



ANNALS DE MEDICINA

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

**EDITORIAL**

Alguns reptes derivats de l'envelliment de la població. *X. Bonfill*. 49

VIDRE I MIRALL:**SELECCIÓ D'INICIATIVES DEL PLA DE SALUT DE CATALUNYA 2016-2020**

La salut mental: una prioritat en totes les polítiques públiques. *G. Salmerón, C. Molina, P. Magrinyà* i col·ls. 50

Model d'atenció a les persones amb síndromes de sensibilització central. *A. Mompart, J. Davins, M. Pueyo* i col·ls. 55

RODA CONTÍNUA DE FORMACIÓ I CONSENS

SEGURETAT DEL PACIENT. Programa de prevenció de les infeccions quirúrgiques a Catalunya:

PREVINQ-CAT. *J. M. Badia, A. Abad, P. Barrufet* i col·ls. 60

LES FILIALS DE L'ACADÈMIA. La Filial del Tarragonès: formació mèdica especialitzada des de 1974. *J. Benages*. 64

El fill no desitjat. Entre el conflicte i el trastorn. *R. Quilis*. 69

PROVES I EVIDÈNCIES

La compra pública d'innovació com instrument facilitador per a l'adopció de les innovacions basades en valor al sector salut.

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. 72

RECERCA AUTÒCTONA, ESPÈCIE A PROTEGIR

Trenta-vuit anys de recerca en factors nutricionals i ambientals associats al càncer. *C. A. González Svatetz*. 76

SENSE AMNÈSIA

Eponímia mèdica catalana. La polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer. *J.-E. Baños, E. Guardiola*. 79

Joaquim Codina i Vinyes. Algunes dades entorn al seu naixement fa 150 anys. *E. Guardiola, J. E. Baños*. 84

CLÀSSICS DEL PENSAMENT MÈDIC. Una població envellida: una càrrega o una benedicció? *A. Williams*. 87

El Comitè de Català de la Facultat de Medicina i el *Vocabulari mèdic* de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques. *X. Sierra Valentí*. 91

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona: 150 anys d'història. *H. Izard*. 94



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

Àlvar Net Castel
M. Antònia Mangues Bafalluy
Jordi Reina Prieto
Diego J. Palao Vidal
M. Dolors Sintes Matheu
Salvador Navarro Soto

Consell Editorial

Juan María Alarcón García
Montserrat Antonín Martín
Josep Arimany Manso
Inmaculada Ausió Rusiñol
Nancy Babio Sánchez
Xavier Baldó Padró
Enric Barbeta Sánchez
Jordi Baroja Benlliure
Glòria Bassets Pagès
Montserrat Bellver Vives
Jaume Benages Pàmies
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
Maria Elena Carreras Moratons
Antoni Castells Garangou
Pere Clavé Civit
Gabriel Coll de Tuero
Joan Costa Pagès
Josep Maria Cruzado Garrit
Susana Curós Torres
M. Teresa Dordal Culla
Elisabeth Dulcet Valls
Albert Flotats Giralt
Francesc Garcia Cuyàs
Maite Garolera Freixa
Pere Genaró Jornet
Montserrat Gens Barberà
Alberto Goday Arno
Miquel González Page
Germán González Tintero
Miguel Ángel González Viejo
Carles Guarnier Argente
Marco Inzitari
Albert Isidro Llorens
Clara Izard Gavarró
Albert Jauregui Abularach
Jesús Lafuente Baraza
Antoni Llovet Brugué
Enric Macarulla Sanz
Àngels Mach Buch
Jordi Maeso Lebrun
Sonia Magán Muñoz
Ernest Mallat Callis
Lourdes Manent Larroya

Manuel Mañós Pujol
Àlex Marcas Vila
Pere Marco Aznar
Luís Manuel Marco Estarreado
Josep M. Marcos Bruguera
Javier Mareque Bueno
Miquel Maresma Matas
Maria Teresa Maristany Daunert
Elena Martí Toro
Àngela Martínez Picó
Joan Ramon Masclans Enviz
Llorenç Miralles Serrano
Óscar Miró Andreu
Rafael Molina Porto
Maria Asunción Moreno Camacho
Astrid Morer Liñán
Joan Miquel Nolla Solé
Jaume Ordi Maja
Javier Osorio Aguilar
Valentí Pineda Solàs
Josep Planell Piqueras
Rosa Porqueras Suárez
Mónica Povedano Panadés
Ricard Pujol Borrell
Francesc Purroy Garcia
Jordi Reina Prieto
María José Ribal Caparrós
M. Victòria Ribera Canudas
Rafael Rodríguez Lecoq
Antonio Román Broto
Cristina Roure Nuez
Ferran Sabaté Casellas
Eugeni Saigí Grau
Jordi Saus Sarrias
Jordi-Carles Schlaghecke i Gras
Josep Lluís Seoane Reboledo
Catalina Serra Carbonell
Antoni Sisó Almirall
Roser Solans Laqué
Oriol Solé Borràs
José Antonio Soriano Pacheco
Anna Sureda Balari
Fidel Sust Tena
Ferran Tognetta Arena
Pere Torner Pifarré
Francesc Tresserra Casas
Judith Usall i Rodié
Pere Vallribera Rodríguez
Toni Veres Gómez
Miquel Viaplana Ramírez
Lluís Vila Ballester
Lluís Vilardell Ramoneda
Rosa M. Villalonga Vadell
Eulàlia Villegas Bruguera
Xavier Viñolas Prat

Director: Xavier Bonfill

Coordinació editorial

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

Consultora lingüística i d'estil

Elena Guardiola

Secretaria i correspondència

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

Distribució

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

Publicitat

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

Informació editorial

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

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

Alguns reptes derivats de l'envelliment de la població

Xavier Bonfill

Director
Annals de Medicina

L'article que G. Permanyer i J. V. Pons han traduït per a la secció de **Clàssics del pensament mèdic** d'aquest número és particularment inspirador però sens dubte mereix el qualificatiu de clàssic. En ell, Alan Williams, un dels pioners de l'economia de la salut, desgrana els reptes i les qüestions derivades del progressiu i sostingut increment de la població envellida en les societats occidentals. L'autor fa una sèrie de reflexions que mantenen la seva vigència malgrat els tretze anys transcorreguts des de la seva publicació i el fet que ell mateix tingués més de 70 anys en aquell moment i que morís poc després li dona encara un plus addicional de credibilitat.

A **Vidre i mirall** ens podem assabentar bé dels esforços que s'han fet des del Departament de Salut, emmarcats en el Pla de salut de Catalunya, per donar prioritat a les necessitats derivades de la salut mental i també a l'atenció a les persones amb síndromes de sensibilització central.

A la **Roda...** se'ns presenten les característiques del Programa de prevenció de les infeccions quirúrgiques a Catalunya, el qual té el repte de la seva adherència a tots els centres hospitalaris del país per aconseguir reduir a la mínima expressió aquesta veritable amenaça a la seguretat dels pacients. Des de la Filial de l'Acadèmia del Tarragonès ens arriba un interessant recull sobre la seva història i activitats més recents per contribuir a la celebració anticipada del 150è aniversari de l'Acadèmia.

Així mateix, R. Quilis reflexiona sobre la problemàtica de tenir un fill no desitjat.

A **Proves i evidències** hi podem llegir l'estratègia de l'AQuAS per impulsar la compra pública de serveis innovadors i a **Recerca autòctona...** els detalls de la trajectòria de Carlos A. González, epidemiòleg recentment jubilat, qui ha fet aportacions ben importants en la recerca dels factors nutricionals i ambientals associats al càncer.

I a **Sense amnèsia**, a part de l'esmentat article d'Alan Williams, hi trobem dues contribucions de J.-E. Baños i E. Guardiola: la primera dedicada a la prometedora polipíndola de Fuster-CNIC-Ferrer i la segona, una precisió sobre les dades del naixement de Joaquim Codina, a qui li fou dedicada una Eponímia fa un cert temps¹. També és destacable l'experiència del Comitè de Català de la Facultat de Medicina en els anys finals del franquisme, ja que és poc coneguda la contribució d'aquells estudiants en la normalització del català en el vocabulari mèdic. I finalment, tenim ocasió de fer-nos ressò dels 150 anys d'història de l'Hospital Sant Joan de Déu i conèixer més a fons la trajectòria que l'ha portat a convertir-se en el gran hospital que és avui.

REFERÈNCIA BIBLIOGRÀFICA

1. 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;100:133-40.

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

La salut mental: una prioritat en totes les polítiques públiques

Gemma Salmeron, Cristina Molina, Pilar Magrinyà, Esther Jordà, Bibiana Prat

Pla director de salut mental i addiccions. Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut. Barcelona.

Introducció

La crisi socioeconòmica dels darrers anys ha incidit en un augment de les desigualtats en salut en diferents àmbits, especialment en l'àmbit de la salut mental, tal com demostra el tercer informe de l'Observatori sobre els Efectes de la Crisi en la Salut de la Població, publicat el març de 2017¹. Entre altres aspectes, aquest informe conclou que la mortalitat per suïcidi entre els homes és molt més elevada en rendes inferiors o que la utilització de recursos ambulatoris i hospitalaris i el consum de psicofàrmacs augmenta en els grups de població amb condicions socioeconòmiques més desfavorides. Aquest impacte es mostra especialment en els col·lectius en situació de vulnerabilitat: infants, joves, gent gran i població aturada.

Les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2017 mostren també que els problemes de salut mental pateixen perspectiva de gènere, edat i classe social. Els trastorns mentals estan entre les primeres malalties cròniques que declara patir la població i que afecten greument la seva qualitat de vida. El 6,2% de la població major de 14 anys presenta risc de patir ansietat o depressió. S'observen diferències rellevants segons la classe social i el gènere: les persones de classe baixa tenen major probabilitat de patir ansietat o depressió, especialment les dones (Figura 1).

La probabilitat de patir un problema de salut mental entre la població de 4 a 14 anys és del 5,1%. Els nens amb pares amb estudis primaris o sense estudis tenen 3 vegades més probabilitat de patir trastorn mental que els que tenen pares universitaris; en el cas de les nenes, la probabilitat és 4 vegades més (Figura 2).

Aquesta situació té també un gran impacte en la utilització dels serveis sanitaris. L'atenció als problemes de salut mental representa un percentatge important de l'activitat sanitària i ha augmentat de manera significativa en els darrers anys. L'any 2016 a l'atenció primària (AP) de salut es van atendre 1.400.000 persones; aquesta xifra representa el 24% de les persones que hi acudeixen. La probabilitat de consultar el metge d'AP de salut per un problema de salut mental es multiplica per tres entre els 30 i els 80 anys. El nivell socioeconòmic és un altre determinant en l'AP, ja que les persones amb ingressos molt baixos consulten l'AP per un problema de salut mental 2,2 vegades més que la resta de població. Els problemes de salut més prevalents són l'ansietat i la depressió.

Pel que fa a l'atenció especialitzada, l'any 2016 es va atendre 168.456 persones en els centres de salut mental d'adults (que representen el 2,8% de la població catalana major de 18 anys) i 63.330 persones en els centres de salut mental infantil i juvenil (que representen el 4,1% de la població catalana de menys de 18 anys). Pel que fa a la població infantil, s'observa que en els darrers 5 anys la prevalença atesa s'ha incrementat un 20%.

Així mateix, les dades mostren que els trastorns mentals comporten, a Europa, uns costos estimats entorn el 3%-4% del PIB, imputats majoritàriament a la discapacitat associada, a la pèrdua de productivitat, a costos judicials i a mortalitat associada. L'esperança de vida de les persones amb problemes crònics de salut mental és de 15 anys menys que la de la població general.

Per aquest motiu, la Unió Europea ha declarat la salut mental com una prioritat i assenyalat que cal enfocar els greus problemes de salut mental des de les polítiques públiques i promoure un plantejament que s'ampliï al conjunt de la població per tal de prevenir aquestes malalties i afrontar els problemes relacionats amb la discapacitat, l'estigma i l'exclusió social.

Així, el Departament de Salut ha elaborat les estratègies en salut mental i addiccions per al període 2017-2020², en coherència amb les estratègies internacionals del Pla d'acció europeu per a la salut mental i de l'Acció conjunta per a la salut mental i el benestar, i consensuades amb el sector de la salut mental (professionals, entitats proveïdores i entitats representatives de les famílies i del moviment "En primera persona"). Es vol prioritzar, així, l'atenció a la

Correspondència: Gemma Salmeron i Font
Pla director de salut mental i addiccions
Direcció General de Planificació en Salut
Departament de Salut
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 935 566 200
Adreça electrònica: gsalmeron@gencat.cat

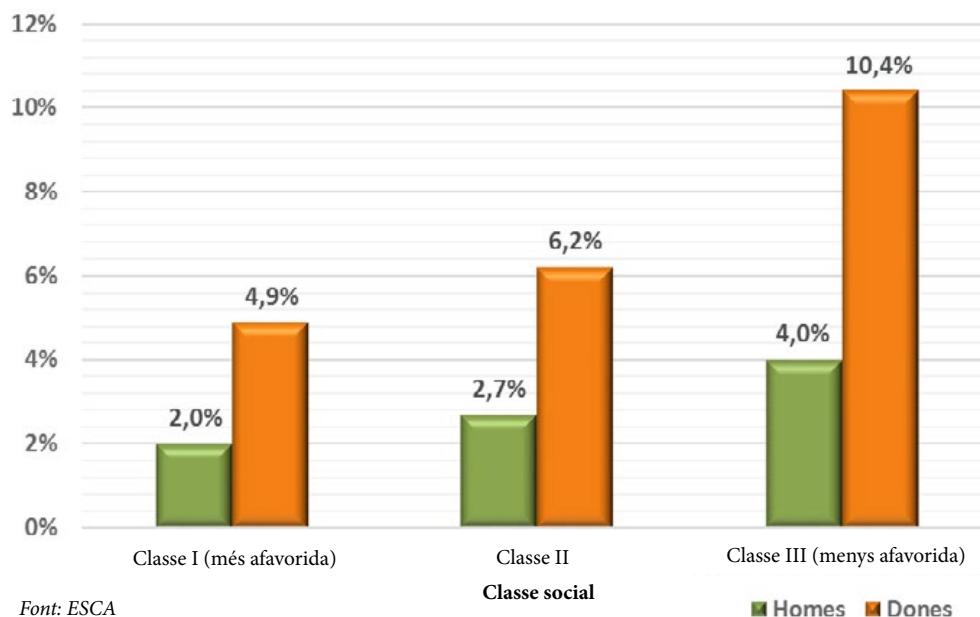


FIGURA 1. Probabilitat de patir ansietat o depressió en població major de 15 anys segons classe social i gènere. Catalunya 2017

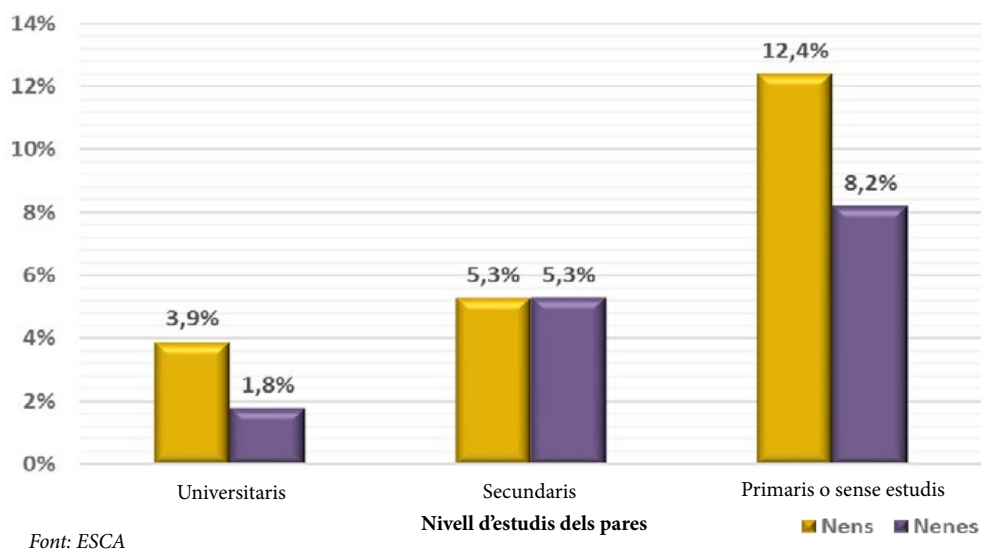


FIGURA 2. Probabilitat de patir trastorn mental en població de 4 a 14 anys segons el nivell d'estudis dels pares i el gènere. Catalunya 2016-2017

salut mental, amb l'objectiu d'avançar cap a una societat més inclusiva, compromesa amb la justícia social, els drets de les persones i l'atenció als col·lectius en situació de vulnerabilitat. S'aposta pel desplegament d'un model d'atenció comunitària, orientat a la recuperació de la persona i a la inclusió social i laboral.

Principis i bases del model d'atenció comunitària en salut mental

Els principis i bases del model d'atenció comunitària en salut mental són:

1) Adopció d'un abordatge de salut pública per a la salut mental i el consum d'alcohol i de drogues. S'ha de basar

en un enfocament poblacional, tenint en compte les característiques socioeconòmiques i culturals, i orientat a la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i el tractament en totes les etapes de la vida.

2) Incorporació d'un enfocament multisectorial del conjunt de govern, amb una visió integrada i integral de l'atenció a les persones i amb el desplegament de polítiques transversals.

3) Promoció d'un abordatge basat en els drets humans, que previngui l'estigmatització, la discriminació i l'exclusió social.

4) Desenvolupament d'un enfocament basat en la comunitat, de qualitat, orientat a la recuperació i a la inclusió social, que se centri en les intervencions assistencials, en les fortaleces i en les capacitats de les persones.

5) Apoderament i participació dels moviments en primera persona, les famílies i les seves organitzacions en el desenvolupament i en l'adaptació dels serveis a l'atenció centrada en les necessitats de les persones.

6) Participació dels professionals, enfortiment de la seva iniciativa en la innovació, en l'adaptació i en el desenvolupament de la xarxa d'atenció, que fomenti el desenvolupament professional, la formació continuada, la recerca i la innovació.

7) Garantia que les polítiques i les accions es fonamentin en una evidència sòlida basada en la recerca i en el coneixement de bones pràctiques.

Per poder desplegar el model d'atenció comunitària, cal desenvolupar un nou model organitzatiu i d'integració territorial de dispositius i serveis (preventiu, proactiu, transversal, integrat, participatiu i comunitari) (Figura 3). Aquesta visió integradora del nou model organitzatiu requereix la definició d'unes estratègies lligades al desenvolupament de la promoció i de la protecció de la salut mental, a la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions, a la millora de l'atenció a la salut mental i les addiccions en l'atenció primària de salut, a l'orientació de la cartera de serveis de l'atenció especialitzada a l'atenció comunitària i la promoció d'una organització funcional integrada de les xarxes d'atenció (Figura 4). Només així, el nou model garantirà l'atenció integral i integrada de la persona des dels diferents dispositius implicats, tant sanitaris com no sanitaris.

El model d'atenció comunitària en salut mental posa la persona en el centre i es basa en una valoració integral de les seves necessitats i una atenció integrada dels recursos socials, de salut, de salut mental, sociosanitaris, residencials, educatius, etc., per assolir una atenció accessible, de qualitat, eficient, sostenible i amb equitat territorial, que permeti anar més enllà del paradigma de la recuperació i en faciliti la inclusió comunitària.

A la Taula 1 s'inclouen les accions prioritzades per a l'any 2017 segons cada línia estratègica.

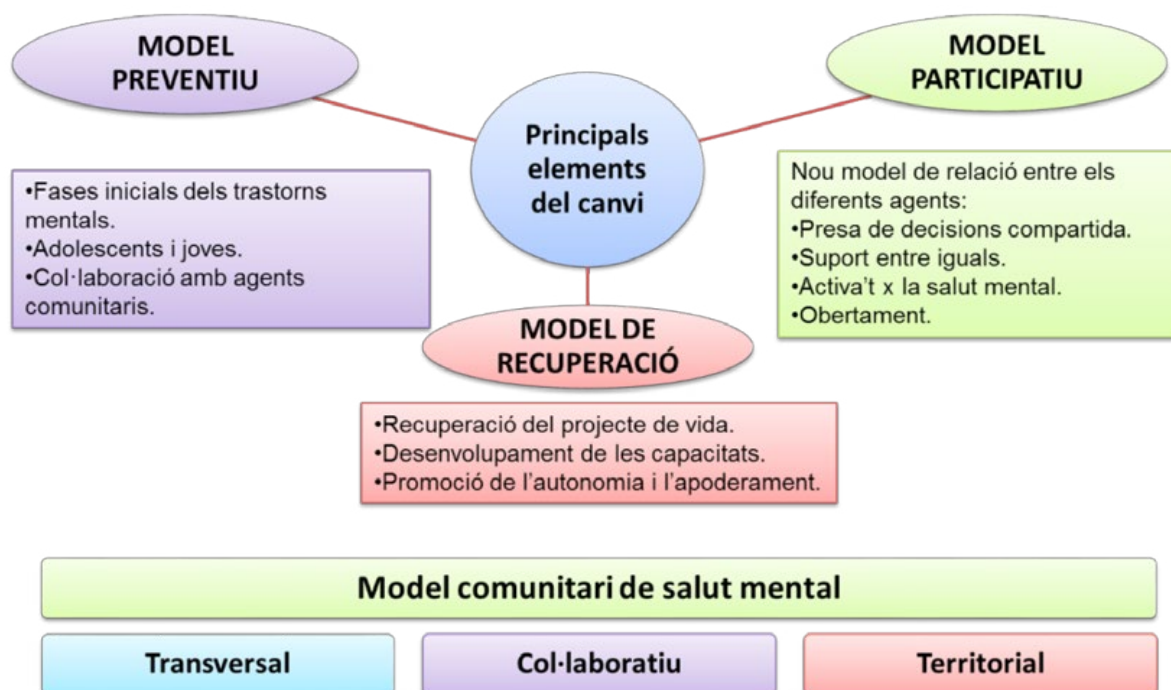


FIGURA 3. Nou model organitzatiu i d'integració territorial de dispositius i serveis

FIGURA 4. Línies estratègiques de salut mental i addiccions per al període 2017-2020²TAULA 1. Accions prioritzades per a l'any 2017 segons cada línia estratègica (LE)²

LE 1. Promoció i prevenció
Millorar la cobertura i l'orientació del programa "Salut i escola" Desenvolupar intervencions preventives per a la població infantil i juvenil en situació de vulnerabilitat Realitzar accions específiques de prevenció de suïcidi Desplegar els programes de promoció i prevenció en l'àmbit de les addiccions a tot el territori Desplegar unitats funcionals territorials d'atenció integrada per a la població infantil
LE 2. Drets de les persones i participació
Fer intervencions en la lluita contra l'estigma en els serveis sanitaris Promoure els programes de suport entre iguals Desenvolupar les bones pràctiques per tendir a la "contenció 0" Fomentar l'enfocament de l'atenció centrada en la persona i document de voluntats anticipades Fomentar la participació de les persones afectades en els diferents òrgans del Departament de Salut i també en els propis de cada territori
LE 3. Atenció basada en la comunitat
Actualitzar la cartera de serveis de centres de salut mental infantil i juvenil i d'hospital de dia infantil i juvenil, prioritzant l'atenció a les persones amb trastorn mental greu Implantar a tot el territori el programa d'atenció a la psicosis incipient Actualitzar i desplegar la cartera de serveis del centre d'atenció i seguiment a les drogodependències Culminar el desplegament dels serveis de rehabilitació comunitària, actualitzant la cartera i emfasitzant la inclusió comunitària i la integració laboral Finalitzar el desenvolupament dels serveis de gestió de casos (pla de seguiment individualitzat) i ampliar-los a la població adolescent
LE 4. Millorar les condicions en la pràctica clínica i en la formació
Afavorir un nou equilibri interprofessional dels equips assistencials Adequar l'oferta de places de formació d'especialistes Elaborar propostes específiques de la formació d'especialistes Impulsar la participació activa dels professionals Evitar la variabilitat no justificada amb l'impuls d'accions basades en l'evidència i les bones pràctiques

LE 5. Garantir l'atenció integrada a la salut física i mental

Generalitzar a tot el territori la cartera de serveis de salut mental i addiccions en l'atenció primària de salut
 Incorporar de manera efectiva la vigilància a la salut física de les persones amb trastorns mentals greus
 Establir en cada territori un pla de desenvolupament d'alternatives a l'hospitalització convencional i d'atenció domiciliària
 Atendre els col·lectius en especial situació de vulnerabilitat
 Integrar l'atenció a la salut mental i les addiccions a partir de les recomanacions del Consell Assessor
 Garantir l'atenció a les urgències i l'hospitalització d'aguts als hospitals generals

LE 6. Integració de serveis sanitaris i no sanitaris

Donar suport a les accions del Pla d'atenció integral a les persones amb trastorn mental i addiccions per al període 2017-2019
 Impulsar les accions necessàries per elaborar el pla conjunt per a la reconversió de la mitjana i llarga estada psiquiàtrica
 Impulsar una planificació integrada dels serveis sanitaris i socials (Atles integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya)

LE 7. Elements de suport al canvi

Elaborar un pla operatiu d'implantació territorial (plans estratègics de les regions sanitàries)
 Aplicar criteris de planificació del mapa sanitari per als serveis comunitaris
 Canviar el model de pagament segons els criteris d'equitat
 Implantar el sistema integrat d'informació sanitària en salut mental i addiccions en totes les línies de servei (conjunt mínim bàsic de dades)
 Elaborar un quadre de comandament integral
 Afavorir l'ús compartit de la informació clínica
 Acreditar la xarxa de salut mental i addiccions
 Promoure la implicació del lideratge clínic integrat en el territori
 Realitzar un pla estratègic de recerca i innovació en salut mental
 Plans estratègics de les entitats proveïdores alineats amb les estratègies del Departament de Salut

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socio-econòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut; 2017. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccrisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2016.pdf
2. Departament de Salut. Estratègies 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/salut_mental_i_addiccions/que_es/document/es-trategies2017_2020.pdf

Model d'atenció a les persones amb síndromes de sensibilització central

Anna Mompart¹, Josep Davins², Maria Pueyo³, Pilar Magrinyà⁴, Neus Rams⁵, Lydia Padró⁶, Esther Garzón⁷

¹Sub-direcció General de la Cartera de Serveis i el Mapa Sanitari. Direcció General de Planificació en Salut; ²Sub-direcció General d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques. Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària; ³Coordinació de Plans Directors. Direcció General de Planificació en Salut; ⁴Direcció General de Planificació en Salut; ⁵Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària; ⁶Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.; ⁷Sub-direcció General d'Avaluació i Inspecció d'Assistència Sanitàries i Farmacèutiques.

Resum

El Pla operatiu d'atenció a les persones afectades per les síndromes de sensibilització central (SSC) revisa el model assistencial proposat en la Resolució 203/VIII que garanteix l'accés i el continuïtat assistencial de qualitat en els diferents nivells i dispositius en l'atenció a les persones afectades d'SSC, sota la premissa que el model presentat el juliol de 2015 és vàlid i que les dificultats van sobrevenir en el desplegament territorial.

Introducció

El Departament de Salut va elaborar l'any 2006 un model d'atenció a la fibromiàlgia i a la síndrome de fatiga crònica, que es va desplegar territorialment a partir del 2008 mitjançant unitats hospitalàries especialitzades. El Pla de Govern de la XI Legislatura, en el marc de l'objectiu de reforçar un sistema de qualitat assistencial basat en l'R+D+I, va proposar l'elaboració i el desplegament d'un Pla d'atenció a les persones afectades de síndrome de sensibilització central (SSC).

Sota la denominació SSC s'agrupen, segons alguns autors, un conjunt de més de 50 malalties que podrien tenir un origen fisiopatològic comú. Les malalties incloses en el Pla operatiu són les més paradigmàtiques: la fibromiàlgia (FM), la síndrome de fatiga crònica (SFC) i la sensibilitat química múltiple (SQM). Totes tres presenten alguns símptomes comuns i, sovint, persones que tenen una d'aquestes malalties poden acabar tenint-ne una altra amb més o menys grau d'afectació. L'FM és una malaltia caracteritzada principalment pel dolor, la fatiga i els tras-

torns del son, que pot arribar a afectar de manera significativa la salut i la qualitat de vida de les persones que la pateixen. L'SFC és una malaltia complexa i crònica que es caracteritza per una fatiga intensa de més de sis mesos de durada, de nova aparició, sense causa coneguda, que no disminueix amb el descans i que pot empitjorar amb l'activitat física i mental; es caracteritza per causar una fatiga severa, son no reparador, intolerància a la llum, al so i als canvis de temperatura, dolor muscular i en les articulacions, faringitis crònica, pèrdua substancial de concentració i memòria, desorientació espacial i intolerància a l'estrès emocional i a l'activitat física, entre d'altres manifestacions. L'SQM és una malaltia crònica d'etiologia i patogènia desconegudes, a causa de la qual la persona malalta experimenta una gran varietat de símptomes que relaciona amb l'exposició a diversos productes químics en molt baixes dosis.

Hi ha un alt grau de desconeixement d'aquestes síndromes, tant en la població general com entre els propis professionals sanitaris, causat, entre d'altres raons, per la manca de formació i conscienciació i per les pròpies característiques de la patologia, de la qual no existeix, a dia d'avui, un marcador biològic específic per al diagnòstic, que és fonamentalment clínic. La simptomatologia inespecífica fa que, en moltes ocasions, el temps que transcorre entre l'inici dels primers símptomes i el diagnòstic estigui molt condicionat al cribratge d'altres malalties o a la comprovació de la perdurabilitat i la intensitat dels símptomes. Les principals dificultats que s'han identificat en l'atenció a aquestes malalties són: el llarg període de temps entre la presentació dels primers símptomes i el diagnòstic, la complexitat de les intervencions, la manca d'uns criteris consensuats d'avaluació del funcionament de les unitats hospitalàries i la manca de coneixement que té la societat sobre aquestes afectacions, que comporta sovint dificultats d'acceptació i de comprensió per part de l'entorn social i laboral.

El Pla operatiu d'atenció a les persones afectades per les SSC és una estratègia de consens elaborada pel Comitè Científic Assessor del Departament de Salut sobre les

Correspondència: Anna Mompart Penina
Departament de Salut
Generalitat de Catalunya
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 935 566 216
Adreça electrònica: amompart@gencat.cat

SSC, que consisteix en revisar el model vigent amb l'objectiu de corregir les mancances identificades i millorar l'atenció a les persones afectades d'SSC. Els tres eixos de l'estratègia són:

1) Impulsar accions formatives dirigides a tots els professionals sanitaris implicats en l'abordatge de les SSC, en especial en l'àmbit de l'atenció primària.

2) Conscienciar la població general sobre l'abast i les característiques de la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la síndrome química múltiple, i la seva desestigmatització.

3) Dissenyar el Pla operatiu d'atenció a les persones afectades per les SSC, garantint l'accés equitatiu i la continuïtat assistencial entre els diferents nivells i dispositius.

Formació dels professionals

La formació dels professionals segueix dues estratègies. Per una banda, el Departament de Salut, amb el suport de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), ha posat en marxa uns tallers presencials de formació de formadors (TFF) de 4 hores de durada, adreçats a professionals de l'atenció primària i salut comunitària. Fins al mes de març de 2018, han assistit als TFF 514 professionals; això suposa una cobertura del 93% dels equips d'atenció primària (EAP). Aquests tallers estan estructurats per ser replicats, amb una durada de 2 hores. Al 71% dels EAP s'han difós els continguts a la resta de personal dels equips i hi han participat 3.639 professionals.

Per una altra banda, la CAMFiC, amb la participació de les entitats representants de pacients i familiars i especialistes representants de les principals societats científiques protagonistes en l'atenció a aquestes persones afectades per SSC (Taula 1), ha dissenyat un curs en línia de 40 hores per intensificar la formació a un professional de cada EAP, que actuarà com a referent. El curs es va iniciar l'octubre de 2017 i actualment 205 alumnes estan acabant la primera edició. El curs en línia està estructurat en 8 mòduls que van des d'aspectes relacionats amb l'entrevista i l'avaluació clínica, el diagnòstic, el maneig terapèutic, els criteris de derivació i el seguiment fins a aspectes relacionats amb l'àmbit social dels pacients afectats per aquestes malalties i la recerca.

Campanya de conscienciació

El Departament de Salut, el mes de maig de 2017, coincidint amb la presentació del Pla operatiu per millorar l'atenció dels pacients que pateixen les SSC, va posar en marxa una campanya de comunicació per conscienciar la ciutadania sobre l'abast d'aquestes malalties i desestigmatitzar-les. La campanya consisteix en material audiovisual, pòsters (Figura 1), fulls de mà i vídeos. De la mateixa manera que en la formació, en la concreció del contingut de la campanya de conscienciació s'ha comptat amb la participació d'entitats de pacients i familiars.



FIGURA 1. Pòster per a la conscienciació i desestigmatització dels malalts de síndromes de sensibilització central

TAULA 1. Entitats que participen en el disseny de la formació en línia sobre síndromes de sensibilització central



- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) (lideratge del projecte)
- Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC)
- Societat Catalana de Reumatologia
- Societat Catalanoblear de Medicina Interna
- Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental
- Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament (SCRITC)
- Societat Catalana de Neurologia
- Entitats de pacients (mòdul d'entrevista, comunicació, relació professional pacient)

Pla operatiu d'atenció a les persones afectades per les síndromes de sensibilització central

El Pla operatiu reordena els serveis existents per millorar l'atenció a les persones afectades d'SSC entorn d'una unitat d'expertesa (UE) en l'abordatge d'aquestes patologies. Les UE estan formades per equips multidisciplinaris especialitzats, que inclouen professionals de l'atenció primària i comunitària específicament formats, professionals de les especialitats sanitàries de referència (reumatologia, medicina interna, al·lèrgologia i/o toxicologia, infermeria, psicologia, fisioteràpia) i altres professionals que actuen com a suport de manera integrada en tot el procés de la malaltia. Els eixos del Pla operatiu són l'abordatge multidisciplinari, l'equitat territorial, la integració de serveis i la qualitat assistencial.

Des de l'àmbit de l'atenció primària i comunitària es pretén millorar la resolució, que s'ha de reflectir en un increment en la detecció i diagnòstic d'aquestes patologies, optimitzant la derivació dels casos més complexos i assumint majoritàriament el seguiment de tractaments en coordinació amb la UE.

En el centre de l'atenció se situen les UE (Figura 2), ubicades tant en l'entorn de l'atenció primària com de l'atenció hospitalària, que fan una atenció diagnòstica i terapèutica d'aquells casos que ho puguin requerir per la complexitat. Sempre que la situació ho permeti, s'ha d'afavorir el retorn del pacient en situació d'estabilitat a l'equip d'atenció primària i comunitària. Els perfils professionals que constitueixen les UE són: metge o metgessa especialista en medicina familiar i comunitària, metge o metgessa especialista en medicina interna (especialment rellevant en les UE declarades idònies per a l'abordatge de l'SFC i l'SQM), metge o metgessa especialista en reumatologia (especialment rellevant en les UE declarades idònies per a l'abordatge de l'FM), metge o metgessa especialista en neurologia (per possible afectació del sistema nerviós); en els casos que sigui necessari, psicòloga o psicòleg clínic, infermera o infermer, específicament format en l'abordatge d'aquest tipus de pacient i qui té, molt específicament, funcions de gestió de casos, d'educació en la salut del pacient i del desenvolupament dels grups psicoeducatius, metge o metgessa especialista en rehabilita-



FIGURA 2. Unitat d'expertesa territorial en l'abordatge dels malalts amb síndromes de sensibilització central

ció/fisioterapeuta i terapeuta ocupacional; si escau, treballadora o treballador social.

Les UE declarades idònies per assistir pacients afectats d'SQM han de disposar d'accés a professionals experts en toxicologia, al·lèrgologia i/o salut laboral. I quan s'escaigui, també s'ha de disposar d'un metge o metgessa especialista en pediatria adequadament format. En qualsevol cas, s'ha de disposar d'unitats de referència per als casos pediàtrics que puguin presentar dubte diagnòstic o de complexitat.

Les UE han de complir uns criteris definits el juliol de 2015 pel Departament de Salut, amb l'assessorament d'experts en aquestes malalties i entitats de pacients (Taula 2). Amb aquesta finalitat, mitjançant la Resolució SLT 1379/2016, de 5 de maig, per la qual s'aproven els "criteris per a la declaració d'idoneïtat de les unitats d'expertesa per a l'atenció a les persones afectades per la síndrome de sensibilització central" es varen aprovar els criteris per a la declaració d'idoneïtat de les UE per a l'atenció a les persones afectades d'SSC, que han permès, a la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària, resoldre sobre la idoneïtat d'aquestes unitats, mitjançant la valoració del grau de compliment d'aquests criteris duta a terme per persones auditors de la Sub-direcció General d'Avaluació i Inspecció Sanitàries i Farmacèutiques del Departament de Salut. La declaració d'idoneïtat es renova cada tres anys, alhora que anualment, durant el període triennal, es durà a terme una avaluació externa.

Del resultat d'aquestes declaracions d'idoneïtat, en aquests moments hi ha en funcionament 18 unitats d'expertesa en fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica i dues en síndrome química múltiple (Figura 3).

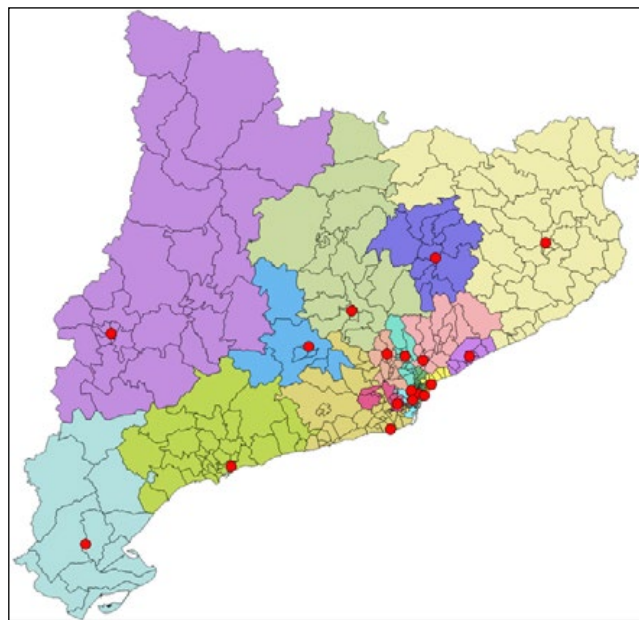


FIGURA 3. Mapa de Catalunya amb la ubicació de les unitats d'expertesa territorial en l'abordatge dels malalts amb síndromes de sensibilització central

Aquest Pla operatiu ha obtingut el consens de les entitats de pacients, dels professionals clínics, de les unitats proveïdores i de les societats científiques perquè des d'un primer moment s'ha treballat conjuntament en el disseny

i les prioritats. Aquest treball de consens no va acabar amb la presentació pública del Pla sinó que té continuïtat en la Comissió de seguiment i en el retiment de comptes a partir dels indicadors d'avaluació de les UE.

TAULA 2. Estàndards per a la declaració d'ideïtat de les unitats d'expertesa en l'abordatge dels malalts amb síndromes de sensibilització central

CRITERI/ESTÀNDARD	DESCRIPCIÓ
LIDERATGE	
1. La unitat d'expertesa (UE) està formalment constituïda i reconeguda en l'organització.	La UE està reconeguda formalment per l'organització. El Departament també l'ha reconeguda explícitament i el CatSalut l'ha incorporat en el seu contracte/programa.
2. La UE forma part de la cartera de serveis de la institució i consta a l'organigrama funcional.	La UE consta en l'organigrama assistencial de la institució i aquest és vigent. La UE forma part de la cartera de serveis.
3. La UE està liderada per un coordinador o coordinadora, figura formalment reconeguda i comunicada per part de l'organització.	Existeix la figura del coordinador i les seves funcions i competències estan descrites.
PLANIFICACIÓ	
4. La UE té explícitament descrita la seva cartera de serveis.	La UE explicita per escrit els àmbits assistencials en què actua, les seves funcions i competències i la relació de serveis que presta.
5. La UE té explicitada la seva àrea de referència.	A cada UE li correspon una àrea de referència poblacional, en què diferents dispositius assistencials constitueixen la xarxa d'atenció a la síndrome de sensibilització central (SSC) en aquest territori.
GESTIÓ DE LES PERSONES	
6. La UE té identificats els diferents referents clínics per a cadascuna de les diferents entitats patològiques tractades, que actuaran de forma multidisciplinària.	Les UE disposen d'un referent clínic clarament definit i identificable per a cadascuna de les línies assistencials per a les que està acreditada. Poden coincidir en una mateixa persona o amb la figura del coordinador o coordinadora.
7. La UE explicita (d'acord amb el model d'atenció aprovat) quin tipus de professionals actuen en cadascun dels programes que formen part de la cartera de serveis de la UE, així com la dedicació a la unitat dels seus professionals i els sistemes de planificació i organització del treball sobre la matèria.	La UE disposa d'un procediment escrit en el qual detalla quines són les línies assistencials, els equips multidisciplinaris que les integren, l'organització funcional i les dedicacions dels seus professionals.
8. La UE disposa d'un pla de formació per als professionals que la integren.	Els professionals de la UE s'haurien de mantenir actualitzats quant al maneig de les patologies a atendre. És necessària l'existència d'un pla de formació a partir de la detecció de les necessitats formatives individuals.
ALIANCES	
9. La UE disposa d'un procediment que garanteix la coordinació amb els dispositius assistencials del que són referents que inclou els criteris de derivació entre nivells assistencials.	La UE hauria de preveure un espai de temps en què, amb caràcter periòdic, es coordini amb els equips d'atenció primària (EAP) de la seva àrea de referència per a revisar-ne l'actuació, impulsar accions de millora, consensuar criteris i protocols i avaluar casos d'especial dificultat. Aquesta acció pot ser conjunta amb la que es determina a l'estàndard 17.
10. La UE disposa d'un pla de formació per als referents de l'atenció primària.	
11. La UE manté línies de comunicació i participació fluides amb les associacions de pacients del seu àmbit territorial.	

CRITERI/ESTÀNDARD	DESCRIPCIÓ
GESTIÓ DE PROCESSOS	
12. La UE disposa de protocols de maneig de les diferents patologies tractades.	
13. La UE disposa d'un procediment en què explicita el seu funcionament intern.	
14. Els procediments i protocols es revisen periòdicament i estan actualitzats.	
15. Els protocols i procediments s'han consensuat amb els dispositius assistencials dels quals són referents.	
16. La UE disposa de registres que permeten el seguiment de l'activitat realitzada i dels processos clínics.	
17. Hi ha un mecanisme sistemàtic i definit per garantir la coordinació interna.	La UE hauria de preveure un espai de temps en què, amb caràcter periòdic, es coordini amb els equips propis per revisar la seva actuació, impulsar accions de millora, consensuar criteris i protocols i avaluar casos d'especial dificultat. Aquesta acció pot ser conjunta amb la que es determina a l'estàndard 9.
GESTIÓ DELS RECURSOS	
18. La UE disposa d'un protocol de protecció de l'entorn per a l'abordatge dels pacients afectes de la síndrome de sensibilització química múltiple (SQM) (només en les UE en què l'SQM formi part de la cartera de serveis).	En el protocol es detallen les mesures estructurals i funcionals que tendeixen a respectar el màxim possible l'evitació de circumstàncies provocadores en l'SQM.
RESULTATS	
19. La UE disposa d'indicadors que permeten el seguiment i l'avaluació de l'efectivitat i la qualitat dels processos assistencials.	Per a cada indicador, la UE hauria de concretar el resultat esperat en el període analitzat. El conjunt d'indicadors haurien de constituir el quadre de comandament de la UE.
20. La UE disposa d'instruments per a la mesura de la satisfacció dels pacients.	Amb una periodicitat mínima anual, la UE hauria d'avaluar el grau de satisfacció dels pacients.
21. La UE avalua periòdicament els seus resultats i actua per a millorar-los.	Disposar dels instruments d'avaluació no en garanteix la utilitat. La UE hauria d'avaluar periòdicament els seus resultats, analitzant-los i determinant, a partir d'aquests resultats, els objectius de millora.
22. La UE, amb la periodicitat estipulada (mínim anual), ha d'elaborar una memòria d'activitat per a la direcció de la institució, el CatSalut i el Departament de Salut.	

Programa de prevenció de les infeccions quirúrgiques a Catalunya: PREVINQ-CAT

Josep M. Badia¹, Anna Abad², Pilar Barrufet³, Cecília Díez⁴, Xavier Guirao⁵, Laura Navarro⁶, Joaquín López-Contreras⁷, Daniel Ortiz⁸, Marta Píriz⁹, Pere Torner¹⁰, Neus Rams⁶, Josep Davins⁶, Francesc Gudiol¹¹, Miquel Pujol¹²

¹Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital General de Granollers; ²Servei d'Anestèsia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ³Servei de Medicina Interna. Hospital de Mataró; ⁴Infermeria Àrea Quirúrgica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; ⁵Servei de Cirurgia General i Digestiva. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell; ⁶Departament de Salut; ⁷Unitat de Malalties Infeccioses. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; ⁸Servei de Cirurgia Cardíaca. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat; ⁹Infermeria de Control Infecció. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell; ¹⁰Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell; ¹¹VINCcat; ¹²Servei de Malalties Infeccioses. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Antecedents

La infecció de localització quirúrgica (ILQ) és la infecció relacionada amb l'assistència sanitària més freqüent¹. La ILQ té un impacte molt important en el pacient, comporta una prolongació de l'estada hospitalària variable en funció del procediment quirúrgic i de la gravetat de la infecció, és una causa freqüent de reingrés hospitalari i s'associa a una mortalitat atribuïble significativa². A més, ocasiona en els pacients i familiars un sofriment notable i una pèrdua de confiança en l'equip quirúrgic i en el sistema sanitari. Les conseqüències per al sistema sanitari són també molt rellevants. La ILQ té un cost econòmic directe molt elevat, relacionat amb l'assistència del pacient, i comporta un cost indirecte relacionat amb la pèrdua de productivitat i de qualitat i d'anys de vida³.

Es considera que un gran nombre d'ILQ es poden prevenir⁴. Els programes de vigilància d'infecció, l'anàlisi de les taxes d'infecció i el *feedback* als equips quirúrgics són estratègies cabdals en la prevenció de la ILQ⁵. El Programa VINCcat del Departament de Salut va ser creat el 2006; mostra una àmplia variabilitat en les taxes d'ILQ entre centres i suggereix que hi ha marge per reduir-les. Fins l'actualitat no s'havia establert un programa comú de prevenció de la infecció quirúrgica en els hospitals de Catalunya. El Programa PREVINQ-CAT de prevenció de la ILQ és una iniciativa de la Subdirecció General d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques i del Programa VINCcat per tal de disseminar estratègies comunes de prevenció d'infecció quirúrgica, agrupar-les en paquets

de mesures generals i específiques, i disminuir les taxes d'infecció postoperatoria a Catalunya.

Les mesures de prevenció recomanades estan basades en les guies internacionals de prevenció de la infecció quirúrgica consensuades per grups d'experts de diferents àmbits. Les mesures s'agrupen en paquets de prevenció o *bundles*. L'ús de la metodologia en *bundles* s'ha demostrat un mètode molt eficaç en la reducció de la ILQ. Un *bundle* és un conjunt limitat de mesures de relativa fàcil implementació i amb efecte additiu, que té com objectiu disminuir la taxa d'infecció. A Catalunya, el 2016 es va difondre un paquet de mesures de prevenció de la ILQ en cirurgia colorectal. El primer any d'implantació d'aquest *bundle* específic ha aconseguit una reducció del 25% de la ILQ en cirurgia colorectal electiva. El model del PREVINQ-CAT es vol basar en aquesta metodologia de treball, que s'ha demostrat altament eficaç i assolible.

Objectius

Objectiu principal. Reduir les taxes d'infecció quirúrgica en la població adulta mitjançant la implementació d'un programa específic de prevenció de les infeccions quirúrgiques en els hospitals de Catalunya.

Objectius secundaris. a) Implementar un paquet de mesures generals de prevenció d'infecció quirúrgica aplicable a tots els procediments quirúrgics. b) Implementar paquets de mesures específics per grups de procediments quirúrgics: cirurgia colorectal, cirurgia cardíaca i cirurgia ortopèdica amb implantació de pròtesis de maluc i de genoll. c) Avaluar l'aplicació de les mesures de prevenció. d) Establir quines són les mesures de major impacte en la reducció de les infeccions quirúrgiques.

Metodologia

El grup de treball del PREVINQ-CAT ha revisat les guies de pràctica clínica per a la prevenció de la infecció quirúrgica publicades des de 2008. S'ha analitzat i comparat les recomanacions de les diverses guies. S'ha recorregut a d'al-

Correspondència: Josep M. Badia
Servei de Cirurgia General i Digestiva
Hospital General de Granollers
Av. Francesc Ribas s/n
08402 Granollers
Adreça electrònica: jmbadia@fhag.es

tres fonts primàries d'informació, com ara estudis aleatoritzats, revisions sistemàtiques o metanàlisis, quan ha estat necessari. En els apartats amb baix nivell d'evidència, el grup de treball ha pres les decisions a partir d'opinions d'experts, guies de bona pràctica quirúrgica, normatives hospitalàries i recomanacions d'altres institucions.

Resultats

A partir de la revisió de mesures, s'ha consensuat un paquet de mesures generals de prevenció de la ILQ aplicable a la major part de procediments quirúrgics, uns paquets de mesures específics pels procediments de cirurgia col·lorectal, cardíaca i ortopèdica, i una sèrie de mesures de "no fer" o de valor incert.

Paquet de mesures generals PREVINQ-CAT. El paquet de mesures generals és aplicable en tots els procediments quirúrgics (Taula 1).

TAULA 1. Paquet de mesures PREVINQ-CAT

#	Mesura
1	Dutxa preoperatòria amb sabó no farmacològic o sabó antisèptic
2	Profilaxi antibiòtica sistèmica adequada: - Administració a l'àrea quirúrgica - Tipus d'antibiòtic: segons les guies de profilaxi antibiòtica - Dosis ajustades al pacient - Administració: finalitzar dins dels 30-60 min abans de la incisió - Redosificació durant procediment: repetició de dosis quan estigui indicat segons semivida de l'antibiòtic, durada de la cirurgia i pèrdues sanguínies - Monodosi o < 24 h (fins i tot en presència de drenatges)
3	Maneig del pèl cutani: - No eliminació del pèl cutani o en el seu defecte: - Utilització de maquineta elèctrica de capçal d'un sol ús
4	Descontaminació de la pell del camp quirúrgic amb clorhexidina alcohòlica al 2% en alcohol isopropílic al 70%, preferiblement en aplicador estèril d'un sol ús
5	Control de la glicèmia perioperatòria: objectiu d'assolir nivells de glicèmia de 150-200 mg/dl (8,3-11,1 mmol/l)
6	Aplicació de mesures per mantenir la normotèrmia amb l'objectiu d'assolir $\geq 36^\circ\text{C}$ en tot el període perioperatori

Altres mesures. Hi ha una sèrie de mesures genèriques de prevenció de la ILQ, algunes amb menor grau d'evidència, que s'han d'aplicar igualment en tots els procediments quirúrgics (Taula 2).

Paquet de mesures en cirurgia col·lorectal. En cirurgia col·lorectal electiva és d'aplicació el paquet de mesures general més algunes mesures específiques (Taula 3).

TAULA 2. Altres mesures generals

#	Mesura
7	Rentat de mans de l'equip quirúrgic
8	Cirurgia endoscòpica quan estigui indicada
9	Normovolemia
10	Canvi de materials al final de la intervenció: - guants - talles - material quirúrgic (aspirador, mànecs de làmpades, bisturí elèctric... inclosos)
11	Protectors plàstics dels marges de la ferida
12	Rentats de la ferida quirúrgica amb sèrum fisiològic al final de la intervenció

TAULA 3. Mesures específiques d'aplicació en la cirurgia col·lorectal

#	Mesures específiques
13	Profilaxi antibiòtica oral - Neomicina 1 g + metronidazole 1 g (en 3 dosis preoperatòries el dia abans de la intervenció quirúrgica)
14	Preparació mecànica del còlon
15	Laparoscòpia
16	Protectors de ferida de plàstic de doble anell

Paquet de mesures en cirurgia cardíaca. En cirurgia cardíaca és d'aplicació el paquet general de mesures de prevenció més algunes mesures específiques (Taula 4).

TAULA 4. Mesures específiques en la cirurgia cardíaca

#	Mesura
17	Prolongació de la profilaxi fins a ≤ 48 hores
18	Control estricte de la glucèmia perioperatòria: - Objectiu < 150 mg/dl (150 mg/dL = 8,32 mmol/L)
19	Descolonització de portadors de <i>S. aureus</i>

Paquet de mesures en cirurgia ortopèdica. En la cirurgia ortopèdica és d'aplicació el paquet general de mesures de prevenció més algunes mesures específiques (Taula 5).

TAULA 5. Mesures específiques en la cirurgia ortopèdica

#	Mesura
20	Descolonització de portadors de <i>S. aureus</i>

Recomanacions de "no fer" o de valor incert. Diverses guies desaconsellen explícitament l'ús d'algunes mesures que s'han aplicat de forma rutinària i en clarifiquen d'altres que s'han emprat sense una evidència consistent (Taula 6). Entre aquestes, destaquen l'ús de les talles adhesives plàstiques, els segelladors cutanis amb una base de cianocrilat i la instal·lació de flux laminar dins els

quiròfans. A més, es desaconsella la retirada dels tractaments immunosupressors prèviament a la realització de la intervenció quirúrgica.

TAULA 6. Mesures de “no fer” o de valor incert

#	Mesura
21	Hiperòxia perioperatòria
22	Plàstics transparents adhesius per al camp quirúrgic

Metodologia del programa PREVINQ-CAT

El Programa PREVINQ-CAT inclou la implantació dels paquets de mesures, la formació en prevenció de la ILQ del personal sanitari que intervé en el procés del pacient quirúrgic, la verificació de l'aplicació de les mesures de prevenció mitjançant un llistat de verificació, el *feedback* periòdic amb els equips quirúrgics dels resultats del compliment de mesures i dels resultats corresponents a les taxes d'ILQ dels diferents procediments.

La implementació del PREVINQ-CAT requereix del suport de la direcció assistencial de cada centre, que ha de facilitar els recursos personals i estructurals necessaris per al desenvolupament del programa. El PREVINQ-CAT involucra en el seu funcionament un nombre molt important del personal sanitari, tot el bloc quirúrgic —coordinadors, cirurgians, anestesiòlegs, infermeria quirúrgica—, però també altres col·lectius de l'hospital que intervenen directament en l'assistència del pacient quirúrgic, com la infermeria quirúrgica de planta i membres de serveis més transversals com farmàcia hospitalària, microbiologia, control d'infecció i informàtica. Cadascun té el seu rol específic bé en la implementació del programa, bé en l'aplicació de mesures de prevenció.

El primer pas executiu és la creació en cada centre d'un equip de coordinació multidisciplinari acordat amb la Direcció de l'hospital i la Comissió d'Infeccions. Aquest equip ha de tenir la responsabilitat d'implementar el PREVINQ-CAT i ha d'incloure un coordinador del grup i professionals de diferents àmbits amb càrrecs de responsabilitat i comandament que tinguin capacitat de lideratge i execució en els seus respectius àmbits de treball. La composició de l'equip s'ha d'adaptar a les característiques de cada centre. La Taula 7 resumeix les recomanacions dels membres que l'haurien de constituir. Les funcions de l'equip de coordinació estan resumides a la Taula 8.

TAULA 7. Membres de l'equip de coordinació

Coordinadors de l'àrea quirúrgica (mèdics i d'infermeria)
Membres(s) dels serveis quirúrgics*
Membre(s) del Servei d'Anestèsia i Reanimació
Membre(s) d'Infermeria Quirúrgica

Membre(s) d'Infermeria d'Unitats d'Hospitalització Quirúrgiques

Membre(s) de l'Equip de Control d'Infecció

Membre(s) d'Higiene Hospitalària

Membre(s) de Farmàcia Hospitalària

Membre(s) del Servei de Microbiologia

Membre(s) de la Comissió d'Infeccions

Membre(s) del Comitè de Seguretat

*Encara que la composició de les diferents especialitats pot ser variable en cada centre, es considera preferent la presència de membres dels Serveis de Cirurgia General, Traumatologia i Cirurgia Ortopèdica i del Servei de Cirurgia Cardíaca en els centres que en disposin.

TAULA 8. Funcions de l'equip de coordinació

Implementació a nivell local del Programa PREVINQ-CAT
Formació del programa dirigit als equips quirúrgics
Vigilància de l'aplicació del paquet de mesures general i específic per procediments
Avaluació del compliment de mesures
Anàlisi de dades i <i>feedback</i> de resultats als equips quirúrgics

La formació dels diferents col·lectius compromesos en l'atenció del pacient quirúrgic es considera clau. La formació contempla sessions que faran membres de l'equip de coordinació de cada centre, dirigides al personal quirúrgic implicat en l'aplicació de les mesures de prevenció. Per tal de facilitar l'accés a la formació del major nombre de membres del personal sanitari, es contemplen cursos de formació acreditada en línia. Un aspecte rellevant és que els professionals dels equips quirúrgics (cirurgians, anestesisistes, infermeria quirúrgica) coneguin i hagin pogut discutir les mesures que inclou el programa PREVINQ-CAT abans de la seva implantació en el centre.

El *feedback* del compliment de les mesures de prevenció és un aspecte cabdal. Per obtenir la informació s'ha de complimentar un llistat de verificació (Taula 9), que es realitzarà en els procediments quirúrgics considerats prioritaris: cirurgia colorectal, cirurgia ortopèdica amb implantació de pròtesis de maluc i genoll, i cirurgia cardíaca de l'empelt aortocoronari i del recanvi valvular. Cada centre pot registrar, opcionalment, el llistat de verificació per aquells procediments que, de forma voluntària, hagi inclòs en el programa de vigilància quirúrgica del VIN-Cat. Les mesures contemplades en els paquets de mesures de prevenció són indicadors de procés. De forma trimestral es farà una avaluació de la implantació de les diferents mesures que inclourà tant el registre de la mesura com el seu resultat. Els resultats es comentaran amb els responsables de les diferents àrees per tal de millorar en el

cas que sigui necessari. Els indicadors de resultats dels procediments inclosos dins del programa de vigilància del VINCat es revisaran de forma trimestral. Els resultats es comentaran amb els responsables dels diferents programes quirúrgics per tal de reforçar les mesures de prevenció en el cas que fos necessari.

Tots els hospitals públics i privats de Catalunya estan convidats a adoptar les recomanacions PREVINQ-CAT i adherir-se al programa, fet que permetrà l'anàlisi de les taxes d'infecció i el compliment i l'eficàcia de les diferents mesures instaurades.

Les dificultats per a la implantació d'un programa d'aquestes característiques poden ser importants. La manca de recursos, la càrrega de treball dels professionals sanitaris i les dificultats per assolir canvis conductuals poden comprometre la implantació del PREVINQ-CAT. No obstant això, els beneficis a obtenir són rellevants. La infecció quirúrgica afecta anualment milers de pacients del sistema sanitari de Catalunya i els recursos destinats a la seva prevenció reverteixen en disminució de costos, reintervencions i ingressos en unitats de crítics i suposen un guany en els anys de qualitat de vida del pacient.

TAULA 9. Llistat de verificació PREVINQ-CAT

Paquet de mesures generals	Sí	No	No registrat
A) Eliminació del pèl cutani			
B) Utilització de maquineta elèctrica de capçal d'un sol ús			
C) Profilaxi antibiòtica sistèmica correcta (antibiòtic, inici, redosificació i durada)			
D) Antisèpsia de pell amb clorhexidina alcohòlica 2%			
F) Nivell de glicèmia al final de la intervenció quirúrgica	camp numèric		
G) Mesures d'escalfament durant la cirurgia			
H) Temperatura axil-lar al final de la intervenció quirúrgica	camp numèric		
Paquet de mesures específic de la cirurgia colorectal	Sí	No	No registrat
I) Profilaxi antibiòtica oral			
J) Preparació mecànica de còlon			
K) Laparoscòpia			
L) Protectors de ferida de plàstic de doble anell			
Paquet de mesures específic de la cirurgia cardíaca	Sí	No	No registrat
M) Prolongació de la profilaxi fins ≤ 48 h			
N) Control estricte de la glicèmia < 150 mg/dl			
O) Descolonització de portadors de <i>S. aureus</i>			
Paquet de mesures específic de la cirurgia ortopèdica	Sí	No	No registrat
P) Finalització de la profilaxi antibiòtica abans del torniquet			
Q) Descolonització de portadors de <i>S. aureus</i>			

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- European Centre for Disease Prevention and Control, Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012. ECDC Surveillance report. Stockholm: ECDC; 2013. Consultable a: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>. Accés el 18 de març de 2018.
- Scott II RD. The direct medical costs of healthcare-associated infections in U. S. hospitals and the benefits of prevention; 2009. Consultable a: https://www.cdc.gov/HAI/pdfs/hai/Scott_CostPaper.pdf. Accés el 18 de març de 2018.
- Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, Abu Sin M, Blank HP, Ducomble T, et al. Burden of six healthcare-associated infections on European population health: Estimating incidence-based disability-adjusted life years through a population prevalence-based modelling study. *PLoS Med*. 2016;13:e1002150.
- Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011;32:101-14.
- Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in U. S. hospitals. *Am J Epidemiol*. 1985;121:182-205.

La Filial del Tarragonès: formació mèdica especialitzada des de 1974

Jaume Benages

Filial del Tarragonès. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Tarragona.



Presentació

L'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears va ser fundada la segona meitat del segle XIX i actualment, amb més de 28.000 socis, és una de les entitats medicocientífiques més grans d'Europa. L'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Tarragona (ACMT) s'erigeix en les darreres dècades del segle XX en la filial responsable de les seves activitats formatives en les comarques del Tarragonès, Alt Camp, Baix Penedès i Conca de Barberà.

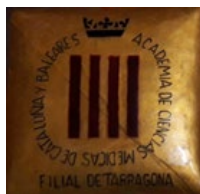
Des d'aleshores, les successives juntes de govern de l'ACMT no han deixat de treballar per oferir als seus socis un calendari d'activitats científiques útil i de qualitat. Hem de recordar que, en aquest calendari, les propostes formatives que els mateixos socis demanden i organitzen en són una part destacada. En tot moment, des de l'ACMT s'ha tingut una especial cura de la tasca administrativa, logística i d'acreditacions per garantir l'èxit de tots els esdeveniments que s'organitzen (a la Figura 1 es pot veure els logotips que ha tingut l'entitat al llarg dels anys).

Antecedents històrics

Aprofitarem aquest apartat per donar una petita pinzellada dels que han estat els personatges i els trets més significatius de la medicina a Tarragona fins a la fi del segle XX, moment en el qual, com s'ha dit anteriorment i descriurem més endavant, neix l'ACMT.

Com no podia ser d'una altra manera en un article referenciat a Tarragona, començarem aquest relat a l'època romana: aquí trobem a Antoni Musa (Antonius Musa), metge personal de l'emperador August (segle I). Segons Dió Cassi fou originalment un llibert. August estava malalt el 23 aC i cap metge el sabia curar. Musa ho va aconseguir a base de banys d'aigua freda i begudes fredes; en recompensa va rebre una gran suma de diners i el dret de portar anell d'or i se li va erigir una estàtua al costat de la d'Esculapi.

Anys 70 (segle xx)



2006 - 2008



Des de 2009



FIGURA 1. Logotips de la Filial de Tarragona de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Després dels romans foren els visigots els que ocuparen l'antiga Tàrraco; per la seva banda aquests varen sucumbir a la invasió sarraïna del segle VIII i, posteriorment, la ciutat va quedar abandonada fins que quatre segles més tard, el comte de Barcelona Ramon Berenguer III, va encarregar al bisbe Oleguer, l'any 1118, repoblar-la.

Entrats en aquesta època medieval trobem, almenys des de 1171, que Tarragona ja disposava d'una institució hospitalària, l'anomenat Hospital de la Seu, que estava destinat a l'atenció dels canonges i els seus familiars. Aquest hospital va ser creat per l'arquebisbe Hug de Cervelló (1163-1171) i estava ubicat a l'actual carrer de les Coques on té la seu el Consell Comarcal del Tarragonès. Dos segles després, aquest hospital va coexistir amb un altre que estava sufragat per la ciutat; amb els anys, aquest hospital va patir diversos canvis d'ubicació de les seves instal·lacions.

El 15 de desembre de 1464, l'arquebisbe Pere d'Urrea va donar les disposicions necessàries per al naixement d'un nou hospital que aglutinés els dos anteriors, ja molt precaris. Aquest, sota la invocació de Santa Tecla, es va situar a l'edifici de l'antic Hospital de la Seu, més ben dotat i reformat (a aquesta època de fusió s'atribueix la part gòtica de la façana). A la fi del segle XVI, aquest hospital havia quedat ja totalment obsolet i va sorgir la necessitat de construir un altre edifici. El nou Hospital de Santa Tecla, situat a l'actual Rambla Vella, es va inaugurar el 1588, durant el pontificat de l'arquebisbe Antoni Agustí, i fou regit i finançat per la ciutat i el capítol. Des del segle XVIII, i fins als nostres dies, aquest hospital es coneix amb el nom de Sant Pau i Santa Tecla. L'altre hospital gran de la ciutat, el Joan XXIII, fou inaugurat l'any 1966.

Correspondència: Jaume Benages i Pàmies
C/ de Cefeú, 16
43007 Tarragona
Tel. 618 312 377
Adreça electrònica: jaumbenages@tinet.cat

Conscient del perill que comporta sempre la confecció d'un llistat de personatges, a continuació anomenarem, per ordre cronològic de la seva data de naixement, els metges de l'àmbit territorial de l'ACMT que històricament han estat més reconeguts.

Començarem per Pere Virgili i Ballvé (1699-1776), que va posar les bases per a la unificació de la medicina i la cirurgia, ciències que fins al moment estaven del tot separades; Josep Sabater i Massell (1745-1805), cirurgia; Lleonard Galli i Bover (1751-1830), cirurgia traumatòleg; Marc Bertran i Pastor (1804-1863), cirurgia obstetra; Tomàs Dolsa i Ricart (1816-1909), psiquiatra; Ramon Nolla i Martí (1839-1911), metge i polític carlista; Lluís de Castellarnau i de Lleopart (1846-1917), un dels primers membres de l'Acadèmia i del Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya; Agustí Maria Gibert i Olivé (1852-1928), metge, naturalista i arqueòleg; Elena Maseras i Ribera (1853-1905), la primera dona que estudià una carrera universitària a l'Estat espanyol; Josep Mestres i Miquel (1869-1949), un dels fundadors del Sindicat de Metges de Catalunya; Joaquim Pla i Janini (1879-1970), que destacà per ser un dels pares de la fotografia del segle XX; Ferran Rossell i Jané (1882-1954), metge de capçalera, polític i exiliat pel franquisme; Antoni Peyrí i Rocamora (1889-1973), casat amb Maria Macià i Lamarca, filla del president Francesc Macià; Pere Domingo i Sanjuan (1896-1979), que fou president de l'Institut d'Estudis Catalans; Juan Mallafré Guasch (1896-1961), metge i cirurgia; Tomàs Ramon i Amat (1901-1937), metge i polític català, víctima dels franquistes durant la Guerra Civil; Miquel Aleu i Padreny (1910-2011), metge de capçalera; Josep Adserà i Martorell (1923-2005), metge i historiador, fou un dels primers facultatius que posaren en pràctica mesures per a la prevenció de la salut laboral de les empreses, presidí el setè Congrés d'Història de la Medicina Catalana, a Tarragona, el 1992; Lluís Delclòs i Soler (1926-2016), pioner de la teràpia de radiació moderna i Rafel Orozco i Delclòs (1938-2005), traumatòleg.

Rafael Battestini: l'iniciador de la formació mèdica a Tarragona

No ens equivocarem si afirmem que l'iniciador de la divulgació de les ciències mèdiques a Tarragona fou el Dr. Rafael Battestini i Galup (Figura 2), nascut a Barcelona l'any 1886. Aquest facultatiu, nomenat l'any 1912 acadèmic numerari de l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya, a banda de modernitzar i socialitzar la medicina a Tarragona des del seu càrrec de director mèdic de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (1927-1937), va dirigir nombrosos cursos de formació per al personal sanitari i va convidar reconeguts metges del nostre país, com els doctors Agustí Pedro i Pons, Antoni Trias i Pujol, Jacint Vilardell, Lluís Barraquer, Pere Domingo i Lluís Sayé, tots



FIGURA 2. Portada del llibre de Josep Maria Vallés i Martí titulat *Rafael Battestini i Galup. Catalanista. Víctima de la repressió franquista*, editat l'any 2009. L'any 1992, el Dr. Josep Adserà i Martorell publicà *El Doctor Rafael Battestini i Galup i el seu entorn*, sens dubte la més important obra biogràfica d'aquest personatge

ells veritables referències en les seves especialitats, a venir a Tarragona a explicar mitjançant conferències els seus coneixements.

Més enllà de la seva coneguda vàlua professional, el doctor Battestini és recordat a Tarragona pels successos en els quals fou protagonista durant la guerra i postguerra civil espanyola. Per la seva tasca humanitària protegint gent de dretes durant la guerra, els activistes de la FAI l'obligaren a dimitir com a director de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Per haver lluitat per la cirurgia de qualitat i gratuïta per a la gent sense recursos, fou rebutjat pel Col·legi de Metges de Tarragona; i, finalment, per haver estat afiliat al moderat partit catalanista Acció Catalana (i ser denunciat precisament per una persona que prèviament havia protegit) va ser condemnat a mort pels franquistes. Fou afusellat el 22 d'abril de 1939 al Puig de les Oliveres de Tarragona; segons indicis històrics, és molt probable que el mateix Col·legi de Metges bloquegés el seu indult.

Un dels projectes més il·lusionant de l'actual Junta Directiva de l'ACMT és el de posar en marxa un premi dedicat al Dr. Battestini, lligat als aspectes més humanístics de la professió mèdica.

Naixement i història de la Filial de Tarragona

Durant els primers mesos de l'any 1974, les converses mantingudes a Barcelona entre el Dr. Josep Laporte (president de l'Acadèmia), el Dr. Joan Domènech (president del Col·legi de Metges de Tarragona) i el Dr. Emiliano Fernández



FIGURA 3. Acte inaugural de l'Escola de Cirurgia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Tarragona el 7 d'octubre de 2010. D'esquerra a dreta: Dr. Josep Maria Solé i Poblet (president de l'ACMT), Dra. Concha Abril (vicepresidenta del Col·legi de Metges de Tarragona), Dr. Antoni Lluca (director de l'Escola de Cirurgia) i Dr. Xavier Oliach (director mèdic de l'Hospital de Santa Tecla de Tarragona)

fructificaren i es posà en marxa la voluntat de crear ben aviat la "Filial de Tarragona".

En la reunió de compromissaris del Col·legi de Metges de Tarragona, celebrada el dia 2 d'abril del 1974, el Dr. Josep Adserà i Martorell proposà segons consta en acta: "... que demà se celebri una reunió preliminar entre representants dels centres mèdics de la capital, amb l'objectiu de proposar candidatures per a l'elecció dels companys que hagin de dirigir la secció delegada de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques".

En aquesta reunió de facultatius tarragonins i representants de totes les institucions sanitàries de la ciutat, celebrada finalment el dia 5 d'abril del 1974 a la sala d'actes del Col·legi de Metges, es fundà l'Acadèmia de Tarragona i fou escollida, tot preservant l'equitat institucional, la primera Junta Directiva de l'entitat i el seu primer president, el Dr. Emiliano Fernández. La nova Junta Directiva es reuní per primera vegada de forma ordinària el 23 d'abril de 1974.

En l'assemblea de compromissaris del Col·legi de Metges de Tarragona celebrada el dia 14 de maig del 1974, el seu president, el Dr. Joan Domènech, en el torn de precís i preguntes i segons consta en acta, deixà ben clar que les filials de Reus i Tarragona de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques: "són entitats independents del Col·legi de Metges de Tarragona, però que en qualsevol necessitat que tingui el Col·legi estarà al seu costat pel que convingui".

Des d'aleshores, han estat moltes les propostes de formació especialitzada en les ciències de la salut que l'ACMT ha ofert als seus associats, gairebé unes 500 en l'actualitat. El nombre d'activitats en cada curs acadèmic ha estat bastant variable; el curs 2009-2010 va ser un dels més prolí-

fics amb un total de 22 esdeveniments entre jornades, conferències, cursos i congressos.

Durant el mandat del Dr. Josep Maria Solé i Poblet (2006-2012), a banda de les activitats formatives, en aquell moment força nombroses, es va voler dinamitzar altres aspectes més socials relacionats també amb l'àmbit de la salut. La intenció era la de motivar a la participació dins de la Filial a aquells facultatius tradicionalment poc actius i, alhora, animar altres col·legiats de Tarragona a afiliar-se. En aquest sentit es va realitzar un curs de cuina saludable (2009), un curs de fotografia digital (2009), un curs d'informàtica enfocat a la publicació d'articles i pòsters (2010) i un curs de català per a metges nouvinguts (2011). El 12 de gener del 2012 s'inaugurà a la sala d'actes del Col·legi de Metges de Tarragona una exposició artística dels tres socis guanyadors del I Concurs de pintura i escultura de l'ACMT. També en aquest context cal situar els dos primers exemplars (2008 i 2009) de la revista digital de l'entitat, que malauradament no ha tingut continuïtat.

En el seu vessant més institucional, l'ACMT ha celebrat al llarg d'aquests 44 anys ja d'existència diversos actes de reconeixement a facultatius relacionats amb l'entitat. D'entre aquests assenyalarem els homenatges al Dr. Emiliano Fernández Domínguez, com a impulsor i primer president de la Filial (el desembre de 1977), al Dr. Josep Maria Sánchez Ripollés (29 de gener de 2008) i al Dr. Jordi Sentís i Bonet (30 de novembre de 2011). Per la seva banda, el Dr. Lluís Delclós i Soler, en un acte celebrat a l'Ajuntament de Tarragona, va rebre el títol d'Acadèmic honorari el 23 d'octubre de 2010.

L'any 2010, la Junta Directiva de l'ACMT va atorgar el premi Pere Virgili al millor treball científic publicat al Dr.

Carles Llor Vila per “*Association between use of rapid antigen detection test and adherence to antibiotics in suspected streptococcal pharyngitis*”. També va concedir dues beques, una al Dr. Manel Prados Saavedra per a un “projecte d’investigació científica dins de l’àmbit de les ciències de la salut” i una altra als doctors Josep Antoni Lluca Abella, Juan Manuel Miguel Tacchino i Alejandro Rossini per a “l’ampliació d’estudis especialitzats en un centre d’excel·lència”.

L’Escola de Cirurgia (curs 2010-2011)

L’Escola de Cirurgia (Figura 2) ha estat sens dubte el projecte formatiu més ambiciós que ha organitzat l’ACMT. L’Escola, que va tenir l’encert d’adaptar la seva programació perquè totes les especialitats, fins i tot les no quirúrgiques, poguessin aprofitar-se del temari, fou organitzada per la Unitat de Cirurgia Oncològica i Pèlvica Avançada de la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla i dirigida pel seu responsable, el Dr. Antoni Lluca, que comptà amb la codirecció dels doctors Jordi Recasens, traumatòleg, Joan Virgili, cirurgia, i Jaume Benages, uròleg.

L’Escola va tenir una durada de 9 mesos i es va distribuir en nou grups temàtics, cadascun d’una especialitat diferent. Cada mes del curs acadèmic va estar dedicat en exclusiva a una d’aquestes especialitats quirúrgiques: urologia (octubre), cirurgia oncològica pèlvica (novembre), cirurgia general (desembre) oftalmologia (gener), ginecologia (febrer), traumatologia (març), otorinolaringologia (abril), cirurgia vascular (maig) i cirurgia laparoscòpica i robòtica (juny).

El primer dijous de mes es realitzava, en la sala d’actes del Col·legi de Metges, la jornada teòrica en la qual un o diversos metges especialistes adscrits a la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla, a banda de comentar les novetats i els reptes de futur de la seva corresponent especialitat, explicaven, amb suport audiovisual, les fases més interessants de les intervencions quirúrgiques que habitualment practiquen. Durant la resta de dies del mes, els inscrits contactaven amb el professorat per tal de coordinar la seva assistència als quiròfans de l’Hospital de Santa Tecla o de l’Hospital del Vendrell, per tal de veure en directe les intervencions que consideressin més interessants per a la seva formació.

El gran nombre d’inscrits i la qualitat del professorat van contribuir a l’èxit d’aquesta escola que es va poder realitzar gràcies al suport de la direcció de la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla, que va proporcionar els recursos humans i materials (les instal·lacions quirúrgiques dels seus dos hospitals incloses) necessaris per a la posada en marxa d’aquest recordat projecte formatiu.

Presidents i actual Junta Directiva

Per ordre cronològic, i fent referència a la seva especialitat, l’ACMT ha tingut fins a l’actualitat els següents presidents: Emiliano Fernández Domínguez, uròleg (1974-1977); Carlos Henríquez de Gastañondo, cirurgia general (1977-1980); Agustí Tarrés Roure, pediatra (1980-1987); Joan Girbes Sotelo, cirurgia vascular (1987-1993); Pere Mallafré Gimeno, medicina general (1993-1998); Albert Pagés Artuñedo, medicina interna (1998-2005); Josep Maria Solé i Poblet, cirurgia general (2006-2012); Jordi Reca-



FIGURA 4. Reunió de treball de la Junta Directiva de la filial celebrada el 7 de febrer de 2018. D’esquerra a dreta: Dr. Josep Maria Pérez Portela, Dra. Laia Montserrat, Dr. Jaume Benages, Dra. Pilar Roca, Dr. Emili Mayayo, Dr. Joan Cebral i Dr. Pau Ornos

sens i Robert, traumatòleg (2012-2016) i, a partir de 2017 i després d'un breu segon mandat del Dr. Josep Maria Solé i Poblet, Jaume Benages Pàmies, uròleg.

Junta Directiva actual (2017-2020)

President i vicepresident: Jaume Benages Pàmies; secretari: Pau Ornos Ferré; tresorer: Josep Maria Pérez Portela; vocals: Joan Cebal Moreno, Emili Mayayo Artal i Pere Mestres Ventura; president de la secció de formació mèdica: Sergi Boada Pie; presidenta de la secció d'hospitals: Pilar Roca Campos; presidenta de la secció d'especialitats mèdiques: Olga Araujo Loperena; presidenta de la secció medicolegal: Laia Montserrat Esteller.

Conclusions

Si bé la filial de Tarragona no fou de les primeres filials territorials de l'Acadèmia en constituir-se —la de la veïna Reus inclús és més antiga—, sí que podem constatar les ganes i la il·lusió de molts facultatius tarragonins en posar-la en marxa. Segons el testimoni que ens ha arribat d'alguns dels seus protagonistes, aquella reunió fundacional de l'entitat —celebrada el dia 5 d'abril de 1974 al Col·legi de Metges de Tar-

ragona— fou multitudinària i tots els representants de les diferents institucions mèdiques de la ciutat que hi assistiren s'implicaren ràpidament en aquest projecte, un projecte que més enllà de la temàtica pròpia de les ciències mèdiques fou també considerat un projecte de ciutat.

També per a molts va significar poder integrar-se a una institució emblemàtica del nostre país, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, que ja des dels anys previs a la Mancomunitat (a la fi del segle XIX) i amb les aportacions de nombrosos facultatius de gran talent, ha anat marcant les pautes i la modernització de la formació mèdica del territori i ha aconseguit que Catalunya, una nació mancada dels privilegis d'un estat propi, hagi també pogut proporcionar, amb veu pròpia, la seva particular i efectiva aportació al desenvolupament de la medicina.

Per finalitzar, cal destacar la bona i fluida relació institucional entre el Col·legi de Metges de Tarragona i la Filial de Tarragona. La mateixa seu de l'ACMT, la seva secretaria tècnica i la major part de les activitats formatives es realitzen en les instal·lacions docents del Col·legi, segons un conveni de col·laboració establert fa anys.

El fill no desitjat. Entre el conflicte i el trastorn

Ramon Quilis

Institut Milà i Fontanals. Barcelona.

Resum

Quan ens trobem amb uns pares adolescents o molt joves, ens preguntem si en realitat han fet l'opció de paternitat, que —meditada o no— ha de ser responsable. Les conseqüències són fefaents: el control de la pròpia situació, els horaris, assolir les necessitats del nadó, la independència econòmica per a respondre a les exigències d'aquesta pròpia independència. Si no hi ha un plantejament de base, la parella trontolla sota els efectes de la inseguretat, en ocasions amb el suport dels pares dels joves. Però, a banda, el vincle amb el seu fill ha de ser un vincle consolidat; si no és així, ens podem trobar amb pares immadurs i amb risc de conductes de menyspreu que no només posen en evidència una paternitat poc asolida sinó que perillen uns drets al benestar que tenen un suport legítim.

Introducció

Estem vivint temps convulsos quant a costums i formes d'entendre la vida. Hi ha formes de procedir que tenen una mateixa orientació al llarg de la vida; n'hi ha algunes, però, que hom les considera ancestrals, atès que perduren en el temps, i d'altres que ens identifiquen. Aquest és el cas dels fills no desitjats.

Com a espècie, vivim entre el rebuig i l'acceptació. El repte és l'adaptació, i aquesta pot ser situacional, generacional, per sentit de pertinença o per consolidació de costums, normes o hàbits.

El fill no desitjat es reconeix a partir de l'anàlisi del comportament dels pares durant l'etapa precoç de l'embaràs i, després, a partir de l'infantament.

L'acceptació i el rebuig existeixen en totes les societats humanes. Però en el cas dels infants, una qüestió és no estimar per manca d'empatia o vincle deteriorat i una altra és deixar d'estimar, qüestió que posa en evidència la capacitat i maduresa dels pares. Cal analitzar si aquesta

situació es produeix per decisió, per incapacitat o bé per desordre.

Recull d'hipòtesis

Existeixen diferents formes de concebre el naixement d'un fill. Hem de diferenciar el que és un fill no desitjat, susceptible de ser estimat posteriorment, del que és un embaràs no desitjat. La terapèutica de l'acceptació és diferent, de la mateixa manera que canvia el procés de dol, de pèrdua al no ser desitjat després de ser concebut. Ens podem trobar en diferents casos: l'acceptació després del naixement, el sentiment perdurable de no desitjabilitat, la disfuncionalitat d'algunes famílies amb embarassos acceptats, el fill concebut amb un embaràs no desitjat que ha gaudit d'una lactància materna i que ha ofert una vinculació positiva, etc.

Els infants d'embarassos no desitjats pateixen més inadaptació escolar i més abandonament, i també més rebuig dels companys.

S'ha vist que en dones amb una història clínica de més de tres avortaments voluntaris, el rebuig era 4 vegades més freqüent que en altres mares de fills no desitjats, a causa dels condicionants fisiològics de l'acció d'avortar. Aquesta qüestió també ve condicionada per hàbits dissocials, conflictes de parella i història d'embarassos no desitjats, manca de maduresa parental amb dèficit en el procés de socialització, i amb baixes puntuacions. En aquests casos se sap que sempre hi ha una probabilitat que alguns d'ells presentin conflictes judicials.

En aquest sentit, les dones nascudes d'embarassos no desitjats són emocionalment més làbils, menys integrades i amb una història de problemes de salut mental, és a dir, amb més probabilitat d'experimentar trastorns depressius i ansietat, tot convertint-se en pacients psiquiàtrics per comorbiditat d'afectacions. Aquests casos ofereixen una pauta d'estudi per a la catalogació de família multi-problemàtica, atesa l'associació d'ítems. L'atmosfera i la tensió que comporta la no desitjabilitat de l'embaràs i dels fills concebuts pot fer-se palesa, per tant, a la propera generació.

El rebuig parental i l'ajust psicològic dels fills

Segons Rohner (citada per E. Gracia, et al) l'absència d'afecte es manifesta amb hostilitat, agressivitat, indiferència, negligència i formes de rebuig. En aquest sentit es produ-

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

eix el comportament internalitzat, que considera la relació del jo amb l'entorn, i el comportament externalitzat, que és un posicionament del jo amb manifestacions internes. El sentiment d'inseguretat fa que els fills percebin el món com a lloc insegur, amenaçador i hostil, amb les conseqüents manifestacions somàtiques.

Una forma de manifestació del desajust psicològic en el menor és la "síndrome del nen reemplaçat". Aquesta afectació es manifesta arran d'una pèrdua dolorosa o d'un esdeveniment traumàtic per pèrdua, amb el greuge afegit d'intentar reemplaçar el fill que viu i reclama afecte. D'aquí la importància de facilitar l'elaboració del dol, que és tan important com donar pautes per a la reidentificació de l'ésser viu i demandant d'afecte. I és que "A" és "A", no és "B". En aquests casos és necessari argumentar els sentiments que es van vivenciant: cal sinceritat amb el sentiment que s'experimenta. Un individu no és l'extensió d'un altre. Es desaconsella un nou embaràs substitutori abans que no s'hagi clarificat la identitat del que ja no hi és o de reafirmar que cada individu és diferent.

Les diferents formes de rebuig i el pseudoabandonament

Aquest aspecte fa referència a per què un pare o una mare adopten una conducta aversiva envers el fill; aquesta conducta pot ser induïda per conductes reactives, com pot ser l'expressió d'unes vivències en la història personal que donin lloc a un sentiment de frustració, insatisfacció, por i conflicte.

El mateix qüestionament social dels pares i el nivell de dificultats i frustracions diuen molt sobre la capacitat per afrontar les exigències d'una paternitat. Tot i poder donar satisfaccions personals, aquestes estan envoltades d'una necessitat d'entrega a la vulnerabilitat del nen. Els pares que no assoleixen aquesta etapa desenvolupen un mecanisme de defensa anomenat "formació reactiva", amb el que s'encobreix la causa de la seva angoixa. No oblidem que, de vegades, la sobreprotecció dels fills obeeix a la incapacitat dels pares per a oferir pautes per ajudar a madurar el nen i fa referència a allò que es pot estar amagant (rebuig, secret o negació).

Una altra qüestió és com afrontar obertament el rebuig envers el fill. Aquesta situació exigeix una sinceritat oberta i una disposició a la maduració d'uns aspectes pendents d'activar per part de l'adult.

Un altre aspecte a evitar és la figura del "fill parental". Aquest fill té la càrrega de la sobre maduració, de l'excés de responsabilitat i de la probable responsabilitat de respondre d'unes obligacions assolides prematurament (tenir cura dels germans, donar consells, prendre decisions i, en definitiva, posicionament del nen/noi com a adult). A aquests nois i noies no els correspon ocupar aquest lloc. Si no hi ha ningú, aquest lloc està buit, no

l'han d'ocupar els menors. En aquest cas, ajudar no és assolir el paper d'un altre. La problemàtica afectiva que es tradueix no deixa de ser un factor de risc, atesa la limitació de l'afectivitat del noi o noia en un futur. La primera de les limitacions que es pot trobar està dins la pròpia llar, quan el noi o la noia necessiten l'aprovació contínua per a equilibrar la seva autoestima; d'aquí esdevindrà el sentiment d'apatia, depressió, conductes desafiants i agressives, amb una fefaent inestabilitat emocional. Tot desafiantment pertorbador encobreix un sentiment larvat d'inferioritat.

Síndrome de carència afectiva

Es produeix en aquella situació en la qual els infants viuen manca d'afecte, indiferència, manca de cura, desprotecció i absència de vincle afectiu; aquesta carència es manifesta en els aspectes relacionals i afectius, car el creixement del jove, així com la seva maduració cerebral, depenen del fet que aquesta instància psicofisiològica (com és la transmissió equilibrada d'emoció afectiva) sigui correcta. El seu abandonament comporta 6 símptomes carencials: dèficit en el control dels impulsos, desconfiança generalitzada, dèficit en el desenvolupament del llenguatge, dèficit d'atenció, trastorn per ansietat i dèficit en l'expressió i modulació de les emocions, amb dependència emocional.

Una forma de manifestació dels símptomes carencials és la forma d'"equivalent depressiu", explicable a partir d'una depressió larvada o emmascarada en la qual es posen de manifest diferents queixes somàtiques com a forma de presentació de la depressió en si mateixa. En aquestes síndromes depressives prèvies a l'edat adulta predominen l'humor disfòric, la irritabilitat i l'aïllament social. Les dades que orientaran el diagnòstic són el curs clínic del símptoma, la conducta del pacient, els trastorns cognitius, els símptomes somàtics (neurològics, gastrointestinals, cardiorespiratoris, genitourinaris i dermatològics) i generals (abatiment, cansament), o bé encobriments conductuals com ara autolesions, fracàs escolar, delinqüència, joc patològic, cleptomania, SPA, bulímia, anorèxia, fòbia, hipocondria o pseudodemència (per erosió dels estats anímics). Segons el perfil simptomàtic, el tractament és el corresponent a la depressió.

Instruments i tècniques de mesura

Per a l'evolució del greuge ocasionat per la no desitjabilitat s'utilitzen una sèrie de qüestionaris que ajuden a definir la qualitat de la relació pares/fills i, en algunes ocasions, a determinar si hi ha alguna psicopatologia greu ocasionada pel rebuig, com en el cas de les fòbies i de les depressions. Però sempre és necessari fer una avaluació acurada de l'arrel del problema.

En aquests qüestionaris es mesura el grau d'acceptació/rebuig, la calidesa afectiva, el ressentiment, el binomi ira/hostilitat, la dependència emocional, l'autoestima negativa, la manca d'autoeficàcia i autocompetència i la irresponsabilitat com a incapacitat d'expressar emocions de manera lliure, així com el binomi hiperactivitat/agressivitat i ansietat/depressió.

Amb aquests instruments es determina la qualitat de la relació i la interacció paternofilial, ja que s'ha d'atendre un aspecte important, el rebuig. El rebuig és conseqüència de la conducta del fill? O, la conducta del fill és conseqüència del rebuig? Aquí es posa en qüestió tant la conducta dels fills com la conducta dels pares en aquells aspectes que fan referència a la interacció.

En el moment de sentir-se rebutjat, el menor no pot optar per una defensa racional del seu posicionament, atesa la seva immaduresa; per això és previsible alguna conducta reactiva com autodefensa, com ara, per exemple, les reaccions d'indiferència al contacte, la inhabilitat,

les estereotípies, els tics nerviosos, o la pertorbació de l'alimentació, de la gana o del ritme del son.

En aquest sentit hem d'insistir que el maternatge inadequat és inductor d'equivalents depressius i altres formes de depressió encoberta, que es manifesten amb simptomatologia específica.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Bowlby J. La pérdida afectiva. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica; 1980.
2. Gracia E, Lila M, Gonzalo M. Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*. 2005;28(2):73-81.
3. Moore TW. Introducción a la teoría de la educación. Madrid: Ed. Alianza Universidad; 1974.
4. Rodríguez Sacristán J. Psicopatología infantil básica. Madrid: Ed. Pirámide; 2009.
5. Winnicott DW. Los bebés y sus madres. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1990.
6. Winnicott DW. Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1990.
7. Winnicott DW. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Ed. Paidós Ibérica; 1965.

La compra pública d'innovació com instrument facilitador per a l'adopció de les innovacions basades en valor al sector salut

Rossana Alessandrello, Ramon Maspons

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Barcelona.

Generació d'innovació al sector salut i la seva adopció

Parlem d'innovació quan una necessitat identificada pels professionals, pels usuaris o pel mateix sistema de salut crea una demanda de transformació dels serveis sanitaris adequada per a un particular context mèdic, pràctic o social i posa en marxa els recursos necessaris, o bé per desenvolupar noves tecnologies, nous productes i serveis, nous models organitzatius i processos, noves competències dels professionals i dels pacients, o bé per millorar el que ja existeix.

La innovació en l'àmbit de la salut neix sovint d'una manera diferent en comparació amb els altres sectors, a causa dels factors emocionals associats al concepte de malaltia i al compromís dels professionals sanitaris de prevenir i atenuar el patiment dels seus pacients i d'oferir-los possiblement la cura. És una innovació que va de baix a dalt.

Si ens atenim a les innovacions que impliquen el desenvolupament de noves tecnologies, nous productes, nous serveis o les seves millores i a les definicions de la Comissió de la Salut Pública, de la Innovació i dels Drets de Propietat Intel·lectual de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el cicle de la innovació és un procés de tres grans fases que s'alimenten entre elles i que, totes plegades, s'anomenen les 3D: el descobriment (*discovery*, la identificació de les necessitats o la investigació bàsica), el desenvolupament (*development*, el desenvolupament de noves tecnologies, la millora de les tecnologies existents o el desenvolupament preclínic i clínic) i el desplegament (*delivery*, posar les tecnologies a l'abast dels pacients i dels serveis sanitaris).

Però, malauradament, en el cas de la salut, sovint ens trobem que, malgrat els esforços invertits a les fases de descobriment i de desenvolupament, les innovacions desenvolupades no es poden lliurar ni desplegar i, conseqüentment, no es poden adoptar.

Una de les majors barreres en l'adopció de les innovacions està relacionada amb els resultats de les anàlisis del cost-benefici de les intervencions: actualment s'està debatent sobre la sostenibilitat de pràcticament tots els sistemes de salut europeus i, si el cost-efectivitat no queda demostrat, les intervencions seran descartades pels sistemes. Un exemple clàssic en aquest sentit és el *Whole System Demonstrator* (WSD), que es va portar a terme a Anglaterra en el període entre 2008 i 2010 per validar el cost-efectivitat dels serveis de telesalut. Concretament, el WSD va demostrar una millora en la qualitat de vida dels pacients, però no va poder demostrar l'efectivitat de la intervenció a causa dels majors costos incorreguts a l'hora de proveir els serveis com, per exemple, la formació de professionals, els canvis organitzatius, els nous costos de suport tecnològic i llicències, etc.

Altres barreres també rellevants són:

- Els esquemes de reemborsament, que varien de manera significativa entre els estats membres i limiten l'abast per al desenvolupament i el desplegament de les innovacions a nivell nacional i, també, a escala europea.

- Una manca d'estàndards, que impedeix la interoperabilitat de productes i serveis nous.

- La insuficiència de les interaccions entre la demanda (proveïdors sanitaris, pacients, cuidadors) i l'oferta (recerca, indústria i empreses innovadores), que provoca que els nous desenvolupaments no sempre coincideixin amb les necessitats reals dels usuaris finals.

Tot això pot produir una bretxa entre l'eficàcia de la intervenció en entorns de laboratori i l'efectivitat en la pràctica clínica, bretxa que finalment impedeix integrar la innovació en l'ús mèdic.

A la vegada, és interessant ressaltar dos elements facilitadors per a l'adopció de les innovacions:

- La taxa d'innovació és sensible als canvis en el finançament de la prestació de l'atenció sanitària, el nivell de reemborsament que les noves intervencions podran obtenir inclòs.

Correspondència: Rossana Alessandrello i Ramon Maspons

Àrea Innovació

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

c/ Roc Boronat, 81-95, segona planta

08005 Barcelona

Tel. 935 513 900

Adreces electròniques: ralessandrello@gencat.cat; ramon.maspons@gencat.cat

Pàgina web: <http://aquas.gencat.cat>

– La constitució d'aliances i xarxes interprofessionals i la col·laboració de professionals de diferents centres proveïdors de serveis de salut poden facilitar l'adopció d'una innovació sempre i quan sigui considerada com element diferenciador i d'excel·lència per a la pràctica clínica.

La compra pública d'innovació basada en valor

El punt de partida de qualsevol innovació podria ser la identificació d'una necessitat no satisfeta, com ara algun aspecte de la provisió dels serveis assistencials que no funciona adequadament o que és millorable per als pacients i per als professionals, o que si no es canvia no és possible complir amb els objectius del Pla de salut o amb l'adequació a nous requeriments legals o reguladors.

Quan una necessitat no satisfeta és identificada, els proveïdors de salut han de poder tenir al seu abast instruments adequats per a gestionar tot el cicle de la innovació, des de la seva definició fins a la seva adopció en el propi sistema.

Aquests instruments han de posar-se en marxa quan els proveïdors i els professionals sanitaris tenen clar quina necessitat no satisfeta han identificat, com traduir-la en especificacions, per què és rellevant per a ells i quin impacte té en els esquemes de reemborsament, amb quins recursos (humans, econòmics, etc.) compten al llarg del cicle d'innovació i fins a la finalització del cicle de vida del nou servei/producte, i quins avantatges s'esperen (o sigui, anàlisi del cost-benefici), per què cap solució o cap servei ja disponible al mercat satisfà completament la necessitat identificada (o sigui, anàlisi de l'estat de la qüestió i del mercat).

A més a més, aquests instruments han de ser els responsables de formalitzar la relació entre, d'una banda, els proveïdors i els professionals sanitaris i, de l'altra, els proveïdors dels serveis i de les tecnologies, definir clarament el rol de cadascú i garantir en tot moment que els interessos de les parts siguin adequadament protegits (o sigui, marc de treball definit entre la demanda i l'oferta de tal manera que es dona suport a què els nous desenvolupaments s'alineïn amb les necessitats reals dels usuaris finals).

La qüestió és que aquests instruments ja existeixen; consisteixen en les compres públiques d'innovacions (Figura 1).

Hi ha diferents modalitats de compres públiques d'innovacions, totes elles definides i regulades a la Directiva 2014/24/UE de Contractació Pública i a la nova Llei 9/2017 de contractes del sector públic (LCSP), a punt d'entrar en vigor:

– Compra pública precomercial (CPP): compra pública de serveis de recerca i desenvolupament; va des del disseny de la innovació fins a les proves de concepte dels prototipus.

– Compra pública de tecnologia innovadora (CPTI): compra pública de la producció en escala dels resultats d'una activitat prèvia de recerca i desenvolupament.

– Associació per a la innovació: compra pública de serveis de recerca i desenvolupament; va des del disseny de la innovació fins a la producció en escala dels resultats de l'activitat prèvia de recerca i desenvolupament.

– Inclusió d'elements innovadors en els procediments de compra, diàlegs competitius, concursos de disseny, etc.

D'altra banda, no totes les modalitats es podran aplicar en qualsevol moment; les més adequades dependran

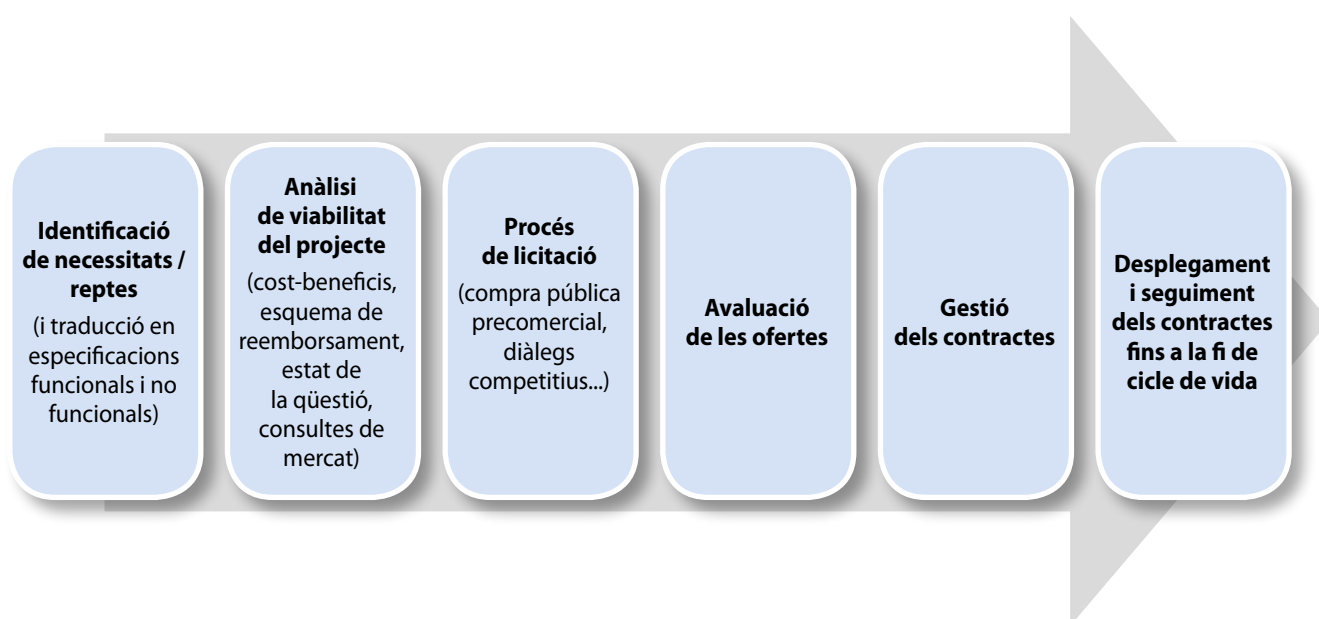


FIGURA 1. Model de compra pública d'innovació

del grau d'innovació necessari per satisfer les necessitats del comprador i la seva capacitat en assumir riscos econòmics (Figura 2).

No fer res té també riscos econòmics associats que s'hauran de comparar amb els derivats d'una compra pública d'innovació abans de prendre qualsevol decisió.

Cal posar èmfasi en el fet que la compra pública d'innovació és un instrument que estimula els compradors a comprar de forma intel·ligent i a analitzar les seves necessitats reals abans de comprar. A la vegada, el fet d'estimular l'anàlisi de les necessitats i de la viabilitat abans de crear qualsevol vincle amb la indústria també és com si s'executés un projecte de recerca i desenvolupament en diferit: la indústria comença a dur a terme les seves activitats de recerca i desenvolupament solament quan l'administració pública, els proveïdors i els professionals de salut tenen clar què volen i per què, i perquè serà sostenible el desplegament dels fruits de la recerca.

Tal com s'indica en l'Acord del Govern pel qual s'aprova el Pla nacional de compra pública d'innovació de Catalunya i es crea la Comissió de seguiment i impuls del Pla: "La compra pública de productes i serveis innovadors, així com la contractació de serveis de recerca i desenvolupament és primordial per millorar la qualitat i l'eficiència dels serveis públics, especialment en un context de restriccions pressupostàries. El programa Horitzó 2020 de la

Unió Europea ha desenvolupat instruments per impulsar la compra pública d'innovació i la seva implantació arreu d'Europa".

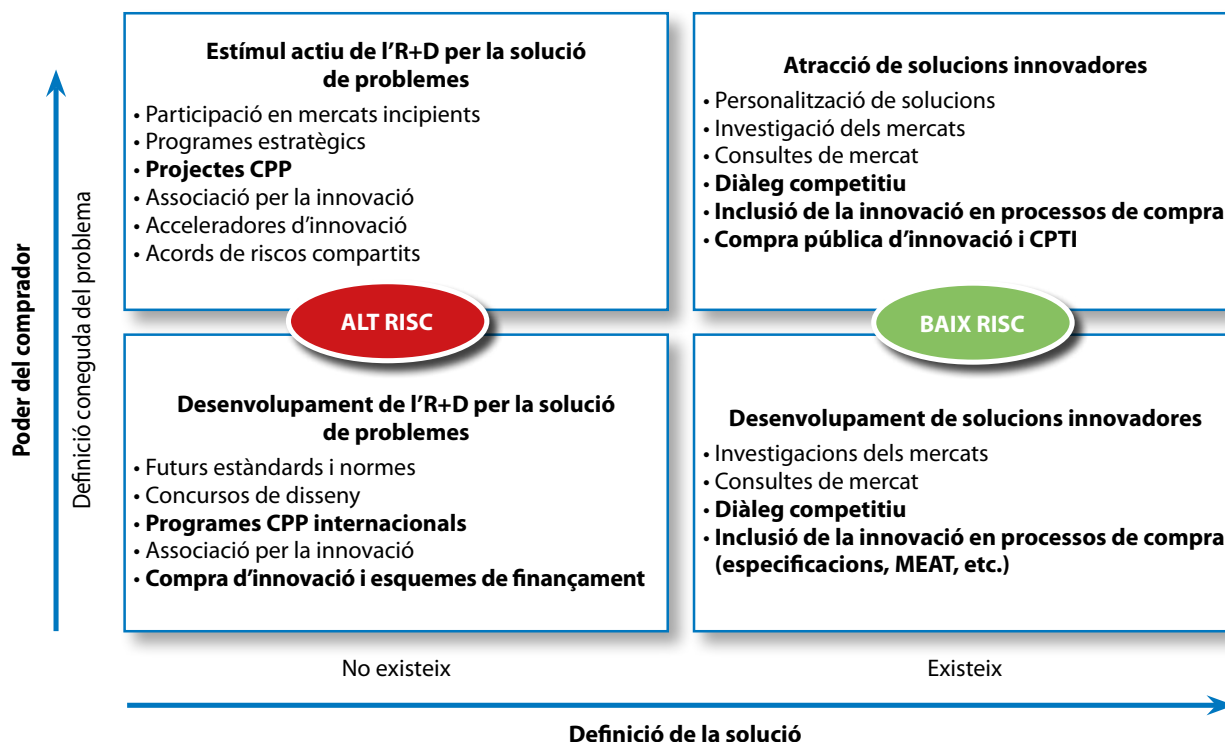
El pressupost del programa Horitzó 2020 de la Unió Europea (UE) en el 2018-2019, que dona suport a iniciatives de CPP i CPTI, és de 124 milions d'euros. Gràcies a aquest tipus de finançament, des de 2012, 24 projectes de CPP i 15 projectes de CPTI, o bé van estar, o bé estan cofinançats per la UE.

Una iniciativa similar ha estat la convocatòria pública de subvencions, en règim de concurrència competitiva, oberta pel CatSalut el 2017, destinada al cofinançament de projectes de compra d'innovació amb els recursos procedents del programa operatiu dels Fons FEDER Catalunya 2014-2020.

Aquest cofinançament pretén estimular tant l'adopció d'aquests instruments de compra com donar suport a la creació d'aliances i xarxes de col·laboració entre els professionals i els proveïdors sanitaris que actuen com a compradors de les innovacions imprescindibles per satisfer les seves necessitats comunes actualment no satisfetes.

Reptes de futur i conclusions

Tot i el treball fet fins ara, encara estem als inicis de l'adopció de la compra pública d'innovació per facilitar el desplegament de les innovacions basades en valor.



R+D: recerca i desenvolupament, CPP: compra pública precomercial, CPTI: compra pública de tecnologia innovadora; MEAT: l'oferta econòmica més avantatjosa (sigla de l'anglès *Most economically advantageous tender*).

FIGURA 2. Modalitats de compra pública d'innovació i capacitat del comprador d'assumir riscos (adaptat de van Putten, 2012)

Encara estem aprenent de l'experiència local i europea. Aquest aprenentatge ens està ajudant a verificar si el marc en el qual ens movem és exportable a totes les realitats del Departament de Salut, és escalable a tot el territori, és adaptable segons el tipus d'innovació, és atractiu per al mercat i, finalment, es demostra que funciona.

En paral·lel, cal treballar per garantir que el finançament de la prestació de l'atenció sanitària i el nivell de reemborsament s'adapti a l'adopció i al desplegament de les innovacions basades en valor i arribi a ser la darrera palanca de canvi perquè la compra pública de les innovacions basades en valor sigui realitat.

Agraïments: aquesta publicació sorgeix dels projectes: DECIPHER, que ha rebut fons de la Unió Europea, en el marc del programa marc FP7 288028 (2012-2017); INSPIRE, que ha rebut fons de la Unió Europea, en el marc del programa marc FP7 611714 (2013-2015), i STOP&GO, que està rebent fons de la Unió Europea, en el marc del programa marc FP7 621013 (2014-2018).

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Barriers to innovation in the field of medical devices. Background Paper 6 of the Priority Medical Devices project. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2010. Consultable a: <http://www.who.int/iris/handle/10665/70457>. Accés: març de 2018
2. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):759-69. Consultable a: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.27.3.759>. Accés: març de 2018.
3. Commission staff working paper. Guidance paper for the steering group of the pilot European innovation partnership on active and healthy ageing. Brussels (Belgium): European Commission; 2011. Consultable a: https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/commission-staff-working-paper-guidance-paper-steering-group-pilot-european-innovation_en. Accés: març de 2018.
4. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: eHealth Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century. Brussels (Belgium): European Commission; 2012. Consultable a: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/com_2012_736_en.pdf. Accés: març de 2018.
5. DG-CONNECT: Digital single market – Innovation procurement. Brussels (Belgium): European Commission; 2017. Consultable a: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/innovation-procurement>. Accés: març de 2018.
6. Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH) Report on Disruptive Innovation, 29 February 2016. Brussels (Belgium): European Union; 2016. Consultable a: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/012_disruptive_innovation_en.pdf. Accés: març de 2018.
7. Fitzgerald L, Ferlie E, Wood M, Hawkins C. Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations*. 2002;55(12):1429-49. Consultable a: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/001872602128782213>. Accés: març de 2018.
8. Gelijns A, Rosenberg N. The dynamics of technological change in medicine. *Health Aff (Millwood)*. 1994;13(3):28-46. Consultable a: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.13.3.28>. Accés: març de 2018.
9. Henderson C, Knapp M, Fernández JL, Beecham J, Hirani SP, Beynon M, et al. Cost-effectiveness of telecare for people with social care needs: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age Ageing*. 2014;43(6):794-800. Consultable a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24950690>. Accés: març de 2018.
10. Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability. Volume I. Luxembourg (Luxembourg): Directorate-General for Economic and Financial Affairs. European Commission. Publications Office of the European Union; 2016. Consultable a: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d6042a45-b535-11e6-9e3c-01aa75ed71a1/language-en>. Accés: març de 2018.
11. Secretaria del Govern de la Generalitat de Catalunya. Acord del Govern pel qual s'aprova el Pla nacional de compra pública d'innovació de Catalunya i es crea la Comissió de seguiment i impuls del Pla, aprovat a Barcelona el 16 de juny del 2016. Consultable a: http://economia.gencat.cat/web/.content/70_contractacio_jcca/documents/CPI/Acord-el-Pla-nacional-de-compra-publica-dinnovacio-de-Catalunya-i-es-crea-la-Comissio-de-seguiment-i-impuls-del-Pla.pdf. Accés: març de 2018.
12. The Commission on Intellectual Property Rights. Public health innovation and intellectual property rights. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2006. Consultable a: <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/ENPublicHealthReport.pdf?ua=1>. Accés: març de 2018.
13. Ulwick AW. Whitepaper: What is Outcome-Driven Innovation® (ODI)? Strategyn, Inc; 2013. Consultable a: <https://strategyn.com/white-papers/what-is-outcome-driven-innovation/>. Accés: març de 2018.
14. Van Putten M. Leading public innovation procurement. 5th International Public Procurement Conference, Seattle, WA (US); 2012. Consultable a: <http://www.ippa.org/IPPC5/Proceedings/Part8/PAPER8-8.pdf>. Accés: març de 2018.

Trenta-vuit anys de recerca en factors nutricionals i ambientals associats al càncer

Carlos A. González Svatetz

Unitat de Nutrició i Càncer. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducció

Quan el director d'*Annals de Medicina* em va convidar a participar en aquesta secció, d'entrada em vaig sentir aclaparat. En la meua extensa vida professional he redactat centenars d'articles i capítols de llibres presentant i comentant els resultats dels meus treballs, però mai se m'havia plantejat el desafiament d'haver d'escriure sobre la meua trajectòria. He reflexionat sobre què hauria de dir i sobre quina utilitat podria tenir el meu text. He arribat a la conclusió que podria representar un exemple de com un professional, venint de l'estranger, ha desenvolupat la seva vida professional a Catalunya.

Fermo part d'una generació que es va haver d'exiliar de l'Argentina durant la dictadura militar, l'any 1976, la gran majoria simplement per haver desitjat i lluitat per una societat més justa, democràtica i lliure. L'exili comporta un trencament amb el que representava la vida, els amics, la família, les vivències de la joventut i de l'entorn, que no es repara mai del tot. Però al costat d'aquestes pèrdues hi pot haver també alguns guanys, si s'és capaç d'aprofitar les oportunitats. A mi, personalment, l'exili em va oferir la possibilitat d'arrelar-me a Barcelona i treballar intensament en la investigació epidemiològica del càncer. En la meua carrera he mantingut sempre el criteri de fer coses que fossin socialment útils, amb una sana ambició de fer aportacions a la ciència i millorar la salut de la població, però assumint que l'èxit no es pot obtenir a qualsevol preu, sinó a través del treball científic rigorós, ètic i a llarg termini.

Inicis

Vaig arribar a l'Hospital de Mataró el 1980, amb la formació adquirida d'un Màster en Salut Pública a la Universitat



FIGURA 1. El Dr. Carlos A. González Svatetz

de Buenos Aires, com a responsable del Servei d'Epidemiologia i Estadística. Els primers dies, el cap d'Urologia em va fer saber l'alta incidència de pacients amb tumors de bufeta urinària. Com que la comarca del Maresme tenia una indústria tèxtil important, en la qual es fan servir colorants, alguns dels quals amb un efecte cancerigen provat, vaig decidir dissenyar i realitzar un estudi epidemiològic de casos i controls (el primer realitzat a Catalunya i a Espanya) per investigar l'efecte de factors ocupacionals i d'estil de vida, com ara el tabac. Els resultats d'aquest estudi, que van demostrar l'augment de risc de càncer de bufeta associat als colorants del tèxtil, com ara la benzidina, l'alfa i beta-naftilamina i el consum de cigarrets, van donar lloc a publicacions en revistes internacionals i van ser la base de la meua tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona el 1982, que va rebre un premi de l'Associació Espanyola contra el Càncer.

Posteriorment, vaig participar en el disseny, realització i coordinació d'un estudi epidemiològic multicèntric de casos i controls (1984-1990), amb 12 hospitals de Barcelona, Cadis, Sant Sebastià i Bilbao, per ampliar la identificació de factors de risc de càncer de bufeta, i un altre estudi de casos i controls multicèntric (1988-1991) amb 15 hospitals de 4 àrees (Catalunya, Aragó, Galícia i Castella) sobre factors de risc del càncer d'estómac.

Correspondència: Carlos A. González Svatetz
Unitat de Nutrició i Càncer
Institut Català d'Oncologia
Av. de la Gran Via de l'Hospitalet, 199-203
08908 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 932 607 780
Adreça electrònica: cagonzalez@iconcologia.net

Aquests dos estudis marquen l'inici d'una fructífera col·laboració amb l'Agència d'Investigació del Càncer (IARC) – Organització Mundial de la Salut (OMS) de Lió, que participa en aquests estudis, i representen les primeres de les nombroses ajudes de finançament obtingudes del FIS. Els resultats han donat lloc a múltiples publicacions internacionals.

Inicis en l'àmbit europeu

La col·laboració amb la IARC, i amb altres investigadors del càncer d'Europa, va permetre que fos designat coordinador a Catalunya d'un estudi de casos i controls multicèntric europeu (1988-1995), en què van participar 10 hospitals de l'àrea de Barcelona, promogut per la IARC, sobre càncer de pulmó en fumadors passius. L'estudi va ser finançat amb una ajuda de la IARC i una del Ministeri de Sanitat i Consum. Els resultats, juntament amb evidències d'altres estudis, van justificar les mesures de prohibició del consum de tabac en llocs públics, que es van establir a gairebé tot Europa.

A més, vaig ser elegit coordinador a Catalunya d'una altra investigació, promoguda per un grup de Torí, mitjançant un estudi de casos i controls multicèntric europeu (1993-1995) sobre exposició ambiental a l'asbest i risc de mesotelioma pleural, centrat en la fàbrica Uralita i altres empreses de productes amb amiant, finançat pel FIS. L'estudi va permetre demostrar el risc de mesotelioma pleural en familiars de treballadors i veïns de les empreses que fabriquen productes amb amiant.

L'European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)

Fruit de tota aquesta relació professional, l'any 1990 vaig ser integrat per la IARC en un grup d'investigadors europeus encarregat de dissenyar el projecte EPIC i vaig ser designat promotor i coordinador d'EPIC a Espanya. L'estudi EPIC es realitza en 10 països europeus, amb l'objectiu d'identificar factors alimentaris, nutricionals, hormonals, ambientals, d'hàbits de vida i genètics, associats al càncer en la població del sud, centre i nord d'Europa. És una cohort de 500.000 individus, amb un banc de mostres de sang per a 400.000 participants, que representa la investigació epidemiològica més àmplia realitzada fins ara al món. Finançat inicialment pel Programa d'Europa contra el Càncer de la Unió Europea (UE), els programes marc de la UE i el FIS. Ha permès no només investigar els factors associats causalment al càncer, sinó també a malalties cardiovasculars (EPIC-Heart), diabetis (EPIC-Interact) i envelliment (EPIC-Elderly). De l'estudi EPIC n'han derivat, fins avui, més de 400 articles, publicats en revistes internacionals, molts dels quals en les de factor d'impacte més alt. De les principals contribucions científiques, entre les moltes realitzades, podem destacar, la confirmació de

l'efecte del consum de fibres en la protecció del càncer de còlon i recte (*Lancet*, 2003), la confirmació del consum de carn vermella i processada en el risc de càncer de còlon i recte (*Journal of the National Cancer Institute*, 2006), la demostració de l'efecte de l'obesitat en la mortalitat general (*New England Journal of Medicine*, 2008), la demostració de l'efecte protector del consum de fruites i verdures en la incidència de càncer a Europa (*Journal of the National Cancer Institute*, 2010), la confirmació de l'efecte protector de la vitamina D en càncer de còlon i recte (*British Medical Journal*, 2010), l'associació de vitamina B sèrica i càncer de pulmó (*JAMA*, 2010) i la demostració del risc atribuïble a l'alcohol en el càncer a Europa (*British Medical Journal*, 2011).

Estudis europeus sobre càncer gàstric

Dins del projecte EPIC es van formar grups de treball per als principals tumors, amb investigadors dels 23 centres europeus participants, i em van designar coordinador dels estudis sobre càncer gàstric i d'esòfag. Aleshores, vaig tenir l'oportunitat d'impulsar com a investigador principal un projecte sobre "Factors nutricionals, ambientals, infecció per *Helicobacter pylori*, susceptibilitat genètica i risc de càncer gàstric en la població europea (EPIC-Euro-Gast)" que va ser aprovat pel 5è Programa Marc de la UE (2000-2005).

Les investigacions realitzades van generar una producció científica considerable, amb aportacions científiques originals, que han permès: identificar l'augment de risc de càncer gàstric associat a les carns processades, a la formació endògena de nitrosamines, el ferro hemínic i el consum elevat d'alcohol, i la reducció del risc pel consum de fruits cítrics i vitamina C; mostrar que la infecció per *Helicobacter pylori* és una causa necessària del càncer gàstric; i mostrar per primera vegada la protecció per l'alta adhesió a la dieta mediterrània.

Xarxa Europea d'Excel·lència (ECNIS)

He participat, a més, com a investigador principal d'ICO-Barcelona, en una xarxa (Network of Excellence-ECNIS) de 21 centres europeus sobre "Nutrició, ambient, susceptibilitat individual i càncer" finançat pel 6è Programa Marc de la UE.

Un llibre, un arbre

Diuen que per transcendir en la vida cal tenir un fill, plantar un arbre i escriure un llibre. He tingut fills i nés catalans, plantat molts arbres a la meua segona pàtria d'adopció (Cadaqués) i he escrit molts llibres i capítols de llibres. Però n'hi ha un que és el meu tresor més preuat, perquè resumeix tota la meua experiència i coneixements adquirits en més de 25 anys estudiant la relació entre la dieta i el càncer: *La nutrición y el cáncer. Lo que la ciencia nos*

enseña de l'Editorial Médica Panamericana (2016). Crec que és una de les contribucions més importants que amb satisfacció puc deixar a la societat.

Gratificacions professionals i preocupacions i decepcions

En una vida professional llarga hi ha moments de gratificacions i reconeixements, i també de preocupacions i decepcions. Entre les primeres podria assenyalar que és un orgull haver estat president de la Societat Catalana de Salut Pública de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (1992-1994). Va ser una satisfacció rebre premis a la trajectòria professional d'excel·lència, com ara el Premi Dr. Joaquim Esperalba, de la filial del Maresme del Col·legi Oficial de Metges i l'Acadèmia de Ciències Mèdiques (1999), el Premi Martí Henneberg de la Fundació Científica Danone (2002) i el del Centre Català de la Nutrició de l'Institut d'Estudis Catalans (2017); haver estat reconegut com a "Visitant Il·lustre" per la Universitat Nacional de Còrdova (2016) i altres nombrosos premis i reconeixements.

La preocupació més gran d'un líder d'un grup de recerca, si ja té garantida una línia de recerca d'excel·lència, és la captació de recursos financers que permetin cobrir el salari de becaris pre i postdoctorals. Assumeixes una responsabilitat, perquè d'això en depèn la continuïtat de l'equip. Amb les enormes retallades de pressupostos per a projectes de recerca i beques que hem patit, particularment en els últims 10 anys però crònicament al nostre país, es converteix de vegades en una tragèdia. Amb aquestes pessimes condicions és molt difícil competir amb països com ara França, Alemanya, el Regne Unit, Suècia o Dinamarca, que reben quantitats molt superiors. Disposem de talent, però no de recursos suficients. No és

estrany que molts hagin d'emigrar per obtenir condicions adequades.

Obtenir una quantiosa ajuda financera, com la que vaig rebre del 5è Programa Marc de la UE amb el projecte Euro-Gast, t'omple d'alegria i satisfacció. La major decepció la vaig patir, malauradament, d'una Agència Catalana (AGAUR), que ens anava atorgant una petita ajuda a grups reconeguts de qualitat i fa pocs anys, tot i que els nostres mèrits no deixaven de créixer, va decidir suprimir-nos el finançament. La decepció no és per la quantitat (gairebé simbòlica), sinó perquè en sol·licitar una explicació sobre els criteris aplicats per avaluar els mèrits, em van contestar que la decisió havia estat arbitrària, ja que l'administració pública no necessita fonamentar ni justificar les seves decisions. Aquestes situacions, que de vegades hem d'enfrontar en la valoració de projectes i de vegades en l'avaluació d'articles sotmesos a publicació en revistes internacionals, ens mostren les arbitrarietats que encara persisteixen en la societat i el món de la investigació, de la qual forma part.

En conclusió, he gaudit enormement del que he fet, perquè he fet el que m'agrada, però ho he viscut com una carrera d'obstacles i sobresalts. Els investigadors representem una professió prestigiada, però desprotegida, segurament com tantes altres en la nostra societat. Per finalitzar, m'agradaria reconèixer, en aquests moments en què des de certs sectors centralistes espanyols es critica Catalunya i els catalans i s'atempta contra els seus centres de recerca, que mai m'he sentit discriminat, i sempre guardaré un profund reconeixement i gratitud als amics i col·legues que he conegut, a les institucions amb les quals he col·laborat i col·laboro, per haver-me donat totes les possibilitats per viure, treballar i permetre desenvolupar-me com a investigador i com a persona.

Eponímia mèdica catalana. La polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer

Josep-Eladi Baños, Elena Guardiola

Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

L'epònim

“Polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer. Associació a dosi fixa, en una sola càpsula dura, de ramipril, atorvastatina i àcid acetilsalicílic per a la prevenció secundària de la cardiopatia isquèmica^{1,2}. També se la coneix com polipíndola CNIC-Ferrer³, polipíndola CNIC-FS-Ferrer⁴ i policomprit cardiovascular⁵. El nom fa referència als participants de la invenció: Valentín Fuster i Carulla, el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III i el Grup Ferrer Internacional. El principal interès de la polipíndola consisteix en què pot millorar l'adherència al tractament mentre manté l'eficàcia preventiva” (veure Nota).

Valentí Fuster i Carulla

Valentí Fuster i Carulla (Figura 1) va néixer a Barcelona l'any 1943 i es llicencià en Medicina a la Universitat de Barcelona el 1967. Després d'un any com intern a l'Hospital Clínic de Barcelona, es traslladà a l'Hospital Royal Infirmary of Edinburgh on es doctorà el 1971. L'any següent entrà com a resident a la Mayo Clinic de Rochester. Va obtenir el títol d'especialista en medicina interna l'any 1976 i el de cardiòleg l'any següent. Fuster ha estat professor de la Mayo Medical School (1974-1982), de la Harvard Medical School (1991-1994) i, ja a Nova York, de la Mount Sinai School of Medicine (1982-1991 i des de 1994). Entre els seus càrrecs clínics destaquen el de Consultant a la Mayo Clinic (1975-1982), cap de la Division of Cardiology al Mount Sinai Medical Center (1982-1991), cap de la Cardiac Unit del Massachusetts General Hospital (1991-1994) i diversos càrrecs de direcció al Mount Sinai Medical Center des de 1994. L'any 2006 va ser nomenat director del Mount Sinai Heart de la mateixa institució novaïorquesa, on també és Physician-in-Chief des de 2011.⁶



FIGURA 1. Valentí Fuster i Carulla

Fuster és editor en cap del *Journal of American College of Cardiology* (des de 2014). Ha rebut múltiples premis de recerca. Entre els més recents destaquen el Research Achievement Award de l'American Heart Association (2012), el Ron Haddock International Impact Award, atorgat per l'American Heart Association i l'American Stroke Association, així com el premi Severo Ochoa de Recerca de la Fundació Ferrer (2015). També ha estat distingit amb altres guardons com el Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica (1996), la Creu de Sant Jordi (2001) de la Generalitat de Catalunya, la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad (2015) del Ministerio de Sanidad o la Gran Cruz Alfonso X el Sabio (2017). Ha estat nomenat Doctor honoris causa en 34 universitats d'arreu del món. És autor, coautor o editor de més de 900 publicacions científiques, entre les que destaquen dos importants llibres, *Hurst's the Heart* (2001) i *Atherothrombosis and Coronary Artery Disease* (1996). Valentí Fuster és, sens dubte, un dels cardiòlegs més rellevants del món actualment (el 2012 l'American Heart Association, en concedir-li el seu guardó, el va considerar “*Living Legend in Cardiovascular Medicine*”).⁶

En els darrers anys ha fet palès el seu compromís amb la divulgació científica amb la publicació de diverses

Correspondència: Josep-Eladi Baños
Departament de Ciències Experimentals i de la Salut
Universitat Pompeu Fabra
Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona
C/ Dr. Aiguader, 88
08003 Barcelona
Tel. 933 160 865
Fax 933 160 901
Adreça electrònica: josepeladi.banos@upf.edu

obres i amb la creació de la Science, Health and Education Foundation, destinada a millorar la salut de la població, especialment de la joventut. L'any 2014 el rei Joan Carles I li va atorgar el marquesat de Fuster.

La seva vinculació amb el present epònim prové de la seva relació amb el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) de Madrid, on fou director científic (2007-2009) i és actualment director general (des de 2009). Com veurem, en aquest centre començà a gestar-se el projecte de la polipíndola.

El Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC)

El CNIC és un centre de recerca, amb seu a Madrid, que va ser creat l'any 1999 pel Ministerio de Sanidad (Figura 2). La seva posada en marxa va tenir lloc tres anys després i, per desenvolupar-lo, es va contactar amb el prestigiós farmacòleg Salvador Moncada, qui havia participat en el descobriment dels eicosanoides i, especialment, del paper de l'òxid nítric com a neurotransmissor. L'any 2001 Moncada va ser nomenat consultor executiu de la Fundació CNIC. Va treballar en el seu disseny en els anys següents fins que diversos enfrontaments amb els responsables del Ministerio de Sanidad van portar al seu acomiadament l'any 2004⁷.

L'any 2009 Valentí Fuster va acceptar-ne la direcció general, després que el Ministerio acceptés una de les seves principals condicions: l'existència d'un finançament estable a partir d'institucions privades. Així el Govern espanyol va signar un acord amb empreses per constituir la Fundación Pro-CNIC, patrons de la qual són Acciona, Banco Santander, BBVA, Endesa, Fundación Mutua Madrileña, Fundación Mapfre, Fundación Ramón Areces, Gas Natural-Fenosa, Grupo PRISA, Inditex, La Caixa,

Fundación Repsol i Telefónica. El compromís d'aquestes empreses va ser aportar 100 milions d'euros en els quinze anys següents, el que suposava el 20% del pressupost del centre, mentre que el Govern espanyol aportava el 60% i la direcció es comprometia a obtenir el 20% restant amb projectes de recerca. El pressupost provinent del govern, però, experimentà serioses retallades durant la crisi econòmica⁸.

El CNIC va començar amb una orientació clara a la recerca translacional. Inicialment hi havia tres departaments, dedicats a biologia vascular i inflamació, desenvolupament i reparació cardiovascular i epidemiologia, aterotrombosi i imatge⁸. A més, hi ha una plataforma dedicada a coordinar els aspectes de propietat intel·lectual i la translació dels coneixements a la pràctica clínica i la salut pública. La filosofia, estructura i característiques del CNIC s'expliquen amb detall a Fuster i Torres⁹ i Fuster i cols.¹⁰.

El grup Ferrer

Ferrer conforma un dels grans grups farmacèutics catalans de l'actualitat (Figura 3). El seu origen es troba en la creació de l'empresa Manuel i Francisco Ferrer, S. L., dos cosins germans, el mes d'abril de 1940. Inicialment, aquesta societat es va dedicar a la comercialització de productes químics, encara que més tard també ho va fer de productes farmacèutics i aigües minerals¹¹. El destí de la companyia començà a canviar amb la incorporació dels cosins Carles Ferrer Salat i Jorge Ferrer Batlle i el canvi de nom, a Laboratorios Ferrer l'any 1953, que va passar a Laboratorios Ferrer Internacional l'any 1975 i Grupo Ferrer Internacional S. A. el 1994.

Carles Ferrer Salat (1931-1998) fou qui contribuï al desenvolupament del laboratori quan va accedir a la direcció el 1959. Fou també un important personatge de la



FIGURA 2. El Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC), a Madrid



FIGURA 3. Seu del Grupo Ferrer Internacional a Barcelona

política espanyola de la seva època gràcies a ser fundador i president de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE) i president del Comité Económico y Social Europeo. Fou el president i accionista majoritari del grup Ferrer fins a la seva mort.

Als anys seixanta del segle passat Ferrer va adquirir Laboratorios del Doctor Robert i Laboratorios Novag. L'expansió internacional del grup començà amb l'adquisició de l'empresa farmacèutica alemanya Trommsdorff GmbH a principis de la dècada de 1970. A finals dels setanta va crear dues companyies productores de matèries primeres, Interquim (farmacèutiques) i Exquim (química fina). L'any 1998 va adquirir Zoster, una important empresa en l'extracció de derivats d'origen vegetal i, poc després, incrementà el seu abast amb Medir Ferrer i Ferrer Alimentación¹².

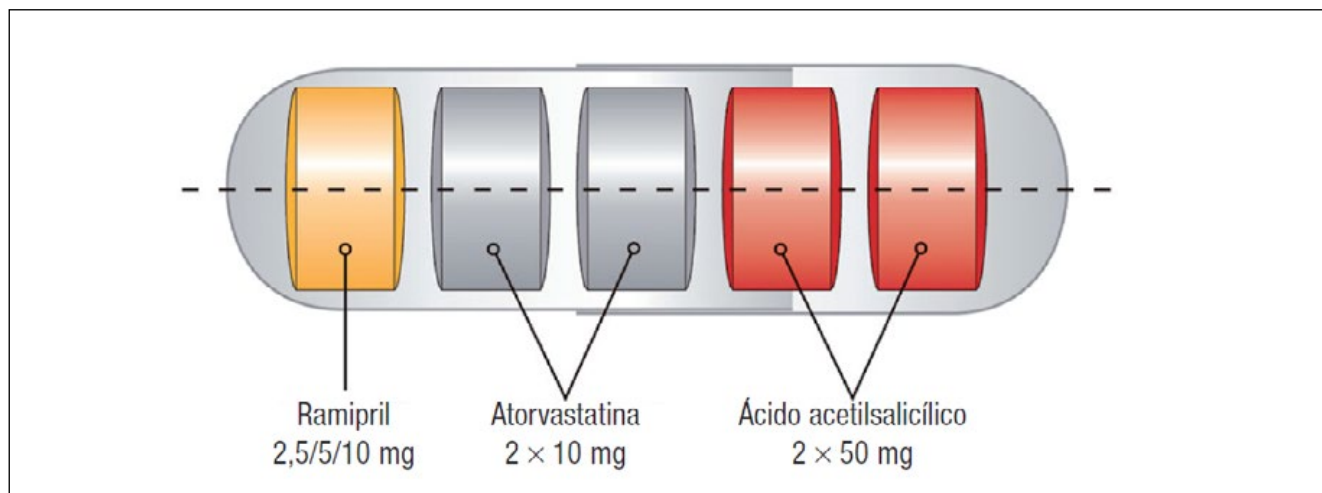
Actualment el grup té diverses filials internacionals, com les de Brasil, Itàlia, Alemanya, Bèlgica i Portugal¹¹, i una àmplia presència internacional en nombrosos països dels cinc continents. En l'actualitat és dirigida per Sergi Ferrer-Salat, fill de Carles Ferrer Salat.

La polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer

Fins un terç dels pacients que pateixen un infart de miocardi poden tenir-ne un altre; això aconsella la realització d'una profilaxi farmacològica secundària per reduir el risc de la seva aparició i la mortalitat potencial. No obstant això, l'adherència al tractament és baixa i pot ser un dels motius de l'aparició d'un nou infart. En aquesta direcció, les estratègies que puguin millorar el compliment terapèutic suposen un dels elements importants per reduir la incidència dels nous episodis cardíacs¹³.

Una de les estratègies dirigides a millorar l'adherència al tractament farmacològic ha estat la utilització d'associacions farmacològiques a dosis fixes en una única forma farmacèutica, l'anomenada polipíndola. Aquest concepte va ser presentat per primera vegada per Wald i Law¹⁴, que mostraren que la utilització d'una polipíndola de sis fàrmacs en individus de més de 55 anys podia reduir la presència de cardiopatia un 80%. Els resultats d'aquest estudi, i d'altres que seguien la mateixa lògica, van ser criticats perquè podien sobreestimar l'eficàcia i mantenir en dosis infraterapèutiques a alguns pacients; a més, els efectes indesitjables d'un dels components de la polipíndola podien portar a deixar el tractament i perdre així l'eficàcia de la resta³. No obstant això, l'estratègia podia tenir utilitat en la prevenció primària i secundària de la cardiopatia isquèmica sempre que es consideressin els avantatges i els inconvenients. En aquesta direcció es va iniciar el projecte de la polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer¹⁵. Una detallada revisió de les raons per les quals es va iniciar el projecte, la selecció dels fàrmacs i la dosificació pot llegir-se a Wiley i Fuster¹⁶, Sanz i col·ls.¹⁷ i Castellano i Fuster¹⁸.

Encara que existeixen diverses polipíndoles, actualment només una ha estat comercialitzada, la polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer¹³ (Figura 4). A hores d'ara ha estat autoritzada en diversos països europeus i d'Amèrica Llatina i es troba sota avaluació per al seu registre en diversos

FIGURA 4. La polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer¹⁷ (reproduïda amb l'autorització d'Elsevier Spain SLU)

països africans i asiàtics. L'any 2015, el grup Ferrer la va comercialitzar a Espanya amb el nom de 'Trinomia'. Les característiques farmacològiques de la polipíndola poden consultar-se a Tamargo i col·ls.² i les dels assaigs clínics en la prevenció secundària de la cardiopatia isquèmica a Castellano i col·ls.⁵ Les fitxes tècniques de les diferents presentacions es poden consultar a la base de dades de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (<https://www.aemps.gob.es/cima/publico/home.html>).

La polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer conté ramipril (2,5 mg, 5 mg o 10 mg), atorvastatina (40 mg) i àcid acetilsalicílic (100 mg), fàrmacs recomanats per a la prevenció secundària de la cardiopatia isquèmica per diverses associacions com l'European Society of Cardiology, l'American Heart Association, l'American College of Cardiology i l'Organització Mundial de la Salut¹². S'administra una vegada al dia i ha mostrat ser bioequivalent als fàrmacs administrats separatament²; també augmenta de forma significativa l'adherència terapèutica comparada amb l'administració dels fàrmacs de forma individual¹⁹. Aquest efecte pot associar-se a una reducció dels esdeveniments cardíacs després d'un episodi d'infart de miocardi²⁰. Els avantatges i desavantatges de la polipíndola es recullen a la Taula 1.

TAULA 1. Avantatges i desavantatges potencials de la polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer (modificat de Castellano i col·ls.⁵)

Avantatges	Desavantatges
• Simplificació en el tractament • Facilitat d'utilització • Millora de l'adherència terapèutica • Bona relació cost-efectivitat • Millor eficàcia terapèutica • Preferència del pacient	• Manca d'elecció dels components i de la dosi • Manca d'atribució dels efectes indesitjables a un fàrmac específic • Abandonament dels hàbits saludables si es considera com un substitut d'aquests • Necessitat de tractaments addicionals en persones amb altres factors de risc

L'interès de la polipíndola Fuster-CNIC-Ferrer és evident. Pot millorar l'adherència al tractament de la prevenció secundària de la cardiopatia isquèmica i el seu preu pot fer possible un ús ampli en països on la utilització dels fàrmacs per separat pot ser econòmicament inviable. Tot i que es disposa de dades sobre la seva eficàcia, encara és aviat per establir de forma definitiva la seva contribució a la terapèutica. Com s'ha comentat recentment⁵, només els resultats de diversos estudis clínics en marxa (The International Polycap Study 3 [TIPS-3], Heart Outcomes Prevention and Evaluation 4 [HOPE 4] i

Secondary Prevention of Cardiovascular Disease in the Elderly Trial [SECURE]) permetran conèixer el seu abast real (<https://clinicaltrials.gov/>).

Nota

En anglès *pill* és un terme genèric que s'empra per referir-se a diverses formes d'administració oral sòlida, com ara píndoles, tablettes o comprimits. En català, píndola, tableta i comprimit tenen un significat farmacèutic precís, el que fa que no es pugui traduir directament *pill* per cap de les tres sense tenir en compte altres aspectes. En català, pastilla té una manca de concreció similar a *pill*. Per altra banda, la forma farmacèutica de comercialització del preparat motiu d'aquest epònim és la càpsula dura; això podria fer pensar en traduir *polypill* com policàpsula, però la veritat és que sona rar. Potser la traducció més literal seria polipastilla, però pensem que encara sona més estrany. En textos en castellà, s'ha triat policomprimit, encara que l'especialitat farmacèutica final ha estat una càpsula. Per tal de conservar el sentit original del terme anglès, entès com el nom en genèric d'un producte farmacèutic que conté diversos components, sense fer referència a la forma farmacèutica, hem optat per fer servir *polipíndola*. Hem vist, per altra banda, que aquest terme s'ha fet servir ja amb certa freqüència en diversos mitjans al nostre país. De fet, i de cara al futur, el terme polipíndola es podria usar per a designar altres especialitats farmacèutiques en forma de comprimit o tableta que continguin més d'un principi actiu, que es correspondrien amb el concepte de *polypill*. També podria traduir-se com *associació a dosi fixa* però el terme polipíndola ens sembla més adequat malgrat la seva inexactitud galènica.

Agraïments. Els autors volen agrair a Elsevier Spain SLU l'autoritació per a la reproducció de la Figura 4.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Castellano JM, Bueno H, Fuster V. The cardiovascular polypill: clinical data and ongoing studies. *Int J Cardiol.* 2015;201(S1):S8-S14.
2. Tamargo J, Castellano JM, Fuster V. The Fuster-CNIC-Ferrer cardiovascular polypill: a polypill for secondary cardiovascular prevention. *Int J Cardiol.* 2015;201(S1):S15-S22.
3. Castellano J, Sanz G, Fuster V. Evolution of the polypill concept and ongoing clinical trials. *Can J Cardiol.* 2014;30:520-6.
4. Castellano JM, Sanz G, Fernández Ortiz A, Garrido E, Bansilal S, Fuster V. A polypill strategy to improve global secondary cardiovascular prevention. From concept to reality. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64:613-21.
5. Castellano JM, Fuster V, Jennings C, Prescott E, Bueno H. Role of the polypill for secondary prevention in ischaemic heart disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24:44-51.
6. https://www.mountsinai.org/static_files/MSMC/Files/Faculty%20Profile%20Pdfs/VFuster%20CV%20Spring%202013.pdf. Accedit el 11 d'abril de 2018.
7. Bosch X. Disputed expenses at heart of Moncada's Spanish spat. *Nature Med.* 2004;10:763.
8. De Benito E. El CNIC se asegura financiación privada hasta 2020. *El País*, 12 de junio de 2012.

9. Fuster V, Torres M. El CNIC: investigación de excelencia basada en la colaboración CNIC: Achieving Research Excellence Through Collaboration. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:511-6.
10. Fuster V, Ibáñez B, Andrés V. The CNIC. A successful vision in cardiovascular research. *Circ Res*. 2016;119:785-9.
11. Martínez L. L'era de la salut. Suplement dominical de l'Avui abril de 2002 – abril de 2003;50:394.
12. Una historia de innovación. Consultable a: <https://www.ferrer.com/es/empresa/historia-y-futuro>. Accés el 4 d'abril de 2018.
13. Fuster V, Gambús F, Patriciello A, Hamrin M, Grobbee DE. The polypill approach – An innovative strategy to improve cardiovascular health in Europe. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2017;18:10.
14. Wald N, Law M. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ*. 2003;326:1429.
15. Sanz G, Fuster V, Guzmán L, Guglietta A, Arnáiz JA, Martínez F, et al. The fixed-dose combination drug for secondary cardiovascular prevention project: improving equitable access and adherence to secondary cardiovascular prevention with a fixed-dose combination drug. Study design and objectives. *Am Heart J*. 2011;162:811-7.el.
16. Wiley B, Fuster V. The concept of the polypill in the prevention of cardiovascular disease. *Ann Global Health*. 2014;80:24-34.
17. Sanz G, Castellano JM, Fuster V. Policomprimido: ¿quimera o realidad? *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:689-92.
18. Castellano JM, Fuster V. Polypill, el policomprimido cardiovascular: del concepto a la realidad en España. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2015;15(supl E):19-24.
19. Castellano J, Sanz G, Peñalvo J, Bansilal S, Fernández-Ortiz A, Álvarez L, et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64:2071-82.
20. Barrios V, Kaskens L, Castellano J, Cosin-Sales J, Ruiz J, Zsolt I, et al. Utilidad de un policomprimido cardiovascular en el tratamiento de pacientes en prevención secundaria en España; un estudio de coste-efectividad. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:42-9.

Joaquim Codina i Vinyes. Algunes dades entorn al seu naixement fa 150 anys

Elena Guardiola, Josep-Eladi Baños

Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

20 de novembre de 1867: ha fet ja 150 anys

“Joaquim Codina i Vinyes nasqué a La Celler de Ter (La Selva) el 19 de novembre de 1868. Era fill de Ramon Codina i Callís, metge que durant quatre anys prestà servei a l'exèrcit carlí, i de Teresa Vinyes i Surroca. Acabà el batxillerat a Girona el 1885 i anà a Barcelona a estudiar medicina, on es llicencià el 27 de juny de 1891”: així començava el nostre article que *Annals de Medicina* va publicar al número 3 de 2017 dins la sèrie d'*Eponímia mèdica catalana*¹. La data de naixement corresponia a la que s'havia publicat en diverses fonts que vàrem consultar per escriure aquell article.

Mentre l'article estava en premsa, el Dr. Bruguera ens va demanar la nostra col·laboració per escriure la biografia del Dr. Codina per a la *Galeria de Metges Catalans* (<http://www.galeriametges.cat>). Vàrem seguir buscant informació per tal d'aportar tot allò que pogués ser interessant per aquell nou manuscrit; entre la informació trobada llavors ens va alegrar saber que a l'Ajuntament de La Celler de Ter s'havia fet —i aprovat— la proposta de declarar l'any 2018 com a “Any Dr. Codina i Vinyes”². Va presentar la proposta el regidor Sr. F. Xavier Boigues “... qui explica que l'any 2018 concretament el 20/11/2018 es celebren 150 anys del naixement del Dr. Joaquim Codina Vinyes...”; en aquell ple es va adoptar l'acord: “Declarar l'any 2018 com a Any Dr. Codina i Vinyes, per commemorar el 150è aniversari...”². Ens ballava llavors un dia la data del naixement (havia nascut el 19 o el 20 de novembre?); cap dubte, però, amb l'any. I vam començar així la biografia: “Joaquim Codina i Vinyes [La Celler de Ter, 1868-1934]”.

Pocs dies després de publicar l'article als *Annals*, un dels seus besnét (metge també) es va posar en contacte amb nosaltres. Ens comentava també la celebració que el 2018 tindria lloc a La Celler pel 150è aniversari del naixement del seu besavi. Tot quadrava.

En varies ocasions, poc abans del nostre primer manuscrit, vam consultar el bloc que, des de juliol de 2017, un dels néts de Joaquim Codina (Joan Codina i Giol) li ha dedicat amb motiu d'aquest 150è aniversari, en què inclou informació de primera mà, de la pròpia família, molta de la qual inèdita³. Doncs bé, en l'entrada del 21 de novembre passat deia el següent: “El 20/11/17 escriu en Xavier Boigues i Codina, besnét de Joaquim Codina i Vinyes: Arran de les publicacions que es van fer a l'any 1984, pel cinquantenari de la seva mort, sempre hem pensat que havia nascut el 20 de novembre del 1868. Però resulta que segons el registre parroquial va néixer un any abans, us adjunto còpia del Registre parroquial. Per tant és avui que fa 150 anys del seu naixement”³. Aquest text s'acompanyava d'una reproducció del document parroquial que n'és la prova (Figura 1). Aquest document diu: “En el día veintiuno Noviembre ano de mil ochocientos sesentisiete, en la Pila bautismal de la Yglesia parroquial de Santa María de Sales de la Sella de Anglés Provincia y Obispado de Gerona, yo, el suscrito bautizé *conditionate* por haber sido bautizado ya y no haber certidumbre del bautismo, á Joaquín, José, Luís nacido del día anterior, hijo legítimo y natural de los consortes Dn. Ramon Codina Medico de esta y natural de San Privat de Bas y Doña Teresa Viñas natural de esta...”. El signa “Pedro Puig Pbro. Cura-párro-

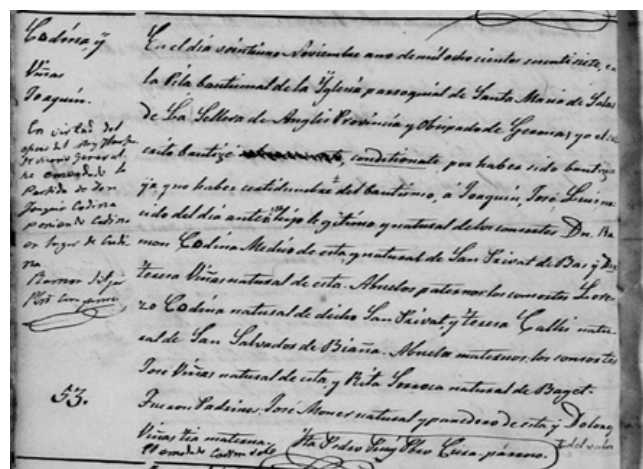


FIGURA 1. Document del Registre Parroquial de La Celler de Ter, on consta el bateig de Joaquim Codina, el 21 de novembre de 1867, l'endemà del seu naixement

Correspondència: Dra. Elena Guardiola
Barcelona
Tel. 934 956 724
Fax 934 956 875
Adreça electrònica: elena.guardiola@bayer.com

co". Joaquim Codina i Vinyes havia nascut, per tant, el 20 de novembre de 1867.

Pocs dies després, quan es publicava la biografia del Dr. Codina a la *Galeria de Metges Catalans*, la data de naixement ja estava modificada (gràcies a l'acurada feina de la Mercè Viger)⁴.

Volíem saber-ne més i ens vam posar en contacte amb el Sr. Joan Codina. Ell ens ho va explicar amb detall. El document parroquial l'havia obtingut un germà seu, de l'arxiu diocesà de Girona. Per altra banda, disposava també de dues còpies de certificació del baptisme, amb les mateixes dades, que es conserven a l'Arxiu Històric de la Universitat de Barcelona, i que probablement va haver de presentar en Joaquim Codina per a matricular-se al primer curs de Medicina l'any 1886 i per als tràmits en acabar la llicenciatura el 1891 (Figura 2). A més, en la matrícula de l'any 1886-1887 de Joaquim Codina a les assignatures *Mineralogia* i *Botànica* i *Zoologia* es diu que amb data 29 de setembre de 1886 té 19 anys (per tant, havia nascut el 1867) (Figura 3).

D'on provenia l'error en la data de naixement? Ens explicà també Joan Codina que recentment havien trobat a l'Institut Botànic de Barcelona una carta autògrafa del seu pare (fill de Joaquim Codina), en Ramon Codina i Puig, adreçada al Dr. Font i Quer, en resposta a una carta de condol per la mort del seu pare, que Font i Quer havia enviat a la seva mare, en la que deia, entre altres coses, que havia nascut el 1868. Estava en un error el seu pare? En el moment d'escriure la carta es va equivocar d'any? És probablement per això que en la necrològica que va escriure el Dr. Font i Quer apareix l'any 1868, i a partir d'aquí s'ha mantingut l'error (deia Font i Quer a la necrològica publicada a *Cavanillesia Rerum Botanicarum Acta*: "Había nacido en La Celler, el 19 de noviembre de 1868...")⁵.

Davant aquestes dades fins fa ben poc inèdites sobre Joaquim Codina i Vinyes, creiem que el nostre article¹ hauria d'haver començat dient: "Joaquim Codina i Vinyes nasqué a La Celler de Ter (La Selva) el 20 de novembre de 1867. Era fill de Ramon Codina i Callís..."

La història es repeteix? A propòsit de la data de naixement del Dr. Jaume Ferran

Fa ja 17 anys, en aquesta revista començàvem un article de la mateixa manera que comencem aquest⁶. El dedicàvem, però, a un altre metge, també protagonista de l'*Eponímia*, també fill de metge, però ben diferent al Dr. Codina, el Dr. Ferran.

Dèiem llavors: "1 de febrer de 1851: ara fa 150 anys. 'Jaume Ferran i Clua nasqué el 2 de febrer de 1852'..." Uns mesos abans havíem publicat un article sobre el vací de Ferran⁷. Poc després que es publicués, un nét seu, de nom també Jaume Ferran, es va posar en contacte amb nosaltres. Tot i que a totes les biografies del seu avi



FIGURA 2. Retrat del Dr. Joaquim Codina a l'orla de la Facultat de Medicina (1891)

 A scanned document from the University of Barcelona, Faculty of Sciences, dated September 29, 1886. It is a registration form for Joaquim Codina y Vinyes. The form includes fields for the student's name, birthplace (La Celler de Ter, Gerona), age (19), and the subjects he is enrolling in (Mineralogia y Botànica, Zoologia). The document is signed by the student and the faculty.

UNIVERSIDAD DE BARCELONA.	
FACULTAD DE CIENCIAS	
FÍSICO-MATEMÁTICAS, FÍSICO-QUÍMICAS Y NATURALES.	
CURSO DE 1886 Á 1887.	
Número de orden 931	
D. Joaquim Codina y Vinyes	
natural de La Celler de Ter	provincia de Gerona
de 19 años de edad,	alumno de la facultad de Medicina
Solicita matricularse en las asignaturas abajo expresadas, mediante el pago de los derechos respectivos que acompaña adjuntos, con sujeción a lo que determinan las disposiciones vigentes.	
ASIGNATURAS EN QUE SOLICITA MATRICULARSE.	NÚMERO de cada asignatura.
Mineralogia y Botànica	115
Zoologia	116
Barcelona 29 de Setiembre de 1886.	
Firma del interesado o de la persona que le representa.	
Joaquim Codina y Vinyes	
NOTA. El nombre del alumno deberá llevar los dos apellidos paterno y materno, escritos con toda claridad.	
Vivo calle de Bragades	núm 8
Pagó derechos por derechos de inscripción de Dr. Asignaturas.	
En Celler de Ter	

FIGURA 3. Matrícula de Joaquim Codina, alumne de la Facultat de Medicina, amb data 29 de setembre de 1886, on consta que té 19 anys

deien que havia nascut el 2 de febrer de 1852, ell tenia documents segons els quals havia nascut un any i un dia abans: l'1 de febrer de 1851. Ens vam reunir amb ell i ens els va proporcionar. Els documents eren una fe de baptisme en què constava que va ser batejat el mateix dia en què va néixer (1 de febrer de 1851) i diversos documents escolars de l'institut de Tarragona on havia estudiat en els quals constava l'edat en el moment de començar el curs (no la data de naixement) i se'n podia deduir l'any de naixement.

Es complien llavors 150 anys del seu naixement, tal com ara es compleixen els 150 anys del naixement del Dr. Joaquim Codina.

Uns mesos després de la publicació del nostre article, en el qual quedava clar que Jaume Ferran havia nascut el 1851, vam rebre una altra trucada. Es volia preparar un acte commemoratiu pel 150è aniversari del seu naixement; l'organitzador havia llegit el nostre article i es volia assegurar de la data, perquè es temia que feien tard...

Afortunadament, en el cas del Dr. Codina, el 150è aniversari s'ha estat a temps de celebrar³.

Casualitats, curioses casualitats!

Agraïments. Els autors volen agrair al Dr. Oriol Codina i Guinó i al Sr. Joan Codina i Giol la informació i la documentació que els han facilitat, així com la seva autorització per a la reproducció de les imatges que s'inclouen en aquest article. També volen agrair a Mercè Viger, de la *Galeria de Metges Catalans*, el seu ajut.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. 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;100:133-40.
2. Ajuntament de La Cellera de Ter. Proposta per declarar l'any 2018 com a "Any Dr. Codina i Vinyes". Acta del Ple. 28 de març de 2017. Consultable a: http://www.lacelleradeter.cat/media/sites/37/02_28032017_digilenciada.pdf. Accés el 17 de desembre de 2017.
3. Codina i Giol J. Bloc: Joaquim Codina i Vinyes 1867-2017. <http://jcodinav.blogspot.de/>. Accés el 17 de desembre de 2017.
4. Guardiola E, Baños JE. Joaquim Codina i Vinyes. *Galeria de Metges Catalans*. 2017. <http://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=MKM>. Accés el 17 de desembre de 2017.
5. Font i Quer P. Joaquim Codina i Vinyes. *Cavanillesia Rerum Botanicarum Acta*. 1933-1934;6:181-3.
6. Guardiola E, Baños JE. Jaume Ferran: es compleixen 150 anys del seu naixement. *Annals de Medicina*. 2001;84(1):54-6.
7. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana: el vaccí de Ferran. *Annals de Medicina*. 1999;82(6):361-3.

Una població envellida: una càrrega o una benedicció?

Alan Williams¹

Traducció de Gaietà Permanyer Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: An aging population -burden or blessing? Value in Health. 2005;8:447-50. Conferència a la tercera sessió plenària ("Societats que envelleixen: reptes per a la recerca de resultats, recerca en qualitat de vida i economia de la salut") del setè congrés anual de la ISPOR, a Hamburg, Alemanya, el 24 d'octubre del 2004.

Per tal d'analitzar aquesta important qüestió hem d'atendre les següents preguntes:

- Ens podem permetre tanta gent gran?
- Quant més cars són els vells que els joves?
- És més sana la gent gran que el que ho era abans?
- De quina manera es redueix la qualitat de vida amb l'edat?

- Què hi ha de la qualitat de vida dels cuidadors?
- Hi ha altres càrregues afegides a més de les sanitàries?
- Com s'han de resoldre aquestes tensions?
- Què hi ha de l'equitat intergeneracional?

Ja podeu comprendre que en aquesta breu revisió m'és impossible fer justícia a totes aquestes importants preguntes i, per tant, demano la vostra indulgència si les tracto de manera força resumida. Senzillament, pretenc establir els que em semblen els punts clau, tocant-les de manera correlativa.

Ens podem permetre tanta gent gran?

Aquesta primera pregunta queda, em sembla, completament contestada en la Figura 1. El que hi podeu veure és que els països amb una alta proporció de la seva població major de 60 anys també tenen un producte nacional brut (PNB) elevat. Els països amb un PNB *per capita* baix, amb dues excepcions, tenen tots una proporció ben petita de la seva població que visqui per damunt de 60 anys. Sembla que tenir una població envellida és simplement una conseqüència de ser ric. Aleshores, què és el que ens preocupa?

Quant més cars són els vells que els joves?

Potser el que ens preocupa són les implicacions per al proveïment d'atenció sanitària i, en aquest cas, serà important saber quant més cars són els vells que la resta de la població.

Si, realment, aquest és el vostre interès principal, aleshores aquestes dades (Figura 2) de la despesa sanitària segons els grups d'edat haurien de ser un bon motiu de preocupació. Els detalls varien lleugerament entre països, però a tot arreu tenen lloc amb les mateixes característiques generals. Cal tenir en compte algunes precaucions

per a la seva interpretació. La primera és que la proximitat a la mort sembla justificar una bona part d'aquest gradient d'edat. Resulta que les despeses sanitàries es disparen

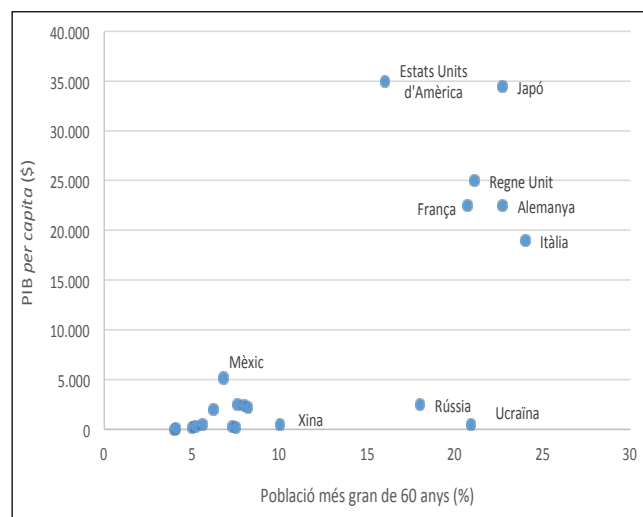


FIGURA 1. Percentatge de població major de 60 anys per producte interior brut (PIB) *per capita* (països amb població superior al 50 milions d'habitants)

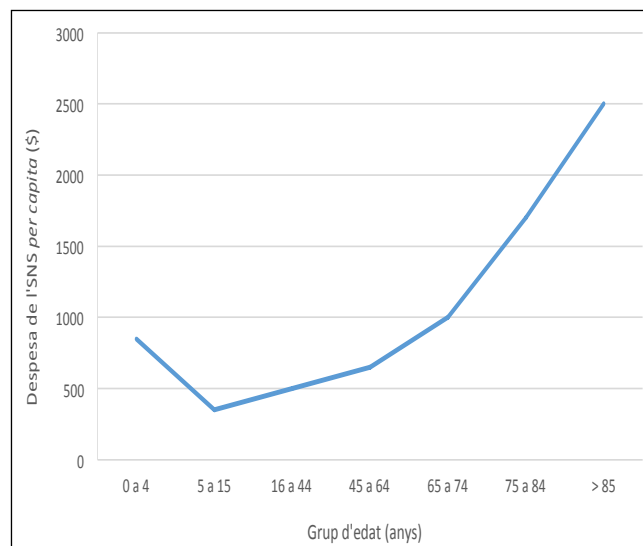


FIGURA 2. Despesa del Sistema Nacional de Salut (SNS - National Health Service) *per capita* i grup d'edat (1998-1999)

quan la mort s'apropa, independentment de l'edat de la persona. Si la mort es retarda, també es retardaran aquestes despeses del final de la vida i, per a cada individu, tindran lloc en una edat més tardana. Però què passa amb altres costos sanitaris que s'associen directament a la pròpia vellesa?

És més sana la gent gran que el que ho era abans?

Això em porta a la pregunta de si la gent gran ara és més sana que el que ho era abans. Aquí entren en joc dos escenaris diferents, ben representats en els diagrames trets d'una publicació de Meena Seshamani (Figura 3).

La situació actual queda ben esquematitzada en el diagrama superior, on es veu com la morbiditat augmenta de manera sostinguda durant els darrers 15 anys de vida. El diagrama del mig de la Figura 3 representa l'escenari optimista, en el qual la durada del període en què té lloc el

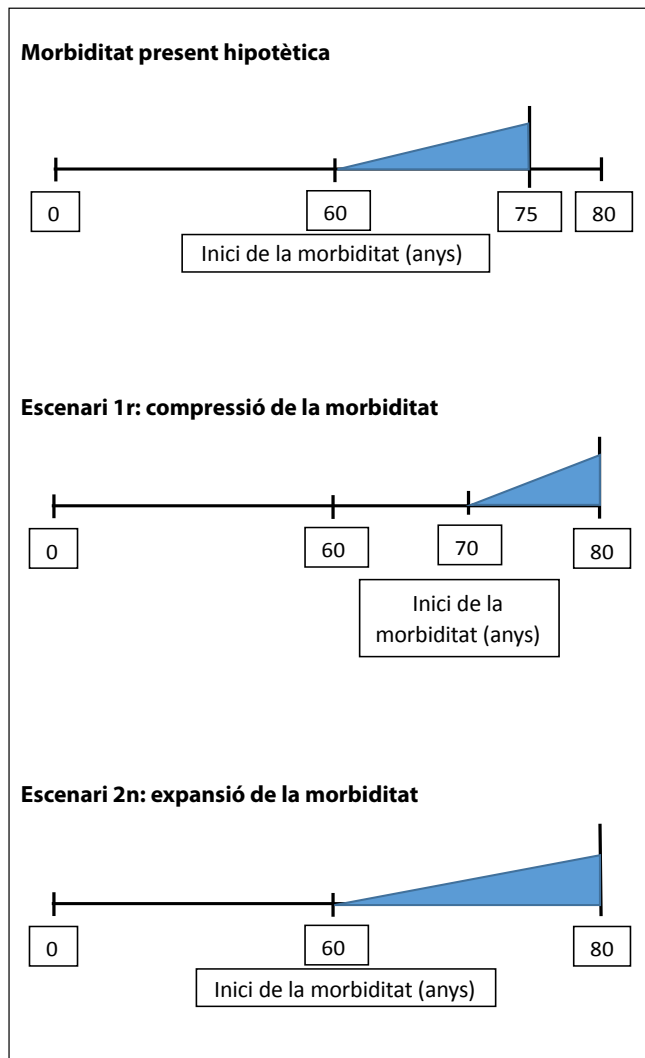


FIGURA 3. Teories sobre la relació entre esperança de vida i morbiditat

declivi de la salut és més curta i el propi declivi s'ha retardat. A baix es pot veure l'escenari pessimista, que mostra què passaria si, encara que es retardés la mort, l'inici de la morbiditat al final de la vida no es retardés. La gent es trobaria davant d'un període força llarg de deteriorament de la salut. Fins allà on puc dir, el jurat encara no s'ha pronunciat sobre quin d'aquests escenaris estem encarant. Potser variarà d'uns països a d'altres. Però segons jo penso, és encara una qüestió sense resoldre.

De quina manera es redueix la qualitat de vida amb l'edat?

I mentre no es resol la qüestió, considerem les maneres en què la qualitat de vida declina amb l'edat (Figura 4).

Les dades recollides en enquestes poblacionals en diferents països, totes utilitzant l'instrument EQ-5D² confirmen (diagrama de la part superior) el gradient, ben conegut, relatiu a la prevalença de problemes de mobilitat en augmentar l'edat. En el diagrama de la part inferior podeu veure un fenomen menys ben conegut: el gradient, segons edat, del dolor percebut pel pacient. Aquest ja comença essent sorprenentment alt, fins i tot entre els joves, i té major prevalença que els problemes de mobilitat en tot el ventall d'edats. Advertiu també que, a qualsevol edat, les dones estan pitjor que els homes. Aquesta és la morbiditat que ens cal comprimir. M'agradaria que remarcéssiu el potencial per fer-ho que té el control del dolor i que és una manera relativament desatesa de fer-ho.

Què hi ha de la qualitat de vida dels cuidadors?

Però no és tan sols la gent gran malalta de qui ens hem de preocupar, sinó també dels seus cuidadors informals. Pel que fa a aquests, el fet que els anys afegits de vida ho siguin o no en situació de dependència és absolutament crucial de cara a la pregunta sobre "càrrega o benedicció" de la vellesa. És més, quan arribi el moment en què el paper de cuidador passi d'un cònjuge o parella a la generació següent, caurà a la falda de persones que elles mateixes hauran arribat a l'edat en què acaben d'entrar a la població dependent. Jo crec que ens cal, de manera urgent, recollir més dades sobre els cuidadors i la seva qualitat de vida relacionada amb la salut, que em sembla ignorada en la majoria d'assajos clínics.

Hi ha altres càrregues afegides a més de les sanitàries?

Fins ara m'he centrat en les implicacions per a la salut, però ara hem de tenir en compte si hi ha altres càrregues associades a una població envellida. L'atenció social n'és una d'evident. A diferents països es fa molta recerca meticulosa per saber qui ha d'assumir la responsabilitat

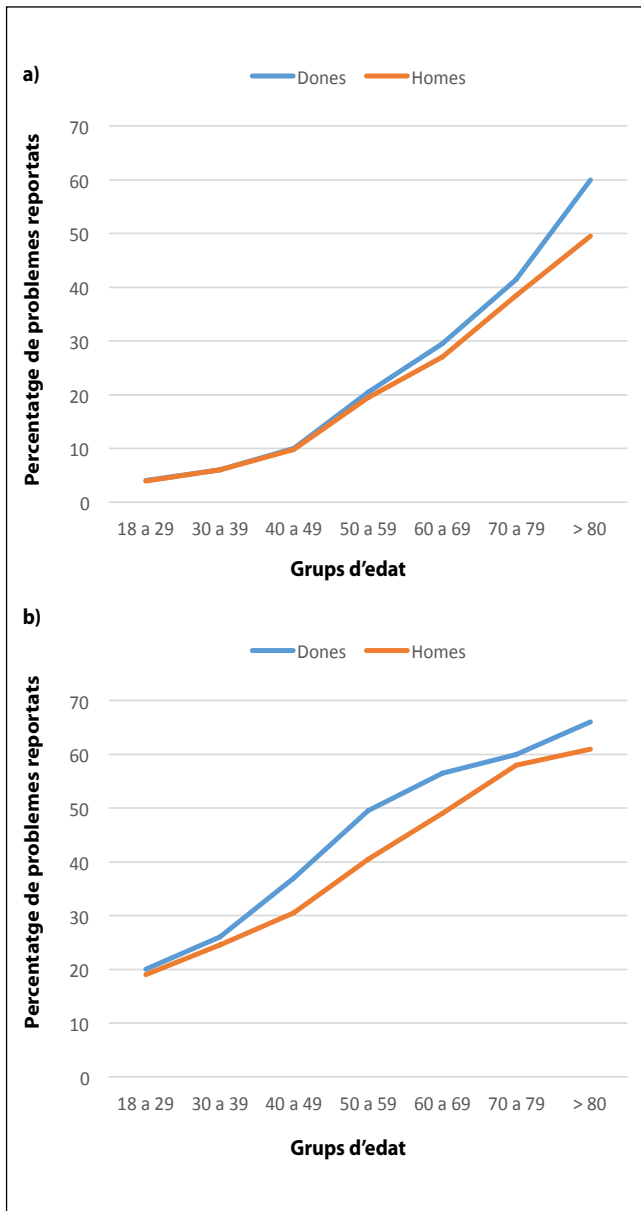


FIGURA 4. Problemes percebuts en relació amb: a) la mobilitat i b) el dolor/malestar per grups d'edat (n > 25.000)

dels seus costos creixents i per quines raons. Però encara més important que l'atenció social és el proveïment de les pensions. Tant si les pensions són proporcionades privadament com públicament, originen un problema de transferència que a algunes persones se'ls fa difícil comprendre.

Pensen que estan senzillament retirant els seus estalvis del passat, que imaginem que equivalen a recursos reals que han estat apartats i que ja poden reclamar com a seus. La realitat és ben diferent. Quan la gent gran gasta la seva pensió, es tracta de recursos produïts en aquell moment: per rebre aquests recursos la gent gran competeix amb tota la resta. Aquests recursos re-

als han de ser obtinguts de les persones que els produeixen i dirigits a la població dependent. En aquesta població dependent també hi ha gent jove; el volum d'aquesta altra població dependent també està creixent en els països on els organismes d'educació superior originen una gran despesa. Una taxa de natalitat baixa alleuja la pressió a curt termini però a la llarga redueix el volum de la població activa, de manera que a llarg termini posarà les coses pitjor.

Com s'han de resoldre aquestes tensions?

Alleujar aquestes tensions és actualment el principal problema de política social en molts països, especialment en aquells on els polítics havien adquirit compromisos excessivament ambiciosos en el passat, de manera particular en el camp de les pensions. Algunes respostes possibles són: 1) retardar l'edat de jubilació, 2) reduir les pensions, 3) limitar l'accés a l'atenció sanitària, 4) augmentar la productivitat.

Els tres primers punts són canvis polítics que afecten directament, tots ells, la pròpia gent gran, mentre que el quart punt és, evidentment, menys dolorós per als vells però pot ser una mica frustrant per als treballadors, que es trobarien pagant impostos més alts, fet que redueix la seva gratificació per ser més productius i pot tenir efectes incertius adversos. Per desagradables que cadascuna d'aquestes polítiques puguin ser, si no s'aborden amb fermesa l'alternativa serà la inflació, que pot ser una solució pitjor perquè distribueix les càrregues d'una manera atzarosa i sovint força injusta.

Què hi ha de l'equitat intergeneracional?

Per acabar, arribo a la qüestió de l'equitat intergeneracional que ja he tocat de passada una o dues vegades però que ara cal abordar directament. Atès que la immortalitat no és una opció a l'abast, us animo que reflexioneu atentament sobre el punt de vista que John Harris expressa al seu llibre *The Value of Life* (*El valor de la vida*): "Així com sempre és mala fortuna morir quan es vol seguir vivint, no és cap tragèdia morir vell".

Això planteja la idea que aquells de nosaltres que, com jo, hem tingut ja una llarga vida no hauríem de privar els joves d'oportunitats que nosaltres ja hem gaudit. Les exigències de la justícia distributiva, adreçades a la reducció de desigualtats en la salut que es té durant tota una vida, no es compliran a menys que estiguem preparats per discriminar a favor d'aquells que altrament serien privats de bones oportunitats, és a dir, els joves vulnerables, i en contra d'aquells que ja n'han gaudit, és a dir, els vells que han tingut una vida saludable. Aquest és un dilema ètic molt incòmode per a un igualitari com jo, però si cal beneficiar els joves vulnerables, qui hauria de dur-ne la càrrega sinó els vells afortunats?

Una població envellida: una càrrega o una benedicció?

Tornant a la qüestió central de si una població envellida és una càrrega o una benedicció, la meua resposta és que és una benedicció per a alguns però una càrrega per a uns altres. Per tant, crec que la nostra tasca com a clínics, gestors, polítics o investigadors és reduir les càrregues i distribuir-les de manera justa en la comunitat. Si encara no us he convençut que aquesta és una tasca important i urgent, us proposo esbrinar quant temps passarà fins que vosaltres mateixos us veieu personalment implicats en aquests problemes, ja que això planteja un termini apressador en el qual heu de tenir el sistema ben encarrilat d'una manera

justa i eficient. Aquest és el repte que m'agradaria que acceptéssiu a la llum de la meua breu revisió de les qüestions força difícils que estan en joc.

N. DELS T:

1. Alan Williams (1927-2005), economista britànic de la salut, no va arribar a veure imprès el text de la seva conferència. No sols va ser un ferm defensor dels "anys de vida ajustats a la salut" com a mesura del benefici de les intervencions mèdiques, sinó també, atenent a la limitació dels recursos (sanitaris) i la solidaritat i equitat intergeneracional, de les oportunitats gaudides en una llarga vida (*fair innings*) en favor de prioritzar els joves vulnerables.
2. EQ5D: Instrument genèric de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut.

El Comitè de Català de la Facultat de Medicina i el *Vocabulari mèdic* de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques

Xavier Sierra Valentí

Vocal de la Junta SocDEMOCAT. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Barcelona.

“Però hem viscut per salvar-vos els mots,
per retornar-vos el nom de cada cosa”

Salvador Espriu: *Inici de càntic en el temple*

La situació del català en els anys del tardofranquisme no era bona. Tot i que estava parcialment tolerat, vivia una situació de diglòssia evident. La llengua catalana no s'usava en els actes oficials, ni a les classes de la universitat, ni en cap activitat mèdica, ni es redactaven articles ni publicacions en català. Era una llengua de segona, només apta per a l'ús familiar o en certes activitats populars.

La llengua escrita no es coneixia majoritàriament. Tot i que podia ensenyar-se en alguns cercles filològics o en ateneus culturals, la majoria no coneixiem la manera correcta d'escriure. Es publicaven llibres en català i alguna revista, però tot això tenia un abast minoritari i molt limitat. La pròpia ignorància de l'idioma feia que molts desistissin d'usar-lo. Malgrat tot, moviments com ara la *nova cançó* havien començat a conscienciar la població que calia recuperar la llengua pròpia.

A la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), un grup d'estudiants érem conscients d'aquesta situació. Es va constituir el Comitè de Català, que tot i ser un grup petit i modest, intentava corregir aquesta situació anòmala i injusta. Formaven part del Comitè estudiants com ara Enric Farrerons i Soldevila, Lluís Albaigès i Sans, Ferran Sabaté i Caselles i el que subscriu aquest article, Xavier Sierra i Valentí, entre d'altres.

Les activitats del Comitè de Català van començar el curs 1970-71 i es perllongaren alguns anys. Conscients del desconeixement que teníem de la llengua nosaltres mateixos, una de les primeres activitats va ser l'organització de

cursos de català a la Facultat, cosa que en aquell moment era inversemblant fora d'una facultat de lletres. Es van organitzar diversos graus (elemental, mitjà i superior) i, fins i tot, un curs de català per a estrangers (al nostre curs hi havia algun sud-americà i uns quants nord-americans: eren els anys de la guerra del Vietnam). Les classes de català es feien amb professors titulats, com ara el nostre company Enric Farrerons, i també amb filòlegs com ara Lluís Urpinell. L'experiència va suscitar també l'interès d'alguns col·laboradors i observadors externs com ara Marta Mata i Miquel Desclot.

També vam implantar un sistema de distribució d'apunts. Les classes, naturalment, eren totes en castellà. Només algun seminari amb grups reduïts es feia ocasionalment en català. Nosaltres preniem apunts i els traduïem després al català. A la tarda, amb l'ajuda de l'Araceli, una secretària de la Càtedra de Patologia, els imprimíem amb ciclostil (les fotocòpies eren encara incipients i sortien molt cares). Els apunts en català, ja impresos, eren distribuïts gratuïtament l'endemà entre els companys de curs. La feina era nostra per usar molts dels termes mèdics, que llavors ignoràvem i que intentàvem suplir amb els *Fulls lexicogràfics* que editava —també precàriament— la Societat Catalana de Biologia, gràcies a l'esforç i dedicació personal del seu secretari, el Dr. Pere Babot (1898-1982).

Els membres del Comitè de Català (i alguns que se'n afegien) fèiem també una acció testimonial. Abans de cada examen demanàvem l'opció de redactar-lo en català. Els professors solien accedir-hi sense problemes (tot i que algun d'ells ho feia de mala gana). Però la majoria eren conscients que el franquisme tocava a la seva fi i que caldria modificar els anòmals usos lingüístics imposats.

L'any 1970, Josep Laporte i Salas accedí a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Amb ell arribà un aire nou, de renovació, a l'entitat. Es van constituir noves seccions, com ara la de *Juventuts Mèdiques*, formades per estudiants. Una de les primeres activitats d'aquesta secció va ser l'organització d'una taula rodona sobre el tema “El català a la literatura mèdica”. Alguns companys del Comitè de Català de la UAB vam decidir assistir-hi. Era el 9 de desembre de 1971.

Correspondència: Xavier Sierra Valentí
Vocal de la Junta SocDEMOCAT
Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears
C/ Major de Can Caralleu, 1-7
08017 Barcelona
Tel. 932 030 731
Adreça electrònica: xsierrav@gmail.com

A la taula rodona hi participaren els doctors Josep Alsina i Bofill, Pere Gabarró, Oriol Casassas, Joaquim Ramis i Coris i Josep Laporte. Van parlar de l'ús del català a les publicacions del temps de la República i d'alguna mostra testimonial feta en els darrers anys, com ara les *Monografies mèdiques*, una sèrie de petits llibrets que comptava llavors amb 3 o 4 números. En general, un panorama desolador, bastant reduït i marginal. Es va citar repetidament el *Diccionari de medicina* d'M. Corachan (Figura 1), l'únic diccionari mèdic que s'havia editat fins aquell moment. Dos dels ponents de la taula rodona, els Drs. Alsina i Bofill i Pere Gabarró havien participat en la seva redacció.

El diccionari Corachan, com popularment es coneixia, era una obra meritòria i molt ben feta. Aplegava termes científics, històrics (usats en èpoques pretèrites de la medicina catalana) i també denominacions populars, molt útils en la pràctica de la medicina rural. Però el Diccionari havia tingut la mala sort d'aparèixer el juliol de 1936, sens dubte un mal moment per a la seva distribució. En queda-

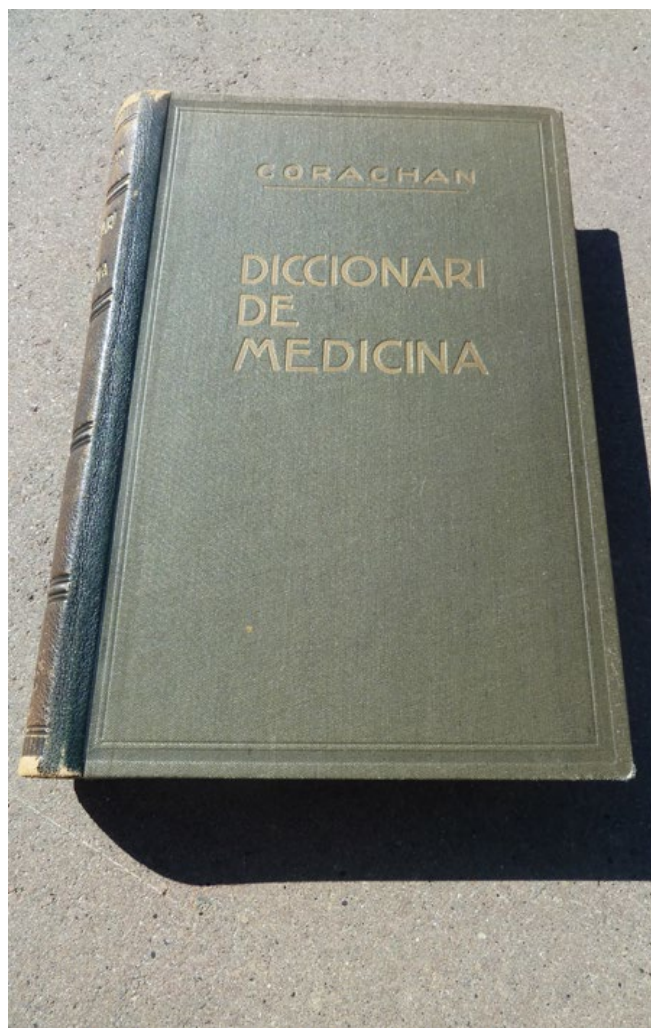


FIGURA 1. *Diccionari de medicina* de Manuel Corachan, 1936

ven pocs exemplars al nostre abast en comptades biblioteques públiques.

Recordo que en el torn de preguntes vaig demanar la paraula. Vaig comentar les dificultats que teníem els estudiants per accedir al coneixement de la terminologia mèdica, vaig comentar les accions que estàvem fent a la Facultat i la necessitat que teníem de disposar d'una eina lexicogràfica que possibilités el ple accés a una llengua normalitzada. Vaig acabar sol·licitant que l'Acadèmia reedités el *Diccionari de medicina* d'M. Corachan.

L'endemà, el Dr. Laporte, que era el nostre professor de Farmacologia, em va demanar que anés al seu despatx quan acabés la classe. Confesso que hi vaig anar amb una mica de respecte. El Dr. Laporte era un bon professor, però era una mica sever i exigent. Quan vaig entrar, el professor em va fer seure amablement. Em va preguntar si mantenia la meua proposta del dia anterior. Naturalment la vaig reafirmar i vaig ampliar la informació sobre els esforços que maldàvem per implantar el català a la Facultat. En Laporte em va dir que la reedició del Diccionari Corachan era una tasca inassolible. En primer lloc era una empresa costosa, fora de l'abast econòmic de l'Acadèmia. I, a més, era ja una obra obsoleta: havien passat 35 anys i la medicina havia fet notables progressos que no estaven recollits en el *Diccionari de medicina*. Entre altres coses, per citar-ne algun exemple ben evident, la introducció dels antibiòtics.

Laporte em revelà que la Junta de l'Acadèmia havia elaborat una solució alternativa i possibilista: l'edició d'un vocabulari mèdic "d'urgència". Consistiria en una publicació limitada d'uns 4.500 mots. Em preguntà si el nostre grup d'estudiants hi estaria disposat a col·laborar. Naturalment, li vaig dir que sí, entusiasmat.

Així vam començar la feina. Es va constituir una comissió mèdica (J. Alsina i Bofill, J. Laporte, J. Ramis i O. Casassas) que va ocupar-se de seleccionar les paraules. Les fonts per obtenir les paraules van ser fonamentalment el propi Diccionari de Corachan i l'*Index Acumulatibus Medicus* (EUA). Com que era un vocabulari reduït es prioritzaven les paraules que per grafia o pronúncia es diferenciessin del castellà i també s'introduïren neologismes i es regularen els sufixos i les adjectivacions. La comissió estava assessorada lingüísticament per Ramon Aramon i Serra de la Secció Lexicogràfica de l'Institut d'Estudis Catalans (IEC).

Les llistes de paraules escollides es passaven al grup d'estudiants col·laboradors. Del nostre grup n'hi havia tres: Enric Farrerons, Lluís Albaigés i jo mateix. També hi van col·laborar dos estudiants de la Universitat de Barcelona (UB): Enric Peyrí i Vicenç Artigas, per tal de no centrar-ho tot en la UAB. Els estudiants ens ocupàvem de fer unes fitxes (a mà, ja que llavors no hi havia ordi-

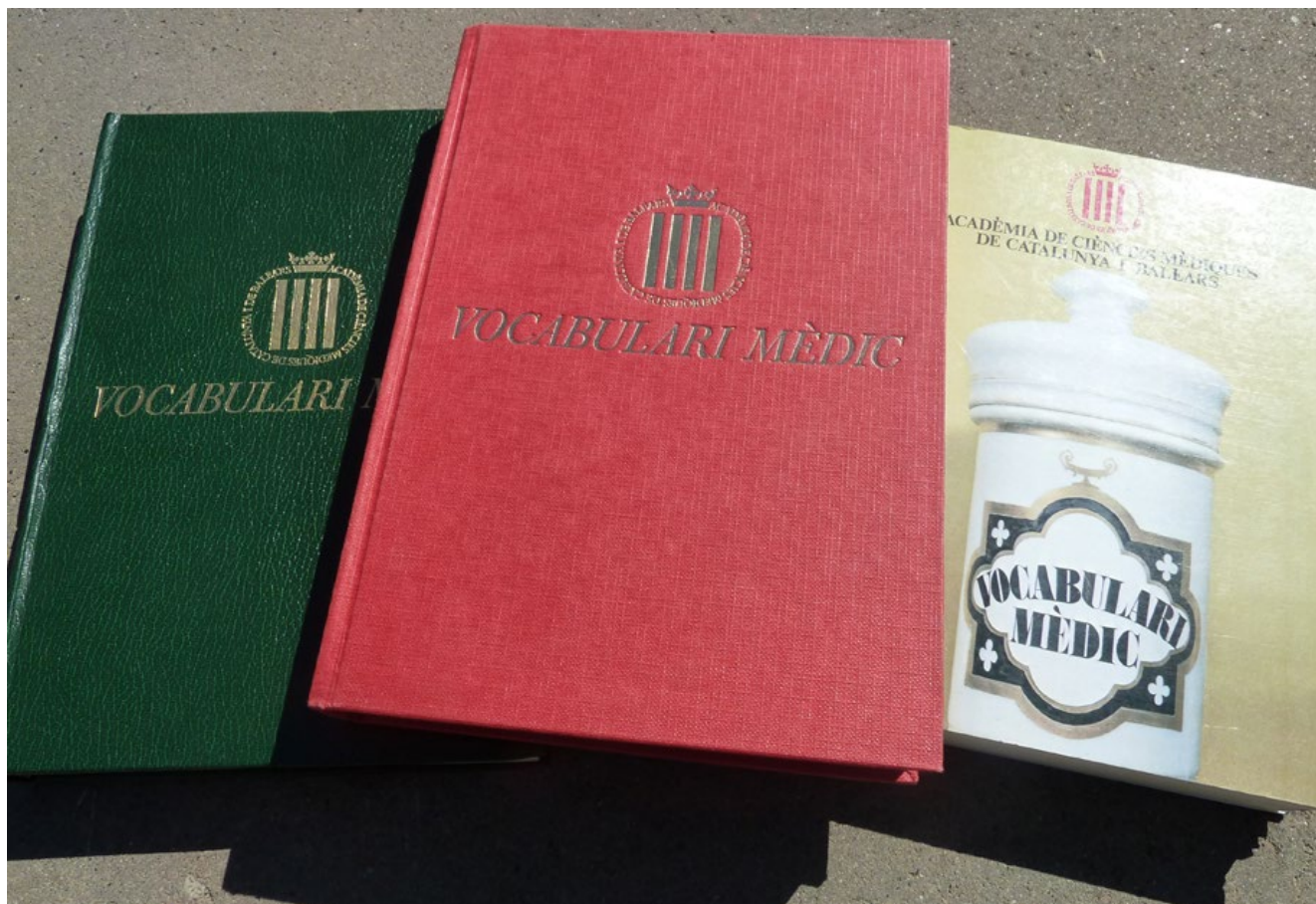


FIGURA 2. Les tres edicions del *Vocabulari mèdic*, 1974, 1979 i 1987

nadors) en les quals constava el nom, el gènere, una breu definició de tres o quatre línies i la traducció del mot a l'anglès, el castellà i el francès. Al principi es va especular de fer-ho també a l'alemany, però finalment es va desestimar, ja que aquest idioma havia perdut protagonisme en la literatura mèdica. Les fitxes així elaborades es retornaven a la comissió mèdica, que les incorporava definitivament al *Vocabulari*.

El *Vocabulari mèdic* va veure la llum finalment el desembre de 1974 i va ser presentat al Club de Metges del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). L'acte de presentació va tenir una gran repercussió social i hi van assistir, a més dels organitzadors, els degans de les facultats de medicina (Obiols i Cabré) i un nombrós públic. La premsa de Barcelona se'n va fer un ampli ressò els dies següents. Entre els seus autors hi figuràvem —encara com a estudiants— el grup de joves que havíem col·laborat tan activament en la seva gènesi i redacció.

En anys successius, el *Vocabulari mèdic* va veure dues edicions més. La segona edició (setembre de 1979) va ampliar el nombre de col·laboradors i també el nombre de paraules. Una tercera edició va ser feta per l'editorial La Llar del Llibre (setembre de 1987) i, a més, es va fer una

edició no venal que va ser distribuïda entre els metges pels Laboratoris Merck (Figura 2).

L'any 1990 va aparèixer el *Diccionari enciclopèdic de medicina*, molt més complet, que va deixar enrere la migrada aportació del nostre *Vocabulari*. Però cal remarcar que durant el període 1974-1990 el *Vocabulari mèdic* va ser una eina imprescindible que possibilità que el català tornés a usar-se amb certa normalitat en comunicacions mèdiques orals i escrites.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Alsina i Bofill J. El llenguatge de la medicina. Barcelona: Ed. Pòrtic, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 1974.
2. Casassas O. Advertiment. A: *Vocabulari Mèdic*. 2a edició. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 1979. p. 21-5.
3. Dauí L. "Vocabulari Mèdic". *La Vanguardia Española*, 16 de febrer de 1975.
4. Laporte J. Presentació. A: *Vocabulari Mèdic*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 1974. p. 9-10.
5. Monegal F. El "Vocabulari Mèdic". *La Vanguardia Española*. 20 de setembre de 1975.
6. Sierra X. El català, vehicle d'informació científica. *Rev Centre de Lectura (Reus)*. 1975;272:1692-3.

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona: 150 anys d'història

Helena Izard

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

Introducció

L'any passat l'Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu Barcelona va celebrar el 150è aniversari. Va ser fundat el 14 de desembre de 1867 per l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu, al carrer de Muntaner de Barcelona, i va ser el primer hospital infantil de tot Espanya.

Principalment, atenia infants amb tuberculosi i amb malformacions congènites de l'aparell locomotor.

El 1881, l'Hospital es va traslladar a uns terrenys situats entre l'actual avinguda Diagonal i el carrer de Déu i Mata. Hi va ser durant gairebé un segle, fins que, el 1973, es va inaugurar l'hospital actual a Esplugues de Llobregat.

Les fites principals del nostre hospital han estat la seva fundació (1867), el pas de centre de beneficència a centre concertat amb l'Administració (1973), el pas a hospital universitari (1975), la incorporació a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (1985), el reconeixement com a hospital terciari (1992) i l'inici de la integració amb l'Hospital Clínic (1993). L'any 2005 es va posar en marxa el programa estratègic 2005-2008 (Paidhos) i, el 2013, es va convertir en un hospital de referència internacional.

Actualment, l'Hospital Sant Joan de Déu és un dels referents principals, dins i fora de Catalunya, en pediatria, obstetrícia i ginecologia i en àrees d'alta especialització, com les neurociències, la neonatologia, l'oncologia o la cardiocirurgia. Atén més de 120.000 urgències, 25.000 ingressos i 200.000 visites cada any i combina la tecnologia més capdavantera amb una assistència personalitzada basada en els seus valors d'hospitalitat i de solidaritat.

Fites històriques

Primer hospital infantil

L'Hospital Sant Joan de Déu va ser fundat el 14 de desembre de 1867 per l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu, al

carrer de Muntaner de Barcelona, i va ser el primer hospital infantil de tot Espanya. També va ser el primer centre d'aquest orde hospitalari que va reobrir després de la desamortització de Mendizábal, de manera que va iniciar el camí de la restauració de l'Orde a Espanya.

Quan es va obrir l'hospital del carrer de Muntaner, hi havia sis infants ingressats i una comunitat de tres germans. En quatre anys el nombre de pacients hospitalitzats era de cinquanta. Principalment, atenia infants amb tuberculosi i amb malformacions congènites de l'aparell locomotor.

Ben aviat es van adonar que l'indret no era l'adequat, ja que estava envoltat de cases, fàbriques i tallers que impedien el repòs que els infants ingressats necessitaven.

Trasllat a la Diagonal

El 1881, l'Hospital es va traslladar a uns terrenys situats entre l'actual avinguda Diagonal i el carrer de Déu i Mata. En un primer moment, ja atendien 105 pacients, bàsicament criatures escrofuloses i raquítiques. Amb aportacions de la societat civil de l'època, es va poder anar ampliant la superfície del nou hospital i el 1908 el centre ja tenia capacitat per atendre 250 pacients hospitalitzats.

També es va ampliar el ventall de patologies ateses per incloure-hi la ceguesa i els problemes dermatològics, especialment la tinya. Posteriorment, s'hi van afegir els tractaments traumatològics, amb la possibilitat de practicar intervencions quirúrgiques per allargar ossos, els trasplantaments d'insercions tendinoses i l'ús de tendons artificials i empelts ossis, que eren intervencions molt avançades per l'època.

A l'inici del segle xx, els germans hospitalaris tenien com a objectiu disposar d'un sanatori marítim per poder oferir als pacients un complement que aleshores es considerava essencial per al tractament de determinades patologies: la balneoteràpia marítima. El 1924, aquesta aspiració es va poder fer realitat amb l'obertura del sanatori de Calafell gràcies a les donacions i als diners que l'Ajuntament de Barcelona va pagar a l'Orde per l'expropiació forçosa d'una part de la finca del centre de la Diagonal.

El 1929 va començar l'atenció ambulatoria, sobretot per a pacients amb patologies traumatològiques, però també per tractar les tines i els problemes odontològics.

Correspondència: Helena Izard
Directora de Màrqueting i Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 932 532 100
Adreça electrònica: hizard@sjdhospitalbarcelona.org



FIGURA 1. Acte de cessió de l'escultura "Ànima" de Jaume Plensa. D'esquerra a dreta: Manel del Castillo, director gerent de l'Hospital Sant Joan de Déu; Jaume Plensa, escultor; Pilar Díaz, alcaldessa d'Esplugues i Joaquim Erra, germà superior de l'Hospital Sant Joan de Déu

Atenció ambulatoria i d'aguts

Cap als anys cinquanta del segle passat es van ampliar les instal·lacions de les consultes externes i s'hi van incorporar noves especialitats, com la pediatria, la cardiologia, la cirurgia i la psiquiatria.

Amb el desenvolupament dels equips professionals de pediatria i de cirurgia infantil es va poder ampliar la cobertura assistencial a pacients aguts amb problemes de diarrees, deshidratacions, broncopneumònies, nefrosis, distròfies, etc., i es va obrir el Servei d'Urgències. Poc després s'hi van incorporar nous especialistes, com els neuropediatres.

Als anys seixanta, els responsables de l'hospital van començar a planificar l'actualització i l'adequació del centre a les noves necessitats que presentava la societat. Es va plantejar que el centre de l'avinguda Diagonal es convertís en un hospital maternoinfantil amb atenció obstètrica per a les dones i pediàtrica per a pacients fins a 18 anys. Va ser aleshores que es va considerar necessari canviar d'em-

plaçament, ja que els terrenys de la Diagonal eren limitats i, alhora, tenien un gran valor econòmic, de manera que, en vendre'ls, es podia finançar la construcció d'un nou hospital molt més gran.

El nou hospital a Esplugues

A l'hora de triar la zona de Barcelona on ubicar el nou hospital, es va analitzar la cobertura d'altres centres i es va decidir que hi havia una zona amb poca atenció sanitària pediàtrica: el sud-oest de la ciutat i la seva comarca. El lloc més idoni van ser uns terrenys de la companyia elèctrica FECSA, al barri de Finestrelles d'Esplugues de Llobregat. I allà va ser on, el 1970, es va començar a construir l'hospital actual.

Durant el primer any de funcionament, el 1973, ja es van atendre 2.100 parts, 122.000 consultes externes, 15.000 ingressos i 38.000 urgències.

El 1985, en plena crisi econòmica, l'Hospital va entrar a formar part de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pú-

blica (XHUP). No obstant això, i a causa dels problemes financers, va haver de fer una reducció de plantilla.

La integració progressiva a la XHUP i a la Universitat de Barcelona, per convertir-se en un hospital universitari, així com l'aliança amb l'Hospital Clínic, van contribuir a l'expansió del centre durant els anys noranta i el principi del segle XXI.

L'any 2005 es va posar en marxa el programa estratègic 2005-2008 (Paidhos), que va posicionar el centre com a hospital terciari.

La crisi de 2008 va provocar una retallada del 15% del pressupost de la sanitat pública, fet que va afectar tots els hospitals públics i concertats. L'Hospital Sant Joan de Déu va haver de reduir els salaris, el nombre de professionals i el nombre de llits per poder fer front a la difícil conjuntura.

Un hospital de referència internacional

El 2013 es va decidir fer una reorientació estratègica que va suposar una aposta per la referència i la internacionalització, sobretot a partir d'especialitats pediàtriques com la cardiocirurgia, la neurocirurgia, l'oncohematologia, la cirurgia ortopèdica, la medicina fetal i neonatal i les malalties rares.

Actualment, l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona és un dels referents principals en atenció pediàtrica dins i fora de Catalunya. Atén més de 120.000 urgències, 25.000 ingressos i 200.000 visites cada any i combina la tecnologia més capdavantera amb una assistència personalitzada basada en els seus valors d'hospitalitat i de solidaritat.



FIGURA 2. Imatge de l'Eucaristia d'acció de gràcies celebrada el 14 de desembre de 2017 a la Sagrada Família per commemorar el 150è aniversari de l'Hospital Sant Joan de Déu i de la restauració de l'Orde Hospitalari Sant Joan de Déu a Espanya

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

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

AUDITORI DE L'ACADÈMIA



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

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



www.academia.cat/auditorisales



L'Acadèmia

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

