaven (per no dir que eren gairebé inexistents) a casa nostra. I en ben poques ocasions es podia trobar en quines circumstàncies havia sorgit la idea o s'havia anat desenvolupant el procés que finalment havia donat lloc a *allò* (tècnica, aparell, escala, etc.) que després havia esdevingut un epònim.

Ja des de l'inici, el nostre projecte (si és que en aquells moments se'n podia considerar un) es plantejava la identificació dels epònims mèdics d'origen català i, per a cada epònim, obtenir informació tant sobre què es descriu amb l'epònim com sobre la persona *eponimitzada*. També volíem trobar la publicació en la qual es descrivia per primera vegada allò que havia estat l'origen de l'epònim o en quin lloc es feia servir també per primera vegada l'epònim. I situar-lo en el context en què s'havia originat i la realitat històrica d'aquells moments.

L'eponímia als *Annals*: “Ara que tinc vint anys...”

Tot això va coincidir en el temps amb el reinici de la publicació dels *Annals de Medicina*, que havia deixat de publicar-se per diversos motius durant uns anys i començava una nova etapa. El seu director, en Xavier Bonfill, convidava, en el primer editorial¹, tots els lectors a participar-hi activament i es creava una secció anomenada *Sense amnèsia* (deia el Dr. Bonfill: “Hem de mantenir-nos sense amnèsia per a segons què i segons qui; hi ha moltes coses, fets i persones que no s'han d'oblidar”). I ens vam animar a compartir el començament del projecte que teníem entre mans amb els *Annals*.

L'acceptació de la nostra proposta va ser immediata i fou així que vàrem adquirir un compromís, que hem mantingut durant 20 anys: escriure un article per a cada número dels *Annals*, en una secció que vàrem anomenar *Eponímia mèdica catalana*. Després d'un primer article introductori², es va publicar el primer article de la sèrie al número 3 de 1999 i va ser, com probablement no podia ser d'altra manera, sobre el lligament de Gimbernat³.

En aquells moments no imaginàvem que la nostra llista aniria creixent, que trobaríem epònims —o ells ens trobarien a nosaltres— en els llocs més insospitats, que no sempre seria fàcil obtenir dades sobre les persones que els havien originat i que per trobar les publicacions primeres caldria buscar i rebuscar... i, en molts casos, tornar a buscar. Per altra banda, les nostres troballes han anat augmentant també gràcies a la col·laboració de moltes persones que ens han anat enviant referències d'epònims i que han anat enriquint els nostres arxius. Voldríem fer aquí un esment especial al doctor Miquel Bruguera, un altre lletraferit en aquests temes d'història de la medicina catalana, que ens ha posat sobre la pista d'alguns d'aquests epònims.

Correspondència: Dra. Elena Guardiola
Barcelona
Tel. 93 495 67 24
Fax 93 495 68 75
Adreça electrònica: elena.guardiola@bayer.com

Hores d'ara hem identificat i estudiat un centenar llarg d'epònims, originats per una norantena de metges catalans. N'hem estudiat també un bon nombre que es corresponen amb el nom d'institucions, de ciutats o del propi país. Molts dels més actuals ja no són el nom d'una persona, sinó que se'ls ha donat el nom d'un centre, d'un hospital o de la ciutat on treballen els autors.

I hem descobert que hi ha una colla de plantes, insectes i altres animals que porten el nom de metges catalans, molts dels quals van ser també importants botànics o naturalistes. I també una muntanya i una ruta als Pirineus... En aquests vint anys hem vist néixer —i créixer també— alguns epònims, que són contribucions molt rellevants a la medicina actual.

En aquests anys, de molta i entretinguda feina, ha estat molta la gent que ens ha ajudat. Familiars, amics i companys dels protagonistes dels articles ens han proporcionat molta informació, abans i després de la publicació. I coneguts, i també desconeguts fins aquell moment, ens han fet arribar notícies d'epònims que han trobat i dels que nosaltres no en sabíem l'existència fins llavors.

En alguns casos hi ha hagut també fets inesperats, molt interessants i enriquidors en tots els casos, que ens han dut més enllà del que podíem imaginar.

Poc després de publicar l'article sobre el Dr. Ferran l'any 1999⁴, un nét seu, de nom també Jaume Ferran, ens va trucar: havia recopilat molta documentació sobre el seu avi i tenia proves que la data que figurava a tot arreu sobre el seu naixement no era correcta: havia nascut l'1 de febrer de 1851, un any i un dia abans del que constava a totes les biografies. Ho havia intentat donar a conèixer, però sense gaire èxit. Ens vam reunir amb ell; en un agradable dinar ens va explicar moltes coses sobre el seu avi i, ja amb una tassa de cafè, ens va deixar consultar tota la documentació. I ens va lliurar els originals perquè els reviséssim més a fons; ja els hi tornariem quan haguéssim acabat. I ho vam publicar, és clar, als *Annals*⁵. Uns mesos després, ens van trucar des d'un departament universitari espanyol; estaven organitzant un acte coincidint amb el que havia de ser la celebració del 150 aniversari del naixement del Dr. Ferran, havien vist el nostre article i s'havien adonat que aquest aniversari ja havia passat...

Dos experiències més que també ens van colpir foren a conseqüència que altres familiars conegueren els nostres articles. Aquest fou el cas després de la publicació de la hipodermitis nodular subaguda migratòria o síndrome de Vilanova-Piñol⁶. El Dr. Xavier Vilanova i Montiu era especialment conegut i recordat, però no ho era tant el seu col·laborador, Joaquim Piñol i Aguadé. Una néta seva ens va escriure agraint que recordéssim el seu avi; en aquells moments tenien la impressió que havia passat a ser un personatge pràcticament desconegut. En una altra ocasió,

la filla d'un altre *eponitmitzat*⁷, Carola Duran, ens va agrair també l'article sobre el seu pare i ens vam afegir a la petició que posessin el seu nom a la seu del Banc de Sang i Teixits de Barcelona, ara Edifici Dr. Frederic Duran i Jordà⁸.

Vam viure una situació similar a la del Dr. Ferran no fa pas gaire. Es tractava del Dr. Joaquim Codina⁹, la data de naixement del qual també constava erròniament en totes les ressenyes biogràfiques que se n'havia fet: com en Ferran també havia nascut un any abans. En aquest cas va ser un besnét seu, metge, el que va contactar amb nosaltres, i un nét ens va proporcionar més dades. També vam poder documentar-ho i donar-ho a conèixer¹⁰. Afortunadament, la celebració del 150 aniversari prevista al seu poble, La Cellera de Ter, es va dur a terme sense problemes a cavall entre els dos anys 2017 i 2018. I vam poder assistir a l'acte inaugural.

En una altra ocasió, i per motius ben diferents, es va posar en contacte amb nosaltres un ciutadà anglès que havia identificat, a partir del nostre article dels *Annals*, el metge català que havia curat el seu pare, ferit i amb moltes cremades, durant la Segona Guerra Mundial. Estava segur que aquell metge era el Dr. Gabarró: tot el que el seu pare, ja traspasat, els havia explicat, tots els detalls sobre aquell metge exiliat català, el lloc, les dates, el tipus d'intervencions que havia fet servir per curar-lo, etc. coincidien amb el que nosaltres explicàvem¹¹. Ens enviava una fotografia. El seu pare li havia encarregat que busqués aquell metge o els seus descendents i els donés les gràcies. Ens demanava si ho podíem fer per ell. Afortunadament vam poder parlar amb una filla del Dr. Gabarró i li vam poder explicar.

Tot just després de publicar l'article sobre Josep Masdevall¹² vam rebre una trucada d'un descendent, que ens va enviar una còpia de la que sembla que és l'única imatge que es conserva d'ell. Uns quants anys més tard un altre Masdevall, que estava estudiant el seu avantpassat i el seu arbre de la família, va fer que acabéssim al Castell de Sant Ferran de Figueres, on vam poder compartir una colla d'històries.

I n'hi ha hagut moltes més d'històries: familiars dels protagonistes dels epònims que ens han obert casa seva, ens han facilitat dades, fotografies i documents; companys de feina que han reviscut èpoques ja llunyanes i altres formes de fer medicina; botànics especialitzats en les plantes que porten el nom d'alguns metges que ens han demanat informacions diverses, etc.

Sovint hem pogut contrastar la nostra informació directament amb els protagonistes que, a més de proporcionar-nos dades sobre l'epònim, ens han referit també anècdotes que hem inclòs en els articles. Recordem aquí, en primer lloc, els que ja no són amb nosaltres: Joaquim Barraquer i Moner, Lluís Barraquer i Bordas i Josep Cañadell i Carafí. I després un gran nombre de metges, molts

encara en actiu, com Antoni Bayés de Luna, Antoni Bayés-Genís, Carles Bardají, José Boix-Ochoa, els germans Pere, Josep i Ramon Brugada, Jordi Bruix, Josep M. Carrera i Macià, Jordi Cervós i Navarro, Josep Maria Gil-Vernet, Albert Parés, Miquel Prats i Esteve o Jordi Ríu i Izquierdo. En altres casos, la informació vam poder-la contrastar a través dels seus fills, com fou el cas de Fernando Collado, Joaquim Ravetllat i Pla, Rafael Orozco i Delclós o Eduard Tolosa i Colomer.

La publicació dels epònims aquests 20 anys

La gran majoria dels nostres treballs sobre eponímia s'ha publicat als *Annals* (de moment, 85 articles: vint anys són molts anys!); primer en l'edició en paper, després en l'edició en paper i electrònica i, ja des de fa uns anys, només en l'edició electrònica (qui ens ho havia de dir!). En la Taula hem inclòs un llistat amb les referències de tots els articles publicats fins ara als *Annals* (juny 1999 – juny 2019) i els corresponents enllaços directes a la pàgina web de la revista a l'Acadèmia (<http://annals.academia.cat/>), recentment redissenyada i amb una nova ubicació. Una bona part dels articles també estan disponibles al portal RACO *Revistes Catalanes amb Accés Obert* (<https://www.raco.cat/>).

Gràcies a la Fundació Dr. A. Esteve una part dels articles s'ha recollit també en els tres volums d'*Eponímia mèdica catalana* publicats fins ara¹³⁻¹⁵, que es poden descarregar a través de la pàgina web de la Fundació (<http://www.esteve.org>) i del portal RACO i, ben aviat, també gràcies a aquesta Fundació, se'n publicarà una selecció en anglès¹⁶.

El futur: "... ara que encara tinc força"

Però ens queda encara un llarg camí per recórrer. Aquell llistat que esmentàvem no para de créixer i en tenim encara uns quants, en els que esperem poder anar-nos endinsant, mica a mica, per poder anar-los publicant, esperem, encara durant uns quants anys.

A la nostra llista hi tenim metges de moltes i diverses especialitats, i de diferents èpoques, que ens estan esperant, com Josep Maria Bartrina, Emili Moragas, Joaquim Cabot, Antoni Cebrià Costa, Josep Fabré, Agustí Gómez, Marià de la Pau Graells, Rafael Hernández, Joan Isern, Josep Llobart, Antoni Olivella, Jordi Perelló o Ricard Zariquiey, a més d'algunes tècniques i malalties que fan referència a la nostra geografia. I qui sap, potser n'hi haurà de nous, que encara han de "néixer" com a epònims i, de ben segur, en trobarem —o ens trobaran a nosaltres— més que no pas sospitem.

Durant aquestes dues dècades, però, l'epònim és, o ha estat, —ho hem dit ja altres vegades— una excusa, un mitjà per conèixer i donar a conèixer els metges i les institucions que hi estan o hi han estat relacionats. Si aquest apropament a través dels epònims ha fet que sortissin de l'oblit (moltes vegades injust) alguns metges o que se'n co-

neguessin aspectes desconeguts d'altres, i ha permès recuperar les seves contribucions a la medicina i a la història de casa nostra, ens donem per satisfets. Haurà valgut la pena.

Agraïments: els autors volem agrair als *Annals de Medicina* (en especial a Xavier Bonfill i a Marta Gorgues) i a la Fundació Dr. Antoni Esteve (en especial a Fèlix Bosch i Elisabet Serés) la publicació de tots aquests treballs; sense ells, aquest projecte no hauria tirat endavant. També volem agrair la col·laboració de tots els lectors i de tots i cadascun dels qui d'una manera o altra han contribuït amb nosaltres i ens han ajudat aportant dades, fotografies, informació, etc.; sense totes aquestes persones tampoc hauria estat possible aconseguir que aquesta sèrie arribés a tenir (els primers) vint anys. Moltes gràcies a tots.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Bonfill X. Tornem a tenir *Annals*. *Annals de Medicina*. 1998;82(1):3-4.
2. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. *Annals de Medicina*. 1999;82(3):162-3.
3. Baños JE, Guardiola E. Eponímia mèdica catalana: el lligament de Gimbernat. *Annals de Medicina*. 1999;82(4):220-2.
4. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana: el vaccí de Ferran. *Annals de Medicina*. 1999;82(6):361-3.
5. Guardiola E, Baños JE. Jaume Ferran: es compleixen 150 anys del seu naixement. *Annals de Medicina*. 2001;84(1):54-6. Consultable a: http://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9173.
6. Baños JE, Guardiola E. Eponímia mèdica catalana. La hipodermitis nodular subaguda migratòria o síndrome de Vilanova-Piñol. *Annals de Medicina*. 2001;84:51-3.
7. Baños JE, Guardiola E. Eponímia mèdica catalana. El mètode de Duran. *Annals de Medicina* 2006;89:41-5.
8. Banc de Sang i Teixits. Informació corporativa. <https://www.bancsang.net/info-corporativa/on-som/>.
9. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. Els epònims de Joaquim Codina: de la falguera *Pteris codinae* al gènere *Codinaea*, tot passant per alguns altres fongs. *Annals de Medicina*. 2017;100(3):133-40.
10. Guardiola E, Baños JE. Joaquim Codina i Vinyes. Algunes dades entorn al seu naixement fa 150 anys. *Annals de Medicina*. 2018;101(2):84-6. Consultable a: http://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=10073.
11. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. Els epònims de Gabbarró. *Annals de Medicina*. 2010;93(3):126-32.
12. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. Llopiata Masdevall. *Annals de Medicina*. 2008; 91(2):91-5.
13. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve. N° 1. Barcelona: Prous Science; 2004. Consultable a: <https://www.esteve.org/ca/capitulos/documento-completo-16/>
14. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (II). Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve. N° 22. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2011. Consultable a: <https://www.esteve.org/ca/capitulos/documento-completo-17/>
15. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (III). Quaderns de la Fundació Esteve N° 38. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2016. Consultable a: <https://www.esteve.org/ca/libros/quadern-eponimia-3/>
16. Guardiola E, Baños JE. Catalan physicians contributions to medicine: a historical view through eponyms. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; en premsa.

TAULA 1. Eponímia mèdica catalana. Articles publicats als *Annals de Medicina* (juny 1999 – juny 2019): títol, referència i enllaç al PDF de cada article (a juny de 2019)

Títol	Referència	Enllaç a l'article
Eponímia mèdica catalana.	Annals de Medicina. 1999;82(3):162-163.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9458
El lligament de Gimbernat.	Annals de Medicina. 1999;82(4):220-222.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9508
La síndrome de Tolosa-Hunt.	Annals de Medicina. 1999;82(5):283-286.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9531
El vaccí de Ferran.	Annals de Medicina. 1999;82(6):361-363.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9559
Els Barraquer: una nissaga rica en epònims.	Annals de Medicina. 2000;83(1): 52-53.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9275
La lipodistròfia progressiva de Barraquer-Simmons.	Annals de Medicina. 2000;83(1):53-55.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9275
El mètode o operació de Barraquer: la facoèrissi.	Annals de Medicina. 2000;83(2):114-116.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9305
Els signes de Barraquer i Bordas.	Annals de Medicina. 2000;83(3):164-166.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9333
Les tècniques de Barraquer en queratoplàstia refractiva: la queratofàquia i la queratomileusi.	Annals de Medicina. 2000;83(4):231-233.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9354
La tècnica d'extracció de la cataracta de Barraquer: la zonulòlisi enzimàtica.	Annals de Medicina. 2000;83(5):292-295.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9374
La hipodermatitis nodular subaguda migratòria o síndrome de Vilanova-Piñol.	Annals de Medicina. 2001;84(1):51-53.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9172
El factor de difusió de Duran Reynals.	Annals de Medicina. 2001;84(2):110-112.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9194
Els epònims de Martorell.	Annals de Medicina. 2001;84(3):161-170.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9214
El mètode Trueta.	Annals de Medicina. 2001;84(5):288-291.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9253
La síndrome de Burnand-Sayé.	Annals de Medicina. 2002;85(1):55-59.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9079
Les operacions d'Arruga i altres epònims.	Annals de Medicina. 2002;85(2):104-107.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9096
Els epònims de Puigvert.	Annals de Medicina. 2002;85(3):173-175.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9118
Els epònims de Piulachs.	Annals de Medicina. 2002;85(4):232-235.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9134
L'anestèsia extradural de Gil Vernet.	Annals de Medicina. 2002;85(5):294-296.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9152
Els epònims de Pedro Pons.	Annals de Medicina. 2003;86(1):53-55.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9009
Els epònims de Roviralta.	Annals de Medicina. 2003;86(2):85-87.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9022
Les operacions de Gil-Vernet.	Annals de Medicina. 2003;86(3):140-143.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9041
La malaltia de Forestier-Rotés Querol.	Annals de Medicina. 2003;86(4):188-191.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9058
La malaltia de Nubiola.	Annals de Medicina. 2004;87(1):37-40.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7841
La prova d'Azoy.	Annals de Medicina. 2004;87(2):81-84.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7857
El procediment de Boix-Ochoa.	Annals de Medicina. 2004;87(3):140-142.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8974
El reflex de Carbonell-Pérez del Pulgar.	Annals de Medicina. 2004;87(4):183-187.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8990
El mètode de Ribera.	Annals de Medicina. 2005;88(1):39-42.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7562

TAULA 1. Continuació

Títol	Referència	Enllaç a l'article
El collar de Casal.	Annals de Medicina. 2005;88(2):84-89.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7577
El signe de Pinós.	Annals de Medicina. 2005;88(3):132-135.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7593
L'encefalomielitis granulomatosa reticulohistiocitària de Cervós-Navarro.	Annals de Medicina. 2005;88(4):188-191.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7610
El mètode de Duran.	Annals de Medicina. 2006;89(1):41-45.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8906
Els epònims de Botey.	Annals de Medicina. 2006;89(2):88-90.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8922
El símptoma de Vidal Colomer.	Annals de Medicina. 2006;89(3):141-143.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8940
El bacteri de Ravetllat-Pla.	Annals de Medicina. 2006;89(4):200-203.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8957
El test de Mira.	Annals de Medicina. 2007;90(1):41-45.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8847
La reacció de Müller-Bellido-Bürger.	Annals de Medicina. 2007;90(2):89-93.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8858
L'esquitectomia precoç de Collado.	Annals de Medicina. 2007;90(3):145-146.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8875
El mètode de Ponseti.	Annals de Medicina. 2007;90(4):188-194.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8889
La gastropèxia de Corachán.	Annals de Medicina. 2008;91(1):36-41.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8769
L'opiat Masdevall.	Annals de Medicina. 2008;91(2):91-95.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=13589
La tècnica de Cañadell.	Annals de Medicina. 2008;91(3):142-145.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8807
La periostitis deformant de Soriano.	Annals de Medicina. 2008; 91(4):193-197.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8829
Amadeo Foz i el <i>Psychrobacter fozii</i> .	Annals de Medicina. 2009;92(1):35-38.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8594
L'osteosclerosi endòstica pneumopàtica de Farreras.	Annals de Medicina. 2008;92(2): 90-94.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8579
El casímetre i el casímagnes.	Annals de Medicina. 2008;92(4):190-192.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8491
La frinodèrmia hipotiroïdal o síndrome de Vilanova-Cañadell.	Annals de Medicina. 2010;93(1):31-35.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8360
El cistòtom de Canivell.	Annals de Medicina. 2010;93(2):83-86.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8375
Els epònims de Gabarró.	Annals de Medicina. 2010;93(3):126-132.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8392
El punt de Juncadella Ferrer.	Annals de Medicina. 2010;93(4):177-179.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8407
La síndrome dels Brugada.	Annals de Medicina. 2011;94(1):28-33.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8300
El bàlsam de Malats.	Annals de Medicina. 2010;94(2):81-85.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8315
Els <i>altres</i> epònims.	Annals de Medicina. 2011;94(3):130-132.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8330
El sistema d'estadificació del càncer de fetge del Clínic de Barcelona.	Annals de Medicina. 2011;94(4):168-174.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8343
Els epònims de Francesc Micó: l' <i>Auricula ursi myconi</i> i el gènere <i>Miconia</i> .	Annals de Medicina. 2012;95(1):30-35.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8243
L'índex de Sabadell.	Annals de Medicina. 2012;95(2):84-90.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8259
El test de Dexeus.	Annals de Medicina. 2012;95(3):128-132.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8272

TAULA 1. Continuació

Títol	Referència	Enllaç a l'article
El test Barcelona.	Annals de Medicina. 2012;95(4):175-180.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8285
El gènere <i>Soliva</i> .	Annals de Medicina. 2013;96(1):27-31.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8155
La placa d'Orozco.	Annals de Medicina. 2013;96(2):86-90.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8172
Els epònims d'Antoni Palau: el gènere <i>Palaua</i> i l' <i>Aloysia citrodora</i> Palau.	Annals de Medicina. 2013;96(3):124-129.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8210
Barcelona i Catalunya en el llenguatge hematològic.	Annals de Medicina. 2013;96(4):178-181.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8226
Els epònims de Miquel Bernades i Mainader. El gènere <i>Barnadesia</i> i altres epònims.	Annals de Medicina. 2014;97(1):33-38.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8102
Mallorca i els seus epònims.	Annals de Medicina. 2014;97(2):76-78.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8113
Els epònims de Miquel Bernades i Claris. El gènere <i>Clarisia</i> i la <i>Clarisia volubilis</i> .	Annals de Medicina. 2014;97(3):134-138.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8129
La taulinoplàstia.	Annals de Medicina. 2014;97(4):180-183.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8143
El gènere <i>Queria</i> .	Annals de Medicina. 2015;98(1):33-39.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8041
La calculadora Barcelona del risc de la insuficiència cardíaca (Calculadora BCN Bio-HF).	Annals de Medicina. 2015;98(2):83-85.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8056
Els gèneres <i>Campderia</i> .	Annals de Medicina. 2015;98(3):127-132.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8072
La síndrome de Bayés.	Annals de Medicina. 2015;98(4):177-180.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8087
Els epònims de Joan Ignasi Puiggarí: de fongs, falgueres, molses, líquens, algues, altres plantes i algun insecte.	Annals de Medicina. 2016;99(1):41-45.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7947
Els criteris de l'Hospital del Mar per a l'avaluació clínica de la laxitud articular.	Annals de Medicina. 2016;99(2):85-88.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7994
Benet Paltor i el gènere <i>Paltoria</i> .	Annals de Medicina. 2016;99(3):135-138.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8010
El criteri de Barcelona.	Annals de Medicina. 2016;99(4):174-176.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8024
Antoni Condal i els gèneres <i>Condalia</i> .	Annals de Medicina. 2017;100(1):27-32.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7894
Les flèbules de Grifols.	Annals de Medicina. 2017;100(2):87-90.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7908
Els epònims de Joaquim Codina: de la falguera <i>Pteris codinae</i> al gènere <i>Codinaea</i> , tot passant per alguns altres fongs.	Annals de Medicina. 2017;100(3):133-140.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7920
La tècnica de Prats.	Annals de Medicina. 2017;100(4):177-180.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=7932
Ramon Masferrer i la <i>Sempervivum masferrerii</i> .	Annals de Medicina. 2018;101(1):41-47.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8423
La polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer.	Annals de Medicina. 2018;101(2):79-83.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=10072
El bàlsam català.	Annals de Medicina. 2018;101(3):130-135.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=10960
Els criteris de Río.	Annals de Medicina. 2018;101(4):181-183.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=11726
Joan Francesc Bahí i el gènere <i>Bahia</i> .	Annals de Medicina. 2019;102(1):37-41.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=12551
L'anell de Puig Massana.	Annals de Medicina. 2019;102(2):75-78.	annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=13290

Frau, distorsió, autoengany i consens: els problemes de l'engany humà i de l'engany natural en la ciència epidemiològica

Alvan R. Feinstein

Traducció de Gaietà Permanyer Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: Feinstein AR. Fraud, distortion, delusion, and consensus: The problems of human and natural deception in epidemiologic science. Am J Med. 1988;84:475-8.

En les darreres dues dècades, la cerca de la veritat científica en el món de la medicina ha sofert problemes seriosos quan s'ha vist que l'evidència era falsificada o quan, sense falsificació, plantejava dubtes importants sobre la seva validesa o interpretació. Si la cerca de la veritat és tant un objectiu professional com moral en la pràctica de la investigació científica, qualsevol tipus d'engany que l'emascarar és particularment repugnant. Però el grau de repugnància que produeixin els diferents tipus d'engany dependrà de la manera com es duguin a terme.

Alguns dels enganys són frau planificats de manera deliberada, però molts altres tenen lloc de manera inadvertida. Apareixen com a distorsions o autoenganys, produïts per defectes en els mètodes convencionals emprats en la pràctica "estàndard" de la recerca científica. Així com tothom se sent molt trasbalsat pels aspectes immorals del frau, als altres tipus d'engany no s'hi associa un rebuig ètic. Habitualment són acceptats com una part dels riscos inevitables associats als beneficis de la recerca científica. Vist així, el procés de la recerca és d'alguna manera semblant a un tractament eficaç que ocasionalment pot tenir efectes col·laterals adversos. Ens complauen les bones coses que esdevenen amb la recerca i esperem que les inevitables coses dolentes seran infreqüents o, almenys, no massa dolentes.

D'acord amb això, s'emprenen vigoroses mesures correctores quan es descobreix que els enganys han estat deliberats, però no quan han estat accidentals. Si un investigador es refereix a ratolins ficticis, falsifica dades o crea malalts inexistents, la "immoralitat" científica resulta extremadament escandalosa i es prenen mesures correctores ràpidament. Algunes persones perden la feina o la reputació; els comitès existents són reprovats i se'n creen de nous; i es desenvolupen millors procediments de supervisió, educació i monitoratge de les activitats de recerca. No obstant això, quan el furor va de baixa, la "indústria" de la recerca acostuma a retornar al seu equilibri previ. Ens sentim alleujats amb les millores dutes a terme per evitar enganys deliberats, però no ens preocupem gaire, o gens,

pels problemes molt més grans i més freqüents dels enganys inadvertits que s'esdevenen quan els estàndards de la pràctica "establerts" porten a distorsions o autoenganys.

En els enganys inadvertits no s'han falsificat dades ni observacions. Els investigadors han estat honrats, responsables i sincers, han treballat dur i les dades poden haver estat recollides i analitzades amb cura meticulosa; però ha anat malament alguna cosa. En la *distorsió*, quelcom ha afectat l'evidència que es descriu com a "nova": les dades poden ser inexactes o les comparacions esbiaixades. En l'*autoengany*, quelcom ha afectat el "procés interpretatiu" que té lloc quan les dades observades condueixen a formular hipòtesis o conclusions. La distorsió es produeix habitualment perquè no es reconeixen distincions importants en la complexitat de la natura. Habitualment, l'autoengany ve d'un zel excessiu en les expectatives, creences o conducta dels investigadors.

Per exemple, es produeix una distorsió quan es presenten dades convencionals per demostrar que els malalts sotmesos a tractament quirúrgic del càncer tenen millors taxes de supervivència que els no operats. Aquesta distorsió té lloc perquè la comparació és esbiaixada. Els criteris d'"operabilitat" ja donen un millor pronòstic pretractament al grup quirúrgic, encara que la cirurgia no es dugui a terme, que al dels malalts "inoperables", que són rebutjats per a l'operació. També es pot produir distorsió si la millora subjectiva després d'un tractament és avaluada per malalts i metges que coneixen aquest tractament. Segons com es percebin els esdeveniments que tenen lloc després d'un tractament que se suposa actiu, de manera diferent als que no segueixen cap tractament o segueixen un placebo manifest, els fenòmens resultants rebran una avaluació esbiaixada.

L'autoengany pot tenir lloc en la interpretació de dades aparentment acurades i lliures de biaix que mostren que taxes més altes de desenvolupament de càncer es correlacionen amb increments de la industrialització. Si la conclusió és que la industrialització ha produït el càncer, aquesta interpretació pot ser un autoengany. La taxa de desenvolupament del càncer pot haver augmentat no perquè el propi càncer augmenti, sinó perquè càncers fins aleshores desapercebuts es detecten més sovint amb els

millors mètodes diagnòstics que s'han desenvolupat de manera concomitant amb la industrialització.

Les distorsions tenen lloc de manera regular quan les relacions causa-efecte s'interpreten a partir de l'observació d'esdeveniments humans naturals i no a partir d'actuacions plantejades experimentalment. Els grups que es formen a efectes de comparació en circumstàncies observacionals sovint estan esbiaixats pels molts fenòmens naturals que afecten l'elecció dels elements considerats "causes"; sovint les dades estaran també esbiaixades en la detecció dels resultats subsegüents que es consideren "efectes". Els judicis individuals i altres decisions selectives que es duen a terme en circumstàncies naturals (és a dir, no experimentals) poden produir diferents tipus ben definits de distorsions o biaixos "innats".

Independentment del nom que es doni a aquests biaixos, el reconeixement de les distorsions potencials és la raó principal per la qual actualment s'exigeix que les relacions causa-efecte siguin demostrades, sempre que sigui possible, amb evidència d'alta qualitat, no obtinguda a partir d'estudis observacionals sinó amb experiments realitzats en forma d'assajos clínics aleatoritzats amb cegament doble.

Apareixen també autoenganyos de manera regular quan dades que poden ser acurades i no esbiaixades s'interpreten amb el prejudici de creences preconcebudes. Per evitar cites ofensives d'esdeveniments recents, aquest problema es pot il·lustrar amb dos exemples epidemiològics clàssics. El 1852, William Farr (el prestigiós fundador de les modernes "estadístiques vitals") va aplegar un grup correcte d'observacions i dades que mostraven que el còlera era més freqüent a nivell del mar, a pressió atmosfèrica elevada, que en zones de muntanya, on la pressió atmosfèrica és més baixa. Però Farr interpretà les dades segons la teoria dels miasmes, que aleshores era popular per explicar la patogènia de les malalties. Concloué que el còlera era produït per miasmes que s'observen a pressions atmosfèriques elevades i rebutjà una hipòtesi alternativa nova (proposada per John Snow) segons la qual el còlera era transmès per l'aigua, més pura en regions de muntanya que a nivell del mar.

Un altre autoengany clàssic, en la primera meitat del segle xx, fa referència a la patogènia de la pel·lagra. En diferents revisions epidemiològiques a gran escala s'obtingueren acurats reculls de dades que mostraven que la pel·lagra era especialment freqüent en famílies i veïns. Utilitzant els conceptes clàssics de patogènia, els investigadors epidemiològics varen interpretar els resultats suposant que indicaven que la malaltia era infecciosa i probablement també familiar. Finalment, Joseph Goldberger, a la primeria dels anys 1920, va dur a terme l'heroica recerca que demostrà l'error d'aquestes dues hipòtesis i que revelà el paper etiològic de la carència dietètica.

Les febleses humanes que produeixen distorsions i autoenganyos són difícils d'evitar. Provenen de tres reaccions humanes naturals: la pressió per creure allò que volem creure, el refús d'acceptar allò que és contrari a les nostres creences i una profunda repugnància per qualsevol cosa que suggereixi que ens hem equivocat o que hem fet mal. Els metges actuals s'horroritzen quan coneixen, a partir de la història de la medicina, els errors que els nostres avantpassats professionals varen cometre en els seus raonaments etiològics i terapèutics. Els seus conceptes humorsals sobre la patogènia de les malalties eren un imaginari prestigiós que no s'acompanyava d'evidència documental, i les seves sagnies, ventoses, purgues i emètics feien, amb seguretat, més mal terapèutic que no pas bé. Però molts errors anàlegs han tingut lloc també en el segle XX i molts d'altres, sens dubte, encara existeixen avui, malgrat els nostres avenços científics en assajos aleatoritzats i els sofisticats mètodes estadístics.

Els assajos clínics han estat formidables per demostrar l'acció curativa dels agents terapèutics, però sovint han creat més calor que no pas llum en investigar els efectes profilàctics a llarg termini en la prevenció primària de les malalties o en la prevenció secundària de les complicacions de la malaltia establerta. Els mètodes estadístics han estat un mitjà esplèndid per avaluar l'evidència quantitativa, però les anàlisis elaborades a vegades han enterbolit més que no pas aclarit els problemes científics, particularment pel que fa als estudis observacionals. Per exemple, si els càlculs estadístics de William Farr es repetissin avui, probablement no s'expressarien com a correlacions simples sinó en forma d'anàlisis multivariades fent ús de la regressió logística o de les funcions discriminants. Qualsevol persona que dubtés intuïtivament de la conclusió de Farr sobre els "miasmes" atmosfèrics que produïen el còlera potser quedaria tan confusa o atemorida per la complicada anàlisi matemàtica que ni tan sols gosaria parlar.

Els problemes moderns es veuen avui dia magnificats per alguns dels dobles estàndards que actualment s'apliquen a l'avaluació científica de les relacions causa-efecte. Encara que cal suposar que el raonament sobre aquestes relacions es basa en els mateixos principis, tant si l'agent causal té efectes etiològics com terapèutics, habitualment l'etiologia i la terapèutica s'avaluen amb estàndards científics diferents. Quan els clínics estudien els beneficis de la terapèutica, els seus resultats seran acceptats tan sols si provenen d'un model experimental precís i de mètodes científics rigorosos per prevenir les distorsions. Però quan els epidemiòlegs estudien agents etiològics sospitats o efectes adversos de teràpies no es plantegen exigències científiques equivalents. Les dades procedeixen d'estudis observacionals i no d'experiments. El "model" de mostreig estadístic emprat en la recerca observacional no conté obligatòriament estratègies científiques específiques

per identificar i eliminar els biaixos inherents. Com a mínim dues altres activitats que serien rebutjades en la ciència experimental han estat acceptades sense obstacles en la recerca observacional: els investigadors poden fer canvis arbitraris i retroactius en els grups control, i hipòtesis que han estat generades pel “dragatge computat” de dades es poden proclamar i difondre sense l'ajust estadístic o científic oportú i sense que s'exigeixi que les hipòtesis generades es verifiquin amb dades noves.

En absència d'estàndards científics rigorosos, moltes distorsions i autoenganys (així com les polèmiques que se'n deriven) seran inevitables en qualsevol tipus de recerca. No obstant això, amb el progrés científic ordinari, els problemes finalment s'identificaran quan apareguin resultats contradictoris i podran desenvolupar-se solucions quan es proposin mètodes nous o millors per corregir els defectes.

Però aquest tipus de progrés pot quedar obstaculitzat per un altre concepte nou en la ciència mèdica moderna: la “síndrome del consens”. En la forma més lleu d'aquesta síndrome, les disputes no es resolen mitjançant el procés científic d'identificació i reparació dels defectes metodològics, sinó amb una mena de procés polític: el vot de la majoria en un grup d'experts seleccionats. En la forma més greu de la síndrome, el procés passa de la política a la religió. El consens es converteix en un dogma instituït que exigeix una conformitat fidel i la crítica dels dissidents es considera una activitat herètica. Per tal com sovint els heretges són silenciats amb el refús de beques sol·licitades —l'equivalent acadèmic de ser cremats a la foguera—, el manteniment del consens pot ser recomanat vigorosament i, fins i tot, forçat activament.

Encara que habitualment es mostra a porta tancada durant l'avaluació per consemblants de les propostes de recerca, actualment la síndrome del consens s'ha posat més a la vista. Des de fa pocs anys, s'han discutit temes que han plantejat incertesa o polèmica en una sèrie de conferències de consens als Estats Units i, més recentment, al Regne Unit. Les conferències arriben al “consens” en forma d'acord o vot de la majoria d'un selecte grup d'experts reunits. No es fa cap intent d'abordar, identificar o millorar les febleses científiques que han donat lloc a la incertesa i a la controvèrsia.

Aquest tipus de mecanisme de consens pot ser satisfactori per oferir guies “prudents” sobre l'estat actual d'un coneixement, però l'acord entre experts ha estat una font tradicional de tots els errors que s'han establert al llarg de la història de la medicina. Així com el bon govern es basa en una llei formal i no en opinions individuals, la bona ciència depèn de mètodes i evidència adequats, no d'un consens entre autoritats.

La síndrome del consens és especialment perjudicial per al progrés científic en epidemiologia, perquè poques vegades els investigadors poden dur a terme assajos expe-

rimentals i han de refiar-se d'estudis observacionals. Per millorar la qualitat científica dels mètodes no experimentals cal un nou tipus de conferència orientat cap a un focus situat més en la construcció que el consens. Aquestes conferències podrien començar identificant els conflictes, determinant les seves bases metodològiques, identificant els defectes en els seus mètodes i desenvolupant millores adequades. Poques vegades es pot assolir aquest tipus de raonament perceptiu en grups grans de persones, motiu pel qual pot caldre que les conferències siguin petits tallers i no reunions massives en les quals representants adequats dels punts de vista oposats treballin amb moderadors apropiats per guiar el debat cap a solucions constructives.

Entre els molts temes epidemiològics que es podrien debatre en aquestes noves conferències es poden citar tres qüestions destacades com a matèries que, des de fa temps, esperen un escrutini científic curós:

1. Fa més de 40 anys, Joseph Berkson va suggerir que els criteris habituals per indicar l'hospitalització podien invalidar la forma habitual en què la informació dels hospitals és utilitzada en els estudis epidemiològics de casos i controls. La proposta de Berkson i l'evidència empírica en què es basa, que no va ser aplegada fins més de 30 anys més tard, tenen implicacions molt importants que mai no han estat subjectes a un debat obert i il·lustrat.
2. Les tabulacions nacionals i internacionals relatives a les “taxes d'incidència de malaltia” depenen de canviar sovint les guies jeràrquiques per escollir un únic diagnòstic dels molts que es registren (o s'ometen) arbitràriament en els certificats de defunció. Aquesta informació estadística sobre la “causa de la mort” és tan poc digna de confiança que molt pocs científics clínics seriosos hi presten atenció. Entre els defectes més ostensibles trobem que en diferents regions o àrees els diagnòstics es veuen dràsticament afectats per les diferències tecnològiques, que els diagnòstics concrets sovint són erronis i que les taxes d'incidència, que sovint només es compten a partir d'una sola de les entitats esmentades en el certificat de defunció, són escandalosament baixes. Segurament, els futurs historiadors de la medicina es meravellaran de la complaença que va permetre que un procediment tan poc científic hagi estat tolerat tant temps i, pitjor encara, que els seus resultats erronis hagin estat acceptats i utilitzats per a decisions importants en la política sanitària nacional. I en canvi, no s'ha fet gairebé res per intentar millorar la situació, ni tan sols en regions petites on es podrien obtenir dades fiables si es fessin els esforços corresponents.
3. Fa uns 14 anys es va proposar que la reserpina era una possible causa de càncer de mama quan en tres

treballs diferents, publicats al mateix número de la mateixa prestigiosa revista, el fàrmac va ser implicat de manera concordant. Actualment, s'accepta de manera general que aquesta implicació és espúria, però no s'han dut a terme conferències per determinar què és el que va fallar, perquè tots tres grups de recerca independents van arribar a la mateixa conclusió errònia i com evitar problemes similars en el futur.

Un altre tema recent que també mereixeria ser debatut és la publicació, en el mateix número d'una altra revista prominent, de dos estudis epidemiològics a gran escala amb conclusions contradictòries. En un dels treballs es considerava que el tractament postmenopàusic amb estrògens causava malaltia coronària, mentre que l'altre els trobava protectors. En el comentari editorial que acompanyava aquests dos estudis contradictoris no hi figurava cap suggeriment sobre què es podia fer per resoldre el conflicte.

En la majoria de camps de la ciència, identificar, reconèixer obertament i examinar de manera reflexiva les contradiccions ha estat un estímul fonamental del progrés. Donat que les dades observacionals de l'epidemiologia són de primera importància per al futur de l'atenció mèdica, i també per a la planificació econòmica de la indústria i la salut, actualment la prevenció de les distorsions i els autoenganys representa un repte fonamental. Les conferències de consens poden ser necessàries per satisfer incentius polítics o per resumir l'estat del coneixement, però el progrés científic ve més del "diví descontentament" que de la conformitat forçada. L'objectiu de noves conferències hauria de ser la millora dels mètodes i estàndards amb què es pot assolir el consens, no mitjançant l'artefacte d'un acord entre autoritats seleccionades, sinó amb metodologia científica, evidència i interpretacions inequívocament vàlides.

*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 càterring
- 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

