VOLUM 101 ı NÚMERO 3 ı JULIOL/AGOST/SETEMBRE 2018

ANNALS DE MEDICINA

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

1872 150 ANYS D'HISTÒRIA 2022

EDITORIAL

La millora de l'adequació clínica. *X. Bonfill* 97

VIDRE I MIRALL: LA MILLORA DE L'ADEQUACIÓ CLÍNICA (1)

Per què el 40% de la pràctica clínica és errònia? *J. Varela* 98

Comissió per a la Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC) de l'Hospital de Sant Pau. *X. Bonfill, M. J. Quintana* 100

La Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa. *A. Sánchez, E. Medarde* 104

La millora de l'adequació clínica al Consorci Sanitari Integral. *P. Armario, L. M. Sarmiento, J. Català* i col·ls. 109

L'experiència de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron en la millora de l'adequació de la pràctica clínica. *D. Osorio, M. Ballesteros, S. Romea* i col·ls. 112

La Comissió de Millora de l'Adequació Clínica de l'Hospital Sant Joan de Déu. *J. L. Vega* 115

RODA CONTÍNUA DE FORMACIÓ I CONSENS

SEGURETAT DEL PACIENT. Prevenció i actuació davant el risc de caigudes en pediatria a l'àmbit hospitalari. *Grup de treball de caigudes en pediatria* 118

El malalt amb càncer. Els tractaments oncològics i pal·liatius, les teràpies sense evidència científica i les pseudociències. *Consell de Col·legis de Metges de Catalunya* 121

PROVES I EVIDÈNCIES

El Sistema d'Avaluació de la Recerca i la Innovació en Salut (SARIS): un exemple d'avaluació responsable i transformadora. *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya* 126

SENSE AMNÈSIA

Eponímia mèdica catalana. El bàlsam català. *E. Guardiola, J.-E. Baños* 130

CLÀSSICS DEL PENSAMENT MÈDIC. La subversió: una activitat constructiva en la medicina. *W. A. Silverman* 136

FENT DE...

Premi Jordi Gol i Gurina 2018. La persona és un viatge. *R. Bayés* 139

Premi Carolina Meléndez Fernández 2018. Posant valor a la promoció de la salut. *D. Juvinyà* 142

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
Meritxell Arenas Prat
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 Moratonas
Antoni Castells Garangou
Albert Clarà Velasco
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
Miguel Ángel González Viejo
Carles Guarner Argente
Marco Inzitari
Albert Isidro Llorens
Clara Izard Gavarró
Albert Jauregui Abularach
Jesús Lafuente Baraza
Antoni Llovet Brugué
Anna López Ojeda
Enric Macarulla Sanz
Àngels Mach Buch
Òscar Macho Pérez
Sonia Magán Muñoz
Ernest Mallat Callís
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
Joan Martí Fàbregas
Ángela Martínez Picó
Joan Ramon Masclans Enviz
Llorenç Miralles Serrano
Óscar Miró Andreu
María Asunción Moreno Camacho
Astrid Morer Liñán
Agnès Nicolau Galindo
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
[redacted]
Jordi Reina Prieto
María José Ribal Caparrós
M. Victòria Ribera Canudas
Rafael Rodríguez Lecoq
Antonio Román Broto
Cristina Roure Nuez
Ferran Sabaté Casellas
Jordi-Carles Schlaghecke i Gras
Josep Lluís Seoane Reboredo
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

La millora de l'adequació clínica

Xavier Bonfill

Director
Annals de Medicina

Ja està plenament acceptat a tot el món que a més dels indubtables avenços que la medicina ha aportat en termes de quantitat i qualitat de vida, també ha generat situacions d'excés i d'iniquitat en l'accés a aquelles prestacions sanitàries beneficioses. És a dir, si en una gràfica posem a l'eix de les ordenades l'efectivitat clínica de totes les prestacions sanitàries i a l'eix de les abscisses els inconvenients (com una suma d'efectes adversos i molèsties de tot tipus), la relació resultant no sempre és prou avantatjosa. I si hi afegim la variable dels costos econòmics associats, arribaríem a la conclusió que, de vegades, el què aconseguim en termes de salut compensa molt poc o gens els danys i els costos que se'n deriven.

El repte consisteix, per tant, en identificar aquelles proves diagnòstiques, tractaments, etc. que aporten poc valor i no són cost-efectives i trobar la manera de reduir-les al màxim. També hauria de ser un objectiu garantir que tothom tingui accés a les prestacions assistencials que tenen prou valor, encara que en el nostre entorn aquest problema té unes dimensions menors.

En els darrers anys, han sorgit arreu iniciatives que intenten fer front als reptes esmentats. A Catalunya, a més, s'han impulsat interessants iniciatives per incidir localment en el mateix sentit. Es tracta de comissions o grups de treball professionals que s'han anomenat de millora de l'adequació o de la pràctica clínica. En el **Vidre i mirall** d'aquest número trobareu les experiències hospitalàries més desenvolupades i en el proper presentarem les d'àmbit de l'atenció primària. A més de tenir l'oportunitat de conèixer com ha desenvolupat la seva activitat cadascuna de les institucions, aquestes presentacions són alhora una invitació a la resta de centres assistencials de sumar-s'hi i de coordinar esforços, si és que no ho han fet encara.

A **Roda contínua...** l'article sobre **Seguretat del pacient** ens aporta una informació molt valuosa sobre les caigudes en pediatria als hospitals, per tal de prevenir i actuar-hi correctament. Per la seva banda, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya s'ha posicionat de manera clara i rotunda davant dels tractaments oncològics i pal·liatius sense evidència científica, tal com es pot llegir al corresponent article. Tant de bo aquest pas sigui un punt d'inflexió per evitar els abusos que de vegades es produeixen davant la situació desesperada de pacients i familiars, proclius a acceptar qualsevol promesa de curació.

A **Proves i evidències**, des de l'AQuAS ens expliquen el SARIS o Sistema d'Avaluació de la Recerca i la Innovació en Salut, amb el qual es proposen millorar l'avaluació responsable i transformadora de les activitats de recerca que es duen a terme a Catalunya.

L'**Eponímia** està dedicada al bàlsam català i ens permet seguir les vicissituds històriques i les controvèrsies al voltant d'aquest tractament que fou tan popular durant el segle dinou.

Als **Clàssics**, Joan M. V. Pons i G. Permanyer ens porten la traducció d'un article de William Silverman, de l'any 1986, on l'autor reivindica el que s'ha anomenat el pensament crític com una forma de fer avançar la medicina. Sens dubte, es tracta d'una reflexió pionera del que posteriorment va donar lloc a la medicina basada en evidència, a la millora dels processos de revisió editorials i als propis estudis sobre les debilitats de la recerca clínica.

Finalment, al **Fent de...** hi podem trobar les contribucions dels sengles premis Jordi Gol i Carolina Meléndez d'enguany, els Drs. Ramon Bayés i Dolors Juvinyà, respectivament. Guardons llargament merescuts per la seva admirable trajectòria.

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

Annals de Medicina 2018;101:97.

Per què el 40% de la pràctica clínica és errònia?

Jordi Varela

Gesclinvar Consulting; Editor del blog "Avenços en Gestió Clínica"; President de la Secció de Gestió Clínica. Societat Catalana de Gestió Sanitària. Barcelona.

"El futur de la medicina només s'entendrà si avancem cada cop més en aconseguir estàndards més elevats d'evidència i efectivitat".

Vinay Prasad

El 18 de maig de 2018, Vinay Prasad va impartir una conferència a Barcelona en el marc de la 5a Jornada "Right Care" de la Secció de Gestió Clínica de la Societat Catalana de Gestió Sanitària; li vam demanar que en aquella sessió ens expliqués per què havia confegit (amb Adam Cifu i altres col·laboradors) la llista de 146 pràctiques clíniques que caldria revertir i quins criteris havia emprat[1].

Què és la reversió mèdica?

Segons Prasad, una reversió mèdica és la necessitat d'aturar una activitat clínica perquè un estudi ben fet, normalment un assaig clínic amb indicadors finalistes, demostra que en la realitat no es compleixen els resultats desitjats o que els efectes adversos no compensen els seus beneficis. L'orador va posar alguns exemples diversos, com el cateterisme de Swan-Ganz per monitorar l'equilibri hemodinàmic dels pacients en xoc, el tractament hormonal per a dones postmenopàusiques amb la finalitat de reduir el risc vascular coronari o cerebral i la col·locació de stents coronaris en pacients amb angina estable per disminuir el risc d'infart, augmentar la supervivència o, fins i tot, retardar l'angina de pit d'esforç. En tots tres exemples, assaigs clínics consistents[2-4] han demostrat que es tracta d'activitats clíniques que, a la pràctica, no responen als objectius marcats, però, en canvi, sí que tenen efectes secundaris, que no s'han de menystenir.

Com s'han triat les 146 pràctiques a revertir?

Després de revisar 2.044 articles publicats a *The New England Journal of Medicine*, a la secció "Original articles", durant 10 anys (2001-2010), els investigadors van trobar que n'hi havia 363 que tractaven sobre avaluacions de pràctiques clíniques establertes, 146 de les quals, és a dir, el 40,2% (d'aquí el títol d'aquest article), s'haurien de revertir ja que els resultats publicats contradeien l'evidència coneguda fins llavors. A la llista hi ha pràctiques relacionades amb medicaments, amb procediments diagnòstics i quirúrgics, amb implantació o ús d'aparells, amb cribratges de càncer, etc., la qual cosa demostra que les reversions afecten tot el ventall de la medicina.

Com s'explica que el fenomen estigui tan estès?

Les causes profundes del fenomen són tres —va afirmar Prasad—: a) la pròpia psicologia humana, que està sempre preparada per actuar: no fer-ho no agrada; b) les persones som optimistes per naturalesa, sempre esperem que allò en què creiem anirà bé; i c) tot el sistema sanitari, especialment el dels EUA, està pensat per incentivar l'activitat clínica i no el valor que aporta. Sembla que actuant tothom hi guanya.

La necessitat de reversió s'estén perquè està essent molt habitual adoptar innovacions sense estudis previs consistents i, en aquest punt, el conferenciant va exposar algunes circumstàncies afavoridores, com quan una tècnica o un tractament nou van acompanyats d'un argument fisiopatològic convincent, amb l'afegitó d'algun estudi basat en casos anecdòtics o l'aparició d'estudis epidemiològics no ben ajustats o de recerca retrospectiva poc rigorosa.

El mal ús dels resultats subrogats

La durada i els costos dels assaigs clínics dels nous fàrmacs oncològics es podrien, aparentment, reduir, si en comptes de la supervivència s'utilitzessin mesures subrogades, com la reducció del tumor o el temps de progressió, però una metanàlisi a partir d'assaigs clínics de tractaments de càncer colorectal i càncer de pulmó va descobrir que només el 10%-16% de la supervivència s'explicava per les esmentades variables[5]. Una correlació, de totes totes, massa pobra.

Per altra banda hi ha la qüestió de la metodologia emprada. Una revisió de 43 estudis va observar que, en el 81% dels casos, els resultats prometedors de la fase II (sense grup control) no s'aconseguia traslladar-los a la fase III (assaig aleatoritzat amb cegament doble)[6]. Aquesta darre-

Correspondència: Jordi Varela
Gesclinvar Consulting
Mòbil: 626 646 625
Adreça electrònica: jvarela@gesclinvar.com
Twitter: @gesclinvarela

Annals de Medicina 2018;101:98-99.

ra és una altra troballa gens favorable a les presses amb què molts fàrmacs oncològics són introduïts al mercat. Potser és per aquest motiu que, en una observació de 94 articles sobre el tema, Abola i Prasad han descobert que, en la meitat d'ells, els redactors havien recorregut a adjectius del tipus: miraculós, revolucionari, innovador, meravellós, transformatiu, etc.[7].

Algunes de les conclusions de Vinay Prasad

Revertir no està exempt de dificultats: per una banda, sovint calen més de deu anys per aconseguir-ho però, per l'altra, es genera manca de confiança en el sistema. Prasad va explicar el cas del canvi de criteri de les mamografies preventives dels 40 als 50 anys als EUA i l'amarga reacció de molts col·lectius que ho van viure com una retallada de greus conseqüències per a la seva esperança de vida.

L'altre aspecte que el conferenciant va destacar és que moltes de les coses que es fan, també les més exitoses, sovint tenen resultats escassos i modestos, especialment a mig i llarg termini. De fet, vist en perspectiva, i tenint en compte la història de la medicina, això no està gens malament, però convindria no oblidar que res en la pràctica clínica hauria d'estar exempt de ser avaluat.

Per acabar, Vinay Prasad va dir que la història de la medicina està escrita per gent que només pensa en els èxits i que, en canvi, els procediments que han fallat no formen part de la narrativa científica, sempre assedegada de grans troballes. En aquest sentit, va afirmar, que hauríem de tenir la humilitat d'analitzar els resultats que no surten com s'esperava per no parar d'aprendre. Prasad, amb un missatge final optimista, va afirmar que el futur de la medicina només s'entendrà si avancem cada cop més en aconseguir estàndards més elevats d'evidència i efectivitat.

Solucions proposades

Segons Vinay Prasad caldria avançar en tres punts:

1) Elaborar assaigs clínics abans d'introduir qualsevol novetat, també les tecnològiques. Cal tenir present que la creença en una tècnica, si a més té incentiu econòmic, és una droga molt addictiva.

2) S'ha de prioritzar l'avaluació, amb estudis consistents, de les pràctiques comunes no suficientment provades, especialment les més cares i les més freqüents. Aquesta estratègia podria estalviar grans quantitats de diners als sistemes sanitaris.

3) Els estudis avaluatius han d'estar dissenyats i conduïts per agències que siguin neutrals. Cal eliminar el model actual en el qual les agències reguladores es veuen forçades a aprovar productes basats en estudis que no han tingut prou control de neutralitat.

"Per contradir les meves propostes, molts em diuen que els assaigs clínics són massa cars i massa lents —afirma Prasad—, i això és cert en les circumstàncies actuals. Posem per exemple que als EUA els assaigs clínics costen de mitjana 25.000 dòlars per participant, però, donada la seva importància, s'està veient que hi ha possibilitats de fer assaigs clínics directament des de la pràctica, com el cas de TASTE[8] que ha aleatoritzat el tractament del 60% dels pacients amb angioplàstia coronària a un cost de 50 dòlars per pacient".

En resum

Per continuar avançant en la bona direcció, cal prioritzar l'avaluació rigorosa de l'efectivitat de les pràctiques clíniques més comunes, a més de ser més exigents amb els estudis sobre l'eficàcia de les innovacions diagnòstiques i terapèutiques. No fer-ho està sagnant els pressupostos dels sistemes sanitaris i està essent un dels motius pels quals els governs i les asseguradores mai disposen de prou recursos per potenciar les accions clíniques d'efectivitat provada i els programes comunitaris de reconegut valor.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Vinay P, Vandross A, Toomey C, Cheung M, Rho J, Quinn S, et al. A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices. Mayo Clin Proc. 2013 Aug;88(8):790-8.
2. Hadian M, Pinsky MR. Evidence-based review of the use of the pulmonary artery catheter: impact data and complications. Crit Care. 2006;10 Suppl 3:S8.
3. Collins P. Risk factors for cardiovascular disease and hormone therapy in women. Heart. 2006 May;92 Suppl 3:iii24-8.
4. Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi HM, Sen S, Tang K, Davies J, et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): A double-blind, randomised controlled trial. Lancet. 2018 Jan 6;391(10115):31-40.
5. Johnson KR, Ringland C, Stokes BJ, Anthony DM, Freemantle N, Irs A, et al. Response rate or time to progression as predictors of survival in trials of metastatic colorectal cancer or non-small-cell lung cancer: a meta-analysis. Lancet Oncol. 2006 Sep;7(9):741-6.
6. Zia MI, Siu LL, Pond GR, Chen EX. Comparison of outcomes of phase II studies and subsequent randomized control studies using identical chemotherapeutic regimens. J Clin Oncol. 2005 Oct 1;23(28):6982-91.
7. Abola MV, Prasad V. The use of superlatives in cancer research. JAMA Oncol. 2016 Jan;2(1):139-41.
8. Lauer MS, D'Agostino RB. The Randomized Registry Trial — The next disruptive technology in clinical research? N Engl J Med. 2013 Oct 24;369(17):1579-81.

Comissió per a la Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC) de l'Hospital de Sant Pau

Xavier Bonfill[1,2], M. Jesús Quintana[3]

[1]President de la Comissió MAPAC de l'Hospital de Sant Pau. Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; [2]Universitat Autònoma de Barcelona; [3]Secretària de la Comissió MAPAC de l'Hospital de Sant Pau. Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Antecedents

Diem que existeix adequació (*appropriateness*) clínica quan es dona un bon balanç entre els beneficis i els riscos d'un tractament, prova diagnòstica o procediment en pacients amb determinades característiques, en el context dels recursos disponibles. Però no sempre les prestacions que els pacients reben en els sistemes sanitaris de tot el món són les més adequades, tampoc a casa nostra. La identificació d'aquesta possible inadequació i la seva reducció ajudaria a assolir una millor qualitat assistencial en mantenir, com a mínim, els beneficis clínics mentre que la utilització dels recursos seria més racional i afavoriria les intervencions més justificades i amb un balanç cost-efectiu més favorable[1-5].

En els darrers anys han sorgit múltiples iniciatives a tot el món que revisen l'adequació de les prestacions mèdiques en diferents àmbits, per millorar l'atenció sanitària minimitzant el malbaratament de recursos mitjançant la "desinversió" o "reinversió". En són exemples les recomanacions Do not do del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i iniciatives com Choosing Wisely, la col·lecció Less is More del JAMA o Too Much Medicine del BMJ. I, en el nostre entorn, les recomanacions integrades en el Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas Españolas, les de la SemFYC i les d'Essencial, de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Tanmateix, no és fàcil dur a la pràctica aquestes recomanacions si no es fa de manera objectiva, rigorosa i liderada pels professionals assistencials, els quals alhora poden generar també recomanacions prou sòlides a partir de la seva realitat més immediata. Per aquest motiu, l'abril de 2011 es va posar en marxa a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona la iniciativa per a la Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC).

Objectius de la iniciativa MAPAC

La iniciativa s'ha impulsat amb l'objectiu de reduir el màxim possible les prestacions (procediments diagnòstics o terapèutics, pràctiques clíniques, cures, règims assistencials...) que siguin ineficaces, que no hagin demostrat ser eficaces o efectives, que tinguin un balanç desfavorable de beneficis/costos, que tinguin un balanç desfavorable de beneficis/riscos o que tinguin millors alternatives, sempre que aquestes estiguin disponibles. Els beneficis que s'esperen són preservar i augmentar, si és possible, la qualitat assistencial a uns costos més reduïts, al mateix temps que estimular la participació constructiva de tothom en un procés rigorós i transparent.

Per dur a terme aquest objectiu es va crear una comissió *ad hoc* en el marc del Programa de Qualitat Assistencial de l'hospital, que es coordina amb la resta de comissions i comitès del programa. És una comissió tècnica multidisciplinària per analitzar de manera sistemàtica l'adequació de les prestacions clíniques i assistencials de l'hospital i formular recomanacions i accions concretes per millorar-la.

Les principals característiques i funcions de la Comissió MAPAC s'inclouen a la Taula 1.

Metodologia

La metodologia MAPAC és rigorosa i explícita, i segueix unes fases molt estructurades (Figura 1):

1) Identificació de prestacions susceptibles d'anàlisi. Priorització

S'identifiquen a partir de:

– La revisió de la literatura.

– Els sistemes d'informació interns i externs.

– El portal DianaSalud.com[5]: integra les principals iniciatives locals i mundials en l'àmbit de l'adequació i ofereix els seus resultats en castellà i anglès.

Correspondència: 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

Annals de Medicina 2018;101:100-103.

TAULA 1. **Principals característiques i funcions específiques de la Comissió per a la Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC) de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona**

Comissió MAPAC
Principals característiques
Caràcter institucional: aprovació i participació de la Direcció Assistencial, divulgació interna...
Centralització: dins de l'estructura del Programa de Qualitat, que assegura la coordinació amb la resta de comissions i comitès. Composició multidisciplinària
Suport tècnic: serveis d'Epidemiologia Clínica-Centre Cochrane, Economia, Documentació Clínica, Informàtica, Comunicació…
Rigor, transparència i participació dels professionals del centre
Funcions específiques
Identificar prestacions susceptibles de ser analitzades
Prioritzar l'anàlisi de les prestacions
Avaluar de forma individualitzada cadascuna de les prestacions prioritzades
Elaborar recomanacions explícites i les accions necessàries que se'n derivin
Presentar les recomanacions a la Direcció del centre
Divulgar institucionalment les recomanacions elaborades
Monitorar el compliment de les decisions preses i avaluar el seu impacte

– Les propostes internes, formulades pels diferents actors.

Com a criteri general, entre les prestacions identificades es prioritzen els tractaments o proves diagnòstiques de més cost econòmic, els tractaments de la malaltia avançada o recurrent, els de persones en edat molt avançada, les estades o visites innecessàries i les exploracions innecessàries o redundants.

2) Avaluació individualitzada i rigorosa de les prestacions

Una vegada identificades les prestacions a avaluar es duu a terme:

– La revisió de l'evidència científica més actual sobre el tema.

– La revisió de guies i protocols tant de l'Hospital de Sant Pau com externs.

– Sempre que és possible, una anàlisi de dades internes d'activitat, efectivitat i costos.

3) Elaboració explícita de recomanacions clíniques

S'elaboren recomanacions concretes per a cada anàlisi, fent explícita la seva direcció i gradació per a cada indicació. En la mesura del que sigui possible s'utilitza el sistema GRADE adaptat (GRAMA), el qual requereix fer una avaluació individualitzada de les prestacions prioritzades partint dels següents criteris:

– Qualitat de l'evidència científica: limitacions, consistència, precisió i rellevància.

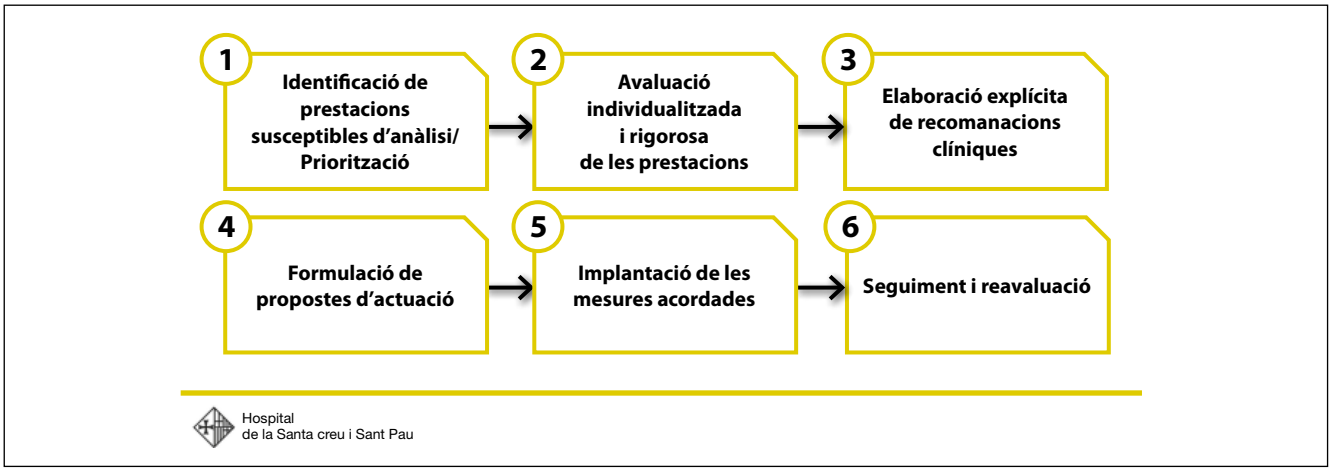


FIGURA 1. **Metodologia de treball de la Comissió de Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC) de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona**

– Balanç entre beneficis i riscos de la intervenció/procediment.
– Altres recomanacions existents (guies de pràctica clínica, protocols).
– Costos i ús de recursos.
– Resultats locals derivats de l'aplicació de la intervenció/procediment.
– Disponibilitat d'alternatives a la intervenció/procediment.
– Opinió dels professionals afectats.
– Projectes d'investigació o formació involucrats.

4) Formulació de propostes d'actuació

Les accions més freqüents proposades a partir de l'avaluació realitzada són:
– La divulgació dels resultats, general o més dirigida.
– La formació específica, si es considera necessària.
– La protocol·lització.
– La creació de filtres i ajuts informàtics.
– El monitoratge i el *feedback* (retroacció).
– Quan és adient, la comunicació a les autoritats sanitàries.

5) Implantació de les mesures acordades

Un cop consensuades, les accions es presenten a la Direcció per a la seva aprovació i es canalitzen a través de l'estructura del Programa de Qualitat: reunions, grups de treball, etc., i es demana el suport necessari, quan cal, als departaments d'Informàtica, de Comunicació, etc.

6) Seguiment i reavaluació

Posteriorment es realitza un monitoratge periòdic, puntual o sistemàtic, de les mesures proposades. Igualment, es proposa la construcció d'indicadors d'adequació i la progressiva automatització per part del Departament d'Informàtica.

Resultats

Des de la seva constitució fins avui, la Comissió MAPAC ha realitzat 67 avaluacions formals de diferents prestacions, que es detallen a la Taula 2 agrupades per temes.

Alguns exemples de prestacions avaluades i reduïdes amb èxit són: l'administració de paracetamol endovenós; la realització d'analítiques d'orina a la unitat de toxicomanies; les indicacions de diferents tractaments: la lenalidomida per al mieloma, alguns tipus de cirurgia per a l'aneurisma d'aorta abdominal i els estimulants de l'eritropoesi per a l'anèmia, entre d'altres; les estades excessives d'hospitalització en alguns processos; diferents proves diagnòstiques; etc.

La situació actual del seguiment de les avaluacions realitzades és la següent: a) estan en procés d'estudi: 5 (7,5%), b) falta seguiment de les mesures i/o de l'impacte: 23 (34,3%), c) seguiment realitzat, falta l'automatització dels indicadors: 10 (14,9%) i d) tema definitivament tancat: 29 (58,2%). A més de les avaluacions més formals, altres activitats realitzades per la Comissió MAPAC han estat la revisió de 22 recomanacions Essencial per avaluar la seva possible aplicació al centre i el seguiment dels indicadors sanitaris (Central de Resultats, MSIQ), amb la creació d'un subgrup específic d'anàlisi (Grup AnaInfo).

TAULA 2. **Resum de les avaluacions realitzades per la Comissió per a la Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC) de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona (juny de 2018)**

Temes/àmbits	N
Ús de fàrmacs	7
Càncer	11
Proves d'imatge	5
Proves de laboratori	5
Visites i proves preoperatòries	1
Prevenció	3
Procediments quirúrgics	4
Cirurgia cardiovascular / Cardiologia	5
Neurologia	2
Aparell circulatori	2
Pneumologia	1
Embaràs i part	2
Pediatria	2
Oftalmologia	1
Hematologia	2
Psiquiatria	1
Nefrologia	1
Infermeria	3
Avaluació integrada de malalties o processos	9
Total	**67**

Discussió

La iniciativa MAPAC desenvolupada a l'Hospital de Sant Pau ha esdevingut una referència per a molts centres assistencials, tant catalans com espanyols, que estan interessats en millorar la seva adequació clínica i sanitària. Per això, és una molt bona notícia que s'hagin constituït comissions, o grups semblants, anomenats de forma igual o diferent (p. ex. comissions de bona pràctica assistencial), tant si els respectius centres pertanyen a alguna xarxa de recerca (com ara el Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública [CIBERESP]) com si ho han impulsat per iniciativa pròpia. Una recent enquesta en prop de 30 centres hospitalaris i d'atenció primària de tot l'Estat ha posat de manifest l'interès existent pel tema[6].

Sens dubte hi ha una gran variabilitat en el grau de maduresa i desenvolupament d'aquestes iniciatives en els

diferents centres. La seva fortalesa depèn del suport institucional existent, de l'experiència i la capacitat dels recursos disponibles, així com del rigor, transparència i participació en què treballin. Entre les possibles dificultats o limitacions, cal esmentar la possible insuficiència de recursos, la limitació de l'evidència existent per a determinades prestacions, la precarietat dels sistemes d'informació clínics i el caràcter suprainstitucional d'alguns temes, així com algunes resistències o inèrcies professionals.

Les perspectives immediates de la iniciativa MAPAC passen per la seva extensió a més centres alhora que s'assoleix una coordinació multicèntrica efectiva per tal de compartir dades, experiències i optimitzar esforços. Igualment, per avaluar millor l'impacte de les mesures proposades, s'ha d'incloure els resultats en salut quan sigui possible. La promoció de projectes de recerca, la formació continuada i la incorporació de la perspectiva de pacients i ciutadans són altres reptes pendents.

Conclusions

Iniciatives locals com la MAPAC iniciada a l'Hospital de Sant Pau de Barcelona ofereixen una via concreta i constructiva de treball inter i multidisciplinari, potencialment obert i multicèntric, amb l'objectiu comú de fer sostenible el sistema de salut partint de la identificació i la priorització rigorosa d'aquelles prestacions clíniques i sanitàries més adequades i de la reducció i/o eliminació de les menys adequades. Per assolir aquests objectius, en tots els centres interessats en aquests objectius caldria desenvolupar una estructura tècnica mínimament sòlida i estable, que faci un balanç rigorós i explícit de les diferents prestacions a fi de triar, en cada cas, les opcions més adequades i formular propostes concretes d'actuació.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Berwick, Donald M. Avoiding overuse — the next quality frontier. Lancet. 2017;390:102-4.
2. Saini V, García-Arnesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S et al. Drivers of poor medical care. Lancet. 2017;390:178-90.
3. Prasad VK, Cifu AS. Ending Medical Reversal: Improving Outcomes, Saving Lives. Baltimore: JHU Press; 2015.
4. Marsh H. Ante todo, no hagas daño. Barcelona: Ediciones Salamandra; 2015.
5. Bonfill X, Osorio D, Solà I, Pijoan JI, Balasso V, Quintana MJ et al. DianaHealth.com, an on-line database containing appraisals of the clinical value and appropriateness of healthcare interventions: Database development and retrospective analysis. PLoS One. 2016 Feb 3;11(2):e0147943.
6. Salas K, Requeijo C, Quintana MJ, Merchán A, Medarde E, Sánchez A et al. A survey to assess the awareness of, and agreement with initiatives and recommendations about low-value diagnostic practices. DOI: 10.1136/bmjebm-2018-111070.134. Consultable a: https://ebm.bmj.com/content/23/Suppl_2/A63.1. Accés el 3 de setembre de 2018.

La Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa

Antonio Sánchez[1], Elena Medarde[2]

[1]Servei de Cardiologia; President de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa; [2]Àrea d'Innovació; Secretària tècnica de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa.

Resum

La Comissió de Millora de la Pràctica Clínica (CMPC) del Consorci Sanitari de Terrassa (CST) es va crear al 2013 per indicació de la Direcció Assistencial amb la idea de promoure la millora de la pràctica assistencial tot identificant pràctiques clíniques que no aporten valor, creant i aplicant recomanacions. Està integrada per professionals assistencials i no assistencials de diferents àmbits que es renoven periòdicament. En aquests anys s'han concretat recomanacions diagnòstiques, terapèutiques, de millora de processos, bones pràctiques clíniques i millora de processos assistencials.

Introducció

La Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa té com a objectius principals identificar pràctiques clíniques que aporten poc valor i promoure recomanacions per tal d'evitar-ne la seva realització per millorar la qualitat assistencial i donar el màxim valor a la utilització de recursos.

La Comissió: creació, metodologia i recomanacions

El Consorci Sanitari de Terrassa és una organització sanitària integrada que dona servei a una població de 160.734 habitants (200.749 per a l'atenció especialitzada) i que disposa d'una plantilla de 2.508 persones (dades de 2015). Té 143 residents de 16 especialitats mèdiques, quirúrgiques i d'infermeria, i una Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional (EUIT) amb 700 alumnes. L'Hospital de Terrassa disposa de 387 llits i 36 especialitats, amb una Unitat d'Hospitalització Penitenciària. Hi ha 7 centres d'atenció primària, un hospital per a llarga estada i convalescència, 6 centres de salut mental, un hospital de dia i la Unitat de Medicina de l'Esport al Centre d'Alt Rendiment de Sant Cugat del Vallès.

La CMPC es va crear el febrer de 2013 per indicació de la Direcció Assistencial amb l'objectiu de posar en valor el moviment Right Care. Està integrada per professionals assistencials i no assistencials —majoritàriament no són comandaments— de diferents àmbits del CST: mèdic, quirúrgic, maternoinfantil, treball social, penitenciari, serveis centrals —farmàcia, radiologia— i Direcció Assistencial. Utilitza la metodologia Right Care[1]: promou la medicina basada en l'evidència i involucra els professionals en el procés de millora i en l'assoliment de canvis en la pràctica clínica, tot avaluant l'impacte de les recomanacions que fa.

Les propostes de recomanacions sorgeixen de l'estudi intern, de propostes externes com les del projecte Essencial, DianaSalud, Choosing Wisely o Do not do, així com de propostes procedents del treball de col·laboració amb altres centres.

La metodologia és l'habitualment utilitzada en la millora de la pràctica assistencial i clínica i es resumeix en els següents punts[2]:

1) Identificació de projectes susceptibles d'anàlisi mitjançant enquestes a professionals clínics, revisió contínua de la literatura científica o comunicació espontània d'alguns professionals de la salut.

2) Priorització segons cost econòmic, malalties avançades o recurrents, persones d'edat avançada, hospitalitzacions-visites evitables, que provoquin un risc per al pacient o que es considerin innecessàries o redundants.

3) Avaluació de les recomanacions mitjançant metodologia GRADE (http://www.gradeworkinggroup.org/).

4) Les recomanacions que es fan són explícites i ben justificades; impliquen els professionals tot formulant sempre accions de millora que poden incloure: sessions i reunions explicatives, canvis de protocols i guies específics, filtres i ajudes informàtiques i *feedback* dels professionals mitjançant el monitoratge i l'avaluació de l'impacte de les accions sobre els indicadors de seguiment.

Correspondència: Antonio Sánchez Hidalgo
Servei de Cardiologia
Consorci Sanitari de Terrassa
Carretera de Torrebonica s/n
08227 Terrassa
Tel. 937 003 612
Adreça electrònica: asanchezh@cst.cat

Annals de Medicina 2018;101:104-108.

5) Es fa divulgació de les recomanacions i es comuniquen a la Direcció Assistencial i a les autoritats sanitàries si s'escau.

La Figura 1 resumeix les principals àrees de treball de la CMPC del CST. En són exemples les exploracions redundants, determinats tractaments farmacològics, l'abordatge de malalties cròniques, les estades mitjanes hospitalàries o l'adequació de bones pràctiques clíniques.

La Figura 2 descriu de forma gràfica la metodologia de la CMPC del CST. La clau de l'èxit radica en el lideratge clínic entès com la participació activa en cadascun dels projectes dels membres de la CMPC, que s'obre a professionals de l'organització i també d'altres comissions. Es fuig d'exercicis teòrics. El treball del grup està orientat cap a l'operativa (disposem de representants de control de gestió i anàlisi de la informació) amb el suport de la Direcció Assistencial que és qui revisa les recomanacions, dona el seu vistiplau i té la capacitat executiva.

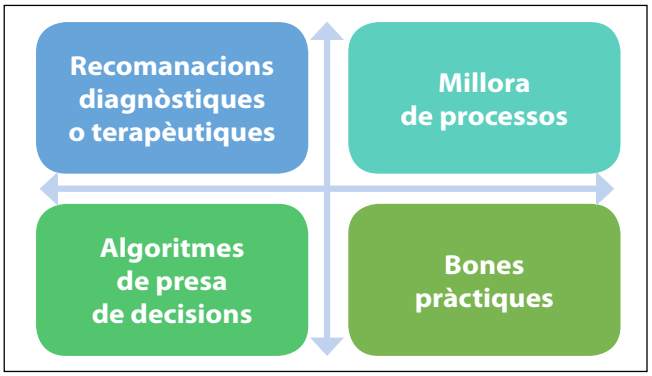


FIGURA 1. **Principals àrees de treball de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa**

La comunicació amb altres comitès/comissions clíniques de l'organització, amb alguns serveis clínics amb visió crítica, les CMPC d'altres centres i les entitats que recullen recomanacions (DianaSalud o Essencial) és clau per mantenir-la activa.

A la Taula 1 es resumeixen algunes de les principals recomanacions treballades per la CMPC des de la seva creació. Com a exemples treballats en el darrer any en resumim dos a continuació.

L'adequació en les radiografies de tòrax a urgències va ser un exemple de recomanació diagnòstica que apareix publicada a la web del projecte Essencial[3]. En el nostre cas, un cop analitzada la utilització d'aquesta exploració en indicacions fora de les recomanades, es va veure que se sol·licitava en el 22% dels dolors abdominals inespecífics, en el 73% dels còlics renals, en el 42% de les consultes per diarrees i en el 60% de les visites a urgències per constipació. L'objectiu es va centrar en promoure accions per ajustar-se a les indicacions recomanades mitjançant la següent metodologia: sessions formatives a urgències, cartells recordatoris al costat dels punts de treball, incorporar el tema al curs de formació introductori dels residents de primer any i modificar les plantilles electròniques dels informes d'alta. Un cop feta la implementació es comprovà una reducció del 4% en el dolor abdominal, del 27% a les diarrees, del 31% en el còlic renal i del 60% a la constipació. Un dels aspectes importants per aconseguir la implementació d'aquesta recomanació va ser la implicació directa de dos residents de medicina de família, que fan guàrdies a urgències de l'Hospital de Terrassa tutelats per una adjunta d'urgències, i un altre d'atenció primària, tots membres de la CMPC.

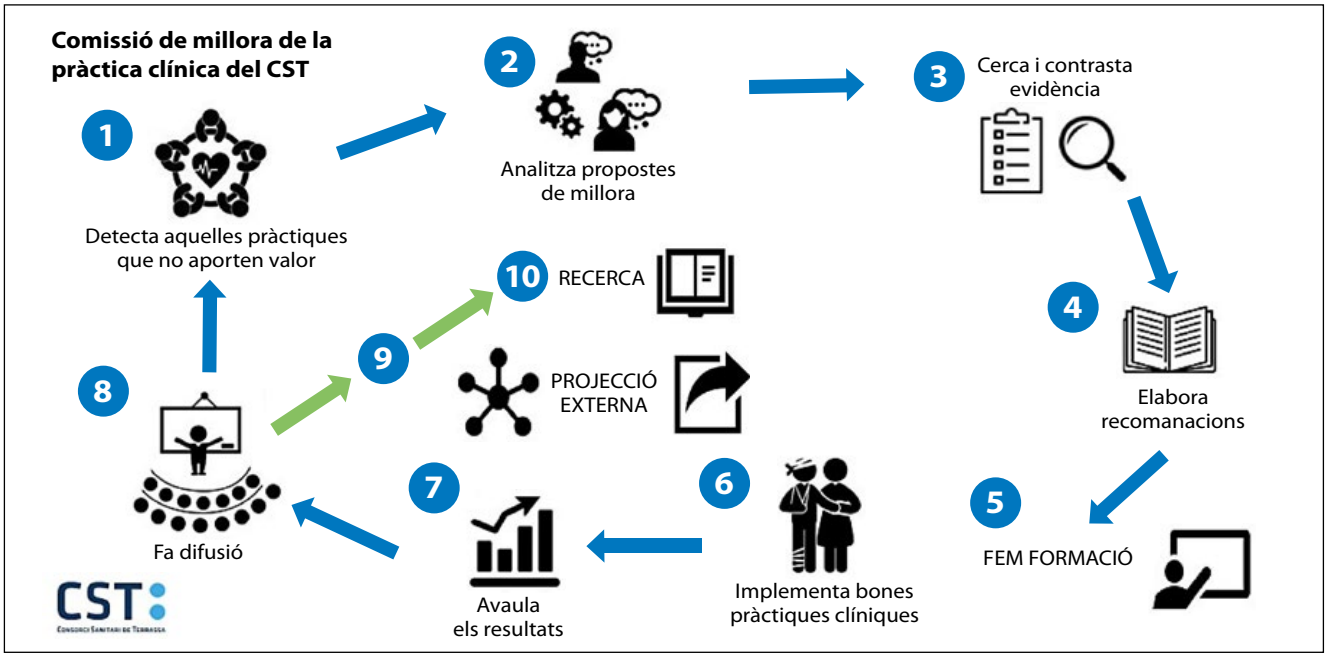


FIGURA 2. **Metodologia de treball de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa**

TAULA 1. **Exemples de recomanacions treballades per la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica (CMPC) del Consorci Sanitari de Terrassa (CST)**

Tipus de recomanació	Descripció de la recomanació	Metodologia emprada	Resultat
Recomanacions diagnòstiques	Proves d'esforç en pacients amb sospita de cardiopatia	Anàlisi interna, revisió de l'evidència científica, canvis en els peticionaris de la història clínica electrònica, formació dels professionals	Adequació (reducció de proves gammagràfiques en benefici de les proves convencionals) i reducció del total de proves d'esforç demanades (19%)
Recomanacions terapèutiques	Utilització dels IBP*	Revisió de l'evidència científica, infografia específica, sessions clíniques, sessió general de l'hospital	Aquesta formació no ha permès la reducció de la utilització d'IBP a la nostra organització
	Anticoagulació en pacients hospitalitzats mèdics (prevenció TVP**) i canvis en anticoagulació oral per heparina.	Recomanació treballada per la CMPC d'un altre centre. Difusió de la recomanació entre els serveis implicats. Anàlisi interna	A la nostra organització la coordinació entre els serveis implicats (Medicina Interna i Hematologia) permetien un òptim control del tractament d'aquests pacients
	Control d'efectes indesitjables per tractament crònic amb amiodarona	Revisió de l'evidència científica, infografia específica, sessions clíniques	Implementació d'un protocol de seguiment en la història clínica electrònica d'atenció primària
	Medicalització de la vida	Elevada despesa en antidepressius, propostes no efectives sobre control dels prescriptors, canvi d'enfocament: potenciar la prescripció social i desmedicalitzar la salut mental	S'està treballant actualment. Sense resultats
Algorisme per a la presa de decisions	Maneig del dolor toràcic no traumàtic a urgències	Anàlisi interna, actualització de protocols, formació dels professionals, canvis organitzatius en els serveis implicats	Reducció d'estades hospitalàries innecessàries
	Implementació de l'algorisme PECARN (traumatisme pediàtric)	Revisió exhaustiva dels algorismes de decisió diagnòstica en els traumatismes cranioencefàlics lleus, incorporació de l'algorisme PECARN en el protocol d'urgències. Formació dels professionals implicats	Important disminució de les radiografies de crani i una racionalització de les sol·licituds de tomografies cranials a pediatria
	Final de vida	Anàlisi interna sobre la presa de decisions compartides en pacients èxitus al CST, formació, canvis en la història clínica electrònica	Anticipació dels professionals dels serveis implicats en la presa de decisions en el final de vida i millora sobre com queda reflectida la informació a la història clínica
Millora de processos	Presa de constants en pacients mèdics hospitalitzats	Anàlisi interna, consensuar criteris de monitoratge, formació dels professionals, canvis en la història clínica electrònica	Augment de la presa de constants segons indicació del 24% al 70% i del dolor postoperatori del 44% al 90%.
	Reduir els no presentats a les RNM*** de pacients del mòdul penitenciari	Metodologia *lean*	Reducció del nombre de mòduls no utilitzats en les RNM
Bones pràctiques	Descans nocturn	Enquesta específica als professionals d'infermeria sobre mancances i aspectes de millora en el descans dels pacients. Anàlisi. Generació de propostes	Modificació de l'horari de la presa de constants i canvis en el mobiliari (carros de medicació...)

*IBP: inhibidors de la bomba de protons; ** TVP: trombosi venosa profunda. ***RNM: ressonància nuclear magnètica.

La segona recomanació treballada es va centrar en la creació d'uns algorismes d'ajuda a la presa de decisions en les avaluacions preoperatòries. Es va treballar amb el lideratge clínic d'un anestesista membre de la CMPC i la resta del bloc quirúrgic. Els objectius es van centrar en aplicar les recomanacions sobre avaluacions preoperatòries de les guies de pràctica clínica més utilitzades per optimitzar les peticions d'electrocardiogrames i de radiografies de tòrax, evitant proves innecessàries o amb poca informació rellevant per al pacient i els professionals, sense renunciar a la seguretat dels pacients i dels professionals en els procediments anestèsics i quirúrgics. Es creà una matriu on apareixia la patologia basal del pacient, la complexitat del procediment quirúrgic a realitzar i l'edat del pacient, que quedava inclosa en la història clínica electrònica del pacient introduïda pel propi cirurgià, on es responia a la pregunta: "Quin és l'estat basal del pacient?: sa, patologia crònica controlada, patologia descompensada o greu", el sistema ofereix així les proves preoperatòries a realitzar de forma automàtica (Figura 3). Després d'un període de difusió, aquest nou sistema s'implementà durant la primera setmana d'octubre de 2017. A la Figura 4 es representa l'evolució en les demandes de radiografia de tòrax respecte al total d'intervencions tant de cirurgia major ambulatòria (taronja) com de cirurgia amb ingrés (blau). En el cas dels electrocardiogrames preoperatoris, l'evolució és la que apareix a la Figura 5.

En resum, la implementació d'aquesta matriu va comportar importants reduccions en el nombre de proves sol·licitades, va ajudar a adequar els recursos de què disposàvem i ha comportat un important canvi d'hàbits, gràcies també a la generositat dels diferents col·lectius implicats, que han acceptat aquest canvi.

		Categoria de la patologia base del pacient					
		1		2		3	
	Edat	≤ 65	> 65	≤ 65	> 65	≤ 65	> 65
Complexitat quirúrgica	1	A	A	A	A	A	A
	2	A	A, E	A	A, E	A, E	A, E
	3	A, E	A, E	A, E	A, E	A, E	A, E, R

A = Analítica
E = Electrocardiograma
R = Radiografia

FIGURA 3. **Matriu d'avaluació preoperatòria del Consorci Sanitari de Terrassa**

Conclusions finals

La CMPC està ajudant a generar cultura de pràctiques clíniques que aporten valor a la nostra institució gràcies a l'aposta de la Direcció Assistencial, el rigor, la transparència, la participació oberta i el lideratge dels seus membres. Lluny de ser fàcil, les dificultats que tenim per fer créixer internament aquesta cultura són la càrrega de treball dels membres

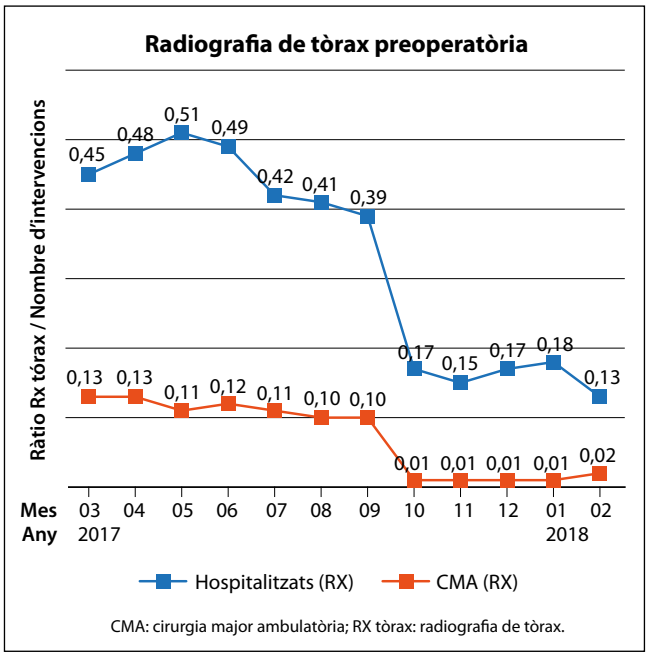


FIGURA 4. **Ràtio: realització de radiografia de tòrax/nombre total d'intervencions**

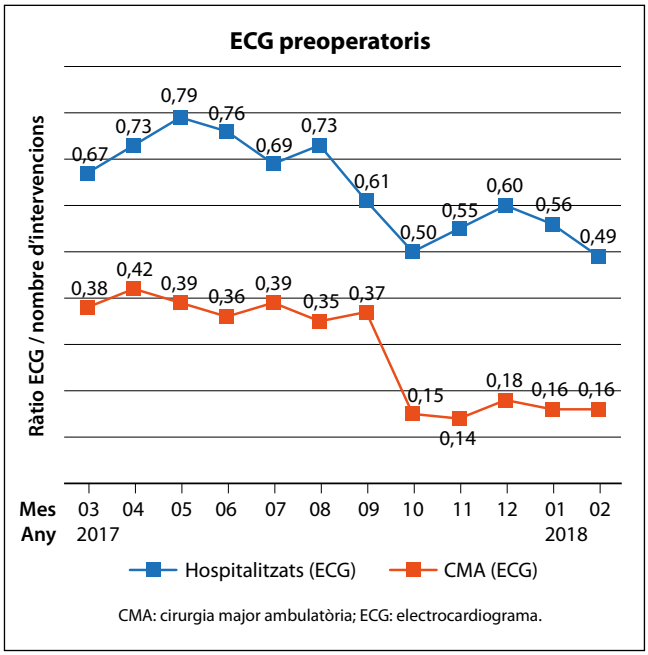


FIGURA 5. **Ràtio: realització d'electrocardiograma/nombre total d'intervencions**

—donat que cap està alliberat de temps assistencial—, les limitacions de l'evidència científica en algunes de les recomanacions, la dependència de sistemes d'informació i la resistència i les inèrcies de determinats professionals.

Per resoldre-ho, promovem la renovació transparent dels membres, amb incorporació de nous professionals amb ganes de participar, com són metges residents o de treball social que donen visions diferents a problemes no resolts, estimulem la formació dels membres (Right Care, GRADE, metodologia *lean*...) i la recerca, promovent estudis clínics interns i multicèntrics així com creant una xarxa de col·laboració amb altes comissions.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Valera J. Right Care: agenda estratégica y práctica [Internet]. Avances en Gestión Clínica. 18 d'agost de 2014. Consultable a: http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2014/08/right-care-agenda-estrategica-y-practica.html. Accés el 10 de juliol de 2018.
2. Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública-Centro Cochrane Iberoamericano. Grupo 43 del CIBERESP. Hospital de Sant Pau-IIB Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. Diana-Salud. Divulgación de iniciativas para analizar la adecuación en salud [Internet]. Consultable a: http://www.dianasalud.com/index.php. Accés el 10 de juliol de 2018.
3. Generalitat de Catalunya. Radiografia d'abdomen simple i dolor abdominal agut [Internet]. Essencial. 2015 Consultable a: http://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/radiografia_dolor_abdominal. Accés el 10 de juliol de 2018.

La millora de l'adequació clínica al Consorci Sanitari Integral

Pedro Armario, Luis Miguel Sarmiento, Jordi Català, Susanna Pérez, en nom de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari Integral*

Consorci Sanitari Integral. Universitat de Barcelona.

Introducció

La pràctica clínica té una variabilitat important que s'associa a pitjors resultats de salut i a un augment del cost de les cures. Tot i diferents iniciatives i esforços, la variabilitat de la pràctica clínica ha estat substancial i, tradicionalment, difícil de resoldre. Això es deu a diferents factors com ara heterogeneïtat en el grau de coneixement dels clínics, preocupacions sobre el risc de mala praxi, incentius econòmics o no cap a determinades conductes, el valor de l'autonomia o les preferències dels metges, la manca de suport en algunes decisions, així com un desequilibri entre la demanda clínica i els recursos disponibles[1,2]. Altres factors que poden exercir la seva influència sobre l'estandardització de la pràctica clínica són els propis de l'entorn del pacient: factors socials i ambientals.

Els recursos disponibles són limitats i, tant a la recerca com a la pràctica clínica, els hem d'optimitzar; tots en som d'alguna forma responsables. D'altra banda, hem d'avançar en una medicina centrada en el pacient; hem d'oferir-li un rang d'opcions i compartir amb ell els resultats, riscos i beneficis de cadascuna de les opcions, perquè els pacients puguin combinar aquesta informació amb les seves preferències i valors i l'ajudin a prendre la decisió que consideri millor per a ell. No obstant això, una de les barreres és el propi professional sanitari, ja que com s'inclou en el títol d'un excel·lent editorial sobre el tema, en moltes ocasions fer menys és millor, però amb freqüència els metges tenen por de no intervenir[3].

La variabilitat en la pràctica clínica s'ha constatat tant en la sol·licitud de proves diagnòstiques (de laboratori o d'imatge) com en els tractaments que es decideixen. Diferents iniciatives de nombroses societats científiques han identificat sol·licituds de proves de laboratori repetitives en pacients estables clínicament, que aporten poc valor[4]. El nombre de proves sol·licitades és encara més gran en hospitals amb especialistes en formació, de manera que una bona formació dels metges residents sobre la sol·licitud i la interpretació de les proves de laboratori és essencial[5]. També ha estat ben descrita l'elevada sol·licitud de proves d'imatge que aporten poc valor en situacions tan prevalents com la cefalea o la lumbàlgia[6].

Un aspecte molt important a ressaltar no és només els costos innecessaris sinó els potencials riscos que això comporta, un dels més debatuts és el sobrediagnòstic, entès com el fenomen que ocorre quan les persones són diagnosticades de malalties que mai els causarien símptomes ni els escurçarien la vida però, en canvi, l'alarma generada per la troballa els pot ocasionar conseqüències no desitjables[7].

Història de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari Integral

La Comissió de Millora de la Pràctica Clínica (CMPC) del Consorci Sanitari Integral (CSI) va ser creada l'any 2013 a proposta de la Direcció, que va designar el seu president. Segons va manifestar la Direcció, la idoneïtat de la persona que havia d'ocupar aquest càrrec es basava en dos punts: la seva experiència prèvia com a president de la Comissió de Guies de Pràctica Clínica i la seva tasca com a cap d'un nou model organitzatiu de la nostra institució.

La Direcció del Consorci Sanitari Integral va proposar, l'any 2012, el desenvolupament d'un nou sistema organitzatiu, denominat Àrees d'Atenció Integrada (AAI), que es basa en 4 pilars: qualitat tècnica, continuïtat assistencial, organització centrada en el pacient i sostenibilitat. Aquest nou sistema organitzatiu té com a missió garantir l'atenció sanitària en aquells pacients en què és imprescindible la coordinació entre diferents equips de professionals i nivells assistencials per aconseguir els millors resultats del procés assistencial. Les AAI es proposen com a sistema adequat per resoldre el dilema dels pacients amb pluripatologia, major complexitat i, per tant, amb una major necessitat del continu assistencial, en els quals se sobrepassa l'atenció de la malaltia, per orientar-se a les necessitats del pacient[8].

Correspondència: Pedro Armario
President de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica
Consorci Sanitari Integral. Universitat de Barcelona
Hospital Moisès Broggi
C/ Jacint Verdaguer, 90
08970 Sant Joan Despí
Tel. 935 531 200 ext. 8602
Adreça electrònica: parmario@csi.cat

Annals de Medicina 2018;101:109-111.

Els membres inicials de la CMPC (15) es van decidir conjuntament entre la Direcció i el seu president, buscant un equilibri entre comandaments i professionals sanitaris de la base amb lideratge reconegut en el seu àmbit. Per la tasca a fer i per les característiques de la nostra institució es va formar una comissió multidisciplinària amb la participació de representants de l'Hospital, del complex sociosanitari, d'atenció primària i d'infermeria (d'hospital i d'assistència primària).

Durant el primer any les reunions van anar dirigides a definir la nostra missió, cohesionar el grup i millorar la formació dels seus membres en aspectes metodològics i en el concepte de no fer el que no aporti valor a la salut o al pacient, sense deixar de fer res del que és realment necessari. Actualment la CMPC està formada per 22 membres.

Les funcions de la CMPC del CSI són similars a les que es van definir en altres comissions (poques) que començaven la seva etapa en la mateixa època i ha tingut com a model la Comissió de Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC) de l'Hospital de Sant Pau, liderada per X. Bonfill (Taula 1).

TAULA 1. **Funcions de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari Integral**

- Identificar pràctiques clíniques de poc valor i promoure recomanacions per tal d'evitar-ne la realització
- Informar els professionals del Consorci Sanitari Integral sobre procediments que, segons l'evidència científica i el consens d'experts, no aporten beneficis per a la salut
- Fomentar la participació dels professionals sanitaris en la identificació de pràctiques de poc valor
- Avaluar l'impacte de les recomanacions en el sistema sanitari, tant des del punt de vista de procés com de resultats finals

Entre els punts forts de la nostra CMPC hem de destacar: el recolzament continu de la Direcció, la participació activa de tots el membres i el bon clima en les reunions del ple de la CMPC, així com en els subgrups de treball per a l'elaboració de les diferents recomanacions en què participen membres de la CMPC i experts del nostres centres. Un altre punt a destacar és la bona coordinació amb altres comissions i la participació activa dins de les tres jornades celebrades a Catalunya: el nostre hospital va organitzar les II Jornades.

Entre els punts que necessitem millorar cal mencionar sobretot la millora en la implementació i avaluació de les recomanacions aprovades per la CMPC (Taula 2) i la necessitat de donar un pas endavant i començar a treballar en xarxa amb les altres comissions, a banda de la trobada anual d'intercanvi d'experiències durant les Jornades.

TAULA 2. **Recomanacions de la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica del Consorci Sanitari Integral**

1. Sol·licitud de les troponines I.
2. Sol·licitud de la radiologia simple d'abdomen.
3. Maneig del delírium.
4. Tractament de l'HTA lleugera o HTA grau 1.
5. Estratègia per al seguiment dels quists d'ovari.
6. Maneig de la bacteriúria asimptomàtica.
7. Tractament de la dislipèmia segons el risc cardiovascular.
8. Sondatge urinari inadequat.
9. Maneig de l'anticoagulació en el pacient mèdic hospitalitzat.
10. Indicacions de l'electrocardiograma de seguiment en el pacient de baix, mitjà o alt risc cardiovascular.
11. Maneig perioperatori del pacient anticoagulat.
12. Maneig perioperatori del pacient amb tractament antiagregant.
13. Canvi de la medicació parenteral a via oral.
14. Educació terapèutica del pacient crònic.
15. Maneig del traumatisme craneoencefàlic lleu.
16. Maneig de les crisis hipertensives sense risc vital.

Conclusions

Les iniciatives sobre recomanacions del que no cal fer, elaborades per moltes societats científiques, tant als EUA com al nostre país, no han tingut encara l'impacte que seria desitjable. Una de les raons pot ser el baix coneixement d'aquestes iniciatives i recomanacions, fins i tot dins dels propis centres que disposen d'una CMPC. No obstant això, la reducció de pràctiques inapropiades requereix temps, esforç, organització i avaluació al llarg del temps. Com assenyala García-Alegría en un recent editorial: "ha arribat el moment d'aprendre, ensenyar i practicar també el que no cal fer"[9]. Finalment, no cal oblidar la necessitat de compartir les decisions amb els pacients i que les dues parts aprenguin a gestionar i acceptar la incertesa en la pràctica clínica.

NOTA

*Els membres de la CMPC del Consorci Sanitari Integral són: Pedro Armario, cap de l'Àrea Atenció Integrada Risc Vascular. President de la CMPC; Maria Rotllan, directora de Desenvolupament Estratègic: Docència i Recerca; Kenneth Planas, responsable de Planificació i Seguretat del Pacient; Susanna Pérez, metgessa adjunta ABS Gaudí. Barcelona. Secretària de la CMPC; Eva Bassas, metgessa adjunta del Servei d'Anestèsia; Alberto Cabestrero, metge Adjunt del Servei de Cardiologia; Daniel Coronado, metge adjunt del Servei de Cirurgia General; Jordi Català, cap del Servei de Diagnòstic per la Imatge; Gemma Celma, facultativa del Laboratori; Joan Girós, Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia; Montse Gómez, metgessa adjunta del Servei d'Urgències; César Granado, metge adjunt d'Assistència Primària; Raúl Lafuente, Servei

d'Hematologia; Ricard Martí, metge adjunt d'ORL, Centre Atenció Integrada Dos de Maig (CAIDM); Josep Masdeu, cap del Servei d'Anestèsia; Maribel Muñoz, DUI d'Assistència Primària; David Ortiz, metge adjunt d'Assistència Primària; Catalina Padilla, coordinaria assistencial d'Infermeria; Ana Mª Pedro, metgessa adjunta d'Assistència Primària; Lluís Reig, cap del Servei de Geriatria; Mònica Rey, DUI CAIDM i Luis Miguel Sarmiento, metge adjunt del Servei de Medicina Interna.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care cost-lessons from regional variation. N Engl J Med. 2009;360:849-52.
2. Soni SM, Giboney P, Yee HJ. Development and implementation of expected practices to reduce inappropriate variations in clinical practice. JAMA. 2016;315:2163-4.
3. Esserman L. When less is better, but physicians are afraid not to intervene. JAMA Intern Med. 2016;176:888-9.
4. Eaton KP, Levy K, Soong C, Pathwa AK, Petrilli C, Ziemba JB et al. Evidence-based guidelines for eliminate repetitive laboratory testing. JAMA Intern Med. 2017;177:1833-9.
5. Valencia V, Aora VM, Ranji SR, Meza C, Moriates C. A comparison of laboratory testing in teaching vs nonteaching hospitals for 2 common medical conditions. JAMA Intern Med. 2018;178:39-47.
6. Hong AS, Ross-Degnan DR, Zhang F, Wharan JF. Clinician-level predictor for ordering low-value imaging. JAMA Intern Med. 2017;177:1577-85.
7. Varela J. Sobrediagnóstico, realidades y perspectivas. Med Clin (Barc). 2017;148:118-20.
8. Armario P, Jericó C, Vila L, Freixa R, Martín-Castillejos C, Rotllan M, en nombre de los miembros del Área de Atención Integrada de Riesgo Vascular. Área de Atención Integrada de Riesgo Vascular: un nuevo modelo organizativo para el control global de los factores de riesgo. Hipertens Riesgo Vasc. 2017;34:72-7.
9. García-Alegría J. El reto de no hacer. Rev Clin Esp. 2017;217:208-9.

L'experiència de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron en la millora de l'adequació de la pràctica clínica

Dimelza Osorio[1,2,3], Mónica Ballesteros[1,2], Soledad Romea[1,2], Sergi Bellmunt[4], Montserrat Martínez[5], Anna Ochoa d'Echagüen[2,6], Vicenç Martínez[2,7]

[1]Direcció de Processos; [2]Grup de Recerca en Serveis Sanitaris. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR); [3]CIBER en Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP); [4]Servei de Cirurgia Vascular; [5]Unitat de Gestió del Coneixement i Avaluació d'Infermeria. Direcció d'Infermeria; [6]Direcció Assistencial; [7]Gerència. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Resum

En aquest article presentem l'experiència de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron en la implementació d'un programa de millora de l'adequació de la pràctica clínica, com a element clau del model de transformació organitzativa i cultural impulsat per la Direcció del centre des de l'any 2015. Expliquem els inicis del programa, per què i com hem reorientat la metodologia de treball inicialment implementada per assolir les nostres expectatives i com hem aconseguit promoure l'interès dels professionals en la identificació i reducció de pràctiques de poc valor.

Introducció

L'adequació de la pràctica clínica engloba les següents dimensions: l'efectivitat, basada en la millor evidència disponible del balanç risc-benefici; l'eficiència, en relació amb el balanç cost-benefici; i les característiques, valors i preferències dels pacients i la societat[1]. El Sistema Nacional de Salud ha de promoure, entre altres, una assistència sanitària adequada, fent un especial esforç a reduir i evitar aquelles prestacions de poc valor o inadequades amb la finalitat de mantenir la seva sostenibilitat sense sacrificar la qualitat assistencial[2].

L'Hospital Universitari Vall d'Hebron va implementar el 2015 el Programa de Millora de la Pràctica Clínica amb l'objectiu de donar suport als professionals per generar i mantenir una cultura de millora contínua de l'adequació, mitjançant la promoció de pràctiques adequades i la identificació i reducció de pràctiques o models organitzatius innecessaris, inadequats o de poc valor clínic per al pacient. En aquest article presentem l'experiència de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron en la implementació d'aquest programa i els resultats obtinguts fins ara.

Correspondència: Dimelza Osorio
Direcció de Processos
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Passeig de la Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
Tel. 934 893 000 ext. 2736
Adreça electrònica: d.osorio@vhebron.net

Annals de Medicina 2018;101:112-114.

Inici del programa

L'Hospital compta des de fa anys amb diverses comissions i grups de treball dedicats a la millora de l'adequació, entre aquests s'inclouen les comissions reglamentàries del Sistema Nacional de Salut (per exemple la Comissió de Mortalitat o la Comissió Farmacoterapèutica), així com altres comissions que s'han constituït per tractar temes específics (per exemple, la Comissió de Seguretat o la Comissió del Dolor).

L'any 2015, la Direcció de l'Hospital va decidir iniciar un programa per identificar i reduir específicament pràctiques inadequades o de poc valor. El programa, inicialment, es va concentrar en la constitució d'una comissió multidisciplinària anomenada Comissió de Millora de la Pràctica Clínica (MPC). Aquesta comissió va estar formada per 27 professionals mèdics i d'infermeria procedents d'àrees assistencials, serveis de suport i membres de les direccions assistencials, de sistemes, de processos i econòmica. A més, va comptar amb la participació d'una epidemiòloga, que donava suport per desenvolupar les anàlisis d'adequació. Es va fer difusió del programa mitjançant sessions informatives a diversos serveis de l'Hospital durant el primer trimestre de 2016.

En el marc de la comissió s'analitzava l'adequació de diferents intervencions diagnòstiques o terapèutiques proposades pels professionals membres. L'anàlisi incloïa una revisió de l'evidència científica mitjançant una metodologia de *rapid reviews* i l'obtenció de la prevalença d'ús de la prestació a l'hospital a partir de les dades d'activitat de l'hospital proporcionades per la Direcció de Sistemes d'Informació. Amb la informació obtinguda mitjançant aquestes dues fonts, es realitzaren reunions amb els professionals assistencials i la Direcció Assistencial per comentar les troballes i dissenyar i engegar accions de millora que es consideressin pertinents.

Necessitat d'un canvi

Després d'un any de funcionament, vàrem fer una avaluació dels resultats obtinguts. Vàrem detectar que malgrat que l'acceptabilitat del programa era en general positiva, el nombre de temes proposats era escàs en relació amb les

nostres expectatives. Es van analitzar tres prestacions (Taula 1, columna de l'esquerra). Pensem que potser el concepte de pràctiques inadequades no havia estat suficientment entès pels membres de la comissió i que no s'havia aconseguit estendre-ho suficientment a la resta de professionals del centre. Atribuïm això al fet que històricament els professionals sanitaris estem acostumats que se'ns indiqui què hem de fer, quina prova diagnòstica funciona o quin tractament és eficaç, però usualment no ens detenim a analitzar si tot allò que fem per rutina és realment necessari.

Exploràrem també la possibilitat d'analitzar les prestacions inadequades identificades per les diferents iniciatives que han tractat aquests temes a través de recomanacions per reduir pràctiques de poc valor, com ara els projectes Essencial[3], Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas Españolas[4] i Choosing Wisely[5], consultades a través del portal DianaSalud[6]. En alguns casos, els professionals no estaven d'acord amb la inadequació assenyalada pels autors de les recomanacions; en altres casos, tot i estar d'acord amb la inadequació, no ho consideraven prou freqüent com per emprendre accions de millora i, en altres casos, no identificàrem líders clínics per dur a terme l'anàlisi o les accions de millora.

Davant aquest panorama, vam decidir reorientar el funcionament del Programa de Millora de la Pràctica Clínica aprofitant la conjuntura de l'actual model de gestió de l'hospital, basat en tres pilars per donar una assistència centrada en el pacient: flux, seguretat i coneixement. El pilar del flux fa referència a l'optimització de tots els processos assistencials, reduint totes aquelles accions que no aporten valor al pacient per ser més àgils i eficients. El pilar de la seguretat reuneix les accions per prevenir, detectar i minimitzar situacions de risc presents durant el procés assistencial tant per als pacients com per als professionals. Finalment, el pilar del coneixement, que canalitza la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica, correspon a l'assistència basada en la millor evidència disponible d'eficàcia i efectivitat, garantint sempre l'adequació de la pràctica clínica.

El model promou una organització orientada al procés assistencial, trencant amb la clàssica estructura basada en unitats i serveis. Per implementar el model s'estan impulsant a l'Hospital diverses accions, principalment formatives i d'autoavaluació, basades en els tres pilars. La formació es duu a terme a través de tallers, en els quals hi participen professionals de tots els estaments, en metodologies per a l'optimització dels processos assistencials (*lean* [gestió sanitària ajustada] o *design thinking* [pensament de dissenyador], entre d'altres), la garantia de la seguretat i la millora de l'adequació. Les accions d'autoavaluació es duen a terme a través de diverses reunions en les quals, conjuntament, professionals de medicina, infermeria i teràpies, auxiliars d'infermeria, zeladors i administratius analitzen el procés de l'atenció al pacient, identificant problemes, interrupcions, dificultats i ineficiències que dificultin la fluïdesa, la seguretat i l'adequació de la pràctica clínica.

Aquestes reunions han estat l'escenari ideal per identificar les pràctiques de poc valor, ja que espontàniament es posen de manifest situacions de variabilitat injustificada en la pràctica clínica que reflecteixen manca d'unitat en el criteri clínic, sobreutilització, subutilització o ús inadequat de determinades proves diagnòstiques o tractaments. També ens ha permès analitzar l'adequació de les interconsultes de l'hospital, la duplicitat de proves o les mancances en l'adherència a protocols i procediments.

Amb aquest nou enfocament, considerem que hem aconseguit promoure l'interès dels nostres professionals en la identificació i reducció de pràctiques de poc valor, ja que el nombre de sol·licituds d'avaluació de prestacions procedents dels professionals s'ha incrementat considerablement, de 3 en un any a 8 en sis mesos (Taula 1, columna de la dreta). Les reunions d'anàlisi del procés també ens han servit com a vehicle d'accions de millora, les quals molt sovint estan relacionades amb millorar la comunicació entre els professionals i consensuar criteris clínics a través de nous protocols i procediments. Altres accions de millora han estat la realització de cursos formatius (per exemple, sobre l'ús adequat de l'oxigenoteràpia) i ajustos en els sistemes informàtics de l'hospital per tal de facilitar l'adherència a les recomanacions per reduir pràctiques de poc valor.

TAULA 1. **Nombre de prestacions analitzades amb l'estratègia centrada en la comissió *versus* l'estratègia integrada en la gestió per processos**

Estratègia centrada en la comissió (n = 3 en 12 mesos)	Estratègia integrada en la gestió per processos (n = 8 en 6 mesos)
1. AngioTAC en el diagnòstic de l'embolisme pulmonar	1. Ecocardiograma portàtil en atenció primària
2. Reacció en cadena de la polimerasa en la sospita de la sèpsia neonatal	2. Alcohol iodat en quiròfan
3. Electromiografies en la síndrome de túnel carpià	3. Rasurat del lloc quirúrgic
	4. Antiangiogènics en el tractament de l'edema macular
	5. Oxigenoteràpia d'ús hospitalari
	6. Indicació i durada adequada del monitoratge fetal en consultes externes
	7. Prehabilitació en pacients amb hemofília
	8. Cura del cordó umbilical del nounat

Noves perspectives

Els diferents temes tractats al llarg de gairebé tres anys ens han permès introduir progressivament els conceptes relacionats amb la millora de l'adequació. Ara, cada vegada més escoltem els professionals referir-se a variabilitat injustificada, pràctica inadequada, pràctica de poc valor, ús inadequat, etc. El temps també ens ha permès identificar líders clínics (metges i infermeres) amb un gran interès per millorar l'adequació de la pràctica clínica en els seus camps d'experiència professional. D'aquesta manera, hem tornat a veure la necessitat de crear un espai per exposar les propostes que els professionals fan en analitzar els processos assistencials, així com per aprofundir en la metodologia de la millora de l'adequació i dissenyar noves estratègies per a la reducció de pràctiques de poc valor. Per aquest motiu hem redissenyat la Comissió de Millora de la Pràctica Clínica, ara com a grup coordinador del programa MPC.

La nova edició de la comissió té 16 membres, quatre dels quals pertanyien a l'edició anterior. Està presidida per un cap de servei i compta amb dues vicepresidències, la responsable del programa d'MPC i l'adjunta d'infermeria de gestió del coneixement i avaluació. Un dels aspectes que destaquem de l'experiència de la millora de l'adequació integrada a la gestió per processos és l'important paper dels professionals d'infermeria en la millora de l'adequació, proposant tant temes per analitzar com accions de millora.

Aquesta nova comissió integra quatre subcomissions: avaluació de noves tecnologies; avaluació de guies, protocols i procediments; avaluació de tècniques de diagnòstic *in vitro*; i excel·lència en cures d'infermeria. Aquesta integració busca garantir l'adequació de les prestacions diagnòstiques i terapèutiques, tant les ja implantades com les de nova incorporació i tant de l'àmbit de medicina com d'infermeria.

Fins ara, a la comissió s'han identificat diferents temes proposats pels seus membres, que s'han prioritzat a partir de la disponibilitat d'un líder clínic per emprendre accions de millora, la seva potencial transversalitat a tota l'organització, l'impacte que pugui tenir la pràctica segons el nombre de pacients que pugui afectar i l'impacte pressupostari de la reducció de la pràctica analitzada.

Conclusions

El nostre principal repte en implementar una comissió de millora de la pràctica clínica a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron ha estat aconseguir atreure l'atenció dels professionals assistencials cap al "no fer" i com eliminar les pràctiques innecessàries, inadequades o de poc valor.

En la nostra experiència, el model de gestió basat en processos amb un exercici constant d'autoavaluació ha estat l'escenari ideal per a la identificació de pràctiques de poc valor. Aquest model comporta l'anàlisi multidisciplinària i retrospectiva del nostre dia a dia, la qual cosa posa de manifest de forma espontània pràctiques de poc valor i ajuda a la identificació de les accions de millora necessàries, que en el nostre cas ha inclòs, per exemple, millores en la comunicació o ajustos en els sistemes d'informació.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. WHO Regional Office for Europe. Appropriateness in Health Care Services: Report on a WHO Workshop; Koblenz, Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009. Consultable a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/119936/E70446.pdf. Accés el 18 de juliol de 2018.
2. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L, editors. Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009. Consultable a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf. Accés el 18 de juliol de 2018.
3. essencialsalut.gencat.cat. Agència d'Avaluació i Qualitat Sanitàries de Catalunya (AquAS). Barcelona. Consultable a: http://essencialsalut.gencat.cat/ca/. Accés el 18 de juliol de 2018.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas. Madrid. Consultable a: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sscc.htm. Accés el 18 de juliol de 2018.
5. ABIM Foundation. ChoosingWisely.org. Filadèlfia. Consultable a: http://www.choosingwisely.org/. Accés el 18 de juliol de 2018.
6. Bonfill X, Osorio D, Sola I, Pijoan JI, Balasso V, Quintana MJ et al. DianaHealth.com, an on-line database containing appraisals of the clinical value and appropriateness of healthcare interventions: Database development and retrospective analysis. PLoS One. 2016 Feb 3;11(2):e0147943. Consultable a: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147943. Accés el 18 de juliol de 2018.

La Comissió de Millora de l'Adequació Clínica de l'Hospital Sant Joan de Déu

Josep Lluís Vega

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

Resum

En aquest article resumim l'experiència del primer any de posada en marxa de la que hem anomenat Comissió de Millora de l'Adequació Clínica (Comissió MAC) de l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues-Barcelona. Destaquem els elements que considerem clau per a una implementació correcta i reflexionem sobre allò que pensem que ha de ser la nostra evolució futura.

Introducció

A l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues-Barcelona l'estratègia de millora de l'atenció als pacients i les seves famílies s'articula entorn a tres eixos principals: mètode, coneixement i client.

Mètode

Es tracta d'enfocar la millora de l'organització dels processos assistencials. Per fer-ho s'utilitzen diferents eines, entre les quals destaquem la metodologia *lean* (gestió sanitària ajustada) com una de les que ens resulta més útil per estructurar i fer més eficients els processos d'atenció.

Client

Es tracta de conèixer i millorar l'experiència de pacients i famílies. Amb diferents eines com el *design thinking* (pensament de dissenyador) volem conèixer aquesta experiència i detectar els punts de millora que amb altres metodologies poden passar desapercebuts o ser subestimats. Ens resulta especialment útil quan volem posar en marxa un nou servei o dispositiu assistencial.

Coneixement

Es tracta d'accedir al millor coneixement disponible i aconseguir que sigui aquest el que orienti la pràctica clínica. En aquest eix resulta l'element més transcendent la Comissió MAC, que és complementada per la Comissió d'Estandardització de la Pràctica Clínica (Comissió ESPRACT).

Eines per a impulsar l'aplicació del coneixement

La Comissió ESPRACT vetlla perquè es mantinguin actualitzats els principals protocols i guies clíniques, ja siguin creats pels professionals del propi hospital, adoptats o adaptats d'altres existents. Alhora, de forma progressiva, monitora indicadors d'adherència a aquests protocols i revisa els indicadors de resultat clínic de les pràctiques estandarditzades, per detectar situacions en què sigui necessària la modificació o el reforç de la implantació de l'estàndard.

La Comissió MAC va ser creada per impuls de la Direcció Mèdica com a eina per aproximar la pràctica clínica que es proporciona al nostre hospital a la millor pràctica recomanable, segons l'evidència científica disponible en cada moment. El seu àmbit d'actuació és el conjunt de les pràctiques que realitzen els professionals assistencials per a l'atenció dels nostres pacients.

Funcionament de la Comissió de Millora de l'Adequació Clínica (Comissió MAC)

Cal destacar, en primer lloc, que va ser un element de gran ajuda disposar de l'assessorament expert que va proporcionar el Dr. Xavier Bonfill, gràcies a un acord entre l'Hospital de Sant Pau i l'Hospital Sant Joan de Déu amb aquesta finalitat. Això ha permès una implantació més ràpida i efectiva que la que s'hagués pogut dur a terme pel nostre compte.

En aquest context, l'organització del funcionament de la Comissió MAC ha replicat en molts elements la de la Comissió MAPAC de l'Hospital de Sant Pau. Seguidament esmentarem els elements de funcionament més destacables.

Fases de l'actuació de la Comissió MAC

La seqüència d'accions que du a terme la comissió és la següent:

– Detecció de pràctiques sobre les quals és recomanable dur a terme una revisió. Les fonts possibles són: revisió

Correspondència: Dr. Josep Lluís Vega
Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, 2.
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 932 532 100
Adreça electrònica: jvega@sjdhospitalbarcelona.org

Annals de Medicina 2018;101:115-117.

periòdica de cercadors de pràctiques recomanades del tipus DianaSalud, els propis membres de la comissió, altres professionals de la institució i la Direcció del centre.

– Descripció de la pràctica actual objecte de revisió.

– Cerca de la millor evidència disponible respecte a la pràctica.

– Proposta de canvis a dur a terme.

– Establiment de la tàctica d'implementació d'aquests canvis.

– Seguiment dels canvis executats i dels seus efectes.

Cal assenyalar que no sempre hi ha una actuació seqüencial; en ocasions es simultaniegen diverses fases, principalment l'aprofundiment en l'anàlisi de l'evidència i la descripció de la pràctica actual.

Pràctiques clíniques revisades

Durant aquest primer any de funcionament s'han pogut revisar les següents pràctiques, tenint en compte que s'ha treballat a partir d'una reunió mensual del grup.

– Revisió global de les recomanacions de pràctica clínica que es troben al cercador DianaSalud.

– Anàlisi de l'adequació de les nostres pràctiques en diagnòstic per la imatge en funció de les recomanacions que es troben al cercador DianaSalud.

– Apendicectomia laparoscòpica enfront apendicectomia oberta en l'apendicitis aguda.

– Estudi preoperatori.

– Proves electroencefalogràfiques en el diagnòstic i seguiment de les convulsions.

– Col·locació i extracció dels reservoris venosos centrals (PAC).

– Incorporació dels tests viscoelàstics per a la descentralització dels estudis de coagulació.

– Ús de biomarcadors de pronòstic i gravetat.

Estudi preoperatori

Quant a aquesta pràctica revisada, volem destacar alguns elements que ens sembla que tenen un interès especial. Per una banda, el fet que la part més senzilla del procés ha estat la cerca de l'evidència. Les dificultats s'han trobat més en la preparació d'una estratègia d'implementació consensuada amb tots els actors implicats i que permetés apropar el màxim possible la pràctica clínica a les recomanacions de la literatura.

En concret, el que s'ha acabat fent és una adaptació de la guia recomanada pel National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Gran Bretanya, dividint el grup de cirurgia de complexitat intermèdia en dos subgrups: un de cirurgia de més risc de sagnat i un altre de menys risc. Els procediments que s'han inclòs en cada un dels dos subgrups s'han acordat amb cadascuna de les especialitats quirúrgiques. Aquesta "concessió" ha permès una implantació calmada i eficaç.

Proves electroencefalogràfiques en el diagnòstic i seguiment de les convulsions

En la revisió d'aquesta pràctica també destaca la poca dificultat en accedir al coneixement de l'evidència científica. En canvi, la descripció de la nostra pràctica en aquesta situació clínica ha precisat de la revisió de més de 1.200 històries clíniques de pacients atesos per convulsions. El nostre sistema d'informació no tenia capacitat d'extraure les dades necessàries per a poder descriure-la. Però aquesta necessitat de revisió també ha tingut un efecte positiu sobre l'equip de neuropediatres del centre ja que s'han fet clarament conscients de la inadequació del maneig dels casos que estaven revisant.

Dificultats de la posada en marxa de la Comissió MAC

De forma resumida, aquesta posada en marxa no ha estat especialment dificultosa. El fet que fos impulsada per la Direcció Mèdica i que es disposés d'un assessorament expert l'han facilitada. En tot cas, destacaríem com a principals esculls: el fet que representa una sobrecàrrega de feina dels professionals implicats; la necessitat de disposar de personal adequadament format per a la cerca d'evidència; la dificultat comentada anteriorment per aprofundir en com es duu a terme la pràctica clínica actualment; i la dificultat per trobar una proposta de canvis ben acceptada pels clínics i que s'apropi el màxim possible a les recomanacions de la literatura.

Conclusions

Les principals conclusions que hem extret de l'experiència de posada en marxa de la Comissió de Millora de l'Adequació Clínica han estat:

– La fórmula idònia inclou l'ajuda i acompanyament per part de professionals que tinguin experiència en aquest tipus de comissions.

– Aquestes comissions són una fórmula útil per incorporar la cultura de l'adequació de la pràctica clínica entre els professionals i possibiliten la revisió i millora de determinades pràctiques.

– Les unitats i serveis assistencials han d'incorporar metodologia de revisió de l'adequació de la pràctica clínica en el seu funcionament propi. En aquest marc, la Comissió MAC pot complir el paper de donar suport a les revisions que realitzin unitats i serveis.

– D'aquesta manera, la Comissió MAC ha de concentrar la revisió de les pràctiques transversals que afectin múltiples unitats i/o serveis.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Bonfill X, Osorio D, Solà I, Pijoan JI, Balasso V, Quintana MJ et al. DianaHealth.com, an on-line database containing appraisals of the clinical value and appropriateness of healthcare interventions: Da-

tabase development and retrospective analysis. PLoS One. 2016 Feb 3;11(2):e0147943.
2. Bonfill X, Centro Cochrane Iberoamericano. La Colaboración Cochrane cumple 20 años. Med Clin (Barc). 2014 Sep 9;143(5):210-5.
3. Urrutia G, Bonfill X. Revisiones sistemáticas: una herramienta clave para la toma de decisiones clínicas y sanitarias. Rev Esp Salud Publica. 2014 Jan-Feb;88(1):1-3.

Prevenció i actuació davant el risc de caigudes en pediatria a l'àmbit hospitalari

Concepció Agustín[1], Judith Bringué[2], Estrella Gargallo[3], Marisa Jiménez[4], Irene Ortiz[3], Montserrat Planella[5], Montserrat Pujol[6], M. Carmen Ruiz[7], Cristina Sagrera[8], Violeta Tapia[9], M. José Troyano[1]

[1]Hospital Universitari Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat; [2]Hospital Comarcal del Pallars. Tremp; [3]Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; [4]Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica. Departament de Salut; [5]Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta; [6]Hospital de la Sant Creu i Sant Pau. Barcelona; [7]Consorci Sanitari del Maresme; [8]Hospital Universitari General de Catalunya, Quironsalud. Sant Cugat del Vallès; [9]Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducció

El Departament de Salut desenvolupa i impulsa accions que contribueixin a millorar la seguretat dels pacients amb l'objectiu de garantir la màxima qualitat dels serveis sanitaris i una pràctica assistencial més segura.

L'estratègia en seguretat dels pacients del Departament de Salut només es pot desplegar i fer efectiva si els centres sanitaris dissenyen i desenvolupen la seva pròpia estratègia i polítiques associades de manera alineada, establint plans de seguretat dels pacients i objectius clarament establerts i apropiats. També és necessari establir mecanismes de comparació transparents dels resultats d'aquests objectius amb la finalitat de compartir el coneixement i incorporar mecanismes d'aprenentatge entre els centres.

Les caigudes accidentals intrahospitalàries es troben definides dins dels estàndards de qualitat per la seguretat dels pacients del Sistema Nacional de Salut (SNS) en el projecte SENECA, on es recomana l'elaboració d'un protocol de prevenció de caigudes com un indicador de qualitat en les cures infermeres.

El terme 'caiguda' es troba definit de maneres diferents i no hi ha un criteri comú dins la bibliografia consultada. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 2012 defineix la caiguda com un "esdeveniment involuntari que fa perdre l'equilibri i fa que el cos topi amb el terra o una altra superfície ferma que el detingui" i segons la taxonomia NANDA 2009-2013, es descriu el risc de caiguda com "la situació vulnerable a un augment de la susceptibilitat a les caigudes que pot causar un dany físic i comprometre la salut".

Correspondència: Concepció Agustín Mata
Hospital Universitari Sant Joan de Déu
Passeig de Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 932 804 000 ext.73604
Mòbil 678 856 921
Adreça electrònica: cagustin@sjdhospitalbarcelona.org

Annals de Medicina 2018;101:118-120.

Les caigudes en l'àmbit hospitalari es consideren un problema greu de seguretat del pacient, per les conseqüències que tenen per al pacient i la família, per als centres sanitaris i la societat en general. Si bé la incidència de caiguda de l'infant ingressat és baixa (entre el 2% i el 10% dels pacients per any/estada), no s'ha de descuidar l'aplicació de mesures preventives.

Per valorar el risc de caigudes en pediatria existeixen diferents escales validades com ara les escales de Macdems, Downton modificada, Humpty Dumpty i Champs, entre les més utilitzades.

Des del Departament de Salut, i dins de l'estratègia en seguretat dels pacients, s'ha prioritzat diferents línies de treball, entre elles la prevenció i actuació davant del risc de caigudes a les àrees maternal, neonatal i pediàtrica en l'àmbit hospitalari.

El setembre de 2015 es va crear un Grup de treball de caigudes, format per infermers experts en les àrees maternal, neonatal, pediàtrica i de seguretat del pacient de diferents centres hospitalaris de Catalunya.

En aquest article es presenta part del treball realitzat per aquest grup amb els següents objectius: 1) conèixer la prevalença del risc de caigudes a l'àmbit hospitalari pediàtric en els hospitals de Catalunya i 2) realitzar recomanacions per reduir les caigudes en pacients ingressats en les unitats de pediatria dels hospitals de Catalunya.

Metodologia

Per tal de conèixer la prevalença dels risc de caigudes a l'àmbit pediàtric hospitalari de Catalunya es va realitzar un estudi de prevalença durant el segon semestre de 2016 a sis hospitals: Hospital Universitari Maternoinfantil Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat), Hospital Universitari Maternoinfantil Vall d'Hebron (Barcelona), Hospital Universitari General de Catalunya (Sant Cugat del Vallès), Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta (Girona), Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida) i Hospital de Mataró del Consorci Sanitari del Maresme.

Per avaluar el risc de caigudes en les unitats de pediatria es va utilitzar l'escala Humpty Dumpty, ja que és la més referenciada en la literatura consultada.

Els criteris d'inclusió van ser: a) infants de 0 a 18 anys, b) ingressats més de 24 hores en unitats convencionals de pediatria i c) sense tenir en compte el diagnòstic d'ingrés.

Per dur a terme el segon objectiu es va realitzar una cerca bibliogràfica en les principals bases de dades biomèdiques de bibliografia científica (Medline, SciELO, Cochrane i National Institute for Health and Care Excellence, entre d'altres) en relació amb les mesures preventives per evitar les caigudes en pacients pediàtrics ingressats en centres hospitalaris.

Es van revisar també les escales validades que més s'utilitzen sobre la valoració del risc de caiguda en pediatria: Macdems, Downton modificada, Humpty Dumpty i Champs.

Dels articles seleccionats es van extreure les mesures preventives i es van discutir i consensuar entre els integrants del Grup de treball de caigudes.

Resultats

Prevalença del risc de caigudes en pediatria als hospitals catalans

La mostra de l'estudi va ser de 211 infants, el 30,8% (65/211) va presentar risc baix de caigudes i el 69,2% (146/211 infants) risc alt de caigudes. D'aquests 146 infants amb risc alt de caigudes, el 50,7% tenia menys de 3 anys, el 10,9% tenia de 3 a 7 anys i el 7,5% de 7 a 13 anys.

Pel que fa als 65 infants amb risc baix, el 3,3% tenia menys de 3 anys, el 7,1% es trobava entre els 3 i els 7 anys, el 12,3% entre 7 i 13 anys i el 8% tenia més de 13 anys.

El resultat d'aquest estudi mostra que tots els infants tenen risc de caure als hospitals.

Mesures preventives per evitar caigudes en infants ingressats en hospitals

El Grup de treball de caigudes va realitzar les següents recomanacions (els algoritmes d'actuació durant l'ingrés hospitalari i davant una caiguda en pacients pediàtrics es poden veure a les Figures 1 i 2, respectivament):

Hospitalització

– Cal assegurar que, en funció de l'edat de l'infant, quedi ingressat en una habitació/llit adequat/ada: 1) Infants < 2 anys: bressol, sempre que no portin dispositius externs que en dificultin la cura (p. ex., drenatges); 2) Infants de 2 a > 10 anys: llit normal.

– S'ha de comprovar sempre que el llit/bressol tingui baranes laterals i estiguin col·locades.

– Cal vigilar els buits entre la barana i el matalàs.

– Cal assegurar-se que el llit estigui a l'alçada més baixa possible i amb els frens posats.

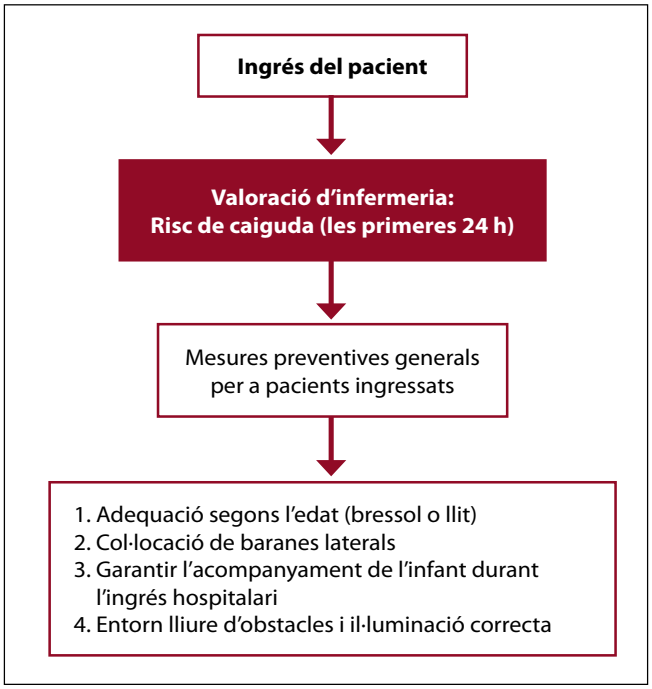


FIGURA 1. **Actuació a l'ingrés d'un pacient pediàtric per tal de prevenir caigudes**

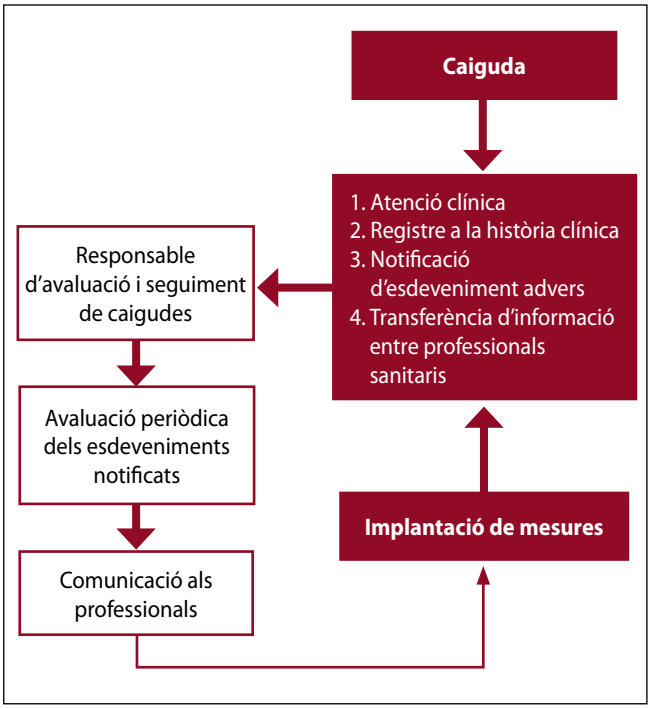


FIGURA 2. **Actuació davant una caiguda d'un pacient pediàtric**

– L'infant no pot estar mai sol; s'ha de poder garantir l'acompanyament durant tot l'ingrés. En cas d'impossibilitat familiar s'hauria de contactar amb el servei de voluntaris. Si no fos possible, cal avisar els professionals abans que l'infant es quedi sol i verificar la col·locació de les baranes laterals.

– S'ha de deixar a l'abast del pacient els mitjans de sollicitud d'ajuda (timbre, alarma), així com joguines, contes, etc.

– Les finestres de les habitacions han d'estar tancades.

– L'entorn ha d'estar lliure d'obstacles: cal retirar tot allò que no es fa servir (pals de sèrum, bombes, etc.).

– S'ha de disposar d'il·luminació adequada; durant la nit es pot deixar un llum petit que serveixi d'orientació.

– S'ha de recordar als pares el risc d'adormir-se amb l'infant al llit, en braços o al sofà.

– Cal evitar accions que poden afavorir la caiguda (saltar sobre el llit, enfilar-se al sofà, etc.).

Mobilització/sedestació

– El primer cop, cal fer la mobilització amb un professional.

– S'ha d'educar el pacient/família sobre com iniciar les mobilitzacions per tal de prevenir marejos (hipotensió ortostàtica).

– Cal aixecar el capçal del llit uns 60° i deixar el pacient uns 5 minuts en sedestació.

– Cal fer-lo seure a la vora del llit amb els peus penjant i el cap alt durant 5 minuts.

– Si no es mareja, cal fer-lo aixecar lentament, sempre acompanyat per algú (professionals sanitaris o cuidadors).

– S'ha de vigilar i controlar la marxa en els primers moments.

– En cas de necessitar algun dispositiu per a la mobilització, cal facilitar-lo.

– S'ha de fer ús de calçat adequat, amb soles antilliscants, i roba de l'infant a la mida per evitar ensopegades.

Àrea quirúrgica

– Els infants han d'estar en lliteres amb les baranes aixecades; si no és possible, sempre han d'estar acompanyants de personal del servei.

Trasllat intrahospitalari

– El personal ha de conèixer els dispositius de trasllat per tal d'assegurar qualsevol tipus de mobilització (p. ex., com transferir, llençol lliscant, etc.).

– S'ha de fer una avaluació prèvia abans del trasllat.

– Vigilància extrema dels dispositius que porta l'infant; cal assegurar-los.

– Cal mantenir les baranes laterals durant tot el trasllat.

Davant una caiguda es recomana fer el registre a la història clínica del pacient, notificar-ho al sistema d'esdeveniments adversos propi de cada centre i fer-ne una anàlisi de les causes/conseqüències per a la millora contínua i la prevenció de caigudes (Figura 2).

Conclusions

En l'àmbit hospitalari pediàtric, i segons els resultats obtinguts en l'estudi de prevalença en el nostre context, es confirma que tots els infants tenen risc de caure i que cal fer una valoració global del nen. En cas de voler fer ús d'una escala es recomana l'Escala de valoració de risc de caiguda Humpty Dumpty, perquè recull de manera més acurada les característiques pròpies dels infants hospitalitzats.

Aquest article pretén donar el coneixement i les eines necessàries als professionals per posar en funcionament un pla de prevenció davant la caiguda intrahospitalària en l'àmbit pediàtric i oferir, a tots els centres hospitalaris de Catalunya, les recomanacions per reduir la incidència de caigudes i les seves conseqüències.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. The Joanna Briggs Institute. Caídas en hospitales. Best Practice. 1998;2(2):1-6. Consultable a: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/best_practice.html. Accés: maig de 2017.
2. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Notas descriptivas. [Internet]. Consultable a: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/. Accés el 20 de setembre de 2017
3. Presentació projecte de pràctiques segures en la prevenció de caigudes de pacients. Aliança per la seguretat dels pacients a Catalunya. Avedis Donabedian. Institut Universitari-UAB; 2009. Consultable a: http://www.seguretatpacient.org/cms/uploads/media/180509_presentacio_responsables_caigudes.pdf. Accés: maig de 2017.
4. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Fazlur Rahman AKM et al. Informe mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012. Consultable a: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77762/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accés: juliol de 2018.
5. Barrientos-Sánchez J, Hernández-Cantoral A, Hernández-Zavala M. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermeria Universitaria. 2013;10(4):114-9. Consultable a: http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n4/v10n4a2.pdf. Accés: maig de 2013.
6. Hill-Rodriguez D, Messmer PR, Williams PD, Zeller RA, Williams AR, Wood M et al. The Humpty Dumpty Falls Scale: a case-control study. J Spec Pediatr Nurs. 2009 Jan;14(1):22-32.

El malalt amb càncer. Els tractaments oncològics i pal·liatius, les teràpies sense evidència científica i les pseudociències

Adaptació del document de posició del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Amb la participació i el consens de la Societat Catalano-Balear d'Oncologia i de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives*. Barcelona, 8 de juny de 2017.
Podeu accedir a la versió completa a: https://issuu.com/comb/docs/ccmc_tractament_oncologic.

Aquest document de posició sorgeix de la preocupació existent en àmbits professionals, acadèmics i científics en relació amb el nou augment de l'oferta de teràpies alternatives i pseudociències, sense cap evidència de la seva eficàcia, entorn a les malalties i especialment amb el càncer, per les conseqüències que això pot tenir en la salut dels pacients i les falses expectatives que els generen.

L'ús per part dels pacients d'informació errònia en relació amb el càncer es pot atribuir a causes multifactorials i són diversos els agents que hi participen, amb diferents responsabilitats: començant per alguns professionals, que, per desconeixement o conscientment, indueixen els pacients amb càncer a seguir teràpies no convencionals, pensant en el seu caràcter complementari i, al seu entendre, probablement innocu, i obviant el seu deure d'oferir els tractaments més efectius d'acord amb l'estat de coneixement de cada moment; també la publicitat, tant a través de pàgines web amb continguts no contrastats com als mitjans de comunicació que, per diferents motius, massa sovint es fan ressò, sense contrastar i esbiaixadament, de teràpies habitualment sense cap fonament i promocionen professionals o persones que exerceixen d'una manera fraudulenta; igualment, les Administracions que, davant l'increment de centres que ofereixen teràpies alternatives, no regulen o fiscalitzen prou aquest sector ni fan campanyes de conscienciació, i, a l'últim, l'entorn directe i indirecte de cada pacient que, sovint amb bona voluntat, per desesperació o per ignorància, intenta aportar, des de la inexperiència i la ingenuïtat, alternatives a les plantejades per l'equip mèdic responsable del pacient.

En aquest context, és convenient recordar, des de les normes de la bona pràctica mèdica, les conductes correctes que sempre han de guiar l'actuació dels professionals de la medicina i que han de servir d'orientació als pacients i ciutadans.

La funció primordial dels col·legis de metges és vetllar per la defensa de l'exercici de la medicina en qualsevol de les seves disciplines, però sempre adequat a les bones pràctiques degudament conformades per les societats científiques. L'acte mèdic ha d'anar dirigit a promoure, mantenir o restablir la salut individual i col·lectiva de les persones. Alhora, el metge ha de procurar alleugerir el dolor i el patiment causats per la malaltia i ha de tenir sempre cura dels que no poden ser guarits. El metge ha de prestar atenció preferent en tot moment a la salut del pacient i tenir present que s'ha d'anteposar a tota altra conveniència, perquè la primera lleialtat del metge és cap a la persona que atén, respectant sempre el principi de beneficència, que és la base ètica que ha de presidir qualsevol acte mèdic.

La pràctica de *teràpies alternatives pseudocientífiques* no és nova. Des de meitat de la dècada dels 90, els col·legis de metges hem advertit del risc i les conseqüències negatives d'aquestes pràctiques. Hem denunciat i perseguit metges i no metges, mitjançant processos que han acabat en sancions administratives i condemnes judicials. Especialment significatiu va ser l'acord d'inhabilitació d'un metge per a l'exercici de la professió, confirmat judicialment, per recomanar a una pacient que abandonés un tractament quimioteràpic i radioteràpic indicat per al càncer que patia, basant-se en les teories pseudocientífiques propugnades pel mètode alternatiu *Hamer* (actualment conegut com a *Nova Medicina Germànica*). També destaquem la condemna de presó per intrusisme d'una persona que, fent-se passar per metge exercia com a tal, indicant tractaments i pseudoteràpies a pacients amb càncer.

Darrerament, la Junta de Govern del Col·legi de Metges de Barcelona (CoMB) va acordar inhabilitar un metge per la indicació i informació de teràpies complementàries com a alternatives del tractament convencional establert, quan aquestes, a més, no gaudien de cap evidència científica ni eficàcia clínica en el context de la malaltia oncològica que patia el pacient, induint-lo a seguir-les de manera onerosa i abusiva, sense atendre com a metge les necessitats bàsiques que plantejava el mateix pacient.

No podem obviar, tanmateix, que la immensa majoria de metges, i entre ells els oncòlegs i els experts en cures pal·liatives, compleixen amb rigor, correctament, i moltes vegades associant l'excel·lència assistencial amb la científica i investigadora, els deures que tenen com a metges i el que la societat n'espera.

La finalitat d'aquest document de posició és definir i recordar quina ha de ser l'actuació dels metges davant dels pacients amb càncer d'acord amb la bona pràctica mèdica i el Codi de Deontologia, a més de definir els comportaments que, des d'aquest punt de vista, contravinguin els seus principis.

En aquest sentit, i específicament en l'atenció al pacient oncològic, caldrà tenir present:

1) Que els pacients amb càncer són especialment vulnerables i poden estar sotmesos a un important patiment.

2) Que els tractaments oncològics específics evolucionen constantment amb els avenços en els coneixements de biologia molecular, genètica i farmacologia.

3) Que els tractaments quirúrgics, la quimioteràpia, les teràpies biològiques, les dianes moleculars o la radioteràpia són les eines terapèutiques validades i consensuades en oncologia per la comunitat científica.

4) Que les malalties oncològiques representen un repte sanitari per a la nostra societat.

5) Que les cures pal·liatives són tractaments multidimensionals necessaris per oferir una atenció i un tractament integral al pacient oncològic, des de les etapes inicials de la malaltia fins a la curació o, si és necessari, en l'acompanyament al final de vida.

6) Que les cures pal·liatives formen part indestriable de la pràctica de la medicina, especialment, però no únicament, en el malalt oncològic, i que s'exerceixen d'acord amb un cos de coneixement i amb guies clíniques que es basen en la recerca i el consens de les societats científiques.

7) Que molts pacients amb càncer sovint busquen ajuda en teràpies no convencionals sense cap aval científic.

8) Que aquests "tractaments" sovint s'ofereixen com a "curatius" i substitutius de les teràpies basades en l'evidència científica en pacients vulnerables.

9) Que la demanda per part del pacient o la seva família d'emprar tractaments no convencionals sense evidència científica no pot justificar, quan s'actua com a metge, deixar de recomanar clarament el seguiment i la continuïtat dels tractaments oncològics. Si bé el rebuig al tractament és acceptable, la confusió que genera al pacient l'oferiment de tractaments alternatius suposa un risc de pèrdua d'oportunitat de fer un tractament validat que hagi demostrat la seva eficàcia.

10) Que la informació proporcionada al pacient ha de ser clara i entenedora pel que fa a diferenciar allò que són els tractaments oncològics i principals respecte dels altres, com també la necessitat de seguir les indicacions dels especialistes que l'atenen.

Sobre l'obligació d'informar i el consentiment informat

La informació al pacient (o familiars si aquell consentís) és una obligació legal i deontològica que ha de presidir qualsevol acte mèdic. Li correspon donar-la al metge responsable o a qualsevol professional que intervé en el procés assistencial.

Tant la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica (articles 2 a 4 i 6 a 7), com el Codi de Deontologia (normes 22 a 28) regulen i recullen els termes i condicions en què s'ha de produir la informació en el procés de presa de decisió per part del pacient. De tot el procés d'informació, se n'haurà de deixar constància a la història clínica del pacient.

Sobre la vulnerabilitat del pacient i la informació

Com ja s'ha assenyalat, el pacient diagnosticat d'una malaltia oncològica és un pacient especialment vulnerable. La informació i l'acompanyament d'aquests pacients es fan especialment imprescindibles. Si bé els metges hem de vetllar per una atenció mèdica de bona qualitat humana i tècnica, també és cert que tenim el deure de donar al pacient la màxima informació possible sobre el seu estat de salut, els passos diagnòstics, les exploracions complementàries i els tractaments.

En el cas de malalties com el càncer, s'ha de ser especialment curós a l'hora d'informar el pacient de les alteracions que pateix i del pronòstic. Aquesta informació ha de ser entenedora, verídica, mesurada i prudent; expressada amb respecte, tacte i discreció. La informació s'ha de transmetre de la manera més esperançadora possible, la qual cosa no vol dir generar falses expectatives o falses esperances de curació o millora, i tenint present que ha de ser suficient i adequada a les necessitats del pacient en cada moment per tal que aquest pugui decidir i consentir el tractament lliurement.

Cal respectar el dret del malalt a no ser informat. Però, mai, i molt menys amb aquest pretext, mentir-li o contribuir a l'engany o a la confusió creant falses expectatives amb una justificació compassiva equívoca o amb altres finalitats. El metge, en el procés d'atenció al pacient, s'ha de preocupar tant de *l'efectivitat* com de *l'afectivitat*, conciliant allò *racional* amb allò *relacional*, i fer-se així mereixedor de la confiança del pacient, per evitar que aquest pugui anar a buscar un escenari aparentment més confortable però que no aporti la potencial curació de la malaltia ni la millora dels seus símptomes.

Sobre el contingut de la informació al pacient

En relació amb el tractament, el metge ha d'informar el pacient en el sentit exposat en aquest document i, per tant, ha d'exposar-li quins són els tractaments específics validats i consensuats per la comunitat científica que són més indicats per a la seva patologia. La informació ha d'incloure el procediment específic del tractament, els seus beneficis, les seves conseqüències –com és la toxicitat–, els seus

riscos i complicacions més freqüents, o infreqüents, si tinguessin la consideració clínica de molt greus, tant generals com específics del pacient.

Cal respectar el dret del pacient a rebutjar totalment o parcialment el tractament, una prova diagnòstica o l'assistència mèdica, però sempre que abans hagi estat informat de manera entenedora de les conseqüències previsibles de la seva negativa i que es trobi en condicions de tenir-ne una comprensió lúcida. En aquest cas, és important deixar-ne constància a la història clínica i informar de les opcions terapèutiques adaptades a les seves preferències.

Sobre la informació al voltant de teràpies "complementàries"

Els preceptes deontològics són clars i explícits quan indiquen que el metge no emprarà procediments ni prescriurà tractaments amb els quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basats en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient hi consenti, tal com estableix la norma 47 del Codi de Deontologia. La norma 48 del Codi exigeix un plus en la informació que s'ha de donar al pacient quan el metge proposi tractaments no convencionals o simptomàtics. El metge està obligat a informar el pacient de la necessitat de no abandonar cap tractament necessari, advertint-lo de manera clara i entenedora del caràcter no convencional ni substitutori del tractament proposat.

En el procés d'informació sobre aquestes teràpies complementàries, és important no confondre el pacient o induir-lo a l'error en les decisions: sempre s'han de presentar i informar com a teràpies complementàries del tractament, exposant-ne clarament la finalitat i la necessitat de no abandonar el tractament principal. Mai s'han de presentar com un tractament alternatiu que pugui induir el pacient a pensar que és una possible opció curativa de la seva malaltia.

És un fet molt greu, per tant, l'explotació de l'angoixa dels pacients o família introduint procediments diagnòstics o terapèutics d'utilitat no demostrada científicament o fútil en l'atenció del pacient oncològic, o per a la millora dels símptomes, donant falses esperances o actuant amb exclusiu afany de lucre.

Si fos el cas que, en primera elecció, el pacient oncològic anés a un metge que aplica aquestes teràpies complementàries, aquest metge té l'obligació de donar- li informació dels tractaments existents basats en l'evidència científica, d'eficàcia provada, que el metge no practica o no pot practicar, però que serien els indicats per a la curació o la millora simptomàtica del pacient. En aquest cas, el metge ha de dirigir el pacient a fer el seguiment i tractament adequats a la seva patologia en els termes que s'exposen en aquest document.

Sobre la informació i la coordinació entre professionals

Tot l'equip de professionals que intervenen en l'acte d'atenció al pacient oncològic –psicòlegs, infermeres, nutricionistes, etc.– és també protagonista del fet informatiu. La seva activitat ha de ser, doncs, concordant amb un pla d'actuació i d'accions eficaces i contrastades, evitant sempre donar informació contradictòria.

El Codi de Deontologia, a la seva norma 48, estableix que el metge que indica teràpies complementàries està obligat a coordinar-se amb el metge responsable del tractament bàsic del pacient, a quin efecte i al marge de qualsevol altre acte de coordinació seria recomanable que facilités al pacient un informe dels tractaments complementaris que li està aplicant dirigit al metge responsable (o a l'equip) del tractament principal, a fi que també pugui valorar qualsevol interferència o inconvenient en la seva aplicació amb el tractament principal. Així també, és altament recomanable que, si el metge responsable del tractament principal coneix la intenció del pacient de recórrer a aquestes teràpies complementàries, o bé sap que les està seguint, pugui obtenir informació dels tractaments aplicats i orientar el pacient respecte de la conveniència o no de seguir-les.

Finalment, en el supòsit que qualsevol metge advertís que al pacient li estan sent indicades per a la seva malaltia oncològica teràpies no reglades com a tractament alternatiu o principal, haurà de comunicar-ho al seu col·legi als efectes oportuns.

Conclusions

Tot metge que tracti un pacient amb càncer haurà de tenir present que:

1) En l'atenció al pacient oncològic és molt important recordar que es tracta d'un pacient especialment vulnerable i que és també molt important tenir en compte els seus valors i les seves necessitats.

2) S'ha de ser especialment rigorós a l'hora d'informar, indicar i aplicar els tractaments consensuats per la comunitat mèdica i científica i que estiguin basats en la millor evidència científica disponible, tant des del punt de vista oncològic com pal·liatiu. Cal que informi el pacient sobre els beneficis esperats del tractament, les seves conseqüències i molèsties, la toxicitat, els riscos i complicacions (freqüents o infreqüents si tinguessin la consideració clínica de molt greus), tant generals com específics.

3) La informació i l'acompanyament del pacient oncològic són especialment importants. S'ha de ser extremament curós en el procés d'informació sobre la malaltia i el seu pronòstic. La informació haurà de ser entenedora, verídica, mesurada, discreta, prudent i esperançadora, però sense generar falses expectatives i procurant que ni el contingut ni la manera de transmetre'l perjudiquin al pacient.

4) Es respectarà el dret del malalt a no ser informat. Mai, i molt menys amb aquest pretext, s'actuarà mentint-li o contribuint a l'engany o a la confusió amb actitud càndida o finalitat onerosa (el que suposaria una doble estafa moral i econòmica).

5) Es respectarà el dret del pacient a rebutjar totalment o parcialment el tractament, però sempre que abans hagi estat informat de manera entenedora de les conseqüències previsibles de la seva negativa.

6) Els tractaments oncològics específics evolucionen constantment amb els avenços dels coneixements, la qual cosa obliga a una actualització constant que permeti tractar els pacients amb les millors garanties, fet que comporta la necessitat de formació continuada del metge.

7) El malalt de càncer requereix una atenció multidisciplinària i integradora d'aspectes psicosocials i mèdics.

8) Les cures pal·liatives són tractaments que poden ser necessaris des de les etapes inicials de la malaltia fins a la curació o en l'acompanyament del final de la vida. Tenen com a objectiu l'atenció del dolor i d'altres símptomes físics, i el suport emocional, social i espiritual del pacient, assegurant-li que serà escoltat i que podrà participar en la presa de decisions.

9) El metge no pot emprar procediments ni prescriure medecines amb les quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basades en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient hi consenti o ho demani.

10) Alguns procediments o teràpies complementàries poden suposar en ocasions una ajuda perquè els pacients puguin afrontar millor la seva malaltia. És desitjable que aquestes s'ofereixin integrades en el mateix equip d'oncologia o de cures pal·liatives. Però la seva suposada innocuïtat no justifica la indicació de qualsevol teràpia sense cap evidència científica o eficàcia clínica donant-li una aparença de tractament validat.

11) Quan s'estan indicant tractaments complementaris s'ha d'informar el pacient de la necessitat de no abandonar cap tractament necessari, advertint-lo de manera clara i entenedora del caràcter no convencional ni substitutori del tractament que està aplicant. La confusió que pot generar al pacient la presentació d'un tractament *complementari* com a *alternatiu* a la seva patologia, el pot conduir a creure que està seguint un tractament eficaç i curatiu, posant en risc l'oportunitat de seguir un tractament validat que ha demostrat la seva eficàcia.

12) El metge que aplica teràpies complementàries s'ha de coordinar amb el metge responsable del tractament bàsic (oncològic o de cures pal·liatives). A aquest efecte, si no és possible una altra forma de coordinació, és convenient facilitar al pacient un informe perquè el lliuri al metge del tractament principal.

13) En el cas que el pacient informi el metge responsable del tractament oncològic o de cures pal·liatives que està seguint o que vol seguir un tractament complementari, és recomanable que el metge s'informi a través del pacient sobre els tractaments que se li estan indicant, per valorar la seva conveniència o el risc d'interferència amb el tractament principal, tot reiterant al pacient la necessitat de no abandonar el tractament principal.

14) En el cas que sigui el metge oncòleg o de cures pal·liatives qui derivi el pacient a seguir un tractament complementari, és recomanable que aquest promogui la coordinació entre ambdós metges.

15) En el supòsit que advertís que al pacient li estan sent indicades teràpies no convencionals o pseudociències com a tractament alternatiu a la seva malaltia, malgrat que no existeixi base científica per indicar-les i que estiguin mancades de l'eficàcia clínica exigible en el context de la malaltia oncològica, tant si és amb candidesa com amb finalitats oneroses o abusives, el metge haurà de comunicar-ho al Col·legi de Metges als efectes oportuns.

16) El metge en cap cas pot explotar/abusar de l'angoixa del pacient ni actuar amb exclusiu afany de lucre. La primera lleialtat del metge és amb el seu pacient i l'acte mèdic s'ha de dirigir a promoure, mantenir o restablir la salut individual i col·lectiva de les persones. El metge ha d'alleugerir el dolor i el patiment causat per la malaltia, i ha de tenir cura dels que no poden ser guarits. L'atenció preferent és a la salut del pacient, que s'ha d'anteposar a qualsevol altra conveniència.

17) La publicitat s'haurà d'ajustar a la normativa legal i a les normes deontològiques, tal com recull el *Document de Posició del CoMB en relació amb l'activitat de la publicitat mèdica.*

No complir amb les indicacions contingudes en aquest document de posició, que conté tant les indicacions de consens científic i clínic que s'han de seguir en el tractament d'un pacient oncològic com les indicacions legals i deontològiques que s'han de

seguir en el seu tractament i procés d'informació, pot suposar la comissió d'una *infracció molt greu o greu*, que pot comportar la *inhabilitació del professional de fins a cinc anys del seu exercici,* en funció de les circumstàncies que hi concorrin.

Finalment, els col·legis de metges de Catalunya o, si escau, el CCMC, en la defensa dels pacients i en l'honorabilitat de la professió i en atenció a les competències que tenen atribuïdes emprendrà les accions que corresponguin davant altres instàncies (administratives i judicials) contra persones o organitzacions que actuïn de forma intrusiva (aparentant la condició de professionals de la medicina) o sempre que s'objectivi un greu risc per a la salut dels ciutadans.

NOTA

*En la redacció d'aquest document han participat: doctor Gustavo Tolchinsky (secretari del Col·legi de Metges de Barcelona), doctor Eugeni Saigí (president de la Societat Catalano-Balear d'Oncologia), doctora Helena Camell (presidenta de la Societat Catalano-Balear de Cures Palliatives), doctor Josep Terés (president de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona), doctora Antònia Sans (membre de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona), doctor Antoni Trilla (membre de la Junta del Col·legi de Metges de Barcelona), Ignasi Pidevall (cap de l'Assessoria Jurídica del CCMC), Mercedes Martínez (advocada de l'Assessoria Jurídica del Col·legi de Metges de Barcelona) i doctor Jaume Padrós (president del Col·legi de Metges de Barcelona), coordinador de l'equip redactor.

El Sistema d'Avaluació de la Recerca i la Innovació en Salut (SARIS): un exemple d'avaluació responsable i transformadora

Paula Adam[1,2], Maite Solans-Domènech[1,2], Núria Radó-Trilla[1], Joan M. V. Pons[1,2]

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

Adaptat de: Sistema d'Avaluació de la Recerca i Innovació en Salut (SARIS). Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.

Per què un sistema d'avaluació de la recerca i la innovació en salut (SARIS) responsable i transformador?

El Departament de Salut va posar en marxa el Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut 2016-2020 (PERIS). D'aquesta manera, el Departament de Salut no només aposta per invertir més en recerca en salut sinó per noves modalitats de finançament per concurrència competitiva en règim de subvencions, que van des de l'impuls del talent i l'ocupabilitat (és a dir, el finançament de persones) a l'enfortiment institucional (finançament d'institucions), el coneixement d'excel·lència (idees), el suport a les infraestructures científiques i tècniques i el foment de la innovació en salut.

Les interaccions entre ciència, polítiques i societat, a través de polítiques científiques orientades a contribuir en una millora de la salut, són pràctiques cada vegada més arrelades en els països pioners del nostre entorn com la Gran Bretanya[1,2], el Canadà[3], els Països Baixos[4] i Austràlia[5]. En aquests països, el paper de l'avaluació com a agent transformador és clau. La política científica, igual que altres polítiques públiques, cada vegada es basa més en l'evidència que ofereixen les pràctiques avaluadores sobre els resultats que s'obtenen, sobre quin cost i a través de quines vies o mitjans. S'analitza què funciona i què no funciona; s'expliquen i es comparteixen els casos d'èxit de manera transparent. Es promou que l'entorn, el sistema i els destinataris dels resultats científics en siguin coneixedors i beneficiaris. Es busquen sistemes d'avaluació que ajudin els investigadors, els professionals i la societat a accelerar l'impacte en més i millor salut de manera més eficient.

El model que presentem, el Sistema d'Avaluació de la Recerca i la Innovació en Salut (SARIS), està pensat per alinear-se amb les experiències globals més pioneres en l'avaluació d'una estratègia de recerca: avaluacions capaces d'incidir en la pròpia estratègia per tal que sigui més efectiva, eficient i transformadora. En altres paraules, que ofereixi evidència empírica per a la presa de decisions en política científica i que combini rigor i orientació en la pràctica i en la implementació.

L'enfocament del SARIS

És evident que dissenyar un SARIS basat únicament en el retiment de comptes seria insuficient. Per saber quins instruments són més efectius per assolir els objectius del PERIS, i si responen a les necessitats cercades, cal a més a més un exercici de transparència amb l'anàlisi. L'anàlisi aporta valor, no només un cop finalitzat el procés, sinó també durant la seva implementació, per tal d'identificar disfuncions o punts de millora i, si escau, realitzar millores. Finalment, també hi ha una demanda social; és a dir, per poder afavorir el retorn en salut de manera més efectiva de les accions estratègiques del PERIS, aquestes han d'anar acompanyades d'accions de suport proactives que acompanyin els actors en la seva contribució a afavorir el retorn en salut de manera més efectiva. Per tant, necessitem un sistema d'avaluació que permeti la transparència en les polítiques públiques, l'anàlisi del sistema de recerca i la identificació d'aspectes de millora; en resum, un sistema d'avaluació que sigui responsable i transformador.

La Comissió Europea promou el concepte de recerca i innovació responsable (RRI) en el marc de la seva estratègia "Ciència per a la societat" (*Science with and for society*), iniciada amb la Declaració de Roma de l'any 2014[6]. Aquest concepte ha estat àmpliament debatut, però des de la perspectiva de la Comissió Europea se centra en cinc pilars, on es basa com ha de ser la recerca i la innovació que es vol promoure des d'Europa, que són: la governança, l'accessibilitat (*open access*), l'equitat de gènere, l'educació i la disseminació, i la implicació pública. La promoció d'aquests factors per part de la Comissió Europea és un pas molt important cap a una visió de la ciència que, si s'implementa de forma coordinada a tot Europa, sens

Correspondència: Maite Solans-Domènech
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
C/ Roc Boronat, 81-95, segona planta
08005 Barcelona
Tel. 935 513 900
Adreça electrònica: mtsolans@gencat.cat
Pàgina web: http://aquas.gencat.cat

Annals de Medicina 2018;101:126-129.

dubte serà de naturalesa transformadora. Tanmateix, els factors en qüestió no inclouen consideracions sobre com es duen a terme les activitats científiques ni sobre els motius pels quals es realitzen.

El concepte d'avaluació responsable, molt lligat al de recerca responsable, incorpora implícitament una corresponsabilització en contribuir a fer millor recerca i una millor societat. Per tant, és una avaluació que té per objectiu contribuir, a través del retiment de comptes, de l'aprenentatge i de la implicació, a la millora i la transformació.

Encara més important, un sistema d'avaluació s'ha de basar en uns valors que proporcionin una base sobre la qual es pot construir el propi sistema d'avaluació. Per al SARIS, aquests valors són els següents:

1) Aportar valor social. L'avaluació com a eina estratègica no hauria de ser un fi en si mateixa, sinó que hauria de ser un mitjà per aportar valor social.

2) Transparència, obertura i accessibilitat. El valor social serà més gran si s'implementa la transparència en l'ús dels recursos, si s'aplica amb obertura i si és prou flexible per adaptar-se a les necessitats dels grups d'interès implicats.

3) Donar resposta a les necessitats dels grups d'interès. Orientació cap a la pràctica i la implementació; per tant, una avaluació útil, pràctica, factible i rendible.

4) Orientació a millorar, a transformar. El retiment de comptes significa, per tant, un exercici de transparència i s'utilitza com a eina per aconseguir la transformació.

5) Construir una comunitat de pràctica d'aprenentatge mutu local i global. Compartir i avançar col·lectivament.

El model d'avaluació SARIS

Els objectius estratègics del SARIS són la transparència i l'impacte en salut, així com la sostenibilitat del sistema sanitari a través de l'aprenentatge continu i la implicació dels actors. Per tal d'aconseguir aquests objectius, el SARIS es divideix en tres grans eixos, amb productes i audiències específiques (Figura 1).

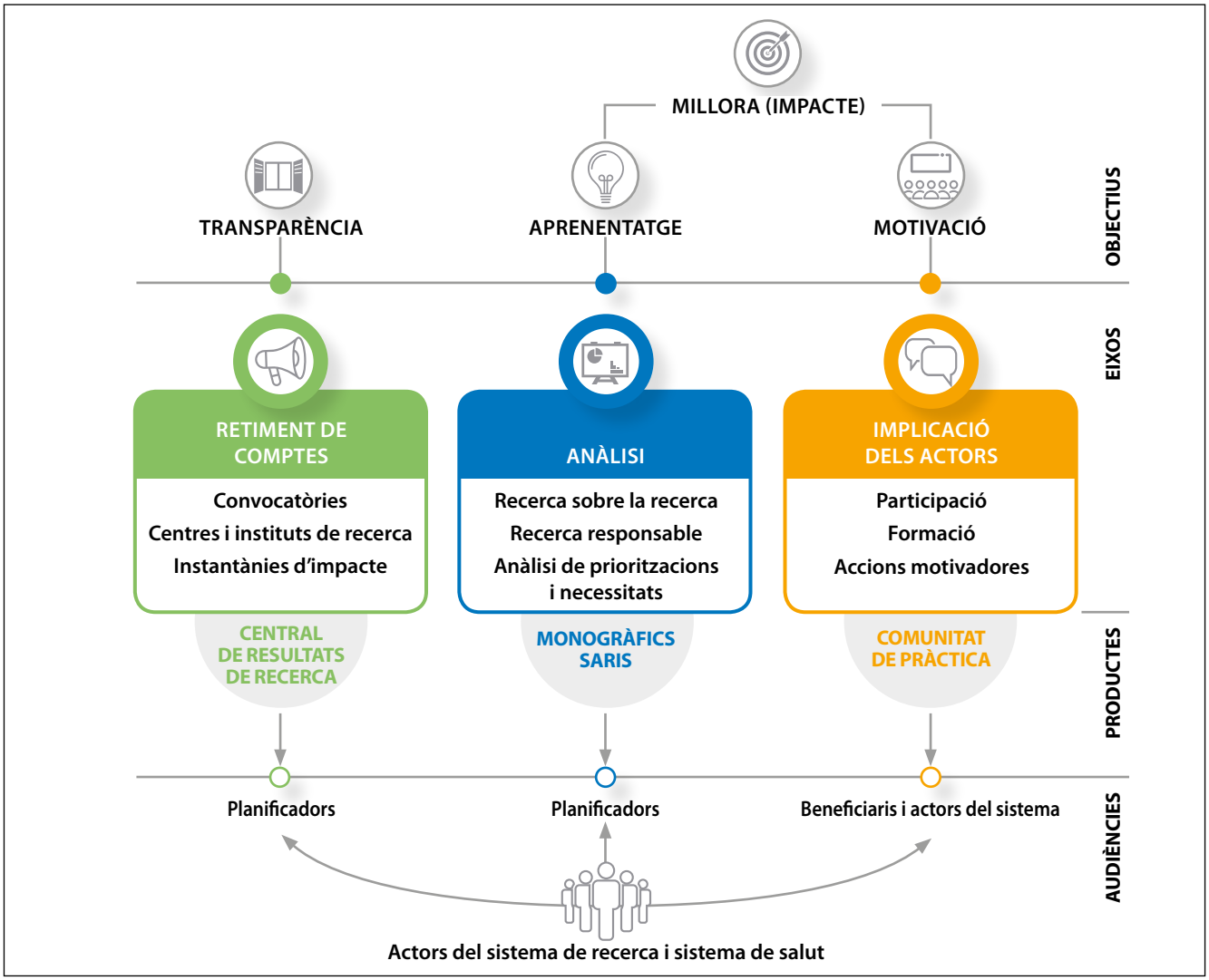


FIGURA 1. **El Sistema d'Avaluació de la Recerca i la Innovació en Salut (SARIS)**

– **El retiment de comptes.** La transparència com a valor es converteix en l'objectiu del retiment de comptes de l'ús responsable dels recursos envers els òrgans planificadors i els actors del sistema de recerca i del sistema sanitari. A més, inclou també el retiment de comptes de processos i resultats derivats. Es dissenya per informar els òrgans planificadors del Departament de Salut que han de prendre les decisions sobre els plans anuals d'activitats i els plans financers del PERIS[7], i també els altres actors del sistema de recerca i del sistema sanitari, i es presenten diferents resultats com, per exemple, dades sobre gènere (Figura 2).

– **L'anàlisi** és el segon eix del SARIS. Aprendre es tradueix en dur a terme un exercici continuat d'anàlisi de l'entorn per donar eines al planificador per entendre i identificar disfuncions i necessitats. També ha de ser una anàlisi orientada als actors dels sistemes de recerca i de salut, anàlisi de sistema i de context. Algunes anàlisis de rellevància inclouen aspectes relacionats amb els conceptes de "recerca responsable", com ara una anàlisi sobre formes efectives d'implicació en la recerca, entre elles una revisió de la literatura d'indicadors per mesurar la participació activa d'actors del sistema en la recerca (Figura 3)[8,9].

– **La implicació dels actors** és el tercer eix que, juntament amb l'anàlisi, hauria de conduir a una millora de l'impacte. Es tracta de l'aplicació de les lliçons apreses amb l'anàlisi per millorar el disseny i les decisions que acompanyen el PERIS. La millora (com a impacte en salut) es percep, en el SARIS, a través de la motivació i la implicació dels beneficiaris dels ajuts i altres actors. És a dir, el SARIS dona suport i promou el lideratge entre beneficiaris i investigadors, reforçant les seves capacitats per comunicar-se i estar compromesos amb els grups d'interès i els pacients, i també creant el context en què pot tenir lloc aquest compromís i aquesta comunicació. Des que es va iniciar el PERIS s'han dedicat els primers esforços a la implicació de la comunitat de beneficiaris del PERIS que realitzen projectes d'infermeria, per a poder dissenyar indicadors d'impacte conjuntament amb ells, entre altres aspectes (Taula 1)[10].

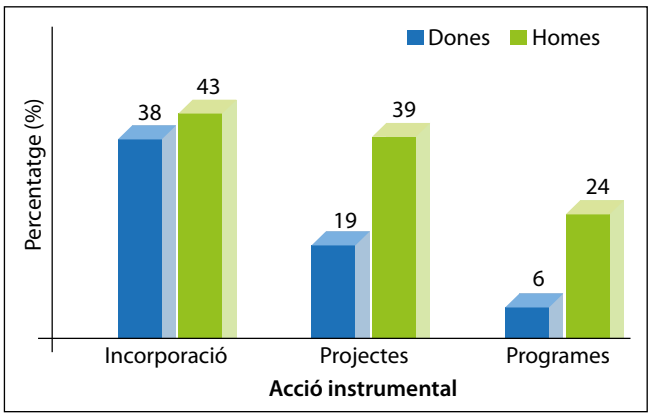


FIGURA 2. **Taxes d'èxits dels investigadors principals en les diferents accions instrumentals del PERIS 2017, segons gènere**

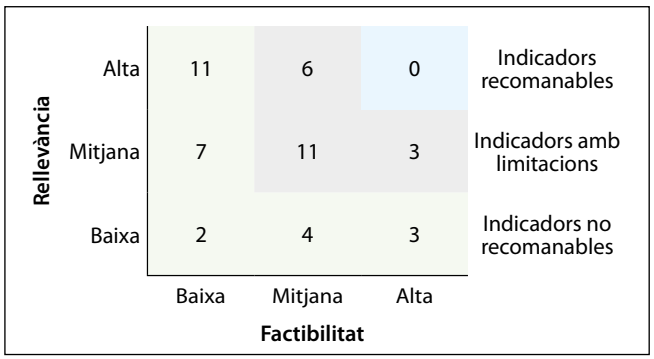


FIGURA 3. **Indicadors que mesuren la participació trobats a la literatura, segons factibilitat i rellevància**

TAULA 1. **Dimensions i nombre d'indicadors d'impacte identificats amb la participació dels beneficiaris**

Dimensió	Nombre d'indicadors
Avenç en el coneixement	4
Disseminació/interaccions productives	12
Capacitació i xarxes	8
Aplicació dels resultats	6

Els eixos de l'anàlisi i la implicació dels actors permetran que els actors puguin millorar el seu impacte, que es farà transparent i explícit a partir del retiment de comptes.

Conclusions

El sistema d'avaluació del SARIS va més enllà de l'avaluació descriptiva o sumatòria; té, sobretot, una voluntat formativa i d'aprenentatge: incorpora elements que permeten la millora durant el desplegament i, per tant, la transformació cap a una recerca amb valors socials a partir de la implicació i la motivació dels agents del PERIS. D'això en diem avaluació responsable, ja que incorpora elements clau de la Carta de Roma sobre recerca responsable: governança, implicació (*engagement*) i accessibilitat. També en diem avaluació transformadora perquè incorpora possibilitats de canvi i de millora de la recerca i de la societat durant el procés de desplegament del PERIS.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Morgan Jones M, Kamenetzky A , Manville C, Ghiga I, MacLure C, Harte E et al. The National Institute for Health Research at 10 Years. An impact synthesis: 100 impact case studies. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2016.
2. Davies S, Walley T, Smye S, Cotterill L, Whitty C. The NIHR at 10: transforming clinical research. Clin Med. 2016;16(6):501-2.
3. Frank C, Nason E. Health research: measuring the social, health and economic benefits. CMAJ. 2009;180(5):528-34.
4. Association of Universities in the Netherlands (VSNU), Netherlands Organisation for Scientific Research (NWO), Royal Netherlands

Academy of Arts and Sciences (KNAW). Standard Evaluation Protocol 2015-2021: Protocol for Research Assessments in the Netherlands. [citat juliol 2018]. Consultable a: https://www.knaw.nl/nl/actueel/publicaties/standard-evaluation-protocol-2015-2021. Accés el 8 de desembre de 2017.

5. Kingwell BA, Anderson GP, Duckett SJ, Hoole EA, Jackson-Pulver LR, Khachigian LM et al. Evaluation of NHMRC funded research completed in 1992, 1997 and 2003: gains in knowledge, health and wealth. Med J Aust. 2006;184(6):282-6.
6. Comissió Europea. Rome Declaration on Responsible Research and Innovation in Europe; 2014 [citat juliol 2018]. Consultable a: https://ec.europa.eu/research/swafs/pdf/rome_declaration_RRI_final_21_November.pdf.
7. Sistema d'Avaluació de la Recerca i la Innovació en Salut. Central de Resultats de Recerca. Convocatòries PERIS. Any 2017. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.
8. Arrizabalaga I, Solans-Domènech M, Radó-Trilla N, Adam P. Com mesurar la participació en recerca en salut dels actors del sistema? Revisió de la literatura. Monogràfic del SARIS núm. 1. Sèrie sobre Recerca Responsable. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.
9. Solans-Domènech M, Arrizabalaga I, Arroyo L, Radó-Trilla N, Adam P. Estem preparats per a la participació ciutadana en recerca en salut? Monogràfic del SARIS núm. 2. Sèrie sobre Recerca Responsable. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.
10. Radó-Trilla N, Solans-Domènech M, Adam P. Participatory design of impact indicators for nursing Research. 23rd International Conference on Science and Technology Indicators (STI 2018). Leiden (The Netherlands); 2018.

Eponímia mèdica catalana. El bàlsam català

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.

L'epònim

"Bàlsam català". Bàlsam d'acció hemostàtica i cicatritzant emprat el segle XIX per al tractament de ferides, hemorràgies i hemoptisis. S'administrava per via oral o bé s'aplicava localment. Es coneixia amb aquest nom per haver-se inventat a la ciutat de Barcelona.

"Oli i vi, remei diví"
Refrany català

Sobre els bàlsams

El *Diccionari Enciclopèdic de Medicina*[1] defineix bàlsam com: "Oleoresina semblant al bàlsam autèntic per la seva aparença i propietats, però de composició química diferent. Aquesta oleoresina s'espesseix i arriba a solidificar-se lentament en contacte amb l'aire, a causa de la volatilització de les essències que conté, que fan de dissolvent" i també com "Oleoresina d'aspecte més o menys viscós, que conté un o dos àcids aromàtics: el benzoic o el cinnàmic, o bé alguns derivats d'aquests. Els bàlsams flueixen naturalment, o per incisió, de determinades plantes i tenen propietats medicinals". Però la definició que ens condueix al tema d'aquest article és una altra, la tercera, que diu: "Qualsevol preparat galènic, bàlsam artificial, de composició més o menys complexa, amb propietats medicinals, generalment d'ús extern i ja pràcticament en desús", perquè fa referència a l'ús medicinal dels bàlsams, molt estès en temps passats, entorn del qual van tenir lloc moltes històries.

Aquest mateix diccionari inclou un gran nombre de bàlsams —alguns de nom i origen curiós— i en descriu una gran varietat d'usos. El bàlsam catòlic, conegut també amb el nom de tintura alcohòlica de pericó vulnerària, té acció excitant i hemostàtica i hom l'aplicava a ferides i plagues. El bàlsam d'Opodeldoch, o liniment de sabó camforat, s'emprava en friccions i com a antiespasmòdic i calmant, i quan es preparava amb opi llavors s'anomenava bàlsam de Bath. El bàlsam o essència de copaiba, oleoresina que hom extreu dels copaiers, arbres de l'Amèrica del Sud, conté essències i resines que li confereixen una acció balsàmica i desinfectant; s'emprà molt en ús intern en el tractament de la blennorràgia i, externament, contra la ronya. El bàlsam de Fioravanti, alcohol de trementina compost, s'emprava com a liniment analgèsic d'ús extern, mentre que el bàlsam de frare (de Fraire, de Turlington o de Wade, gotes de Peter o de Wade) s'emprava com a agent protector tòpic i el bàlsam de Gilead s'usava, en forma de xarop, com a expectorant. Altres, com el bàlsam de gurjun, es feien servir contra les afeccions catarrals i la lepra, i el bàlsam de sofre en les malalties del pit.

Entre els més coneguts trobem el bàlsam del Perú, emprat en untura o solució alcohòlica, com a protector cutani i rubefaent; el bàlsam de Tolú (o de Saint Thomas), que s'usava com a expectorant en forma de xarop o de píndoles; i el bàlsam tranquil que, obtingut per decocció en oli de fulles de belladona, estramoni, tabac i cascalls, juntament amb alcohol de 95°, es feia servir externament com a sedant anodí local.

La importància de l'ús dels bàlsams en terapèutica es fa palesa en revisar diferents compendis o tractats de farmacologia publicats a la darreria del segle XVIII o a la primera meitat del segle XIX (tot i que fins ben entrat el segle XX van ser encara molt presents).

El 1798, A. Lavedan va publicar la traducció de l'obra de J. J. Plenck *Farmacologia Chirúrgica, ó Ciencia de Medicamentos externos é internos*[2]; en el capítol dedicat als bàlsams fa un resum introductori: "Hay bálsamos naturales, artificiales, líquidos o sólidos, disolubles en los menstruos crasos ó espiritosos. Los empleamos ó en linimento ó en ungüentos, segun el fin que se les puede apropiar por la naturaleza de sus principios balsámicos, y su diferente consistènciа"/.../ "Usos: con particularidad ellos son destinados á curar las úlceras y las heridas; pero es menester tener mucho cuidado de no emplear los rancios ó alterados de ninguna manera; porque no se haría mas que aumentar el mal en vez de curarlo". Entre els d'ús en cirurgia descriu els següents bàlsams: *de Arceo, samaritano, de Lucatelli, ophtálmico encarnado, ophtálmico de S. Ives, ophtálmico vulnerario, de azufre (simple y trementinado), del comendador, especial de Carlos Musitano, de*

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

Annals de Medicina 2018;101:130-135.

vida para el uso esterno, de agujas o de acero, de Saturno, odontálgico, mercurial, de xabon, anti-reumático, acústico, de Fioravanti, etc. De tots ells n'explica la composició i com s'han de preparar així com els usos i com s'han d'aplicar o administrar.

El 1823, la *Farmacopea Matritense en Castellano*[3] detallava la composició i explicava com s'havien de preparar un bon nombre de bàlsams "artificials" (*arcedo, católico, anodino, de Salazar, de romero vulgo de Porras, uterino ó anti-histérico, de Saturno, acético alcanforado del doctor Pelletier,* entre d'altres).

Uns anys més tard, Juan Vicente Carrasco, el 1827, al *Compendio de Farmacologia ó Tratado de Materia Médica y Farmacéutica*[4], basat en una obra de l'alemany C. Sprengel, dedica un capítol als bàlsams naturals i en descriu acuradament una vintena.

El 1865, a la cinquena edició de la *Farmacopea Española*[5] hi trobem una colla de preparats que porten el nom de bàlsam: *anodino, de Arceo, de azufre, de azufre trementinado, Católico ó del Comendador, de Fioraventi, de Malats, Opodeldoch, Opodeldoch líquido, pleurítico, tranquilo, verde, de Copaiba, de María, de Meca (opobálsamo), del Perú líquido, del Perú seco, de Tolú, negro...* A la sisena edició, publicada el 1884[6], s'hi van incloure pràcticament els mateixos bàlsams, a més de xarops, pastilles, píndoles, tabletes, tintures i ungüents balsàmics.

Actualment, però, l'ús dels bàlsams com a medicaments és escàs; així, per exemple, la seva presència en els fàrmacs autoritzats a Espanya és mínima i només en tres productes s'especifica que inclouen en la seva composició bàlsam de Perú i en un que conté bàlsam de Tolú[7].

El bàlsam català, una història entre moltes altres de 1820

En un article d'aquesta sèrie, dedicat a Segimon Malats i Codina, vam explicar la història del *bàlsam de Malats*[8], que inicialment només es va fer servir per tractar els èquids i que després es va usar abastament en humans, si més no fins a principis del segle XX.

L'origen d'aquest bàlsam no és del tot clar, ja que es va especular que de fet era una còpia del *bàlsam d'Izquierdo*, ideat per Juan Antonio Giménez (Jiménez o Ximénez, segons la font) Izquierdo, un tintorer de Las Pedroñeras (Conca), ja que Izquierdo va haver de presentar diverses vegades el seu bàlsam, per al tractament de ferides en cavalls, a l'Escola de Veterinària entre 1803 i 1807. Malats va ser un dels veterinaris que va jutjar la seva eficàcia i Izquierdo va haver-li d'explicar la composició i com s'havia de preparar aquest bàlsam. Malats es defensà afirmant que el seu bàlsam era anterior al d'Izquierdo i que l'havia estat assajant i millorant des de 1775 a la campanya d'Alger fins el 1811, quan va fer-lo servir en una epidèmia a Oriola. La coincidència de dates i el secretisme sobre la fórmula i la preparació afavorí també la sospita que havia copiat Izquierdo, tot i que Malats sempre va defensar que no ho havia fet. Tant els que acusaven Malats d'haver-lo copiat com els seus defensors debateren a través de la premsa escrita i foren els diaris de l'època els que recolliren opinions en tots sentits.

Aquestes crítiques, que havien començat a Madrid, arribaren també a Catalunya on el 1820, a més, es va fer pública l'existència d'un nou bàlsam, ideat a Barcelona, que es va anomenar *bàlsam català*, que s'usà també tant en animals com en humans. Del *bàlsam català* se'n coneix ben poc, a part de les notícies publicades a la premsa.

Una anàlisi de les notícies publicades al voltant de 1820 a diferents diaris ens apropa al debat que va tenir lloc al voltant d'aquests bàlsams i ens aporta algunes dades, tot i que escasses, sobre aquest *bàlsam català*. A continuació en fem un seguiment cronològic passant per diferents publicacions de l'època.

***Diario de Barcelona*, 17 de desembre de 1819**[9]**.** Un article datat a Madrid el 15 de desembre i signat per M. M. fa referència als bàlsams de Malats i d'Izquierdo. M. M. explica com ha estat indagant per tal de conèixer quin ha estat l'origen del *bàlsam de Malats*, explica la història del d'Izquierdo i adjunta la que diu que és la fórmula del bàlsam: "La imposibilidad de que muchos puedan usar este precioso remedio, á causa del excesivo precio á que se vende, es el objeto que me mueve a publicar su composición y a presentar al público la receta y modo de elaborarlo, mayormente siendo como son bálsamos que corren con diversos nombres en esta capital. Su descubrimiento se debe principalmente á Izquierdo, que segun me han informado varias personas fidedignas, lo adquirió de su padre, de ejercicio albeitar, en una receta que se encontró á su fallecimiento en árabe, que traducida es la que coloco al fin de este articulo". La recepta és la següent: "Dos libras de aceite comun. Media onza de balsamillo. Media onza de sinfito mayor. Media onza de uña de gavilan. Media onza de abillas. Media onza de balsamina. Media onza de la yerba cotones. Y media onza de ojas y flor de romero. Estos simples, puestos en una redoma, se cierran en un estercolero por espacio de treinta y seis días, á fin de que fermenten".

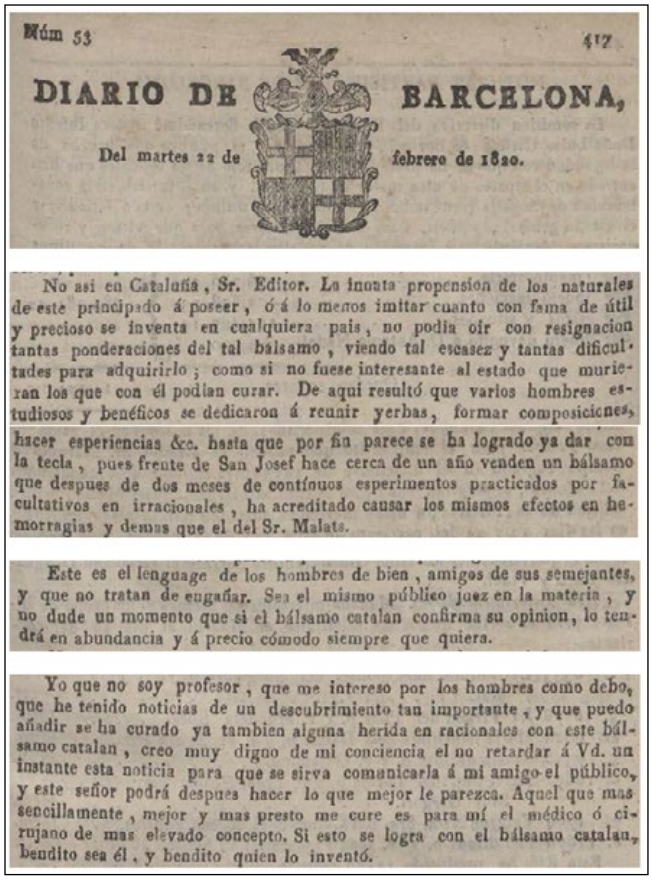
Val a dir que aquesta composició del *bàlsam de Malats* no és la que es troba en altres publicacions i és ben diferent a la que es descriu en diferents obres de l'època del bàlsam d'Izquierdo; així, per exemple, el 1852, el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* inclou la *Composición que se cree sea el bálsamo de Malats*[10]: "De los de la momórdica balsàmica. Tallos y hojas de la misma planta. Hojas de sinfito mayor. Hojas de sedo blanco. Frutos de la malva oficinal. Tallos y hojas de solano negro. Sumidades florias del romero. De cada cosa de estas media onza. Aceite clarificado de olivas: 32 onzas". Mentre que la *Far-*

macopea Española de 1865[5] inclou una altra composició i una forma diferent de preparació del *bàlsam de Malats*: "Aceite de olivas, seis libras. Flores frescas de romero, de manzanilla y de cantueso, de cada cosa tres onzas. Hojas secas de balsamina, seis onzas. Bálsamo del Perú líquido, tres onzas. Colóquense las flores y el aceite en una vasija de vidrio de boca ancha; tápese con un paño, y déjese expuesta al sol y al sereno desde mayo hasta octubre. En el mes de agosto añádanse las hojas de balsamina, y en el de setiembre el bálsamo peruviano. Cuélese después el producto; déjese clarificar por reposo, y distribúyase en frascos que deben quedar llenos y bien tapados".

Els comentaris i crítiques d'M. M. al *bàlsam de Malats* originaren un seguit d'articles a favor i en contra, que comentaven diferents aspectes, des de l'autoria del *bàlsam de Malats* a com obtenir les plantes per preparar-lo amb la recepta d'M. M.[11,12] així com la rèplica, gens amigable, per part del propi Segimon Malats[13].

Entre tots aquests articles se'n publicaren alguns en què es parlava del que s'anomenà *bàlsam català*.

***Diario de Barcelona*, 22 de febrer de 1820**[14] (Figura 1). Un article signat en aquesta ocasió per S. M. comença fent referència als bàlsams de Malats i d'Izquierdo: "Sr. Diarista: He notado que de algun tiempo á esta parte ameniza Vd. de cuando en cuando su periódico, con los artículos que se publican en Madrid acerca del decantado bálsamo de Malats. Realmente lo merece un específico del que se cuentan tantas maravillas". Segueix fent una crítica a les disputes sobre l'origen del bàlsam i sobre qui n'ha de ser el propietari i qui en tingui els beneficis econòmics i segueix explicant el que, segons diu, ha passat a Catalunya: "No así en Cataluña, Sr. Editor. La innata propension de los naturales de este principado á poseer, ó á lo menos imitar cuanto con fama de útil y precioso se inventa en cualquiera país, no podia oir con resignacion tantas ponderaciones del tal bálsamo, viendo tal escasez y tantas dificultades para adquirlo; como si no fuese interesante al estado que murieran los que con él podian curar". Segueix dient: "De aquí resultó que varios hombres estudiosos y benéficos se dedicaron á reunir yerbas, formar composiciones, hacer experiencias, hasta que por fin parece se ha logrado ya dar con la tecla, pues frente de San Josef hace cerca de un año venden un bálsamo que despues de dos meses de contínuos experimentos practicados por facultativos en irracionales, ha acreditado causar los mismos efectos en hemorragias y demas que el del Sr. Malats". I a continuació fa referència al preu i a la disponibilitat d'aquest nou bàlsam: "La cosa, Sr. Redactor, es bien sencilla. El bálsamo se hallará á un precio equitativo en la botica que está enfrente de San Josef, sea ó no facultativo puede examinarlo á sus anchas con irracionales, y publicar luego en este mismo periódico lo que le haya resultado, con la advertencia de que si saliese contra el bálsamo la experiencia, se podrà repetir en la misma botica ó en otra parte á presencia de quien guste cerciorarse". Afegeix després: "Este es el lenguage de los hombres de bien, amigos de sus semejantes, y que no tratan de engañar". I tot seguit es refereix a aquest bàlsam anomenant-lo *bàlsam català*: "Sea el mismo público juez en la materia, y no dude un momento que si el bálsamo catalan confirma su opinion, lo tendrá en abundancia y á precio cómodo siempre que quiera". S. M. afirma també que ell no n'és l'inventor, però no diu el nom de qui l'ha ideat i ho argumenta: "Porque entre los facultativos se mira como un delito de lesa profesion ocuparse en un remedio, un específico de estos caseros ó de curanderos como se suele decir, aunque interese en ello la salud de todo el género humano...". S. M. acaba les seves explicacions justificant perquè fa pública l'existència d'aquest bàlsam: "Yo que no soy professor, que me intereso por los hombres como debo, he tenido noticias de un descubrimiento tan importante, y que puedo añadir se ha curado ya tambien alguna herida en racionales con este bálsamo catalan, creo muy digno de mi conciencia el no retardar á Vd. un instante esta noticia" /.../ "Aquel que mas sencillamente, mayor y mas presto me cure es para mí el médico ó cirujano de mas elevado concepto. Si esto



Núm 53 417

DIARIO DE BARCELONA,

Del martes 22 de febrero de 1820.

No así en Cataluña, Sr. Editor. La innata propension de los naturales de este principado á poseer, ó á lo menos imitar cuanto con fama de útil y precioso se inventa en cualquiera pais, no podia oir con resignacion tantas ponderaciones del tal bálsamo, viendo tal escasez y tantas dificultades para adquirirlo; como si no fuese interesante al estado que murieran los que con él podian curar. De aqui resultó que varios hombres estudiosos y benéficos se dedicaron á reunir yerbas, formar composiciones, hacer esperiencias &c. hasta que por fin parece se ha logrado ya dar con la tecla, pues frente de San Josef hace cerca de un año venden un bálsamo que despues de dos meses de contínuos esperimentos practicados por facultativos en irracionales, ha acreditado causar los mismos efectos en hemorragias y demas que el del Sr. Malats.

Este es el lenguage de los hombres de bien, amigos de sus semejantes, y que no tratan de engañar. Sea el mismo público juez en la materia, y no dude un momento que si el bálsamo catalan confirma su opinion, lo tendrá en abundancia y á precio cómodo siempre que quiera.

Yo que no soy profesor, que me intereso por los hombres como debo, que he tenido noticias de un descubrimiento tan importante, y que puedo añadir se ha curado ya tambien alguna herida en racionales con este bálsamo catalan, creo muy digno de mi conciencia el no retardar á Vd. un instante esta noticia para que se sirva comunicarla á mi amigo el público, y este señor podrá despues hacer lo que mejor le parezca. Aquel que mas sencillamente, mejor y mas presto me cure es para mí el médico ó cirujano de mas elevado concepto. Si esto se logra con el bálsamo catalan, bendito sea él, y bendito quien lo inventó.

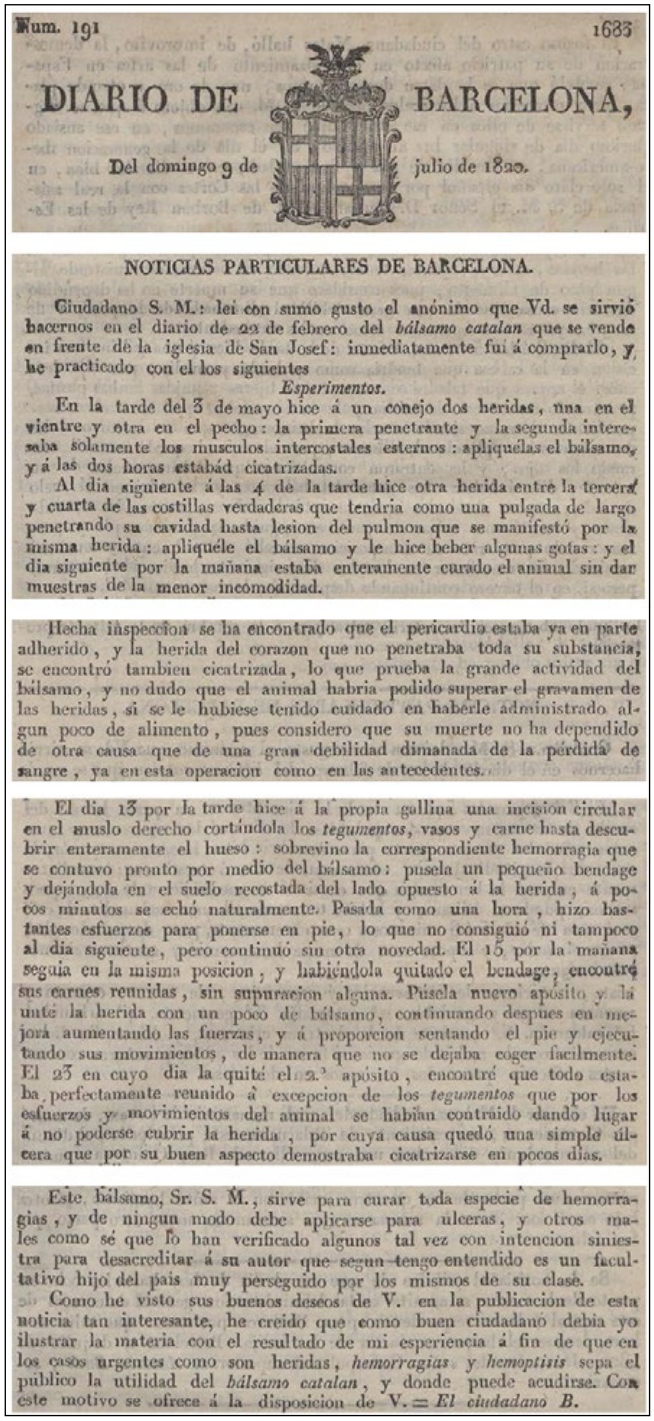
FIGURA 1. **Edició del 22 de febrer de 1820 del *Diario de Barcelona* (fragments) on s'explica que a Barcelona es pot trobar un nou bàlsam anomenat *bàlsam català*[14]**

se logra con el bálsamo catalan, bendito sea él, y bendito quien lo inventó".

***Diario de Barcelona*, 9 de juliol de 1820**[15]. Uns mesos després de la publicació signada per S. M., una persona que s'identificava com "El Ciudadano B" enviava un llarg escrit al *Diario de Barcelona*: després de llegir l'article d'S. M. havia anat a comprar el bàlsam català i explicava ara els experiments que havia fet amb aquest bàlsam en un conill i en una gallina durant el mes de maig. Relata amb detall els experiments, en els quals tant el va aplicar tòpicament com el va subministrar per via oral (Figura 2).

Els primers els va fer en un conill: "En la tarde del 5 de mayo hice á un conejo dos heridas... /.../ apliquélas el bálsamo y á las dos horas estaban cicatrizadas". "Al día siguiente ... hice otra herida entre la tercera y cuarta de las costillas verdaderas ... penetrando su cavidad hasta lesión del pulmon que se manifestó por la misma: Apliquéle el bálsamo y le hice beber algunas gotas: y el dia siguiente por la mañana estaba enteramente curado el animal sin dar muestras de la menor incomodidad". Al mateix conill li va fer una ferida al coll, amb una incisió a la caròtida i, quan va començar a sagnar, diu: "púsele el bálsamo y le hice tomar de él una cucharadita de café y á cosa de solo 5 ó 6 minutos, cesó enteramente, poco después le solté, pusose á andar, y á poco mas de media hora comió y continuó sin novedad alguna". Quatre dies després prosseguí el seu experiment, en aquesta ocasió arribant a perforar-li el pericardi: "La hemorràgia fue considerable... le apliqué un *lechino* empapado de bálsamo que dejé por algun rato. En efecto vi logrado mi intento á los 7 u 8 minutos... le entraron unas fuertes convulsiones que me hicieron sospechar su muerte; para lograr calmarlas le hice beber otra vez el bálsamo y conseguí se disminuyesen del todo...". L'endemà el conill es va morir; en inspeccionar el cor: "el pericardio estaba ya en parte adherido, y la herida del corazón que no penetraba toda su substancia se encontró cicatrizada, lo que prueba la gran actividad del bálsamo...". Experiments similars els va fer amb una gallina, a la que va fer diverses ferides, que va curar amb el bàlsam, aplicat directament a la ferida o fent-li beure, segons el cas.

Les conclusions a les quals arribà les resumeix dient: "Este bálsamo, Sr. S. M., sirve para curar toda especie de hemorragias, y de ningun modo debe aplicarse para ulceras, y otros males como sé que lo han verificado algunos tal vez con intención siniestra para desacreditar á su autor que segun tengo entendido es un facultativo hijo del país muy perseguido por los mismos de su clase". I afegeix: "...he creído que como buen ciudadano debía yo ilustrar la materia con el resultado de mi esperiencia á fin de que en los casos urgentes como son heridas, hemorragias y hemoptisis sepa el público la utilidad del bálsamo catalan, y donde puede acudirse".


Num. 191 1633

DIARIO DE BARCELONA,

Del domingo 9 de julio de 1820.

NOTICIAS PARTICULARES DE BARCELONA.

Ciudadano S. M.: lei con sumo gusto el anónimo que Vd. se sirvió hacernos en el diario de 22 de febrero del *bálsamo catalan* que se vende en frente de la iglesia de San Josef: inmediatamente fui á comprarlo, y he practicado con el los siguientes

Esperimentos.

En la tarde del 3 de mayo hice á un conejo dos heridas, una en el vientre y otra en el pecho: la primera penetrante y la segunda interesaba solamente los musculos intercostales esternos: apliquélas el bálsamo, y á las dos horas estabád cicatrizadas.

Al dia siguiente á las 4 de la tarde hice otra herida entre la tercera y cuarta de las costillas verdaderas que tendria como una pulgada de largo penetrando su cavidad hasta lesion del pulmon que se manifestó por la misma herida: apliquéle el bálsamo y le hice beber algunas gotas: y el dia siguiente por la mañana estaba enteramente curado el animal sin dar muestras de la menor incómodidad.

Hecha inspeccion se ha encontrado que el pericardio estaba ya en parte adherido, y la herida del corazon que no penetraba toda su substancia, se encontró tambien cicatrizada, lo que prueba la grande actividad del bálsamo, y no dudo que el animal habria podido superar el gravamen de las heridas, si se le hubiese tenido cuidado en haberle administrado algun poco de alimento, pues considero que su muerte no ha dependido de otra causa que de una gran debilidad dimanada de la pérdida de sangre, ya en esta operacion como en las antecedentes.

El dia 13 por la tarde hice á la propia gallina una incision circular en el muslo derecho cortándola los *tegumentos*, vasos y carne hasta descubrir enteramente el hueso: sobrevino la correspondiente hemorragia que se contuvo pronto por medio del bálsamo: pusela un pequeño bendage y dejándola en el suelo recostada del lado opuesto á la herida, á pocos minutos se echó naturalmente. Pasada como una hora, hizo bastantes esfuerzos para ponerse en pie, lo que no consiguió ni tampoco al dia siguiente, pero continuó sin otra novedad. El 15 por la mañana seguia en la misma posicion, y habiéndola quitado el bendage, encontré sus carnes reunidas, sin supuracion alguna. Pusela nuevo apósito y la unté la herida con un poco de bálsamo, continuando despues en mejorá aumentando las fuerzas, y á proporcion sentando el pie y ejecutando sus movimientos, de manera que no se dejaba coger facilmente. El 23 en cuyo dia la quité el 2.º apósito, encontré que todo estaba perfectamente reunido á excepcion de los *tegumentos* que por los esfuerzos y movimientos del animal se habian contraido dando lugar á no poderse cubrir la herida, por cuya causa quedó una simple úlcera que por su buen aspecto demostraba cicatrizarse en pocos dias.

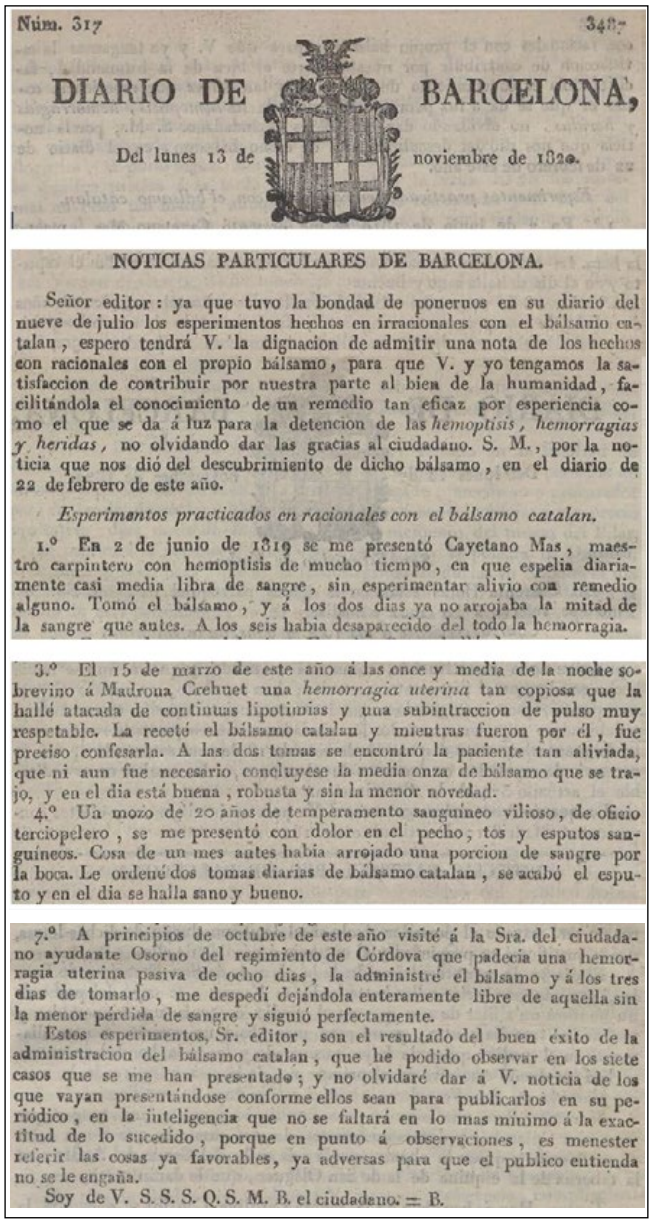
Este bálsamo, Sr. S. M., sirve para curar toda especie de hemorragias, y de ningun modo debe aplicarse para ulceras, y otros males como sé que lo han verificado algunos tal vez con intencion siniestra para desacreditar á su autor que segun tengo entendido es un facultativo hijo del pais muy perseguido por los mismos de su clase.

Como he visto sus buenos deseos de V. en la publicacion de esta noticia tan interesante, he creido que como buen ciudadano debia yo ilustrar la materia con el resultado de mi esperiencia á fin de que en los casos urgentes como son heridas, *hemorragias* y *hemoptisis* sepa el público la utilidad del *bálsamo catalan*, y donde puede acudirse. Con este motivo se ofrece á la disposicion de V. = *El ciudadano B.*

FIGURA 2. **Edició del 9 de juliol de 1820 del *Diario de Barcelona* (fragments) on s'expliquen diversos experiments duts a terme en animals amb el *bàlsam català*[15]**

***Diario Constitucional de Barcelona*, 15 de setembre de 1820**[16]. Unes setmanes després, aquest diari publicava el següent comentari a l'apartat *Observaciones*: "Bálsamos. Un buen acopio del de Malats y del bálsamo catalán, no vendrían mal en la plaza de toros para hacer experimentos, tanto en irracionales como en racionales".

***Diario de Barcelona*, 13 de novembre de 1820**[17]. Uns mesos més tard, el Ciudadano B publica en aquest mateix diari els resultats dels *Esperimentos practicados en racionales con el bálsamo catalan*, que fan que aquest bàlsam estigui indicat en el tractament de les hemorràgies, les hemoptisis i les ferides (Figura 3). Descriu 7 casos de pacients als quals, per diverses malalties, ha fet prendre el bàlsam català. "...se me presentó Cayetano Mas, maestro carpintero con hemoptisis de mucho tiempo, en que espelia diariamente media libra de sangre sin esperimentar alivio con remedio alguno. Tomó el bálsamo, y a los dos días ya no arrojaba la mitad de la sangre que antes. A los seis había desaparecido del todo la hemorragia" i "Un mozo... se me presentó con dolor en el pecho, tos y esputos sanguineos /.../ Le ordené dos tomas diarias de bálsamo catalan, se acabo el esputo y en el día se halla sano y bueno". Descriu també els casos de diverses dones amb hemorràgies ginecològiques, degudes a diverses causes; els resultats en aquests casos, diu, han estat molt bons: "La receté el bálsamo catalan y mientras fueron por él, fue preciso confesarla. A las dos tomas se encontró la paciente tan aliviada, que ni aun fue necesario concluyese la media onza de bálsamo que se trajo y en el dia está buena, robusta y sin la menor novedad" o "...padecia una hemororagia uterina pasiva de ocho días, la administré el bálsamo y á los tres días de tomarlo, me despedí dejándola enteramente libre de aquella sin la menor pérdida de sangre y siguió perfectamente". En acabar la descripció dels set casos conclou: "Estos experimentos, Sr. Editor, son el resultado del buen éxito de la administración del bálsamo catalan, que he podido observar en los siete casos que se me han presentado...". Desconeixem la identitat d'aquest Ciudadano B i si, com es podria suposar, era un metge que, pel fet que emprava tractaments d'aquest tipus, no es volia donar a conèixer.



Núm. 317 348

DIARIO DE BARCELONA,

Del lunes 13 de noviembre de 1820.

NOTICIAS PARTICULARES DE BARCELONA.

Señor editor: ya que tuvo la bondad de ponernos en su diario del nueve de julio los esperimentos hechos en irracionales con el bálsamo catalan, espero tendrá V. la dignacion de admitir una nota de los hechos con racionales con el propio bálsamo, para que V. y yo tengamos la satisfaccion de contribuir por nuestra parte al bien de la humanidad, facilitándola el conocimiento de un remedio tan eficaz por esperiencia como el que se da á luz para la detencion de las *hemoptisis, hemorragias y heridas*, no olvidando dar las gracias al ciudadano. S. M., por la noticia que nos dió del descubrimiento de dicho bálsamo, en el diario de 22 de febrero de este año.

Esperimentos practicados en racionales con el bálsamo catalan.

1.º En 2 de junio de 1819 se me presentó Cayetano Mas, maestro carpintero con hemoptisis de mucho tiempo, en que espelia diariamente casi media libra de sangre, sin esperimentar alivio con remedio alguno. Tomó el bálsamo, y á los dos dias ya no arrojaba la mitad de la sangre que antes. A los seis habia desaparecido del todo la hemorragia.

3.º El 15 de marzo de este año á las once y media de la noche sobrevino á Madrona Crehuet una *hemorragia uterina* tan copiosa que la hallé atacada de continuas lipotimias y una subintraccion de pulso muy respetable. La receté el bálsamo catalan y mientras fueron por él, fue preciso confesarla. A las dos tomas se encontró la paciente tan aliviada, que ni aun fue necesario concluyese la media onza de bálsamo que se trajo, y en el dia está buena, robusta y sin la menor novedad.

4.º Un mozo de 20 años de temperamento sanguineo vilioso, de oficio terciopelero, se me presentó con dolor en el pecho, tos y esputos sanguineos. Cosa de un mes antes habia arrojado una porcion de sangre por la boca. Le ordené dos tomas diarias de bálsamo catalan, se acabó el esputo y en el dia se halla sano y bueno.

7.º A principios de octubre de este año visité á la Sra. del ciudadano ayudante Osorno del regimiento de Córdova que padecia una hemorragia uterina pasiva de ocho dias, la administré el bálsamo y á los tres dias de tomarlo, me despedí dejándola enteramente libre de aquella sin la menor pérdida de sangre y siguió perfectamente.

Estos esperimentos, Sr. editor, son el resultado del buen éxito de la administracion del bálsamo catalan, que he podido observar en los siete casos que se me han presentado; y no olvidaré dar á V. noticia de los que vayan presentándose conforme ellos sean para publicarlos en su periódico, en la inteligencia que no se faltará en lo mas mínimo á la exactitud de lo sucedido, porque en punto á observaciones, es menester referir las cosas ya favorables, ya adversas para que el público entienda no se le engaña.

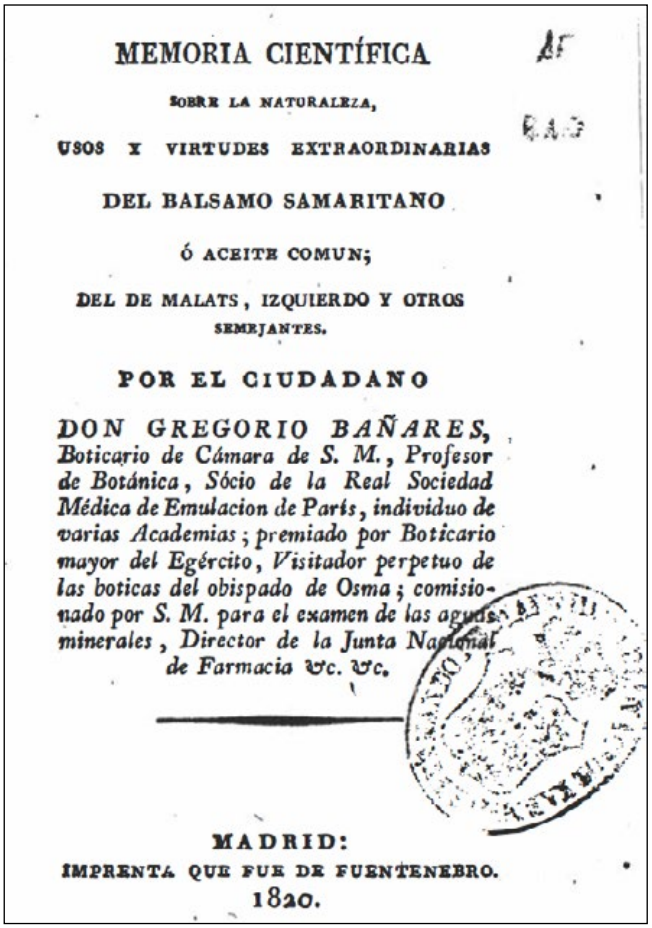
Soy de V. S. S. S. Q. S. M. B. el ciudadano. = B.

FIGURA 3. **Edició del 13 de novembre de 1820 del *Diario de Barcelona* (fragments) on es descriuen els casos de set pacients amb diferents ferides, hemorràgies i hemoptisis tractats amb èxit amb el *bàlsam català*[17]**

Memoria científica sobre la naturaleza, usos y virtudes extraordinarias del bálsamo samaritano ó aceite común; del de Malats, Izquierdo y otros semejantes. També l'any 1820, Gregorio Bañares, amic de Malats però crític amb el seu bàlsam, publicà una memòria científica[18] (Figura 4) motivada per l'existència de diversos bàlsams molt similars i les disputes que hi havia sobre la seva composició i els seus efectes, per tal de clarificar la situació ("La multitud de bálsamos que se usan en el dia con los nombres de Izquierdo, Malats y otros; la novedad que ha ocasionado su publicación y venta en España, Francia y otros reinos; el precio excesivo á que se vende, y lo mucho que se ha escrito en los periódicos sobre sus virtudes sin crítica ni conocimiento; es lo que me mueve a manifestar por principios las verdaderas propiedades que tienen dichos bálsamos, particularmente el Samaritano, que es el bálsamo por excelencia").

Segons ell, el més rellevant era el *bàlsam samarità*. El nom d'aquest bàlsam prové de l'Evangeli de Sant Lluc, de la *Paràbola del bon samarità* (Lluc 10,25-37): "Un home baixava de Jerusalem a Jericó i va caure en mans d'uns bandolers, que el despullaren, l'apallissaren i se n'anaren deixant-lo mig mort" /.../ "Però un samarità que anava de viatge va arribar prop d'ell, el veié i se'n compadí. S'hi acostà, li amorosí les ferides amb oli i vi i les hi embenà; després el pujà a la seva pròpia cavalcadura, el dugué a l'hostal i se'n va ocupar".

Com diu Bañares, sembla que l'oli i el vi eren coneguts en aquell temps com un específic per curar les ferides, tot i que a l'Evangeli no es diu si els va aplicar junts o separats o si, com es feia al segle XIX per preparar el



MEMORIA CIENTÍFICA

SOBRE LA NATURALEZA,

USOS Y VIRTUDES EXTRAORDINARIAS

DEL BALSAMO SAMARITANO

Ó ACEITE COMUN;

DEL DE MALATS, IZQUIERDO Y OTROS SEMEJANTES.

POR EL CIUDADANO

DON GREGORIO BAÑARES, Boticario de Cámara de S. M., Profesor de Botánica, Sócio de la Real Sociedad Médica de Emulacion de París, individuo de varias Academias; premiado por Boticario mayor del Egército, Visitador perpetuo de las boticas del obispado de Osma; comisionado por S. M. para el examen de las aguas minerales, Director de la Junta Nacional de Farmacia &c. &c.

MADRID:

IMPRENTA QUE FUE DE FUENTENEBRO.

1820.

FIGURA 4. **Portada de la memòria científica publicada per Gregorio Bañares l'any 1820 en què revisa i compara diferents bàlsams emprats en aquell moment[18]**

que anomenaven *bàlsam samarità*, s'havien sotmès a un procés de cocció i s'hi havia afegit romaní. Segons aquest autor, és clar que "los experimentos que se han hecho con el aceite y bálsamos demuestran que la virtud principal consiste exclusivamente en el aceite"; per això, explica, ell ha aconsellat en moltes ocasions a persones que tenien ferides que fessin servir oli d'oliva en comptes de qualsevol bàlsam i totes, sense excepció, s'han curat perquè: "Es indudable que el aceite común es el mejor bálsamo que se conoce, el que detiene la sangre de las heridas, y las cura con mas sencillez y perfeccion..." /.../ "... luego la virtud del bálsamo consiste en el aceite y no en las yerbas". Per això, i després d'analitzar la composició, conclou que l'oli és l'ingredient principal de la majoria dels bàlsams (de Malats, d'Izquierdo, catòlic, de Copaiba), tant en voga en aquella època.

No hem aconseguit trobar la composició del bàlsam català, tampoc referències a l'ús d'aquest preparat posteriors a aquella època; Bañares no l'esmenta explícitament. Sembla que tot i les controvèrsies i disputes, d'entre aquells bàlsams, tots molt similars, l'únic d'entre els de "nova creació" que va perdurar durant vàries dècades, si més no en les farmacopees espanyoles, va ser el de Malats[5,6,8].

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Diccionari Enciclopèdic de Medicina (DEMCAT). http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/183. Accés el 3 de juliol de 2018
2. Plenck JJ. Farmacologia Chirúrgica, ó Ciencia de Medicamentos Éxternos é Internos precisos para curar las enfermedades de cirugía; con un tratado de Farmacia relativo á la preparacion y composicion de los medicamentós. Traductor: Lavedan A. Madrid: Imprenta Real; 1798.
3. Martínez C. Farmacopea Matritense en Castellano. Madrid: Imprenta calle de la Greda; 1823.
4. Vicente Carrasco J. Compendio de Farmacologia ó Tratado de Materia Médica y Farmacéutica compuesto con arreglo al que escribió en latín Curcio Sprengel de Alemania, para uso de los que se dedican al estudio de este importante ramo de la Medicina, Cirujía y Farmacia en las Universidades y Colegios de España. Tomo I. Madrid: imprenta que fué de García; 1827.
5. Farmacopea Española. Quinta edición. Madrid: Imprenta Nacional; 1865.
6. Farmacopea Oficial Española. Sexta edición. Madrid: Tipografía de Gregorio Estrada; 1884.
7. CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html. Accés el 4 de juliol de 2018.
8. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. El bàlsam de Malats. Annals de Medicina. 2011;94:81-5.
9. M. M. Diario de Barcelona, 17 de desembre de 1819;(361):1892-4.
10. Composición que se cree sea el bálsamo de Malats. Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia. 1852 (25 de enero);(56):28.
11. El amigo de la razón. Diario de Barcelona. 5 de març de 1820;(65):514-7.
12. O. M. Diario de Barcelona. 18 de maig de 1820;(139):1210.
13. Malats S. Artículo remitido. Diario de Barcelona. 28 de febrer de 1820;(59):468-9.
14. S. M. Diario de Barcelona. 22 de febrer de 1820;(53):420-1.
15. El Ciudadano B. Diario de Barcelona. 9 de juliol de 1820;(191):1685-7.
16. Observaciones. Bálsamos. Diario Constitucional de Barcelona. 15 de setembre de 1820;15:4.
17. El Ciudadano B. Diario de Barcelona. 13 de novembre de 1820;(317):3487-9.
18. Bañares G. Memoria científica sobre la naturaleza, usos y virtudes extraordinarias del bálsamo samaritano ó aceite común; del de Malats, Izquierdo y otros semejantes. Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro; 1820.

La subversió: una activitat constructiva en medicina

William A. Silverman

Traducció de Joan M. V. Pons i Gaietà Permanyer Miralda de l'article: Subversion as a constructive activity in medicine. Perspectives in Biology and Medicine. 1986;29:385-391.

Quan un article basat en un treball de recerca curosament elaborat per alleugerir el dolor o curar una malaltia refereix resultats positius, sovint fa que l'autor se senti segur que l'evidència que li ha costat tant obtenir permetrà dur a terme actuacions mèdiques d'ampli abast. Aquesta seguretat de l'autor no garanteix que no apareguin els impertinents que ho posen en dubte i llencen una pedregada de crítiques demolidores. Estan confiats que l'evidència és incompleta ja que és impossible que l'experiència clínica pugui ser completa. Aquests escèptics corren el risc de ser etiquetats de "nihilistes" pel seu intent de subvertir els alts propòsits de la medicina. Vull defensar, però, que aquests irreverents busca-raons són indispensables. Els tractaments infal·libles són pràcticament inexistents i és l'examen crític (fins i tot arribant a la pedanteria) de totes les asseveracions mèdiques l'única manera que tenim per determinar els límits en l'aplicació de les innovacions.

Ídols d'autoritat

L'autoritarisme ha estat durant molt de temps l'enemic de l'actitud crítica en medicina. *Ipse dixit* (ell ho ha dit) va dominar la llarga era de Galè de somni dogmàtic i fins i tot a l'actualitat ens sentim incòmodes amb la idea que no hi hagi, pel que fa al coneixement, cap sentència final i autoritat definitiva.

El sociòleg Robert K. Merton va examinar alguns dels efectes contemporanis de l'autoritarisme en les ciències. Va trobar evidències que uns processos psicosocials tendeixen a fer sorgir veus de dubte mitjançant el reforçament de la influència d'aquells que han aconseguit posicions de preeminència. La distribució dels recursos als científics per les seves contribucions, per posar un exemple, afecta el flux d'idees i troballes a través de les xarxes de comunicació en els seus camps de coneixement. Les entrevistes amb premis Nobel mostren un tema comú: els científics eminents reben un crèdit més gran per les seves contribucions, mentre que investigadors relativament desconeguts no reben el reconeixement per contribucions semblants. Merton ho ha anomenat "efecte Mateu", seguint el que diu l'Evangeli de Sant Mateu: "Perquè a tot aquell qui té, li donaran encara més, i en tindrà a vessar; però al qui no té, li prendran fins allò que li queda". Quan l'efecte Mateu transforma homes i dones en ídols d'autoritat sols fa que, al descoratjar la crítica, es freni l'avenç del coneixement.

Aleksandr Soljenitsin observà, amargament, que un científic mèdic rus molt honorat passejava per les sales de l'hospital envoltat de seguidors com si fos un altre Crist amb els seus deixebles. El "déu" perd el dret a equivocar-se o a dubtar; perd el dret que li permetia poder pensar les coses. Aquesta inclinació a la deïficació de l'autoritat mèdica no es dona sols en els països autoritaris. El fenomen es fa particularment present quan notícies molt publicitades sobre els resultats de la recerca posen un gran èmfasi en la identitat dels investigadors. És en aquesta personalització de l'evidència quan qui està parlant passa a ser més important que el que està dient.

Preocupació amb els noms i els resultats

La comunicació formal de l'evidència es canalitza a través dels articles que es publiquen en les revistes professionals. La influència, molt important, de la revisió escèptica d'aquesta evidència pels consemblants no es dona en cap altre tipus de comunicació pública. El procés de judici es debilita si els revisors queden enlluernats per les contribucions d'investigadors o institucions de renom.

Els psicòlegs Douglas P. Peters i Stephen J. Ceci van examinar el procés de revisió i trobaren coses inquietants. Prengueren un article publicat en cadascuna de les 10 revistes més prestigioses en el seu camp, hi feren uns pocs canvis cosmètics (nom de l'autor, títol, alterar el redactat del resum) i reenviaren els articles a les mateixes revistes que els havien publicat feia uns 18 - 32 mesos. De manera notòria, els articles primerament acceptats havien estat escrits per autors molt valorats pertanyents a departaments de recerca molt respectats; els articles reenviats, tot i la disfressa, eren versions no modificades i portaven noms ficticis, tant pel que fa als autors com a les institucions. Haver emmascarat el manuscrit tingué un èxit inquietant: un minso 18% (4 de 22) dels editors i (multiplicitat) de revisors recomanaren la publicació de l'article camuflat i sols el 10% dels revisors reconegué que l'article s'havia publicat prèviament.

La força de l'escepticisme, com altres vegades he dit, s'afluixa també per l'adoració indeguda d'un nivell fix de "significació estadística" i al transferir autoritat a aquest ídol numèric a l'hora de jutjar si s'accepta o no l'article per a publicació.

Èmfasi en els "mètodes" en la revisió dels articles de recerca

El procés de revisió crítica es deteriora quan sorgeixen dubtes pels resultats dels estudis. Es pot fer una ferma defensa de canviar l'èmfasi de l'examen dels resultats de la recerca i prestar una major atenció als mètodes de la investigació. Aquesta reorientació ha estat proposada com la base per a una nova política editorial en les revistes científiques.

G. William Walster i T. Anne Cleary han suggerit que totes les decisions relacionades amb les dades provinents de la recerca haurien de ser considerades decisions sobre el disseny. Aleshores, donat que la determinació de publicar els resultats d'un estudi de recerca és una manera particular de tractar les dades que en sorgeixen, té tot el sentit que les mateixes limitacions que s'exigeixen per decidir dissenys experimentals s'imposin als judicis sobre la publicació. Una regla bàsica del procediment científic és que qualsevol opinió sobre el maneig de les dades ha de ser adoptada *abans* d'inspeccionar les troballes.

Quan aquesta regla es fa extensiva als veredictes sobre publicar, requereix que quan l'article se sotmet a revisió, els resultats i les conclusions haurien d'ocultar-se. Com també s'ha suggerit recentment, s'hauria d'amagar als revisors els noms dels autors i les institucions. Aquest "emmascarament" precautori tendeix a assegurar que la decisió de si acceptar o no un article per a publicar no estigui relacionada ni amb el resultats de la recerca ni amb el prestigi dels autors (seria una mena de "revisió amb cegament doble", ja que ni els investigadors ni els revisors es coneixen mútuament). L'acceptació, com han proposat Walster i Cleary, s'hauria de basar en el disseny de l'estudi i la rellevància de la recerca per a problemes realment existents. Els ítems per a la revisió crítica en els manuscrits sotmesos a publicació (amb els resultats i autoria oculta) haurien d'incloure:

1) La rellevància teòrica i la justificació de l'estudi.

2) La rellevància per al tema de recerca o la seva aplicació.

3) Resultats previstos i implicacions pels problemes teòrics o aplicats.

4) Si l'estudi és o inclou la replicació d'una recerca prèviament publicada, ha d'haver-hi una discussió sobre la necessitat de la replicació proposada.

5) Descripció detallada dels procediments de l'estudi, inclosos l'origen dels pacients, l'esquema d'aleatorització utilitzat, la transcripció de les instruccions donades als subjectes participants i la descripció de les variables dependents i independents.

6) Qualsevol recerca o dades prèvies que indiquin fins a quin punt les variables independents han estat manipulades d'una manera vàlida.

7) Qualsevol recerca o dades prèvies que indiquin fins a quin punt la variable dependent és fiable i vàlida.

8) Discussió sobre la proposta d'anàlisi de les dades i de la seva rellevància pels resultats predits.

9) Dades pilot o preliminars que donin suport als resultats previstos, en especial si les prediccions estan en contradicció amb les teories existents o resultats publicats.

Aquesta proposta per a canviar una tradició llargament establerta pot exercir una influència de gran abast en la qualitat de les pràctiques de recerca i en la quantitat de recerca que es porta a terme. Hom pot imaginar, per exemple, que els investigadors sotmetessin una proposta en la qual la recollida de dades encara no hagués començat. Després que el protocol d'estudi hagués estat revisat críticament i acceptat, es demanaria a l'investigador que portés a terme la recerca d'acord amb el disseny acordat amb la garantia que la recerca es publicaria independentment del resultat. En qualsevol cas, l'avaluació de la lògica dels procediments en relació a la qüestió de recerca (p. ex., són els procediments apropiats, sensibles i suficientment rigorosos?) permetria reduir el que ha estat l'efecte de la preferència de les decisions editorials pel resultat: la reluctància general de publicar resultats negatius. Aquesta política ha donat lloc a incertesa, pel fet del biaix de selecció, sobre la interpretació dels resultats publicats que proclamen "significació estadística": estudis que donen lloc a resultats falsos positius (el cas inusual, però tanmateix inevitable, d'afirmar associacions o resultats que són completament fortuïts) tenen una major oportunitat de ser publicats quan sols els resultats amb "significació estadística" s'accepten per publicar.

Criticisme subversiu

Sempre estem temptats en medicina per un article encoratjador sobre un èxit terapèutic dramàtic. El nostre contacte diari amb la desgràcia i la mort ens fa desesperar per trobar l'ajut de qualsevol tractament que "funcioni". Sembla que molesti que es facin preguntes que puguin retardar la utilització ràpida d'una alternativa que pot alleugerir o curar; i sembla francament cruel emprendre esforços per revocar un reclam esperançador. Paradoxalment, però, hem d'estar preocupats pels aspectes negatius de la innovació. Uns quants arguments poden servir per justificar aquesta posició subversiva.

El primer grup de raons està relacionat amb el que el filòsof Karl Popper anomenava "asimetria de la prova". És virtualment impossible, assenyalava, provar que un coneixement sobre el món natural és verdader; refutar-ho, tanmateix, pot ser decisiu. (La meva asseveració que tots

els cignes són blancs, confirmada per incomptables observacions, és anul·lada quan veig un autèntic cigne negre). L'actitud escèptica que exigeix intents vigorosos per refutar totes les propostes esperançadores ens porta al fet que les nostres observacions sobre esdeveniments complexos en la natura mai no ho abasten tot. El nostre coneixement és finit, emfatitza Popper, però la nostra ignorància és infinita.

Aquesta crida al seny sobre les nostres limitacions, és a dir, que tot el que podem esperar de l'àrea d'incertesa sobre les intervencions mèdiques és reduir-la, no és pas pessimista com pot semblar a primera vista. Les propostes que, si més no fins ara, han resistit intents seriosos de refutació, es pot esperar que siguin força fiables. Aquestes "veritats pràctiques" posades a prova repetides vegades constitueixen les peces per a la construcció d'una estructura raonablement sòlida que dona suport a les accions diàries en medicina.

Una segona mena d'arguments que justifica la demanda que totes les propostes esperançadores de tractament siguin sotmeses al suplici del criticisme detallat es relaciona amb el fet que quan es comparen dos mètodes de maneig d'una malaltia, és altament improbable que realment obtinguin resultats que siguin exactament iguals. Cal posar a prova formalment les hipòtesis, no tant per demostrar l'existència d'una diferència, sinó més aviat per determinar si la magnitud de la diferència és o no suficientment gran per ser important. Com ha assenyalat l'estadístic M. J. R. Healy, la major part de la recerca clínica no té com a finalitat provar una teoria, sinó millorar la pràctica assistencial. Qüestions relacionades amb l'estat absolut (sí/no) d'una hipòtesi es queden simplement penjades, ja que és poc pràctic provar-les de manera exhaustiva en estudis en humans.

Abans que comenci un estudi comparatiu, els investigadors han de respondre a un seguit de preguntes específiques: quina és la diferència més petita en el resultat que no hauria de passar desapercebuda? La grandària d'aquesta "diferència important" és sovint el tema més crucial en la planificació i avaluació d'un estudi clínic formal. La seva especificació hauria de reflectir el punt de vista de guany o pèrdua pública. Hem de considerar que quan aquest estudi determinat es completi i l'article es publiqui, la qüestió de quina és la diferència important més petita deixarà de ser un problema aïllat de decisió. S'ha dit que l'investigador és com qui paga el músic i aquest toca la cançó que més li agrada; però la música s'emet per a altres que poden escoltar. Hem de preguntar-nos, conseqüentment, quants recursos està disposada a invertir la comunitat per aconseguir una millora especificada en els resultats d'un tractament? Aquesta pregunta relliscosa és difícil de contestar (de fet, un únic estudi només proporciona una estimació de la diferència "verdadera" i un interval de confiança —el rang entre la diferència més petita i la més gran en els efectes del tractament amb la qual són consistents els resultats observats). Hi ha aquí un ampli ventall per a consultes i debats de gran abast: el procés meticulós mitjançant el qual la nova informació mèdica es transforma en quelcom de valor social.

Durant més de 3 segles la tasca autoimposada dels científics en la societat ha estat posar en dubte la certesa de creences indiscutides. En la mesura que la medicina ha bregat per ser científica, el paper central del dubte com a força impulsora ha passat a ser molt més apreciada. La convicció que tot el coneixement científic no és més que una opinió consensuada expressada per un grup d'experts ha donat sempre força als crítics mèdics irreverents —el seu lema ha estat s*emper plangere* (queixa't sempre). Aquells que estan angoixats per preguntes que retarden la posada en pràctica de propostes de tractament haurien de considerar la màxima de Claude Bernard: "La ciència ens ensenya a dubtar i, en ignorància, a abstenir-nos".

Premi Jordi Gol i Gurina 2018. La persona és un viatge

Ramon Bayés

Catedràtic de psicologia jubilat de la Universitat Autònoma de Barcelona.

El 30 d'agost de 2015 moria a Nova York el neuròleg britànic Oliver Sacks. Quan es va adonar de la proximitat del final a causa d'un càncer imparable, va escriure una carta oberta al *New York Times* amb el títol "De la meva pròpia vida", en la qual, entre altres coses, exposava: "No puc dir que no tinc por. Però el sentiment que predomina en mi és el de gratitud". Gratitud a la vida per tot el que m'ha donat: sensibilitat, amor, amics, gaudiment de la bellesa, cultura, viatges, aventura, reflexió...

Gratitud és la paraula que vaig fer servir quan, el 22 de maig de 2018, al final de l'acte en què es van atorgar els premis anuals de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, com a persona a qui va correspondre el Premi Jordi Gol i Gurina 2018, em va tocar pronunciar unes paraules en nom de tots els guardonats.

Gratitud molt intensa en el meu cas perquè associar el nom d'en Jordi Gol "a la meva trajectòria professional i humana", ha estat un gran honor inesperat. Vaig conèixer personalment en Jordi Gol a principis dels anys vuitanta, en col·laborar modestament amb ell en la preparació del XII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, que va tenir lloc a Benicàssim (Castelló) el 1984. Ell va morir poc temps després, el 1985.

A més de ser un autèntic referent per als professionals de la salut de l'època, Jordi Gol sempre va voler ser conegut com a *metge de persones*. És curiós que, en el meu cas, com a docent a la Universitat Autònoma de Barcelona, sempre m'ha agradat pensar en mi mateix no com a professor que imparteix coneixement i avalua estudiants, sinó como a *professor de persones*. Mirant enrere m'adono que en el rovell de la meva tasca professional, igual que en Jordi Gol, sempre hi ha estat la persona. Per aquesta raó, un premi amb el seu nom m'ha proporcionat sorpresa, goig i il·lusió en un moment de la vida (tinc 87 anys) en què les ombres grises de la tardor solen predominar sobre la llum i la simfonia dels prats florits de primavera, i m'ha fet pensar que acostar-se a la mort donant gràcies a la vida pot ser una bona manera de gestionar el procés de morir.

Agrair, morir aprenent. Aquest premi ha estat per a mi no sols una fita molt especial en la meva vida sinó un esglaó més per seguir treballant malgrat l'edat i mentre les forces m'acompanyin, amb les eines que encara disposo: articles, llibres, alguna xerrada esporàdica, la constant interacció amb el correu electrònic.

Al llarg de la meva biografia recordo que, abans que s'instaurés la carrera de psicologia a les nostres universitats, esperonat pel professor Stanley Sapon de la Universitat de Rochester —que passava un any sabàtic a Barcelona i vivia molt a prop d'on visc— em vaig construir un petit laboratori animal a casa meva per condicionar tórtores. Més tard —juntament amb el microbiòleg Ricard Guerrero— vàrem endegar un projecte a la Universitat Autònoma de Barcelona per estudiar l'aprenentatge de bacteris. Paral·lelament, amb un grup reduït d'amics, filòsofs, polítics i psiquiatres (entre els quals voldria destacar en Josep Toro) vàrem fundar una petita editorial des de la qual vam donar a conèixer obres d'autors importants (Claude Bernard, Sechenov, Luria, Pavlov, Skinner...) que van nodrir les primeres promocions de psicòlegs del nostre país.

I un dia, a la dècada dels setanta, a classe de metodologia, em vaig sorprendre preguntant-me en veu alta "Pot fer alguna cosa un psicòleg per ajudar els malalts de càncer?" i vaig començar a desenvolupar projectes de recerca i tutoritzar tesis doctorals en aquesta línia. Més endavant, a la segona meitat de la dècada dels anys vuitanta, participant en una taula rodona sobre càncer de mama al Col·legi de Metges de Barcelona, una oncòloga de l'Hospital de Sant Pau (Carme Alonso) va presentar una ponència en què esmentava l'article d'un metge nordamericà (Eric Cassell), publicat el 1982 al *New England Journal of Medicine* amb el títol "El sofriment i els objectius de la medicina", que va significar un dràstic canvi de timó en la meva vida. L'article, que segueix essent vigent, es pot resumir en una frase que em va colpir: "Els que pateixen no són els cossos; són les persones". I a partir d'aquell moment, el meu objectiu professional es va convertir en l'estudi del sofriment i del procés de morir. "Sabem què és morir-se —escriu el sociòleg Jiménez Burillo— però no què és morir-me".

Correspondència: Ramon Bayés
C/ Alfons XII, 32, àtic 1a
08006 Barcelona
Tel. 932 178 167
Adreça electrònica: ramon.bayes@uab.cat

Annals de Medicina 2018;101:139-141.

FIGURA 1. **El Dr. Bayés dirigint unes paraules en l'acte de lliurament del Premi Jordi Gol i Gurina 2018**

Més tard, un dia em vaig tornar a sorprendre a mi mateix preguntant-me: "Bé, els que pateixen són les persones, però què és una persona?". És, en el fons, el que tant interessava a Jordi Gol i als metges de formació humanista que he tingut la sort de conèixer personalment a casa nostra (Santiago Montserrat Esteve, Antoni Subias Fages, Pau Viladiu, Jaume Pi-Sunyer i Bayo, Miquel Vilardell, Marc Antoni Broggi, Gaietà Permanyer...). Deia fa anys Francis Peabody en el seu recordat discurs de 1927 a la Facultat de Medicina de la Universitat de Harvard: "Allò que s'anomena un 'quadre clínic' no és només la fotografia d'una persona malalta al llit; és un quadre impressionista del pacient envoltat per la seva casa, la seva feina, les seves relacions, els seus amics i les seves alegries, penes, esperances i pors".

Des del dia que vaig conèixer el pensament d'Eric Cassell —amb qui anys més tard em trobaria personalment— i el de la britànica Iona Heath, he tractat d'aprofundir en el tema en tota mena de diccionaris, llibres de medicina, psicologia i filosofia, novel·les, entrevistes, testimonis i revistes.

El cas és que vaig trobar moltes definicions de persona, però cap em satisfeia. He viatjat, he estat convidat per universitats estrangeres, he participat en congressos i reunions científiques, buscant, sempre buscant. Una de les meves característiques era, i per sort segueix essent, la curiositat. Com Bertrand Russell, un dels científics que considero mestre, crec que som al món per ampliar el coneixement i l'entesa entre els homes.

I un dia vaig descobrir que el meu objectiu a la vida era tractar de conèixer millor el sofriment. Durant anys m'he seguit preguntant: Què és el sofriment? Què és la persona? Fins que un dia, llegint un llibre del filòsof Gilbert Ryle vaig trobar una anècdota seva que em va mostrar el camí. Sembla que un amic li va comentar a Ryle: "M'agradaria conèixer la universitat". "Res més fàcil —li va respondre Ryle—. Soc professor a Oxford; si vols, dimecres vine amb mi i te l'ensenyaré". El dia assenyalat es varen traslladar a Oxford. Van participar en un seminari, li va presentar professors i estudiants, van visitar els *colleges*, les biblioteques, els laboratoris, els camps d'esport, van recórrer tot el campus. En acabar el dia, l'amic va sorprendre Ryle amb la pregunta "Bé, la visita ha estat molt interessant però on és la universitat?".

Els professors, els estudiants, les biblioteques, els laboratoris, els edificis, permeten que existeixi la universitat; però no són la universitat. La universitat no té *res extensa*. És d'una altra categoria.

El mateix passa amb la persona. La persona no és el cervell, no és el cos, no és la família, no és la cultura, no és el país. Si fem servir una metàfora: no és el motor, no és el xassís, no és la carretera, no és l'equipatge, no són els companys de viatge, no és el paisatge. La persona és el viatge. Un viatge que comença quan naixem i acaba quan morim o quan les persones vives deixen de pensar en nosaltres.

No hi pot haver dos viatges iguals; és impossible. Cada malalt, cada estudiant, cada persona, és única i canviant en cada moment. La vida és canvi.

Una altra cosa que he anat incorporant a la motxilla de la meva vida, observant els professionals humanistes de qualsevol branca de la ciència —també, per cert, els de la meva disciplina—, és la importància del coneixement tàcit. Sabem moltes més coses de les que podem transmetre amb paraules.

El mètode científic i el mètode clínic són importants, insubstituïbles, ens fan créixer com a col·lectivitat humana i permeten ajudar les persones. Però quan un fill, una mare o la parella moren de sobte, no ens serveixen per a res. No podem simplificar, hem d'afrontar el problema directament en la seva complexitat, tal com es presenta. Aleshores, el recurs que ens queda és el mètode poètic, el mateix que fem servir davant una simfonia de Mahler, el violoncel de Pau Casals o una poesia de Machado: o hi entrem o ens quedem fora.

Això és una mica, molt poc, del que volia dir. El meu passat acadèmic té una importància petita, limitada. Ho vaig aprendre directament de Jean Piaget en el Congrés Internacional de Psicologia que es va celebrar a París el 1967, quan ell —un vellet d'ulls brillants, boina, pipa i cabells blancs com la neu que rondava els 80 anys— es va dirigir als congressistes: "Els organitzadors m'han demanat que els parli de la meva vida però és un tema que no m'interessa gens. Els parlaré dels meus projectes actuals i del que penso fer en els propers anys". Jo, per la meva banda, he escrit articles i llibres però no crec que valgui la pena esmentar-los. En aquest moment els meus projectes es diuen "Persona", "Sofriment" i "Mètode poètic". Hi penso seguir treballant mentre pugui.

Gràcies a l'Acadèmia pel valuós guardó rebut; gràcies a tots els que m'heu donat i continueu donant-me el vostre suport. Els que he esmentat i molts d'altres. Com Oliver Sacks, crec que he tingut —almenys fins ara— una bona vida. Malgrat la meva sordesa creixent, el cervell encara funciona raonablement bé. Voldria aprofitar l'avinentesa per abraçar tots els mestres, companys, familiars, estudiants i amics —els vius i també els morts— que m'heu acompanyat i continueu acompanyant-me, en el viatge de la vida.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Farré M, Tomás J. El Dueto: paseo por los almacenes de la memoria. Entrevista al Dr. R. Bayés. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2008;88. Consultable a: http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=302.
2. Bayés R. Autobiografía. A: Klappenbach H, León R. (eds.). Historia de la psicología iberoamericana en autobiografias. Lima: Editorial Universitaria Ricardo Palma; 2012. p. 133-68.

Premi Carolina Meléndez Fernández 2018 . Posant valor a la promoció de la salut

Dolors Juvinyà

Càtedra de Promoció de la Salut. Facultat d'Infermeria. Universitat de Girona.

Resum

El Premi Carolina Meléndez Fernández es va lliurar a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears (Barcelona), el 22 de maig de 2018, a la catedràtica Dolors Juvinyà Canal (Figura 1) de la Universitat de Girona, com a reconeixement a la seva trajectòria professional i humana, i que gira al voltant de la promoció de la salut. La presentació va anar a càrrec de la Dra. Montserrat Antonín Martín, presidenta de la Secció Catalano-Balear d'Infermeria.

Introducció

Els estudis d'infermeria han experimentat una evolució en els darrers quaranta anys: els estudis d'Ajudant Tècnic Sanitari (ATS) s'incorporen a la universitat amb la creació de la diplomatura d'Infermeria i, anys més tard, amb el grau en Infermeria, vigent actualment i que permet accedir als estudis de màster universitari i prosseguir cap al doctorat. En paral·lel a aquests canvis acadèmics, el perfil de l'infermer/infermera també ha sofert una evolució rellevant en el desenvolupament de la professió. Majoritàriament, el perfil professional d'infermer i infermera és bàsicament assistencial, tanmateix són necessaris professionals més motivats, amb curiositat científica i interès per la docència. Tot i que és bo compaginar diverses activitats, això no vol dir que tothom les hagi de fer. S'ha de reconèixer l'aportació de cadascuna de les especialitats i àmbits evitant que es faci una distinció entre els infermers i les infermeres docents i assistencials, perquè en definitiva l'activitat professional d'ambdós contribueix a la formació dels futurs professionals i al creixement de la professió.

Cal seguir treballant per reorientar els serveis assistencials a un enfocament salutogènic, i posar en valor la promoció de la salut. Això implica una nova mirada en aquesta disciplina que et permet mirar la salut principalment i no la malaltia i s'aprèn a detectar els recursos propis que té la persona i també el seu entorn per guanyar en benestar i guanyar en qualitat de vida. Fa trenta anys, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir la promoció de la salut com el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut i millorar-la, i així ho recull a la Carta d'Ottawa elaborada per aquest organisme. Durant aquests trenta anys, s'ha avançat molt i moltes són les fites assolides. Concretament, l'any 2016, la Promoció de la Salut va ser reconeguda com una matèria educativa transversal en l'assoliment dels Objectius de Desenvolupament Sostenible a la 9a Conferència Mundial de Promoció de la Salut, celebrada a Xangai, i a la qual vaig tenir l'honor d'assistir.

La meva trajectòria professional

A l'hora de decidir els estudis superiors vaig dubtar entre els de la salut i els de l'educació, escollint, finalment, la primera opció i vaig ser admesa com estudiant a l'antiga Escola d'Ajudants Tècnics Sanitaris (ATS) de la Residència Sanitària de la Seguretat Social, situada a l'actual Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. El meu objectiu era prioritzar l'atenció específica al servei de la promoció de la salut de les persones, tot i que després la meva trajectòria professional m'ha portat a alternar ambdues disciplines. L'interès per la salut mental em va portar a estudiar l'especialitat de Psiquiatria, fet que em va motivar a prosseguir amb els estudis de Psicologia a la Universitat Autònoma de Barcelona i continuar amb el doctorat, que vaig finalitzar a la Universitat de Girona.

Durant uns anys vaig treballar en l'àmbit assistencial, després, l'any 1975, vaig entrar en contacte amb l'àmbit docent i a treballar a l'antiga Escola d'ATS de la Diputació de Girona, just abans de l'entrada en vigor dels nous estudis d'Infermeria a la Universitat. Recordo que vaig ser testimoni directe del canvi que s'estava operant i m'adonava que era un moment històric transcendental que calia gaudir al màxim. En aquest nou escenari es va generar un ambient de col·laboració entre el professorat de salut pública de les escoles universitàries d'infermeria a Catalunya. Em van nomenar directora de l'Escola Universitària d'Infer-

Correspondència: Dolors Juvinyà Canal
Càtedra de Promoció de la Salut
Facultat d'Infermeria
Universitat de Girona
Parc Científic i Tecnològic de la Universitat de Girona
C/ Pic de Peguera, 11, la Creueta
17003 Girona
Tel. 972 414 729
Adreça electrònica: dolors.juvinya@udg.edu

Annals de Medicina 2018;101:142-144.

FIGURA 1. **Dolors Juvinyà Canal i Montserrat Antonín Martín en l'acte d'entrega del Premi Carolina Meléndez Fernández, el 22 de maig de 2018**

meria de la Diputació de Girona l'any 1982, càrrec que vaig exercir fins assolir la integració de l'Escola a la Universitat de Girona l'any 1996. Aquest canvi va representar una reorganització important en adequar-nos a noves maneres de funcionar i als nous reptes a assolir, a més de la docència que fèiem: impulsar la recerca i publicar-ne els resultats.

Un moment especial va ser quan l'any 1999 vaig guanyar les oposicions a Catedràtica d'Escola Universitària en Salut Comunitària i Educació per a la Salut al Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona i vaig tenir l'honor de ser la primera infermera catedràtica a Catalunya. Aquest fet em va portar a conèixer diverses universitats, ja que vaig ser nomenada com a membre de diversos tribunals d'oposicions per a nodrir noves places de professorat, així com també vaig tenir l'oportunitat de conèixer professors i professores amb qui encara guardo vincles d'amistat i col·laboració. El 2002 es va constituir el Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària, el primer creat en l'àmbit de la salut a la Universitat de Girona i el primer d'infermeria a Catalunya, que va merèixer el reconeixement de la Generalitat de Catalunya el 2009 com a grup emergent i, posteriorment, com a grup consolidat el 2014. Aquesta excel·lent trajectòria ens va permetre proposar i aconseguir l'acreditació de l'Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya per impartir a la Facultat d'Infermeria el nou estudi oficial de Màster Universitari en Promoció de la Salut que impartim des del 2007. Aquest va ser un fet rellevant per al centre i per al col·lectiu de professionals, especialment de Girona, ja que ha permès accedir al doctorat un cop finalitzat el Màster.

Actualment, dirigeixo la Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona que va ser creada el 2008 amb el suport de Dipsalut, Organisme de Salut Pública de la Diputació de Girona, i aquest any complim el nostre desè aniversari. La Càtedra treballa amb els reptes d'oferir formació d'alta qualitat, participar en aliances estratègiques amb altres universitats, organismes, institucions educatives i centres sanitaris, així com també desenvolupar programes d'investigació, incorporant les tecnologies de la informació i fomentant la vinculació amb la societat. Des de la Càtedra es posa un èmfasi especial a les relacions internacionals, mitjà per garantir la identificació de l'excel·lència científica, l'agregació de capacitats i la visualització i posicionament de la institució. La Càtedra, en tant que entitat integrada en la societat, promou com a motor principal de recerca que la salut és un tema que afecta tothom i que per això cal una implicació generalitzada en la seva promoció. Aquesta tasca s'orienta des de la salutogènesi, és a dir, des d'una perspectiva positiva,

orientada cap a la salut no en contraposició a la malaltia, sinó amb les potencialitats que generen salut i com cercar solucions positives i eficaces, més que no pas en l'estudi dels factors de risc i les causes de les malalties.

He impulsat treballar en polítiques de promoció de la salut en l'entorn universitari, hospitalari i educatiu, amb la voluntat de transcendir tota la societat, i posant especial atenció en l'àmbit local com a espai més proper per promoure la salut i el benestar de les persones del territori.

Defenso que la recerca té sentit si hi ha transferència i divulgació del coneixement, és el que he intentat amb la publicació dels articles científics i llibres sobre els àmbits de la promoció de la salut i serveis sanitaris, salut i gènere, envelliment actiu, atenció a les emergències en salut, salut mental, alfabetització per a la salut i salutogènesi. Hem promogut jornades de debat, conferències i simposis internacionals per compartir i debatre amb experts sobre les noves orientacions i experiències relacionades amb la promoció de la salut.

Actualment, coordino el Màster en Promoció de la Salut de la Universitat de Girona des de 2007. Aquests estudis proporcionen una formació multidisciplinària que aporta als estudiants una visió positiva de la salut i dels seus factors determinants, així com noves estratègies per encarar els reptes que planteja en el sistema sanitari i social, incorporant-hi sistemàticament la promoció de la salut.

Coordino el Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària de la mateixa universitat des del 2002 i l'any 2017 la Generalitat de Catalunya va acreditar novament el Grup com a grup de recerca consolidat per als propers tres anys. Des del Grup impulsem la recerca en la promoció de la salut, la salut mental, gènere i salut, vellesa i cuidadors i l'avaluació de les competències en reanimació cardiopulmonar (RCP) en situacions d'emergència.

Dono especial importància al treball en equip i per aquest motiu participo en diferents xarxes nacionals i internacionals com la International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH), la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS), soc membre del Global Working Grup on Salutogenesis de la International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) i membre de l'European Training Consortium in Public Health and Health Promotion (ETC-PHHP); a nivell espanyol estem presents a la Red Española de Universidades Saludables (REUS), la Alianza en Salud Comunitaria; i a nivell nacional a la Xarxa Catalana d'Universitats Saludables (USCAT) i a la Xarxa Catalana d'Hospitals i Centres Promotors de la Salut. Aquest treball en equip fa que l'experiència compartida ens ajudi a assolir nous reptes professionals, sigui immensament enriquidor i motivador per tots els qui hi col·laborem.

Fruit d'aquestes ganes de compartir amb altres persones i territoris, aquest fet m'ha permès participar en projectes d'àmbit nacional i internacional. Destaco els projectes transfronterers de formació inicial d'estudiants i de formació contínua de professionals del sector sanitari i social en el context transfronterer; i actualment estem treballant per a la formació, recerca i promoció de les xarxes professionals en el camp sanitari i social a escala transfronterera.

El recorregut professional que he fet ha estat valorat per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears i m'ha atorgat el premi Carolina Meléndez Fernández 2018, premi que he rebut amb molta il·lusió. He estat testimoni dels canvis que en aquests darrers quaranta anys han viscut els estudis d'infermeria i de la transformació que han experimentat. Des de la meva visió he intentat aportar-hi tot el que he sabut i segueixo disposada a assumir nous reptes.

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

L'Acadèmia

www.academia.cat/auditorisales

L'Acadèmia

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