



ANNALS DE MEDICINA

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

EDITORIAL

La preocupació per la qualitat assistencial, tan a prop i tan lluny. *X. Bonfill* 145

RODA CONTÍNUA DE FORMACIÓ I CONSENS

SEGURETAT DELS PACIENTS. Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027: impulsant la millora de la qualitat i la seguretat de l'atenció al Sistema de Salut de Catalunya. *C. Pareja Rossell, M. Rabanal Tornero, G. Oliva Oliva* i col·ls. 146

PROVES I EVIDÈNCIES

Estudi de la protètzació de ròtula en artroplasties totals de genoll a Catalunya. *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya* 155

SENSE AMNÈSIA

Eponímia mèdica catalana. Felip Proubasta i Masferrer: la maniobra de Proubasta. *E. Guardiola, J.-E. Baños* 159

CLÀSSICS DEL PENSAMENT MÈDIC. El final de l'era de la malaltia. *M. A. Tinetti, T. Fried* 167

ELS FÀRMACS A TRAVÉS DE LA HISTÒRIA. La warfarina, de verí per a rosegadors a tractament per al president dels Estats Units. *E. Guardiola, J.-E. Baños* 173

La difuminació del cos dels farmacèutics titulars (1939-1980). *F. Parrilla Valero* 177

Miquel Servet Conesa, teòleg i metge inconformista. *À. Royo Peiró* 184

DE LLIBRE

Eponímia mèdica catalana (IV). *O. Ramis* 188

Història del Consell Català de Ressuscitació i dels seus precedents. *F. J. de Latorre Arteché* 191



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

Consell Directiu

Joan Sala Pedrós
Javier Murillas Angoiti
Montserrat Esquerda Aresté
M. Dolors Sintés Matheu
Juan José Montero

Consell Editorial

Hortènsia Aguado Blázquez
Marta Albiol Serra
Albert Altés Hernández
Maria Marta Arcas Ferré
Inmaculada Ausió Rusiñol
Xavier Baldó Padró
Joan Bartra Tomàs
Xavier Bayona Huguet
Sergi Bellmunt Montoya
Alba Bernadó Solé
Patricia Beroiz Groh
Arnau Blasco Lucas
Xavier Bonfill Cosp
Maria Alba Bosch Llobet
Maria Dolores Bosque Cebolla
Ramon Brugada Terradellas
Maria Elena Carreras Moratona
Climent Casals Pascual
Isabel Castaño Núñez
Pere Clavé Civit
Conxita Closa Rusines
Hèctor Corominas Macias
Claudia Cucciniello Villalba
Ramon Cunillera Graño
Susana Curós Torres
Carlos J. Domínguez Alonso
Francesc Xavier Escalada Roig
Àngels Escorsell Mañosa
Montse Esquerda Aresté
Eduarne Fernández de Gamarra Martínez
J. Manel Fernández-Real Lemos
Marta Ferrándeiz March
Joan Carles Ferreres Piñas
Sara Freixedas Berges
Jordi García Linare
Maite Garolera Freixa
Anna Gatell Carbó
Josep Maria Gaya Sopena
Maria Queralt Gorgas Torner
Elena Guardiola Pereira
Francesc Xavier Jiménez Moreno
Rosa Jorba Martín
Laura Lladó Garriga
Carme López Núñez
Marina López Ruiz
Francisco Lozano Soto
Àngels Mach Buch
Luís Manuel Marco Estarreado
Miquel Maresma Matas
Pau Margalef Benaiges
Carles Martín Fumadó

Alba Martínez Escudé
Jordi Martínez Roldán
Dolors Mateo Arzo
Ana Megía Colet
Carles Miñarro García
Moisés Mira Flores
Llorenç Miralles Serrano
Carmen Monasterio Pousa
Rosa M. Montoliu Valls
Montserrat Moral Ajado
Elvira Munteis Olivas
Juan Muñoz Ortego
Javier Murillas Angoiti
Agnès Nicolau Galindo
Joan Miquel Nolla Solé
Ferran Nonell Gregori
Anna Palau Vendrell
Pere Palmada Andreu
Fernando Pardo Aranda
Marta Prado Gallego
Pilar Paredes Barranco
Gemma Parramón Puig
Salvador Pedraza Gutiérrez
Josep Perelló Capo
Santiago Pérez Tortosa
Marta Planas Guillamón
Antoni Pont Salvadó
Caridad Pontes García
Josep Oriol Porta Roda
Mónica Povedano Panadés
Emilio Provinciale Fatsini
Mireia Puig Campmany
Montserrat Puiggené Vallverdú
Antoni Riera Mestre
Ester Risco Vilarasan
M. Esther Roquer Fanlo
Maria Rosa Rosell Ferrer
M. Carmen Ruiz Martín
Xavier Sala Blanch
Joan Sala Pedrós
Maria del Mar Salazar Pou
M. Betlem Salvador González
Santiago Sánchez Cabús
José M. Sánchez Colom
Laia Sans Atxer
Andreu Sauca Balart
Josep M. Segur Vilalta
M. Dolors Sintés Matheu
Antoni Sisó Almirall
José Antonio Soriano Pacheco
Ana Torres Maczassek
Jordi Trelis Navarro
Joan Trias de Bes Mingot
Maribel Troya Saborido
Ivonne Vázquez de las Heras
Misericordia Veciana de las Heras
Toni Veres Gómez
Asunción Vicente Villa
Carles Zafón Llopis
Carlos Antonio Zárate Tejero

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 preocupació per la qualitat assistencial, tan a prop i tan lluny

Xavier Bonfill

Director

Annals de Medicina

A **Roda...**, des del Departament de Salut se'ns explica l'elaboració del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya per al període 2023-2027. Es tracta d'un document que té com a objectiu establir les principals línies de desenvolupament que s'haurien d'impulsar en el nostre sistema de salut per fer possible una atenció assistencial de qualitat i segura. Ha comptat amb la participació de nombrosos professionals i de les societats científiques més directament relacionades amb el tema i, per tant, constitueix un document de referència per al treball de tots els tècnics i gestors que els preocupi alinear les seves respectives organitzacions amb aquestes noves línies formulades des d'una perspectiva més institucional. Tanmateix, el document posa l'èmfasi més cap a la dimensió de seguretat que no pas cap a altres més intrínsecament lligades a la qualitat assistencial, que hi estan menys desenvolupades. Així mateix, com sol passar en aquests tipus de documents, constitueix un repte saber com aquestes línies estratègiques es podran incorporar en els corresponents centres de salut, on la diversitat pel que fa a models, capacitats i recursos per millorar la qualitat i la seguretat és extremadament variable. Per tant, ens hem de congratular per la iniciativa i desitjar que no es quedi en un document excessivament genèric o normatiu.

A **Proves i evidències**, l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) hi publica un interessant article sobre l'estudi de la protèctització de ròtula en artroplasties totals de genoll, a partir del registre d'artroplasties de Catalunya. Es tracta d'una anàlisi molt exhaustiva per intentar esbrinar si una actitud més intervencionista com la substitució completa de la ròtula és preferible davant d'opcions més conservadores, però els resultats obtinguts no permeten treure'n gaire l'entrellat més enllà de constatar que, com passa en la gran majoria de països,

existeix a casa nostra una gran variabilitat d'aquestes pràctiques mèdiques.

A **Sense amnèsia**, l'Eponímia ens presenta la figura de Felip Proubasta i la seva maniobra per dilatar el coll uterí en alguns parts lents i complexos. A més, ens permet conèixer les seves diverses i nombroses activitats en molts camps, entre elles el de ser president fa cent set anys de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i autor als *Annals de Medicina*.

Els **Clàssics...**, traduïts per G. Permanyer i J. M. V. Pons, ens porten una profunda reflexió de M. A. Tinetti i T. Fried sobre el (desitjable) final de l'era de la malaltia. Les autores argumenten de manera brillant la necessitat d'atendre pacients i no només malalties, però la persistència encara avui, si no el major desenvolupament del model biomèdic de l'atenció a pacients crònics, ha deixat com a mínim incert aquell pronòstic que les coses canviarien cap a un model més integrador.

E. Guardiola i J. E. Baños, en aquesta ocasió a través dels **Fàrmacs a través de la història**, ens expliquen la història relacionada amb la warfarina, així com els detalls del seu descobriment i el seu ús actual com a anticoagulant. F. Parrilla continua la seva sèrie sobre els farmacèutics titulars revisant el període que va des del 1939 fins el 1980, en el qual les responsabilitats del cos dels farmacèutics titulars varen quedar força difuminades. Finalment, ens complau publicar una nova contribució de la nostra col·laboradora valenciana Àngels Royo, en aquest cas revisant la figura de Miquel Servet Conesa, que ha passat a la història per la seva visió pionera sobre la circulació pulmonar, però alhora també per mantenir un esperit crític i obert en relació amb els dogmes teològics i mèdics de l'època, fet que li va suposar morir cremat.

A **De llibre**, O. Ramis fa la ressenya del quart volum de l'Eponímia mèdica catalana de E. Guardiola i J. E. Baños, en la qual desitja, com tothom, que no sigui l'últim. I F. de la Torre ens presenta el recent llibre sobre la història del Consell Català de Ressuscitació escrit per X. de Balanzó i M. Cerdà que ens permet congratular-nos d'aquesta exitosa iniciativa.

Acabem l'any aclaparats com ve essent habitual per tant amenaces globals a la salut del planeta i de les persones que hi habitem. Per això encara té més sentit desitjar-vos que passeu unes Bones Festes i un Venturós Any 2024!

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
 Adreça electrònica: xbonfill@santpau.cat

Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027: impulsant la millora de la qualitat i la seguretat de l'atenció al Sistema de Salut de Catalunya

Clara Pareja Rossell¹, Manel Rabanal Tornero¹, Glòria Oliva Oliva¹, Jordina Capella González¹, Roser Bosser Giralt¹, Montserrat Gens Barberà², David Ayala Villuendas², Núria Hernández Vidal², María Pilar Astier Peña²

¹Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària. Departament de Salut. Barcelona; ²Gerència Territorial Camp de Tarragona. Institut Català de la Salut. Tarragona.

Justificació

L'atenció sanitària òptima no es pot oferir simplement garantint la coexistència d'infraestructures, subministraments mèdics i proveïdors d'atenció sanitària. La millora de la prestació de l'atenció sanitària requereix un enfocament centrat en la qualitat dels serveis de salut. Això implica oferir una atenció eficaç, segura, oportuna, equitativa, integrada, eficient i centrada en les persones¹. S'ha demostrat que l'atenció sanitària sense qualitat és ineficaç, és un malbaratament i dificulta el progrés cap a la millora dels resultats de l'àmbit de la salut². Dins de les dimensions de la qualitat¹, la seguretat dels pacients és la dimensió bàsica de la qualitat assistencial.

El maig de 2021, la 74a Assemblea Mundial de la Salut (AMS74) va posar en marxa el Pla d'acció mundial per a la seguretat dels pacients 2021-2030³, per donar prioritat a la seguretat dels pacients com a pas fonamental en la construcció, disseny, funcionament i avaluació de l'impacte dels sistemes sanitaris a escala mundial. Aquest pla té com a objectiu aconseguir un món on ningú pateixi danys a causa de l'atenció sanitària i on cada pacient rebi una atenció segura i respectuosa en tot moment i en qualsevol lloc. Per assolir aquest objectiu es promouen canvis legislatius i polítiques sanitàries, així com la participació activa de pacients, cuidadors i famílies en la seva seguretat. Així mateix, es fomenta el treball multidisciplinari i multi-sectorial, aprofitant les sinèrgies i els sistemes

d'informació per a la vigilància, la millora i la innovació de les estratègies de qualitat, amb un enfocament especial en la seguretat dels pacients. Insta els governs de cada país a posar en marxa estratègies de qualitat i seguretat dels pacients per a garantir una atenció sanitària més segura, com es va fer a escala nacional amb l'Estratègia de Seguretat dels Pacients del Sistema Nacional de Salut 2015-2020⁴.

La millora contínua de l'atenció sanitària ha estat sempre un valor en el Sistema de Salut de Catalunya. La Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària (DGORS) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya⁵ s'encarrega d'assegurar la qualitat i la seguretat de l'atenció sanitària del nostre territori. Al llarg dels anys s'han impulsat tres eixos clau de treball: la creació i la implantació del model d'acreditació d'hospitals d'aguts⁶ i d'atenció primària⁷, i la regulació de l'autorització dels centres sanitaris amb criteris de qualitat i seguretat dels pacients⁸; el desenvolupament de plans estratègics en qualitat i seguretat dels pacients; i la promoció de bones pràctiques, amb la incorporació d'indicadors de seguretat dels pacients dins dels contractes amb les organitzacions sanitàries (Figura 1).

L'últim pla estratègic de seguretat dels pacients de la DGORS es va elaborar per al període 2014-2018; la seva avaluació s'ha vist afectada per la gestió de la pandèmia de la covid-19. L'any 2022, la DGORS va iniciar el procés de planificació estratègica per elaborar un nou Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients (QiSP) al Sistema de Salut de Catalunya. La metodologia de la planificació estratègica té un impacte positiu i significatiu en el desenvolupament de les funcions i en la millora dels resultats de les organitzacions, tant en els sectors públic i privat com a escala internacional⁹.

Aquest article presenta la descripció de la planificació estratègica i el Pla estratègic de QiSP de Catalunya 2023-2027.

Correspondència: Clara Pareja Rossell
Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya
Travessera de les Corts, 131-159, Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona
Tel. 935 566 147
Adreça electrònica: dgors.salut@gencat.cat

Planificació estratègica

El setembre de 2022 es va crear un comitè de direcció amb professionals de la DGORS i un comitè tècnic d'experts en qualitat que va assessorar durant el procés de planificació estratègica. Inicialment, es va definir la missió, la visió i els valors del Pla, considerant la definició de funcions, instruments i regulació de la DGORS (Figura 2).

Posteriorment, es va procedir a fer una anàlisi estratè-

gica de forma participativa de l'estat de la QiSP del sistema sanitari des de quatre perspectives: la del Departament de Salut (avaluació de les diferents estratègies impulsades per la DGORS en els darrers anys), la dels professionals i proveïdors de les organitzacions sanitàries (enquesta d'anàlisi interna i externa de la QiSP), la de la ciutadania i els pacients (enquesta per a la recollida de l'opinió de la seva experiència de QiSP de l'assistència rebuda) i la dels plans nacionals i internacionals (revisió de documents en relació amb la QiSP) (Figura 3).

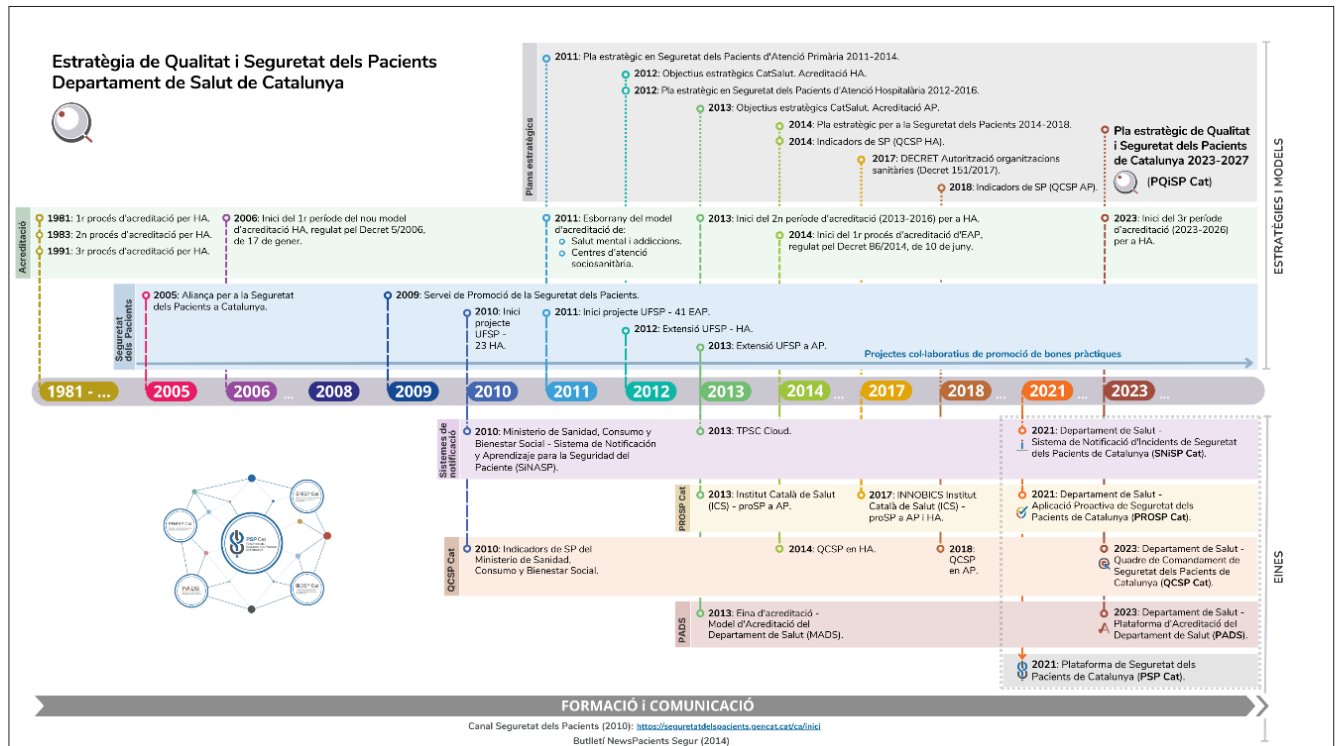


FIGURA 1. Cronologia del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027



FIGURA 2. Definició estratègica. Missió, visió i valors del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027

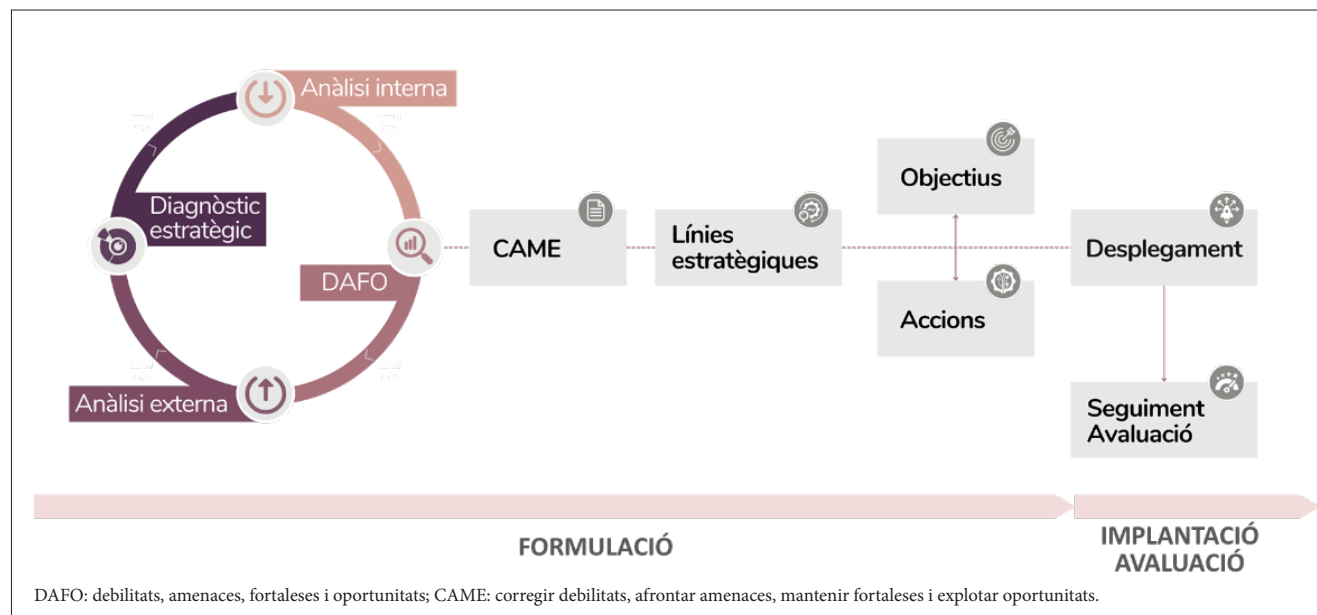


FIGURA 3. Etapes de la planificació estratègica del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027

El procés de participació de professionals i proveïdors es va realitzar mitjançant una enquesta en línia considerant les preguntes descrites a la Taula 1. Posteriorment, els professionals i proveïdors van rebre una primera descripció de les línies i les accions, per poder fer aportacions, i una entrega final, per a la socialització del document per part de tots els responsables de QiSP.

La participació dels pacients i ciutadans es va fer amb la col·laboració del Consell Consultiu de Pacients de Catalunya mitjançant una enquesta en línia al portal de participació ciutadana de la Generalitat de Catalunya (<https://participa.gencat.cat/>), entre el desembre de 2022 i el gener de 2023, amb la participació de 341 persones.

A partir de l'anàlisi de la informació recollida des de les quatre perspectives, es va fer una anàlisi de les debilitats, amenaces, fortaleses i oportunitats (DAFO) (Figura 4) i una anàlisi estratègica a través d'una avaluació per definir com corregir debilitats, afrontar amenaces, mantenir fortaleses i explotar oportunitats (CAME), i poder establir les línies estratègiques, els objectius estratègics i les accions de treball (Taulas 2, 3, 4 i 5). En la Figura 5 es detalla la línia temporal de les activitats descrites anteriorment sobre el desenvolupament del pla.

Línies i objectius estratègics

Aquest pla ha comptat amb la participació de més de 100 professionals i s'estructura en 8 línies estratègiques, 27 objectius estratègics i 136 accions.

La primera línia s'orienta a dissenyar polítiques i estratègies per promoure la QiSP a escala nacional i internacional, incorporant la QiSP en totes les polítiques de salut de

Catalunya, així com a impulsar canvis legislatius. Té present el realitzar una gestió eficient i sostenible dels recursos i promoure la integració dels diferents sistemes d'informació per a la QiSP.

La segona línia vol promoure el lideratge, la cultura i la participació dels professionals a través d'una estructura organitzativa que faciliti la participació dels professionals en la implantació de l'estratègia, l'abordatge de les segones víctimes i la promoció de la cultura QiSP.

La tercera línia impulsa el desenvolupament de polítiques de QiSP mitjançant la definició de models de QiSP i d'acreditació per línies assistencials amb el suport d'eines tecnològiques i la promoció de les bones pràctiques per a la gestió del risc assistencial i la bioètica en el sector sanitari de Catalunya.

La quarta línia té la finalitat d'avaluar les estratègies i els resultats de l'atenció sanitària per impulsar la millora de la QiSP i la presa de decisions, afavorir l'aprenentatge a les organitzacions sanitàries i el reconeixement de l'excel·lència.

La cinquena línia té com a finalitat generar i compartir coneixement i impulsar la investigació i la innovació en QiSP. Per això, és important millorar la comunicació amb el desenvolupament de la sisena línia, orientada a la creació d'un pla de comunicació intern i extern amb diferents eines per tal de difondre la política, les estratègies i els resultats de QiSP.

La setena línia promou aliances amb els diferents actors i potencia el treball en xarxa a escala nacional i internacional. Finalment, la vuitena línia vol promoure la comunicació i la formació en QiSP dels pacients i la ciutadania, incor-

| FORTALESES (F) | DEBILITATS (D) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> · Estratègies en QiSP al llarg dels anys · Cultura d'avaluació de QiSP · Vinculació de la QiSP amb els objectius dels serveis, equips i organitzacions sanitàries · Acreditació DS de les organitzacions sanitàries · Formació en cultura de qualitat i seguretat · Eines per promoure la cultura de QiSP · Unitats funcionals de SP en HA i AP · Aliances amb organitzacions i altres sectors per a la millora de la QiSP · Participació en projectes de recerca competitiu · Implementació de bones pràctiques en els serveis, unitats i centres sanitaris · Mapa de riscos i processos · Sistemes d'Informació per a l'avaluació de la millora de la QiSP · Enquestes de satisfacció (PLAENSA) i anàlisis de reclamacions de SP | <ul style="list-style-type: none"> · Heterogeneïtat dels models organitzatius · Recanvi continu dels responsables de QiSP en les organitzacions · Manca de DLT (definició del lloc de treball) i perfil de competències dels responsables de QiSP en les organitzacions sanitàries · Manca implicació directiva amb la QiSP · Dificultats en la comunicació amb els professionals · Dificultat per a la implantació de models per processos · Resistència al canvi i burocratització del Sistema de Salut · Manca d'indicadors per benchmarking · Manca d'integració/interoperabilitat dels sistemes d'informació · Manca d'integració dels quadres de comandament de QiSP amb els sistemes d'informació · Manca d'un gestor documental per a la QiSP · No existeix model d'incorporació de l'experiència del pacient |
| OPORTUNITATS (O) | AMENACES (A) |
| <ul style="list-style-type: none"> · Polítiques de salut internacionals en QiSP (OMS) i nova estratègia nacional en seguretat dels pacients · Aprenentatge de la pandèmia covid-19 · Nou procés d'acreditació de QiSP de les organitzacions sanitàries · Potenciar les unitats de QiSP i la participació en òrgans de govern · Promoure un model d'atenció sanitària basat en el valor · Nou model d'atenció intermèdia · Promoure la interoperabilitat de sistemes d'informació entre proveïdors · Plataformes digitals i eines d'intel·ligència artificial · Bones pràctiques per a la seguretat i la sostenibilitat · Augment de pressupostos en salut (Fons Europeus Next Generation) · Impuls de la salut comunitària: incorporació de nous rols · Integració de l'atenció social i sanitària: nova agència · Incloure la perspectiva de gènere i salut · Avanços en bioètica: DVA, PRAM, decisions compartides · Oportunitat de redefinir relacions entre sistema sanitari i ciutadania després de la pandèmia covid-19 · Promoure la formació en QiSP a la ciutadania | <ul style="list-style-type: none"> · Aturada de projectes per la pandèmia · Canvis polítics condicionen la continuïtat de l'estratègia · Manca d'estratègia específica en totes les línies assistencials · No representació de la línia QiSP en el pla de salut actual · Resultats a llarg termini, més enllà d'una legislatura · Dèficit de lideratge i professionals en QiSP · Absència de contractes del CatSalut en totes les línies de resultats en valor · Retallades per crisi financera · Manca d'inversions tecnològiques i professionals · Problemes de ciberseguretat · Manca de transformació digital dins les OOSS · Inseguretat jurídica en SP · Manca d'estructures estables en QiSP · Clima laboral postpandèmia · Dificultat en l'accés al Sistema de Salut: llistes espera quirúrgiques, proves, etc. · Malalties cròniques, edat avançada, fragilitat i nous patologies emergents · Canvi climàtic i migratori |

QiSP: Qualitat i Seguretat dels Pacients; SP: seguretat dels pacients; HA: hospitals d'aguts; AP: atenció primària; PLAENSA: Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut; OMS: Organització Mundial de la Salut; DVA: Document de voluntats anticipades; PRAM: prestació d'ajuda a morir; OOSS: organitzacions sanitàries.

FIGURA 4. Debilitats, amenaces, fortaleSES i oportunitats (DAFO) de l'anàlisi estratègica del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027

TAULA 1. Contingut de l'enquesta d'anàlisi interna i externa del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027

| Característiques dels participants | Experiència en llocs de gestió de la Qualitat i Seguretat dels Pacients (QiSP) |
|---|---|
| Grup d'edat, gènere, centre o proveïdor, col·lectiu professional, línia assistencial | - Càrrec en relació amb la QiSP - Anys d'experiència en QiSP |
| Anàlisi interna | Dimensions |
| Fortaleses | <ul style="list-style-type: none"> - Lideratge en QiSP - Integració de la qualitat en els models de gestió de l'organització - Projectes de qualitat i bones pràctiques. - Sistemes d'informació, eines i recursos en QiSP - Avaluació i millora - Generació de coneixement i innovació - Formació i recerca - Participació i experiència dels pacients - Altres factors que considereu importants |
| Què s'està fent bé dins de la vostra organització sanitària considerant els factors següents? | |
| Debilitats | |
| Amb quines dificultats es troba la vostra organització sanitària considerant els factors següents? | |
| Anàlisi externa | Dimensions |
| Oportunitats | <ul style="list-style-type: none"> - Evolució de polítiques i normativa de QiSP - Impacte de la situació econòmica en els sistemes de salut - Impacte dels determinants socials de la salut (demografia, equitat, etc.) - Impacte tecnològic en els sistemes de salut - Qüestions ètiques i sostenibilitat - Participació de la ciutadania - Altres factors que considereu importants |
| Quins canvis s'estan produint en els entorns polític, econòmic, social, tecnològic i demogràfic que podrien ser una oportunitat per a l'estratègia de QiSP? | |
| Amenaces | |
| Quins canvis s'estan produint en els entorns polític, econòmic, social, tecnològic i demogràfic que podrien ser una amenaça per a l'estratègia de QiSP? | |

TAULA 2. Diagnòstic estratègic del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027. Estratègia ofensiva

| Estratègia ofensiva (explotar oportunitats i mantenir fortaleses) |
|---|
| Impulsar les estratègies nacionals i internacionals per promoure la qualitat i seguretat dels pacients a Catalunya |
| Impulsar els canvis legislatius per promoure la qualitat i seguretat dels pacients en el Sistema de Salut de Catalunya |
| Integrar la cultura de qualitat i seguretat dels pacients en les organitzacions del Sistema de Salut de Catalunya |
| Promoure la participació dels professionals en el disseny i la implantació de l'Estratègia de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya |
| Facilitar les eines que permetin desplegar els models de qualitat i seguretat dels pacients en les diferents línies assistencials |
| Promoure les bones pràctiques per a la gestió del risc assistencial en el sector sanitari de Catalunya |
| Promoure i desplegar les bones pràctiques en bioètica |
| Promoure la formació en qualitat i seguretat dels pacients |

porant la seva experiència en el disseny dels processos en el Sistema de Salut de Catalunya (Figura 6).

Tota la informació vinculada amb el Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027 està disponible al Canal de Seguretat dels Pacients (<https://seguretatdelspacients.gencat.cat>) i també a la pàgina web dels Àmbits estratègics del Departament de Salut.

Desenvolupament

La DGORS ha realitzat una planificació estratègica de la situació de la QiSP a Catalunya per prioritzar i desplegar aquelles accions rellevants que faciliten la millora contí-

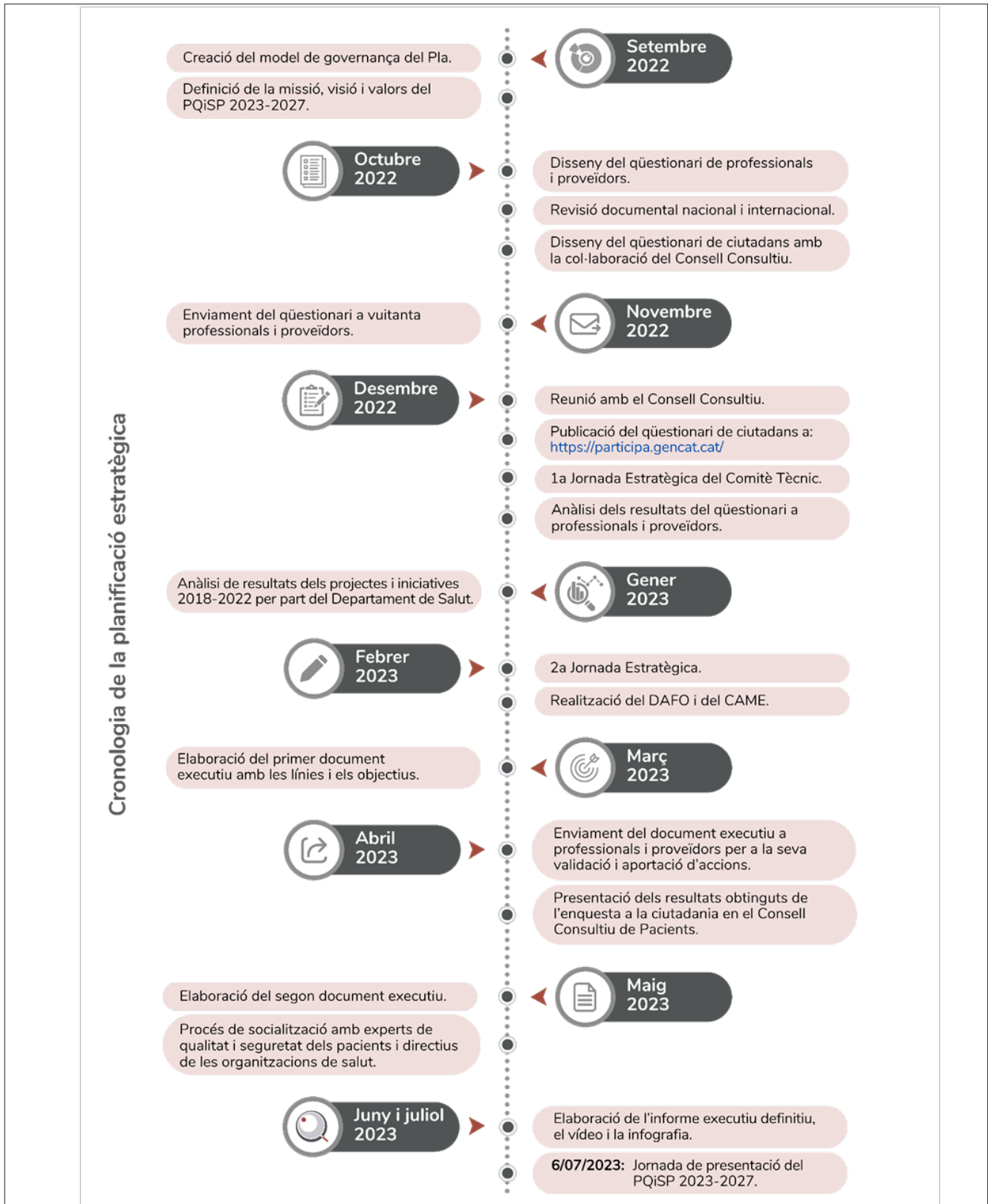
nua i l'aprenentatge a tots els proveïdors i professionals, amb la finalitat de garantir que els pacients i ciutadans rebin una atenció sanitària excel·lent. La coordinació del desplegament del Pla es durà a terme de manera participativa i inclourà els diferents actors del Sistema de Salut de Catalunya. Es crearan diferents òrgans de participació (grups de treball, comissions, etc.) per al desplegament de les accions dels objectius estratègics. Els objectius anuals que planteja el Departament de Salut a les organitzacions sanitàries s'alinearàn amb el desplegament del Pla. Aquest pla incorpora eines tecnològiques en el marc de la Plataforma de Seguretat dels Pacients de Catalunya (PSP Cat) per facilitar als proveïdors de salut el seu desplegament.

TAULA 3. Diagnòstic estratègic del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027. Estratègia defensiva

| Estratègia defensiva (afrontar amenaces i mantenir fortaleses) |
|---|
| Promoure la gestió eficient i sostenible dels recursos per desenvolupar i executar les estratègies de qualitat i seguretat dels pacients a Catalunya |
| Definir i actualitzar els models d'acreditació del Departament de Salut per línies assistencials i promoure el procés d'acreditació en totes les organitzacions que integren el Sistema de Salut de Catalunya |
| Incorporar la informació en qualitat i seguretat dels pacients per a la presa de decisions al Sistema de Salut de Catalunya |
| Crear i consolidar aliances amb els diferents actors per desenvolupar l'Estratègia de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya |
| Crear i consolidar aliances amb els diferents actors per desenvolupar l'Estratègia de Qualitat i Seguretat dels Pacients a escala nacional |
| Crear i consolidar aliances amb entitats internacionals relacionades amb la qualitat i seguretat dels pacients |

TAULA 4. Diagnòstic estratègic del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027. Estratègia de reorientació

| Estratègia de reorientació (explotar les oportunitats i corregir les debilitats) |
|---|
| Promoure la integració dels diferents sistemes d'informació en relació amb la qualitat i seguretat dels pacients a Catalunya |
| Promoure la definició i la implantació de l'abordatge de les segones víctimes davant d'incidents de seguretat dels pacients al Sistema de Salut de Catalunya |
| Definir i promoure el desplegament dels models de qualitat i seguretat dels pacients de les diferents línies assistencials |
| Avaluar l'Estratègia i els Resultats en Qualitat i Seguretat dels pacients de Catalunya i desenvolupar eines per a la presa de decisions |
| Promoure la recerca i la innovació en qualitat i seguretat dels pacients i la difusió del coneixement |
| Promoure eines de comunicació de l'Estratègia i Resultats en Qualitat i Seguretat dels pacients de Catalunya |
| Promoure la comunicació en relació amb la qualitat i seguretat dels pacients del Sistema de Salut de Catalunya amb els pacients i ciutadania a través dels canals institucionals del Departament de Salut |
| Incorporar l'experiència del pacient i la ciutadania i promoure la seva participació en el disseny dels processos en el Sistema de Salut de Catalunya |



PQiSP: Pla estratègic de qualitat i seguretat dels pacients; DAFO: debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats; CAME: corregir debilitats, afrontar amenaces, mantenir fortaleces i explotar oportunitats.

FIGURA 5. Cronologia de la planificació estratègica del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027

TAULA 5. Diagnòstic estratègic del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027. Estratègia de supervivència

| |
|---|
| Estratègia de supervivència (corregir debilitats i afrontar les amenaces) |
| Incorporar objectius de l'Estratègia en Qualitat i Seguretat dels Pacients en totes les polítiques de salut de Catalunya |
| Definir i promoure la implantació d'una estructura organitzativa en el Sistema de Salut de Catalunya que permeti desplegar l'Estratègia de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya a les organitzacions |
| Desplegar polítiques de reconeixement a les organitzacions excel·lents en matèria de qualitat i seguretat dels pacients |
| Potenciar la comunicació de l'Estratègia i Resultats en Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya |
| Promoure la formació en qualitat i seguretat dels pacients i la ciutadania |

En el moment actual, la PSP Cat disposa de dues eines de gestió del risc assistencial, una proactiva i una altra reactiva (Proactiva de Seguretat dels Pacients de Catalunya [PROSP Cat] i Sistema de Notificació d'Incidents de Seguretat dels Pacients de Catalunya [SNiSP Cat], respectivament), així com d'un quadre de comandament amb indicadors de seguretat dels pacients (QCSP Cat). El mes de juliol de 2023 es va incorporar una nova aplicació per a facilitar el procés d'acreditació dels centres sanitaris, la Plataforma d'Acreditació del Departament de Salut (PADS). Progressivament, s'aniran incorporant diferents funcionalitats i eines que facilitin el desplegament, l'avaluació i la millora del pla per part de les organitzacions sanitàries.

Conclusions

El Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027 esdevindrà un "full de ruta" que proporcionarà una estratègia sòlida que permetrà alinear al Departament de Salut les diferents organitzacions sanitàries i els ciutadans, per avançar cap a una atenció de qualitat i segura en el sistema sanitari de Catalunya.

Agraïments: Els autors agraeixen la contribució de totes les institucions, societats científiques, professionals i ciutadans que han participat en l'elaboració del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027.



LE: línies estratègiques; PQiSP: Pla estratègic de qualitat i seguretat dels pacients; SSC: Sistema Sanitari de Catalunya; OOSS: organitzacions sanitàries.

FIGURA 6. Línies i objectius del Pla estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Kieny MP; Evans TG, Scarpetta S, Kelley ET, Klazinga N, Forde I et al. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage (English). Washington, D.C.: World Bank Group; 2018. Consultable a: <http://documents.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/Delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage>. Accés el 13 de juny de 2023.
2. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the sustainable development goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1196-e1252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
3. Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030. Hacia la eliminación de los daños evitable en la atención de salud. Organización Mundial de la Salud; 2022. Consultable a: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1493660/retrieve>. Accés el 13 de juny de 2023.
4. Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid: Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Consultable a: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf. Accés el 13 de juny de 2023.
5. Decret 129/2022, de 28 de juny, de reestructuració del Departament de Salut. Consultable a: <https://cido.diba.cat/legislacio/13594900/decret-1292022-de-28-de-juny-de-reestructuracio-del-departament-de-salut-departament-de-salut>. Accés el 13 de juny de 2023.
6. Decret 5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores. Consultable a: <https://cido.diba.cat/legislacio/724576/decret-52006-de-17-de-gener-pel-qual-es-regula-lacreditacio-de-centres-datencio-hospitalaria-aguda-i-el-procediment-dautoritzacio-dentitats-avaluadores-departament-de-salut>. Accés el 13 de juny de 2023.
7. Decret 86/2014, del 10 de juny, pel qual s'estableix el sistema d'acreditació d'equips d'atenció primària a Catalunya. Consultable a: <https://cido.diba.cat/legislacio/1778333/decret-862014-de-10-de-juny-pel-qual-sestableix-el-sistema-dacreditacio-dequips-datencio-primaria-a-catalunya-departament-de-salut>. Accés el 13 de juny de 2023.
8. Decret 151/2017, de 17 d'octubre, pel qual s'estableixen els requisits i les garanties tecnicosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre, en relació amb les garanties per a la seguretat i la qualitat de l'assistència sanitària. Consultable a: <https://cido.diba.cat/legislacio/7322788/decret-1512017-de-17-doctubre-pel-qual-sestableixen-els-requisits-i-les-garanties-tecnicosanitarias-comunes-dels-centres-i-serveis-sanitaris-i-els-procediments-per-a-la-seva-autoritzacio-i-registre-departament-de-salut>. Accés el 13 de juny de 2023.
9. George B, Walker RM, Monster J. Does strategic planning improve organizational performance? A meta-analysis. *Public Admin Rev*. 2019;79:810-9. Consultable a: <https://doi.org/10.1111/puar.13104>. Accés el 13 de juny de 2023.

Estudi de la protetització de ròtula en artroplasties totals de genoll a Catalunya

Olga Martínez¹, Francesc Pallisó^{2,3}, Manuel Garrido², Jordi Colomina², Mireia Espallargues^{1,4}

¹Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) Barcelona; ²Hospital Universitari Santa Maria, Lleida; ³En nom del Comitè Assessor del Registre d'artroplasties de Catalunya (RACat), Barcelona; ⁴Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).

Introducció

El reemplaçament total del genoll és un procediment clínicament cost-efectiu per tractar la patologia degenerativa del genoll¹. El 2022, a Catalunya es varen realitzar, segons el Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts (CMBD-HA), 12.393 artroplasties de genoll, de les quals 11.194 van ser procediments primaris i la resta revisions. Malgrat la bona evolució i supervivència de les pròtesis, hi ha estudis que mostren que al voltant del 20%² dels pacients presenten dolor residual, la qual cosa obliga a seguir amb tractament analgèsic. Les causes del dolor crònic no són clares; algunes, però, poden estar relacionades amb la tècnica quirúrgica, el tipus de pròtesi i amb la protetització o no de la ròtula. La col·locació de la ròtula, en implantar una pròtesi total de genoll (PTG), és controvertida.

Durant la intervenció, els cirurgians poden mantenir la ròtula nativa, fent una neteja dels osteòfits i una denervació, o bé es pot col·locar un implant de polietilè. Alguns cirurgians protetitzen sistemàticament la ròtula; d'altres ho fan en funció de l'edat del pacient, el pes, l'estat del cartílag o si es tracta d'una artropatia inflamatòria, entre d'altres; i alguns no la protetitzen mai.

Les taxes de protetització de la ròtula en les artroplasties primàries varien molt arreu del món i poden anar des de més del 80%, com als EUA, al 3%, com a Suècia³. Tot i que hi ha una gran variabilitat i que no hi ha prou evidències per emetre recomanacions referent a això, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) identifica una major cost-efectivitat de la protetització en un horitzó

temporal a 10 anys. No obstant això, a nivell clínic, tant el NICE com altres estudis mostren que els resultats d'ambdós procediments són similars⁴⁻⁵.

Els arguments per a no protetitzar són les possibles complicacions relacionades amb l'osteotomia de la ròtula per a la col·locació de l'implant, com ara les fractures, la necrosi, l'afluixament, l'augment del temps operatori i els costos addicionals. D'altra banda, la protetització sembla que pot fer disminuir el dolor crònic anterior del genoll, que en ocasions obliga a fer una revisió de la pròtesi.

Aquesta falta de consens sobre els avantatges de protetitzar o no la ròtula pot generar variabilitat en l'aplicació d'aquesta pràctica. A més, no s'han identificat estudis recents al nostre entorn que descriguin com s'estan utilitzant aquests procediments i n'avaluïn els seus resultats. A Catalunya es disposa d'un registre d'artroplasties de maluc i genoll que esdevé un instrument únic per estudiar aquestes qüestions i guiar la presa de decisions clíniques, amb l'objectiu de millorar els resultats de les artroplasties.

Objectius

- 1) Descriure la taxa de protetització de ròtula en les artroplasties totals de genoll (ATG) primàries a Catalunya.
- 2) Estudiar la variabilitat de la protetització de ròtula entre regions sanitàries.
- 3) Avaluar la supervivència de la pròtesi primària relacionada amb l'existència o no de protetització de la ròtula.

Material i mètode

Es va realitzar un estudi retrospectiu de les ATG informades al Registre d'artroplasties de Catalunya (RACat).

El RACat és un registre de base poblacional que recull, des de gener de 2005, informació sobre les artroplasties de maluc i genoll realitzades al sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Inclou 54 dels 56 hospitals, amb una exhaustivitat global d'aproximadament el 90% per a les artroplasties primàries i prop del 70% per als procediments de revisió⁶. La informació obtinguda es va enllaçar amb el registre del CMBD-HA per tal d'obtenir informació complementària relativa

Correspondència: Olga Martínez
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS)
Roc Boronat, 81-95, segona planta
08005 Barcelona
Tel. 935 513 900
Adreça electrònica: omartinezcruz@gencat.cat
Pàgina web: <http://aquas.gencat.cat>

al pacient, l'episodi i la intervenció. Es van seleccionar els procediments d'artroplàstia primària realitzats en els hospitals del SISCAT de 2005 a 2020 on es va utilitzar una PTG del tipus següent: 1) conservació del lligament encreuat posterior (CR), 2) sacrifici del lligament encreuat posterior (CS), 3) posterior estabilitzada (PS) i constreta (TS). No es va excloure cap procediment per motiu diagnòstic, edat o tècnica de cimentació.

Com a criteris d'exclusió es van considerar: les artroplasties primàries que no es van poder enllaçar amb el CMBD-HA, les primàries amb un seguiment menor d'un any, aquelles amb la lateralitat no informada i aquelles en què no va ser possible identificar tots els components de la pròtesi, per la qual cosa es van incloure 79.622 ATG primàries a l'estudi.

Les variables estudiades van ser: protètzació de ròtula (artroplàstia bicompartimental –sense pròtesi de ròtula– / tricompartmental –amb pròtesi de ròtula–), tipus de pròtesi, regió sanitària (RS) del pacient, etiologia (motiu d'intervenció), sexe, edat, revisió de la pròtesi i motiu de la revisió.

Es van realitzar anàlisis descriptives de les característiques dels pacients inclosos i del procés assistencial. Es va calcular el risc de revisió a 15 anys i el respectiu interval de confiança al 95% mitjançant el mètode de Kaplan-Meier (sense ajustar), segons els dos grups de comparació: protètzació de la ròtula o no. Les funcions de supervivència resultants es van comparar mitjançant la prova log-rang. També es va aplicar el model de Cox per comparar els dos grups d'estudi i l'efecte d'altres variables relacionades amb el pacient (edat i sexe).

El nivell de significació estadística es va fixar en $\alpha = 0,05$

i totes les anàlisis es van fer mitjançant el programari estadístic Stata/MP v.16.1.

L'artroplàstia de revisió es defineix en el RACat com qualsevol procediment que implica l'extracció, recanvi o addició de qualsevol component de l'implant.

Resultats

Segons la informació del RACat a Catalunya, de les 79.622 artroplasties primàries, en 42.150 no es va protètzar la ròtula (52,94 %) i en les 37.472 restants sí (47,06%).

No es van veure diferències rellevants entre els dos grups pel que fa a l'edat, el sexe o el motiu d'intervenció. Pel que fa al tipus de pròtesi, de forma global, les de tipus PS foren les de major volum (48,23%) i també les que tenien un major percentatge de protètzació de la ròtula (55,26%) respecte als altres tipus (CR: 44,88%; CS: 30,86% i TS: 46,96%). En el grup on es va protètzar la ròtula, les del tipus PS van representar el 56,62%, seguides de les pròtesis CR (29,28%); i en el grup on no es va protètzar, les PS i les CR van representar el 40,76% i el 31,96%, respectivament (Taula 1).

De forma global, i sense tenir en compte altres variables, es va detectar variabilitat en la protètzació de ròtula per regions sanitàries, que anaven de menys del 5% a les regions sanitàries de Terres de l'Ebre (4,85%) i Lleida (4,98%), a més del 50% a les de la Catalunya central (51,75%) i Barcelona (51,48%) (Taula 2).

Pel que fa a les pròtesis primàries revisades (3.584 sobre el total), hi va haver un major nombre de revisions en artroplasties totals en les que no es va protètzar la ròtula (bicompartimentals) que en les que sí que es va protètzar (tricompartmentals) (5,16% vs. 3,91%).

TAULA 1. Característiques dels pacients amb artroplàstia primària de genoll segons protètzació de la ròtula (Registre d'artroplasties de Catalunya, 2005-2020)

| | Artroplàstia total de genoll | |
|---|------------------------------|-------------------|
| | Ròtula no protètzada | Ròtula protètzada |
| Mitjana d'edat - anys (DE) | 72,29 (7,5) | 72,01 (7,7) |
| Dones - n (%) | 29.171 (69,21) | 26.655 (71,13) |
| Diagnòstic ATG primària - n (%): | 37.816 (89,72) | 34.296 (91,52) |
| - Artrosi i trastorns relacionats | | |
| - Artrosi secundària a deformitats adquirides | 2.481 (5,89) | 1.897 (5,06) |
| - Altres diagnòstics | 1.853 (4,40) | 1.279 (3,41) |
| Tipus de pròtesi - n (%): | 13.473 (31,96) | 10.970 (29,28) |
| - PTG CR | | |
| - PTG CS | 11.147 (26,45) | 4.976 (13,28) |
| - PTG PS | 17.181 (40,76) | 20.217 (6,62) |
| - PTG TS | 349 (0,83) | 309 (0,82) |
| Total ATG - n (%): | 42.150 (52,94) | 37.472 (47,06) |

DE: desviació estàndard; ATG: artroplàstia total de genoll; PTG: pròtesi total de genoll; CR: conserva el lligament encreuat posterior; CS: sacrifica el lligament encreuat posterior; PS: posterior estabilitzada; TS: total estabilitzada o constreta.

El risc de revisió als 15 anys, segons el mètode de Kaplan-Meier, va ser de 0,0626 en les no protetitza i de 0,0503 en les protetitza. Segons la prova log-rang, les diferències entre ambdues corbes (Figura 1) eren estadísticament significatives. Els dos grups d'estudi es van comparar amb el model de Cox i el grup on no es va protetitza la ròtula mostrava 1,29 vegades més risc de revisió respecte al grup on sí que es va protetitza, $p < 0,05$. En introduir l'edat en el model es va observar que a menys edat, major risc de revisió de la pròtesi primària. Els pacients menors de 65 anys tenien 2,94 vegades més risc que el grup de més edat (IC 95%: 2,1-4,0) i el grup d'entre 65 i 74 anys 1,82 (IC 95%: 1,3-2,4) essent aquestes diferències estadísticament significatives. En canvi, el sexe no va mostrar cap influència en el risc de

revisió.

El principal motiu de revisió, tant en ATG bicompartimentals com tricompartmentals, van ser les complicacions mecàniques (55,93% i 37,69%, respectivament), seguides de les infeccions (21,16% i 16,96%). Es va observar també que de totes les causes de revisió de les pròtesis primàries, aquelles relacionades amb la ròtula, com el dolor a la cara anterior del genoll, la luxació de la ròtula nativa i no protetitza, n'hi va haver un major nombre al grup dels pacients amb ATG bicompartimentals (2,13%) respecte de les tricompartmentals (0,19%).

Discussió

Revisada la bibliografia, no hi ha un consens sobre la protetitza o no de la ròtula⁷. Una anàlisi realitzada per Vielgut i col·ls.⁸, amb dades d'onze registres de la Federació Europea de les Associacions Nacionals de Traumatologia i Ortopèdia, mostra que al registre danès s'informa del 72% d'implantació de ròtula, mentre que a Noruega i Suècia aquesta xifra és només el 2% i el 3%, respectivament.

D'altra banda, a l'*American Joint Replacement Registry 2021 Annual Report*⁹ s'informa de l'evolució de la taxa de protetitza de la ròtula durant el període 2012-2020 i s'observa que és superior al 90%, amb una lleugera tendència a la disminució progressiva de la indicació, que va del 95,9% el 2012 al 90,4% el 2020.

La variabilitat observada als diferents països amb sistemes sanitaris diferents també es produeix a Catalunya, on es protetitza la ròtula en el 47,06% de les PTG primàries (rang per RS: 4,85%-51,75%).

També s'han realitzat diferents assaigs clínics controlats i aleatoritzats per tal d'explorar quina seria la millor opció, però els resultats no són clars i, en ocasions, fins i tot contradictoris. Ali i col·ls.¹⁰ varen realitzar un estudi comparatiu sobre un grup de 74 pacients amb PTG, amb un seguiment de 6 anys. Van ser aleatoritzats en dos grups, amb i sense protetitza de ròtula. Es van avaluar mit-

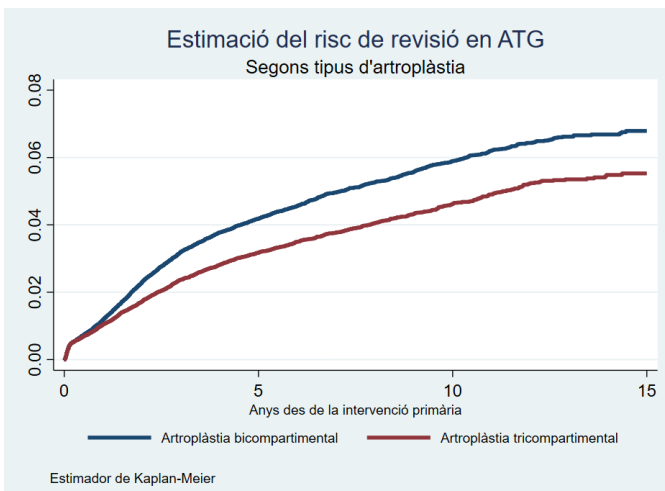


FIGURA 1. Risc de revisió als 15 anys de les artroplàsties totals de genoll (ATG) primàries segons si es protetitza (ATG tricompartmental) o no (ATG bicompartimental) la ròtula

TAULA 2. Volum i percentatge d'artroplàsties primàries segons protetitza de la ròtula per regions sanitàries (Registre d'artroplàsties de Catalunya, 2005-2020)

| Artroplàstia total de genoll | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------|
| Regió sanitària | Ròtula no protetitza - n (%) | Ròtula protetitza - n (%) | Total - n |
| Lleida | 3.469 (94,81) | 190 (4,98) | 3.659 |
| Camp de Tarragona | 3.525 (60,40) | 2.311 (39,60) | 5.836 |
| Terres de l'Ebre | 1.355 (95,15) | 69 (4,85) | 1.424 |
| Girona | 4.861 (51,67) | 4.546 (48,33) | 9.407 |
| Catalunya central | 3.826 (48,25) | 4.104 (51,75) | 7.930 |
| Alt Pirineu i Aran | 649 (68,97) | 292 (31,03) | 941 |
| Barcelona | 24.465 (48,52) | 25.960 (51,48) | 50.425 |
| Total | 42.150 (52,94) | 37.472 (47,06) | 79.622 |

jançant l'escala VAS (*Visual analogue scale*) i el qüestionari KOOS (*Knee injury and osteoarthritis outcome score*). No trobaren diferències significatives entre els dos grups pel que fa al dolor postoperatori o la funció articular. Varen concloure que la implantació de la pròtesi de ròtula no és una intervenció necessària per a obtenir un resultat exitós de la PTG.

El 2012, Philling i col·ls.¹¹, a la seva metaanàlisi, van incloure 16 assaigs clínics comparatius i aleatoritzats corresponents a 3.465 PTG, 1.710 amb ròtula i 1.755 sense. Van trobar que la proporció de pacients en ambdós grups, pel que fa a la satisfacció i el dolor a la cara anterior del genoll, era la mateixa. Alhora també observaren que hi havia més reintervencions en el grup de PTG amb ròtula no protetitxada.

Una altra metaanàlisi, de 2019, d'Aaron i col·ls.¹², incloïa 20 estudis sense trobar diferències pel que fa a la funcionalitat, però sí més reintervencions als pacients que no se'ls va substituir la ròtula.

En una revisió sistemàtica i metanàlisi publicades el 2022 per Grela i col·ls.¹³, on s'inclouen 32 assaigs clínics controlats i aleatoritzats amb 5.540 PTG incloses (2.727 amb ròtules protetitxades i 2.772 no protetitxades), es conclou que la col·locació d'una pròtesi a la ròtula disminueix el dolor crònic a la cara anterior del genoll i, com a la nostra casuística, també disminueix el risc de revisió tot i que els resultats percebuts pels pacients no presenten diferències significatives.

És important remarcar que no totes les causes de dolor anterior del genoll en els pacients portadors d'una pròtesi sense ròtula protetitxada estan relacionades amb l'absència de ròtula. Aquestes poden estar relacionades amb l'alineació dels implants, el balanç dels lligaments i la posició dels components.

Conclusió

Segons les dades analitzades del RACat no sembla que hi hagi un criteri únic o un patró clar a l'hora de protetitjar la ròtula en les PTG primàries. El percentatge global de protetitxació en artroplasties primàries en el sistema públic està al voltant del 50%, amb grans diferències entre territoris (entre el 4% i el 52% segons la regió sanitària). Aquesta variabilitat molt probablement no s'explica només per possibles diferències entre els pacients o la pràctica clínica habitual dels cirurgians. Aquests primers resultats també mostren un major risc de revisió de les PTG bicompartimentals, així com una major proporció de complicacions relacionades amb la ròtula nativa. Serà necessari acabar d'aprofundir en les anàlisis realitzades per tal de considerar totes aquelles variables —del pacient, dels implants, del cirurgià o del centre— que poden estar

influint en la protetitxació o no de la ròtula i els seus resultats. També caldrà estudiar si hi ha canvis en el temps en aquesta pràctica i quins factors ho poden explicar.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Murray DW, MacLennan GS, Breeman S, Dakin HA, Johnston L, Campbell MK et al. A randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of different knee prostheses: the knee arthroplasty trial (KAT). *Health Technol Assess.* 2014 Mar;18(19):1-235, vii-viii.
- Wylde V, Beswick A, Bruce J, Blom A, Howells N, Gooberman-Hill R. Chronic pain after total knee arthroplasty. *EFORT Open Rev.* 2018 Aug 16;3(8):461-70.
- Fraser JF, Spangehl MJ. International rates of patellar resurfacing in primary total knee arthroplasty, 2004-2014. *J Arthroplasty.* 2017;32(1):83-6.
- National Institute for Health and Care Excellence. Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder. Evidence review for patella resurfacing. NICE guideline NG157. Intervention evidence review underpinning recommendation 1.7.2 and the research recommendation in the NICE guideline. 2020. p. 134-5. Consultable a: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng157/evidence/l-patella-resurfacing-pdf-315756469335>. Accés el 4 d'octubre de 2023.
- Parsons T, Al-Jabri T, Clement ND, Maffulli N, Kader DF. Patella resurfacing during total knee arthroplasty is cost-effective and has lower re-operation rates compared to non-resurfacing. *J Orthop Surg Res.* 2021;16:185.
- Arias-de la Torre J, Capdevila A, Martínez O, Domingo L, Marinelli M, Robles N et al. Una dècada del Registro de Artroplastias de Cataluña (RACat): exhaustividad, variabilidad y supervivencia de las prótesis entre 2005 y 2014. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2017;61(2):70-81.
- McConaghy K, Derr T, Molloy RM, Klika AK, Kurtz S, Piuze NS. Patellar management during total knee arthroplasty: a review. *EFORT Open Rev.* 2021 Oct 19;6(10):861-71.
- Vielgut I, Kastner N, Pichler K, Holzer L, Glehr M, Gruber G et al. Application and surgical technique of total knee arthroplasties: a systematic comparative analysis using worldwide registers. *Int Orthop.* 2013;37:1465-9.
- The American Joint Replacement Registry Annual Report 2021. The Eighth Annual Report of the AJRR on Hip and Knee Arthroplasty. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2021. Consultable a: <https://connect.registryapps.net/2021-ajrr-annual-report>. Accés el 4 d'octubre de 2023.
- Ali A, Lindstrand A, Nilsson A, Sundberg M. Similar patient-reported outcomes and performance after total knee arthroplasty with or without patellar resurfacing. *Acta Orthop.* 2016;87:274-9.
- Pilling RW, Moulder E, Allgar V, Messner J, Sun Z, Mohsen A. Patellar resurfacing in primary total knee replacement: a meta-analysis. *J Bone Joint Surg Am.* 2012 Dec 19;94(24):2270-8.
- Teel AJ, Esposito JG, Lanting BA, Howard JL, Schemitsch EH. Patellar resurfacing in primary total knee arthroplasty: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Arthroplasty.* 2019 Dec;34(12):3124-32.
- Grela M, Barrett M, Kunutsor SK, Blom AW, Whitehouse MR, Matharu GS. Clinical effectiveness of patellar resurfacing, no resurfacing and selective resurfacing in primary total knee replacement: systematic review and meta-analysis of interventional and observational evidence. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022 Oct 22;23(1):932.

Eponímia mèdica catalana.

Felip Proubasta i Masferrer: la maniobra de Proubasta

Elena Guardiola, Josep-Eladi Baños

Facultat de Medicina. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya. Vic; Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona.

L'epònim

Maniobra de Proubasta. Varietat de la maniobra de Bonnaire per a la dilatació del coll uterí en el part; també era anomenada maniobra de la papallona o procediment de la papallona¹.

Felip Proubasta i Masferrer, l'home

Felip Proubasta i Masferrer (Figures 1 i 2) va néixer a Mataró (Maresme) el 16 d'abril de 1866²⁻⁴. El seu pare era professor de segona ensenyança i fou director del Col·legi de Sant Hermenegild de Barcelona⁴. Va fer els primers estudis a Mataró, al col·legi Valldemia, i els continuà a Barcelona. En acabar el batxillerat, seguint els desitjos del seu pare, estudià i es llicencià en Ciències^{5,6}; però ell s'inclinà per la medicina i, seguint la seva vocació, es matriculà a la Facultat de Medicina^{4,7,8}. Va ser un estudiant molt brillant que, a més, participà activament en la vida estudiantil, essent president de l'Ateneu d'Alumnes de la Facultat⁹.

Es llicencià en Medicina l'any 1888 i va obtenir el Premi extraordinari de Llicenciatura^{6,10}, distinció que en els deu anys anteriors només havia estat concedida una vegada⁶.

Es doctorà a Madrid el 1891, amb la tesi *Tratamiento de las estrecheces pélvicas (versión o fórceps)*^{2,3}. Mentre va ser en aquella ciutat, es pagà les despeses que tenia treballant com a taquígraf; un dels llocs on va treballar va ser el Congrés dels Diputats^{4,7}. En aquesta vessant, participà activament en la Corporació del Sistema Garriga de Barcelona, associació de la qual fou secretari quan tenia només 20 anys¹¹.

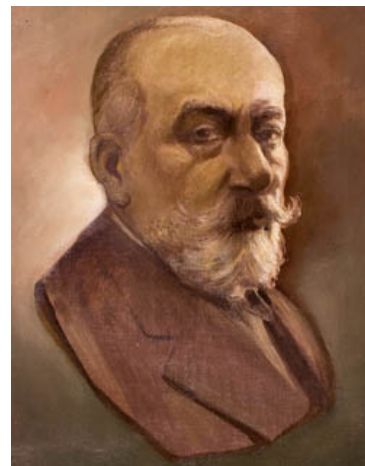


FIGURA 1. Felip Proubasta i Masferrer (1866-1939). Retrat que hi ha a la seu de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Amb la intenció de dedicar-se a l'obstetrícia i la ginecologia, el mes d'octubre de 1888 marxà cap a París per ampliar els seus coneixements (la premsa se'n feu ressò, destacant el seu brillantíssim expedient acadèmic⁶); allà s'hi va estar tres anys. Els seus objectius eren entrar en un hospital com a ajudant d'algun metge d'aquesta especialitat i assistir a les conferències que es feien a les càtedres de Medicina i de Cirurgia de la Universitat de París⁴. Durant aquesta etapa parisenca fou intern al Servei d'Obstetrícia de l'Hospital General. Això li va permetre disposar de mitjans econòmics per viure en aquella capital; a més, augmentà i aprofundí en els seus coneixements, gràcies a la pràctica mèdica i a les intervencions quirúrgiques que feia a l'hospital i a la formació que adquirí assistint a la Universitat de París^{7,8}.

Quan tornà a Barcelona, s'hi establí definitivament (ens consta que va viure uns anys a la Rambla de Sant Josep¹² i després al carrer Diputació^{13,14}), on va ser un reconegut internista¹⁵, a més de dedicar-se a la seva especialitat. No va deixar, però, de participar en congressos i reunions internacionals com, per exemple, el Congrés Internacional d'Obstetrícia i Cirurgia que va tenir lloc a Ginebra l'any 1896¹⁶.

Correspondència: Elena Guardiola
Barcelona
Adreça electrònica: elenaguardiola.eg@gmail.com



FIGURA 2. Retrat de Felip Proubasta i Masferrer (1866-1939). Galeria de Presidents del Col·legi de Metges de Barcelona (Font: Galeria de Metges Catalans)

A Barcelona, treballà amb Ramon Turró al seu laboratori i col·laborà amb l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques; d'aquesta institució en fou secretari general (1904-1905), essent president Miquel A. Fargas, i, anys més tard (1916-1918), president (Figura 1), essent llavors l'encarregat de fer el discurs de la sessió inaugural de cada curs⁸.

Proubasta fou un defensor del paper que l'Acadèmia havia de jugar en la vigilància de les condicions sanitàries a Catalunya, tant des del punt de vista mèdic com a través de la consideració d'altres aspectes socials i legals. Per aconseguir això, considerava fonamental el treball interdisciplinari entre els metges i altres professionals. També tenia molt clar que el català havia de ser la llengua oficial de l'Acadèmia, tot i que alguns dels membres no hi estaven d'acord i malgrat les dificultats que comportava trencar el domini del castellà. Va crear, amb aquesta finalitat, una comissió que es dedicava a recollir i estudiar el lèxic català relacionat amb les ciències naturals; fou la contribució que es va fer al *Diccionari català-valencià-balear*, l'obra que, des de Mallorca, coordinava mossèn Antoni Maria Alcover⁸.

Fou també president de l'Acadèmia d'Higiene de Catalunya des de 1905¹⁷ i a ell es deu l'organització del 1r Congrés d'Higiene de Catalunya, que se celebrà a Barcelona el 1906 i del qual ell ostentà la presidència científica^{8,18}. Aquest fou el primer congrés mèdic que es desenvolupà en català; Proubasta va fer en aquesta llengua els seus parlaments, cosa que no feren els representants institucionals de l'Ajuntament i de la Diputació que hi assistiren¹⁸.

Fou acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medi-

cina i Cirurgia de Barcelona. Escollit el 1911, el 25 de febrer va llegir el discurs d'ingrés, *Higiene del part*; la resposta va anar a càrrec de Valentí Carulla¹⁹. L'any 1923 fou l'encarregat de la conferència d'inici de curs, que portà per títol *Tratamiento de la fiebre puerperal*^{2,3}.

De bon principi, s'involucrà en l'organització dels Congressos de Metges de Llengua Catalana, el primer dels quals va tenir lloc l'any 1913, i va ser el vicepresident del tercer, que se celebrà a Tarragona; en aquest congrés presentà una ponència sobre septicèmies puerperals d'origen urinari⁵.

Fou una persona molt activa, que participà en moltes entitats i activitats mèdiques i científiques, però també de la comunitat i de la seva ciutat.

Proubasta fou un dels membres fundadors del Sindicat de Metges de Catalunya, essent-ne vicepresident i també president (Figura 3); també va ser director i redactor del *Butlletí del Sindicat de Metges de Catalunya*, en els períodes 1922-1925 i 1928-1931⁸.

Involucrat amb la seva ciutat, l'any 1923 Felip Proubasta va ser elegit regidor i segon tinent d'alcalde de l'Ajuntament de Barcelona, quan començà la dictadura de Primo de Rivera^{2,3}. Va dimitir però, uns anys després, el 1936, es va tornar a presentar a les eleccions municipals i tornà a ser elegit, essent llavors vocal de la Comissió Provincial de Sanitat⁸.

El mateix any 1923 fou elegit president del Col·legi de Metges. Ho va ser fins el 1927 (Figura 2). Durant aquest període va participar a la 6a Assemblea Nacional de Col-



FIGURA 3. Fotografia dels assistents al dinar celebrat després de l'Assemblea de delegats del Sindicat de Metges de Catalunya l'any 1923. Felip Proubasta és el tercer per l'esquerra de la segona fila començant per baix (Font: Butlletí del Sindicat de Metges de Catalunya. 1923;4(37):15)

legis de Metges d'Espanya (1926) i es va reprendre la publicació del *Boletín del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Barcelona*. El seu mandat destacà per la transparència en la gestió econòmica, l'impuls de comissions específiques, i la creació d'un consultori jurídic i del Patronat d'Orfes⁸.

Els anys 1929-1930 fou escollit president de la Secció de Literatura i Filosofia Mèdiques de la Reial Acadèmia, essent president August Pi i Sunyer. També fou membre de la Junta de la Societat Medicofarmacèutica dels Sants Cosme i Damià i en dirigí la revista des de 1930⁸.

Felip Proubasta va publicar un centenar d'articles, tant de la seva especialitat com de molts altres temes, com, per exemple, un estudi, amb Josep Tarruella i Àlvar Presta, sobre el paludisme a Barcelona (1903)²⁰ o un estudi sobre l'etiologia de la febre tifoidal, de nou a Barcelona, amb A. Salvat Navarro (1922)²¹. També desenvolupà una intensa activitat com a conferenciant (algunes de les conferències després es van publicar), tant sobre temes relacionats amb la ginecologia i l'obstetrícia com amb altres d'interès més social o general. Entre aquests últims, destacà *La carestia de la vida en Barcelona y Cataluña*²², el 1935. També col·laborà en la secció "Consell de Metje", que es començà a publicar a la revista *En Patufet* l'abril de 1904²³.

Entre les revistes mèdiques amb què va col·laborar i en les quals va publicar diversos treballs trobem *Cataluña Médica*, *Revista de Medicina* i *Annals de Medicina*⁵. A *La Medicina Catalana* formà part del Consell de Redacció des de la seva fundació el 1933 (el primer número es publicà el 15 d'octubre²⁴; Leandre Cervera i Astor n'era el redactor en cap) fins a la seva desaparició el 1938⁸.

Fou un home treballador i inquiet que no parà d'aprofundir en els coneixements mèdics per estar plenament actualitzat en les darreres innovacions de les tècniques mèdiques i quirúrgiques. Així, per exemple, als 45 anys va aprendre l'alemany per poder llegir els llibres d'Obstetrícia i Ginecologia en la seva versió original⁴ i a l'Hospital Clínic complementà la teoria amb l'estudi en el cadàver^{4,7}.

Més enllà de la medicina

Proubasta va tenir una àmplia activitat relacionada amb l'esport; freqüentà les sales de gimnàstica i el fomentà en general. S'hi involucrà participant com a àrbitre, jutge o jurat en competicions de diferents esports com la gimnàstica²⁵, el polo a peu (*gowret* o *gouret*)^{26,27} o l'aixecament de pesos²⁸.

Fou també l'organitzador de competicions esportives, entre les quals hi hagué diversos partits de futbol (*foot-ball* en aquella època)²⁹. Algunes d'aquestes competicions les impulsava des de l'Acadèmia d'Higiene de Catalunya —de la qual, com hem dit abans, en va ser president—, juntament amb altres "entitats barcelonines interessades en el foment i la prosperitat de la cultura física" i comptant amb

la col·laboració d'altres metges com Pi i Sunyer, Teixidor, Pla i Armengol i Verderau³⁰.

També participà i s'involucrà en entitats esportives. Fou vocal de la Federación Gimnástica Española^{31,32}; el seu nomenament va anar acompanyat d'una nota del Comitè Executiu de la Federació que, entre altres lloances dedicades al seu currículum mèdic, deia: "Sus entusiasmos por la gimnasia higiénica y terapéutica y por los ideales de la 'Federación Gimnástica Española' se han manifestado claramente por el valioso concurso que ha prestado [...] Formó parte de distintos Jurados y ha sido en justa recompensa nombrado Vocal del Comité Ejecutivo, de lo que deben felicitarse cuantos se interesan por el porvenir de tan importante Asociación"³³. Va aprofitar també les pàgines de revistes com *Los Deportes* per publicar alguns articles encaminats a convèncer la població perquè portés una vida sana i fes esport. Un exemple n'és el que titulà, l'any 1900, "De algo que importa y mucho se olvida", dirigit especialment a les famílies benestants: hi repassava la vida que portaven homes, dones i nens, fent-ne una crítica i convidant a dur una vida més sana i a practicar esport ("Urge que las clases ricas modifiquen su existencia [...] el *mens sana in corpore sano* será siempre una verdad incontrovertible [...] no podemos prescindir, aunque no seamos reincidentes, en proclamar las ventajas que la sociedad española reportaría del cultivo del desarrollo físico, tan despreciado hoy y hasta considerado como causa de depravación [...]")³⁴.

Proubasta practicava tir al colom i participava en competicions, en algunes de les quals va obtenir bons resultats³⁵.

Sembla que també prengué part en negocis ben allunyats de la medicina. En la nostra cerca de documentació hem trobat que formà part del Consell d'Administració que regia la Sociedad General de Carbones de Teruel, constituïda a Madrid el 1901, que comptava amb prop d'un centenar de mines i registres³⁶; així com en el Consell d'Administració de la Carbonífera del Río Martín, filial de l'anterior, amb una propietat de més de 3.000 pertinences a Utrillas i Gargallo (Terol), que es va constituir uns mesos més tard també a Madrid³⁷.

Com a fet anecdòtic, i a causa del seu cognom, revistes humorístiques en van treure el suc i publicaren diversos textos i acudits, com els d'*El Borinot*, quan va ser elegit³⁸ i quan va dimetir³⁹ a l'Ajuntament de Barcelona o *L'Esquella de la Torratxa*, fent referència a una sessió de 1915 a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, que havia acabat després de parlar Felip Proubasta⁴⁰, o a què, amb aquest cognom, deien l'any 1923 "resol la cooficialitat de llengües"⁴¹ (Figura 4).

Com a persona, se l'ha descrit com un home de gran cor, extremadament humil, sempre absorbt en els seus pensaments però que tenia un finíssim sentit de l'humor^{4,7}.



FIGURA 4. Acudits i notes humorístiques publicades a *El Borinot*^{38,39} i a *L'Esquella de la Torratxa*^{40,41} en les quals s'usa el cognom de Felip Proubasta en relació amb la seva activitat com a regidor de l'Ajuntament de Barcelona i també com a metge

Es va casar amb Dolors Castell. Va morir a Barcelona el 6 de febrer de 1939^{2,3} als 72 anys.

La maniobra de Proubasta

Felip Proubasta fou molt reconegut com a ginecòleg i obstetre. El seu interès pel bon desenvolupament de l'embaràs i el part, fos quina fos la condició de la mare i del fetus, el portaren a estudiar i presentar casos diversos, així com a assajar nous mètodes o formes de procedir per evitar al màxim qualsevol problema que pogués sorgir tant durant l'embaràs com, molt especialment, durant el part.

El seu discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina l'any 1911, *Higiene del parto*¹⁹, és un document extremadament interessant que permet conèixer com es desenvolupava i com era l'assistència a un part fa més de 110 anys; com Proubasta anuncia a l'inici del discurs: "[...] permetidme me acoja á la especialidad por mi cultivada y moleste vuestra atención, estudiando las previsiones de que debe rodearse un parto que se ofrece normal, para que su fisiologismo no se perturbe y, sin incidencias patológicas, llegue á buen termino". Proubasta

hi descriu el part normal, amb tot el que l'envolta en aquella època, i les complicacions que es poden presentar, tant les que tenen l'origen en la mare com en el fetus, així com les que poden sobrevenir per una mala actuació de qui els atén (infeccions, ferides...) ("Salvar la vida al feto é impedir que la madre ni siquiera enferme y salga con la mayor integridad anatómica posible, son objetivos bien nobles para un médico y no del todo fáciles de lograr por cierto", afirma). Hi reflecteix les seves inquietuds i el seu interès per tal que el part esdevingui més segur i amb menys complicacions per a la mare i el fill; per a aconseguir-ho, cal que el metge estigui ben format i sàpiga com ha de procedir en cada situació, així "Todo lo que ocurre de anormal y extraordinario en el curso de un embarazo ó de un parto, tiene su motivo de existencia y es atribución del médico investigar la causa sin creer jamás en una veleidat de la Naturaleza" i "Únicamente despertándose la confianza del médico al menor asomo de algo insólito que observe en un hecho, en un detalle, es como garantizará de la mejor manera la vida de la madre y del feto, y si la naturaleza de la complicación posible se escapa, el tocólogo estará, por

lo menos, alerta y la vigilancia atenta constituirá una gran parte del tratamiento de la intervención”¹⁹. Van ser aquestes, màximes que el van guiar en la seva pràctica obstètrica i el portaren a assajar nous procediments per tal de millorar l’assistència al part.

L’any 1915 es publicava el volum 1 de la revista *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona*, que esdevenia així l’òrgan propi de la Reial Acadèmia, tal i com s’havia aprovat en la sessió ordinària del 13 de febrer: “Los justos anhelos de la Academia comienzan hoy a realizarse; tendrá ésta órgano propio, como similares institutos, para dar publicidad a sus labores y ensanchar sus relaciones científico-profesionales con ventajas, seguramente, para ella”⁴². Aquest volum, tot i dur la data de 1915, incloïa sessions i comunicacions que havien tingut lloc durant els anys 1915 i 1916. S’hi van publicar dos treballs de Felip Proubasta, el primer corresponia al que havia exposat a la sessió del 30 de gener de 1915: “Comunicación sobre un

caso de aplicación de fórceps en el estrecho superior”⁴³. En el segon, en què no consta la data però que per una publicació posterior sabem que és de 1916, feia una aportació pròpia en el maneig del part distòcic, que publicà amb el títol “Un nuevo procedimiento de parto metódicamente forzado”⁴⁴ (Figura 5). Aquest procediment és el que es coneixeria després com *maniobra de Proubasta* i que es recull actualment en els diccionaris mèdics, definit com “una varietat de la maniobra de Bonnaire per a la dilatació del coll uterí en el part que també era anomenada maniobra de la papallona o procediment de la papallona”¹.

Proubasta descriu per primera vegada aquest procediment que ha ideat i que aplica en determinats casos en l’esmentada publicació⁴⁴. És una maniobra que aplica davant de “algunos casos [*partos enojosos* – *tedious labour de los ingleses*] en que por agotamiento de las fuerzas de la enferma o por iniciarse una infección amniótica, el intervenir, poniendo un término al parto, se impone”. És un

Un nuevo procedimiento de parto metódicamente forzado

DOCTOR F. PROUBASTA

Académico de número

Los partos enojosos (*tedious labour* de los ingleses), si bien son conducidos en su mayoría a buen término únicamente empleando asepsis y paciencia, existen, sin embargo, algunos casos en que por agotamiento de las fuerzas de la enferma o por iniciarse una infección amniótica, el intervenir, poniendo un término al parto, se impone.

La parturiente fué colocada al borde de la cama en posición dorso-sacra, sosteniendo dos personas las piernas; otro individuo hacía presión sobre el fondo de la matriz para obligar a la cabeza fetal a descender lo más posible. Colocado entre las piernas de la parturiente y sentado en una silla baja, introduje el dedo índice de la mano izquierda dentro de la vagina y con él cogí eficazmente el cuello uterino, para lo cual metí toda la extremidad de dicho dedo, esto es; todo lo que comprende la falangeta. Una vez esto logrado, tiré fuertemente del cuello uterino hacia delante y abajo, para facilitar la introducción del otro índice, el de la mano derecha, que hice pasar, cruzándolo, por encima del de la mano izquierda ya introducido. La introducción del segundo índice tiene sus dificultades, que se solventan con sólo aguardar que se presente una contracción uterina; pues el cuello uterino, estirado por el primer dedo índice, forma, al contraerse la matriz, un canal rígido fácil de hallar y de insinuar en él, el segundo dedo. Ya introducidos los dos índices cruzados y ejerciendo con ellos tracciones en el sentido de la flexión, durante el intervalo de las contracciones, fatigué y cansé el cuello uterino hasta lograr una dilatación suficiente para introducir un tercer dedo, el medio de la mano izquierda. Después de practicar tracciones y obtener una nueva y mayor dilatación, hube de reposar, pues el periné de la parturiente, por acción refleja, comprimía mis dedos con tal fuerza contra el pubis, que hube de darles unos momentos de descanso, pues ni los baños de agua caliente eran suficientes para desentumecerlos.

Reanudada la intervención, introduje un cuarto dedo. Con cuatro dedos, adosados dos a dos, o separados como las ramas de un dilatador de Bossi, logré que el cuello fuera totalmente dilatado. Digo dilatado y no dilatado, pues para la dilatación completa precisa un descenso de la cabeza mayor que el existente en mi caso.

Como las contracciones uterinas eran cada vez más espaciadas, decidí terminar del parto con una aplicación de fórceps, saliendo un feto vivo, varón y sin señal ninguna de violencia.

Examinado el aparato genital con valvas, había un pequeño desgarro oblicuo en el cuello uterino y otro de la mucosa vulvar, de tan poca importancia que no necesitaron sutura.

Como para lograr la dilatación actúan los dedos en el sentido de su flexión y cruzados, lo cual recuerda el vuelo de la mariposa, llamo a mi modo de actuar *procedimiento de la mariposa*.

FIGURA 5. Felip Proubasta va presentar el seu nou procediment a la Reial Acadèmia de Medicina. Es va publicar al número 1 de la revista *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona* (reproducció de l’inici de la publicació i del fragment que correspon a la descripció)⁴⁴

procediment “de parto metódicamente forzado” que, diu, també es podrà aplicar a altres tipus de distòcies i que es caracteritza per no haver de fer servir cloroform i fer servir només dos dits de cada mà, com a màxim, per a realitzar-lo. Justifica que no és necessari l'ús de cloroform en el fet que ha observat que —tot i que això contradiu en certa manera el coneixement del moment— en una sèrie de casos en què ha practicat una dilatació de coll de l'úter sense anestèsia durant el part, les dones, que portaven moltes hores de part, gairebé no han manifestat dolor amb la dilatació digital del coll. Cal tenir en compte, explica, que el coll té poca sensibilitat, però la vulva en té molta; per això, si es dilata el coll sense anestèsia, les molèsties que s'ocasionin a la vulva han de ser mínimes. Per aquests motius, no es poden fer servir els procediments de Harrison i Bonnaire, ja que introdueixen una o les dues mans a la vagina.

Per a explicar el nou procediment, Proubasta descriu amb detall un dels sis casos en què l'ha fet servir amb èxit, el d'una dona que només presentava una dilatació de 2 cm després de moltes hores d'haver-se iniciat el part. Copiem la descripció tal com la fa Felip Proubasta⁴⁴ (Figura 5): “Colocado entre las piernas de la parturiente sentado en una silla baja, introduce el dedo índice de la mano izquierda dentro de la vagina y con él cogí eficazmente el cuello uterino, para lo cual metí toda la extremidad de dicho dedo; esto es, todo lo que comprende la falangeta. Una vez esto logrado, tiré fuertemente del cuello uterino hacia delante y abajo, para facilitar la introducción del otro índice, el de la mano derecha, que hice pasar, cruzándolo por encima del de la mano izquierda ya introducido. La introducción del segundo índice tiene sus dificultades, que se solventan con sólo aguardar que se presente una contracción uterina; pues el cuello uterino, estirado por el primer dedo índice, forma, al contraerse la matriz, un canal rígido fácil de hallar y de insinuar en él, el segundo dedo. Ya introducidos los dos índices cruzados y ejerciendo con ellos tracciones en el sentido de la flexión, *durante el intervalo de las contracciones*, fatigué y cansé el cuello uterino hasta lograr una dilatación suficiente para introducir un tercer dedo, el medio de la mano izquierda. Después de practicar tracciones y obtener una nueva y mayor dilatación, hube de reposar, pues el periné de la parturiente, por acción refleja, comprimía mis dedos con tal fuerza contra el pubis, que hube de darles unos momentos de descanso, pues ni los baños de agua caliente eran suficientes para desentumecerlos. Reanudada la intervención, introduje un cuarto dedo. Con cuatro dedos, adosados dos a dos, o separados como las ramas de un dilatador de Bossi, logré que el cuello fuera totalmente dilatado. Digo dilatado y no dilatado, pues para la dilatación completa precisa un descenso de la cabeza mayor que el existente en mi caso”. En aquest cas, el part va acabar amb l'aplicació de fòrceps.

A aquesta maniobra la bateja com *procediment de la*

papallona: “Como para lograr la dilatación actúan los dedos en el sentido de su flexión y cruzados, lo cual recuerda el vuelo de la mariposa, llamo a mi modo de actuar *procedimiento de la mariposa*”. Explica que aquest procediment l'ha usat amb èxit en altres casos: “Dicho proceder lo he usado en casos de inercia primitiva en los que por el estado de la enferma o por infección amniótica era urgente la terminación del parto. Cabe, evidentemente, utilizarlo para cumplir otras indicaciones”⁴⁴.

El setembre de 1916, Felip Proubasta publica el treball original “El part metódicamente forzado sense anestesia. El procedimiento de la papallona”⁴⁵ a la revista *Anals de l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya* (Figura 6). És un treball molt detallat, en què repassa l'estat de la qüestió i la seva experiència emprant la dilatació sense cloroform, amb maniobres properes a la que finalment proposa. Fa un repàs de la dilatació bimanual de Bonnaire, que considera que no es pot fer servir en l'assistència domiciliària i sense poder comptar amb l'ús d'anestèsia i “que consisteix, com tothom sab, en lo següent: L'index de la mà dreta penetra dintre el canal cervical i va a trobar l'orifici intern que s'esforça en entrobriar. Així que çò és possible, s'introdueix lo dit mig prop de l'index; aquests dos dits distenen l'orifici intern per a fer puesto als dos dits corresponents de la mà esquerra, que son introduïts de manera que's posin en contacte per la seva cara dorsal als dits homònims de la mà dreta. Allavors, tots quatre, obrant en el sentit de la flexió, verifiquen un veritable masegament escèntric del coll al qui fadiguen en tots sentits, a l'esquerra, a la dreta, abaix, adalt. Ben aviat un quint dit pot unir-se als precedents, seguit, al cap d'algun temps, de son homònim del costat oposat. Arriba així un moment, en que'ls vuit dits són introduïts en el coll, qu'ells distenen perifèricament. El massatge és continuat fins i tan que les polpes digitals poden pendre contacte simultàneament amb les dues parets diametralment oposades i segons tots els diàmetres. Per a fer-se'n càrrec, no hi ha com creuar en forma d'ales de papallona les dues mans, fent moure els dits a l'entorn de l'eix comú format per l'adosament de les articulacions metacarpo-falàngiques”. Aquesta maniobra, a més, explica amb detall, no és gens còmoda per al tocòleg i implica la introducció de les mans dins de la vagina, la qual cosa provoca massa dolor durant una llarga estona i la fa inviable sense anestèsia, sobretot en primíparas.

En idear el nou procediment, però, Proubasta conserva del de Bonnaire l'entrecruament de les mans en forma d'ales de papallona; però el que Bonnaire emprava com a medi de comprovació, Proubasta ho fa servir com a medi d'actuació “car amb mans o tan sols amb dits entrecruats que obrin en el sentit de sa flexió, s'exerceix una força tan efectiva i a la vegada còmoda pel metge, que un coll uterí, davant ella, ha de cedir, dilatant-se si s'actua prudentment, rompent-se si s'obra amb energia brutal”. En aquesta pu-

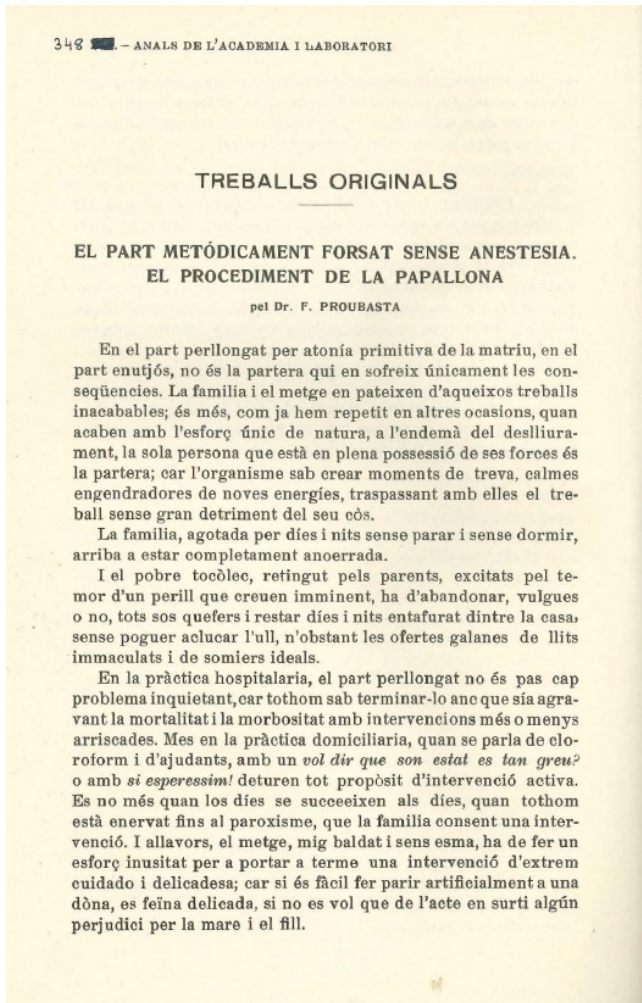


FIGURA 6. Primera pàgina del treball de Felip Proubasta publicat als *Anal·les de l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya* el mes de setembre de 1916, on descriu el que ell anomena “procediment de la papallona”, que es coneixerà posteriorment com a “maniobra de Proubasta”⁴⁵

blicació explica el mateix cas, del 17 de juny de 1916, que en l'anterior però molt més detalladament i fent un seguiment exhaustiu dels tres dies que va durar el part i de totes les incidències i els tractaments que es van fer servir. El fet de no poder comptar amb un parell d'ajudants per donar cloroform (no ho va autoritzar la família de la dona), diu, el van portar a posar en pràctica aquesta nova maniobra que havia assajat en altres casos, però no en un part sense anestèsia.

En publicacions posteriors, Proubasta descriu diferents casos de distòcies en què ha aplicat el seu procediment, com a “Tres casos de distòcia greu” (1921)⁴⁶ i al recull “Alguns punts de vista moderns de l'Obstetrícia. Casos clínics i comentaris”⁴⁷, comunicació presentada a l'Acadèmia en sessió del dia 10 de maig de 1933.

Aquest no fou l'únic procediment nou que va descriure Felip Proubasta. En la sessió científica de 2 d'octu-

bre de 1933 de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona, va presentar el treball “El parto cuidadoso y el médico. Un nuevo procedimiento de rotación cefálica interna”⁴⁸. A més de presentar aquest nou procediment, feia un repàs de l'ús de la maniobra de la papallona, que ja feia molts anys que emprava, sense anestèsia, però afegia: “[...] en la dilatación digital, el dolor despertado no aumenta de manera evidente los sufrimientos naturales del parto, ventaja importante. La anestesia por inyección intrarraquídea, como ha dicho Delmas, favorece en gran manera toda dilatación que se practique en el cuello uterino, y no hay razón para no utilizar semejante ventaja al realizar el procedimiento de la mariposa siempre que se pueda, pese al escaso dolor que provoca”. En aquesta ocasió acabava dient: “Me anima la esperanza el que mis dos procedimientos señalados, el de la mariposa y el de rotación cefálica interna por compresión lateral de la frente del feto, alcanzarán el favor de los tocólogos a medida que las vayan conociendo”⁴⁸.

Molt abans, el 1911, Proubasta ja havia descrit un nou procediment de versió per maniobres externes en cas de presentació de tronc decididament transversa⁴⁹. En aquest cas, però, acabava dient humilment: “Avans de terminar, dec dir que si bé'm cap la pretensió de haver sigut el primer en descriure tal procediment y de tenir conciencia d'ell, segurament no he sigut el primer en portarlo a la pràctica. El trobo tan racional y l'execució es tan planera que molts metges deuen haverlo fet inconscienment; una volta terminada la versió, se contentaren en veure satisfactoriament la dificultat vensuda, sense preguntarse com havia tingut lloc, admirantse o no de que'l fetus quedés ab l'occipuci dirigit enrere”⁴⁹.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Maniobra de Proubasta. Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT). Versió de treball. Darrera actualització: 5 d'octubre de 2023. Consultable a: <https://www.demcat.cat/ca/diccionaris-portal/183/search/Proubasta?type=basic&condition=contains>. Accés el 8 d'octubre de 2023.
2. Probausta i Masferrer, Felip. Acadèmics. Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Consultable a: <https://ramc.cat/aw-team-member/probausta-i-masferrer-felip/>. Accés el 8 d'octubre de 2023.
3. Corbella J, Séculi J. Nomina graphica academicorum. 1770-2013. I. Membres numeraris de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Gimbernat, 2013;59(*):13-126.
4. Academia de Ciencias Médicas. Libro de Oro de la Academia de Ciencias Médicas publicado con motivo de su LXXV Aniversario. 1878-1953. Barcelona: Impr. Socitra; 1953. p. 88-9.
5. Felip Proubasta. A: Els congressos de metges i biòlegs de llengua catalana. Institut d'Estudis Catalans. Consultable a: https://cmlbc.iec.cat/biografia.asp?id_autor=1520. Accés el 10 d'octubre de 2023.
6. Crònica local y regional. La Dinastia, 27 d'octubre de 1888. p. 2.
7. Carreras M, Garriga M. Proubasta i Masferrer, Felip. A: Carrera i Macià JM, coord. Història de l'Obstetrícia i Ginecologia catalana. Barcelona: Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia, Fundació Uriach 1838; 1998. p. 300-1.

8. Ramis i Coris, Joaquim. Felip Proubasta i Masferrer. Galeria de Metges Catalans. Consultable a: <https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=LLK>. Accés el 8 d'octubre de 2023.
9. De Fuentes Sagaz M. Ateneo de alumnos internos de la Facultad de Medicina de Barcelona. Gimbernat. 1992;18:27-31.
10. Notas. La Vanguardia, 1 d'octubre de 1888. p. 2.
11. Anales de la Asociación Taquígráfica (conclusión). La América, 28 de juliol de 1886. p. 11.
12. Anuario del Comercio, de la Industria, de la Magistratura y de la Administración, 1896. p. 974; 1897. p. 982.
13. Anuario del Comercio, de la Industria, de la Magistratura y de la Administración. vol. 1; 1908. p. 974.
14. Anuario Industrial y Artístico de España. vol 2; 1931. p. 280.
15. Sánchez Ripollés JM. Alguns internistes catalans (1900-1936). Gimbernat, 2004;42:11-24.
16. Crónica local. La Dinastía, 30 d'agost de 1896. p. 2.
17. La Junta directiva de la Academia de Higiene de Cataluña. La Vanguardia, 19 de gener de 1905. p. 3.
18. Casassas i Simó O. A la Facultat i el Clínic abans de la inauguració o els metges presents en dos congressos d'ara fa cent anys. Gimbernat. 2006;45(*):27-33.
19. Proubasta F. Higiene del parto. Discurso de recepción del Dr. D. Felipe Proubasta. Discurso de contestación del Dr. D. Valentín Carulla. Barcelona: Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Imprenta de F. Badia Canteñes; 1911.
20. Tarruella Albareda J, Presta A, Proubasta F. Contribución al estudio del paludismo en Barcelona. Barcelona: Francisco Badia; 1903.
21. Salvat Navarro A, Proubasta F. La fiebre tifoidea en Barcelona. Estudio de la etiología. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. 1922;4(2):45-59.
22. Cursos y conferencias. La Vanguardia, 1 de desembre de 1935. p. 10.
23. Proubasta F. Consell de metje. Sopas y criaturas. En Patufet. 1904;1(16):4-6.
24. Consell de Redacció. La Medicina Catalana. 15 d'octubre de 1933;1(1):portada.
25. Festival gimnástico. Los Deportes: Revista Semanal Ilustrada. 30 de setembre de 1900;4(39):618.
26. Notas locales. La Vanguardia, 27 d'octubre de 1900. p. 2.
27. Los Deportes: Revista Semanal Ilustrada. 30 de setembre de 1900;4(39):615-6.
28. Campeonato de España de levantamiento de pesos. Los Deportes: Revista Quincenal Ilustrada de Cultura Física, Automovilismo, Ciclismo, Foot-Ball,... 15 de juny de 1908;12(496):265.
29. Foot-ball. La Vanguardia, 23 d'agost de 1901. p. 4.
30. Reunión importante. Los Deportes: Revista Semanal Ilustrada de Cultura Física, Automovilismo, Ciclismo, Foot-Ball,... 20 d'abril de 1907;11(452):12.
31. González Balaguer D. Federación Gimnástica Española. Asamblea y fiestas federales. Los Deportes: Revista Semanal Ilustrada. 7 d'octubre de 1900;4(40):627-30.
32. Federación Gimnástica Española. El Liberal. 27 d'agost de 1901. p. 2.
33. El Comité Ejecutivo. Dr. D. Felipe Proubasta. Los Deportes: Revista Semanal Ilustrada. 7 d'octubre de 1900;4(44):692-3.
34. Proubasta F. De algo que importa y mucho se olvida. Los Deportes: Revista Semanal Ilustrada. 30 de desembre de 1900;4(52):822-3.
35. El tiro de pichón. Los Deportes: Revista Semanal Ilustrada. 13 d'abril de 1902;6(14):10.
36. Sociedad General de Carbones de Teruel. Revista Ilustrada de Banca, Ferrocarriles, Industria y Seguros. 10 de juny de 1901. p. 27.
37. Carbonífera del Río Martín. España. 20 de setembre de 1901. n 138. p. 10.
38. El Borinot: Setmanari de Barrila. 1923;1(4):10.
39. El Borinot: Setmanari de Barrila. 1924;2(21):14.
40. Esquellots. L'Esquella de la Torratxa. 1915;37(1926):798.
41. A cau d'orella. El respecte a la vara. L'Esquella de la Torratxa. 1923;46(2326):652.
42. A nuestros lectores. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. 1915;1:3-5.
43. Proubasta F. Comunicación sobre un caso de aplicación de fórceps en el estrecho superior. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. 1915;1:42-4.
44. Proubasta F. Un nuevo procedimiento de parto metódicamente forzado. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. 1915;1:270-2.
45. Proubasta F. El part metódicament forsat sense anestesia. El procediment de la papallona. Anals de l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya. 1916;10(9):348-56.
46. Proubasta F. Tres casos de distòcia greu. Anals de Ciències Mèdiques. 1921;15(4):111-4.
47. Proubasta F. Alguns punts de vista moderns de l'Obstetrícia. Casos clínics i comentaris. Annals de Medicina. 1933;27(6):443-56.
48. Proubasta F. El parto cuidadoso y el médico. Un nuevo procedimiento de rotación cefálica interna. Annals de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona. 1933;15:263-73.
49. Proubasta F. Un nou procediment de versió per maniobres externes en cas de presentació de tronc decididament transversa. Anals de Medicina. 1911;5(7):411-6.

El final de l'era de la malaltia

Mary A. Tinetti, Terri Fried

Traducció de G. Permanyer Miralda i J. M. V. Pons de l'article: Tinetti MA, Fried T. The end of the disease era. Am J Med. 2004;116:179-85.

El problema

El “rodament de cap”¹ crònic continua sense solució; s'ignoren els factors psicològics que contribueixen a les malalties cardiovasculars; els pacients majors de 75 anys consumeixen una mitjana de 15 dosis de medicaments cada dia; els pacients se'n van de l'hospital curats de la seva pneumònia però amb funcions cognitives i físiques fetes malbé irreversiblement. En cadascun d'aquests casos, el diagnòstic del problema és que el focus primordial de la pràctica clínica és la malaltia.

Ha arribat el moment d'abandonar la malaltia com el focus primordial de la pràctica clínica. Quan la malaltia esdevingué el centre focal de la medicina occidental, en el segle XIX i la primeria del XX, l'esperança de vida mitjana era de 47 anys i la majoria de consultes mèdiques eren per malalties agudes. Avui, l'esperança de vida mitjana en països desenvolupats és de 74 anys i va en augment, i la majoria de consultes mèdiques són per malalties cròniques o trastorns no associats amb malalties específiques. Les malalties cròniques, comparades amb les agudes, tenen un ventall més ampli de manifestacions clíniques i una correlació més fluïxa entre les manifestacions clíniques i la patologia subjacent. Aquest espectre diferent de condicions de salut, la complexa interacció entre factors biològics i no biològics, la població envellida i la variabilitat interindividual de les prioritats en salut fan que una pràctica clínica centrada primàriament en el diagnòstic i tractament de malalties individuals sigui, en el millor dels casos, obsoleta i, en el pitjor, nociva. Ateses les necessitats sanitàries canviants dels pacients, un enfocament primordial en la malaltia porta, de manera inadvertida, a l'infractament, al sobretractament o al mal tractament.

Infractament

Una causa d'infractament és la reticència a tractar pacients amb símptomes que no corresponen a criteris diagnòstics actualment acceptats. Per exemple, els clínics poden dubtar a tractar símptomes depressius si el pacient no compleix els criteris del *Diagnostic Statistical Manual*, malgrat l'evidència existent que els símptomes

depressius responen al tractament mèdic. Hi ha molts símptomes i discapacitats que no es poden atribuir a una única malaltia malgrat exhaustives avaluacions diagnòstiques. El “rodament de cap” crònic i el dolor no cancerós són dos símptomes freqüents, que se sap que són conseqüència de la interacció entre factors físics i psicològics tractables i que sovint es deixen sense alleujar quan l'avaluació diagnòstica no arriba a demostrar una “malaltia” causal. No obstant, la definició de què és un símptoma (per exemple, el rodament de cap), una discapacitat (per exemple, la pèrdua d'audició) o una malaltia (per exemple, una pneumònia) és en part un artefacte del model basat en la malaltia. La categorització existent de les entitats clíniques, orientada segons malalties, classifica els símptomes i les discapacitats com a presentacions subjectives i objectives de malalties existents, mentre que les malalties són considerades manifestacions d'una patologia concreta. No obstant, si eliminem l'estructura imposada pel model basat en la malaltia, cadascun d'ells pot ser vist com un estat de salut que causa malestar, que té conseqüències adverses i que és resultat de múltiples factors contribuents.

L'infractament també té lloc en categories de malaltia “tradicional” com la cardiopatia coronària. Hi ha un gran volum de dades que associen els resultats cardiovasculars desfavorables amb factors socioeconòmics, psicològics i ambientals, igual que amb determinants biològics. Malgrat l'evidència molt convincent de l'efectivitat d'intervencions tals com els antidepressius o l'assessorament, la pràctica clínica segueix molt concentrada en l'ús de blocadors beta, fàrmacs hipolipemians i altres tractaments similars. Tractar només els mecanismes biològics, que és una actitud derivada de l'enfocament centrat en la malaltia, en lloc d'abordar tots els factors que hi contribueixen, porta a la pèrdua d'oportunitats d'optimitzar els resultats en salut.

Sobretractament

A l'altre extrem de l'espectre, la insistència en prevenir i tractar malalties específiques porta al sobretractament, sovint amb conseqüències serioses. És temptador remarcar exemples notoris com el del pacient de 90 anys, amb demència i diferents malalties coexistents, que sofreix hi-

potensió postural important a causa del tractament agressiu de la hipertensió arterial, o el de 85 anys amb càncer de pulmó amb episodis d'hipoglicèmia repetits en intentar un control glicèmic "estret". No obstant, més freqüents però menys reconegudes són les conseqüències de la pràctica clínica centrada en la malaltia en el "típic" pacient de 70 anys que pateix una mitjana de quatre malalties cròniques, a més de problemes de salut no específics de malaltia com dolor, mobilitat reduïda i trastorns del son. La insistència en diagnosticar i tractar malalties individuals ha donat lloc a una plèthora de guies de pràctica clínica. Per exemple, a un pacient amb la combinació no pas infreqüent de diabetis, insuficiència cardíaca, infart de miocardi, hipertensió i osteoporosi, el metge, per tal de seguir les guies actuals, li ha de prescriure fins a 15 medicaments.

L'excés de medicació és una conseqüència no volguda dels intents de prevenir o tractar malalties individuals. La medicació múltiple augmenta els costos, posa en perill el compliment i augmenta el risc d'efectes indesitjables dels fàrmacs. Encara que aquests efectes indesitjables són objecte d'investigació científica i pública, el paper que hi juga el nombre de fàrmacs, com a destacat factor de risc, ha estat molt ignorat. L'augment de l'ús de medicaments, amb els seus efectes adversos i també beneficiosos, és inherent al paradigma mèdic actual que exigeix la prevenció i el tractament de processos patològics individuals. Els problemes aparellats de la polifarmàcia i els efectes indesitjables no es resoldran fàcilment mentre la presa de decisions clíniques continuï centrada en el maneig de malalties individuals.

Mal tractament

El mal tractament pot ser conseqüència, tot i que no sigui intencionada, d'una decisió clínica basada en els resultats específics d'una malaltia, més que en les preferències del pacient. Els pacients difereixen en la importància que donen a la supervivència, el confort i la capacitat funcional, i en les eleccions que adopten quan s'encaren a compromisos difícils. Els hospitals són plens de pacients amb infeccions o insuficiències d'un òrgan que varen "respondre" amb una tecnologia actualitzada, però que es varen deteriorar en el seu funcionament físic, cognitiu i psicològic.

S'han desenvolupat diferents estratègies per tal d'abordar les limitacions de la pràctica clínica orientada segons la malaltia. Malauradament, aquests esforços heterogenis de grups seleccionats de professionals cap a subgrups seleccionats de pacients i problemes de salut, encara que dignes d'elogi, fragmenten l'atenció i reforcen l'opinió que aquest enfocament només s'ha de tenir en compte quan fracassa l'orientació dominant centrada en la malaltia. Per exemple, l'atenció d'equips multidisciplinaris existeix en un nombre limitat de contextos per tractar els factors físics, mèdics, psicològics, ambientals i altres que

contribueixen als problemes de salut especialment de persones ancianes o amb malalties cròniques. Es va desenvolupar el concepte de síndrome geriàtrica per explicar condicions de salut multifactorials freqüents, com són les caigudes, que d'altra manera són ignorades en el paradigma de malaltia. Però, és que no són multifactorials la majoria de condicions de salut? L'atenció inadequada de l'alleujament de símptomes va portar al desenvolupament de les cures pal·liatives. Encara que estaven plantejades per abordar l'alleujament de símptomes en tots els pacients amb malalties cròniques, en la pràctica es limita l'accés només a pacients amb malaltia terminal. El model biopsicosocial, que va ser introduït per Engel² ja fa més de 30 anys, està àmpliament acceptat i ensenyat, però es duu clínicament a terme només en un ventall força limitat d'entitats. La multiplicitat dels resultats clínics potencials en el tractament de les malalties cròniques, i el reconeixement creixent que les decisions terapèutiques requereixen compromisos, han portat a la creació de mètodes sofisticats per detectar les preferències o objectius dels pacients i a la participació d'aquests en la presa de decisions. No obstant, a dia d'avui aquests mètodes s'han emprat fonamentalment en recerca en un estret espectre de situacions clíniques i no s'han incorporat de forma àmplia a la pràctica clínica.

Una solució

La solució evident consisteix en adaptar millor l'atenció mèdica a les necessitats de salut, integrant el coneixement existent i les estratègies efectives. Més que esperar que el model basat en la malaltia fracassi, recórrer a estratègies alternatives integrades i coordinades hauria de constituir l'estàndard assistencial per a tots els pacients. La presa de decisions clíniques s'hauria de fonamentar en l'assoliment dels objectius del pacient i en la identificació i tractament de factors biològics i no biològics modificables, més que no pas en el diagnòstic, prevenció i tractament de malalties individuals. Aquest principi imposa determinades característiques a la pràctica clínica, que són ben diferents de les de l'atenció centrada en malalties individuals (Taula 1).

No s'ha d'abandonar el concepte de malaltia individual, sinó que cal integrar-lo millor en l'atenció individualitzada. Quan malalties tractables, agudes o cròniques, obstaculitzen els objectius de salut dels pacients, el seu diagnòstic i tractament són sempre una part integral del procés global de presa de decisions clíniques. El maneig de la malaltia esdevé un dels diferents mitjans cap a un objectiu més que no pas, com ara passa, l'objectiu final mateix.

Per tal que el model integrat i individualitzat, a mida del pacient, sigui efectiu, han de tenir lloc canvis importants en el procés de presa de decisions clíniques. En el model basat en la malaltia, la "molèstia principal" del pacient porta a la realització d'un diagnòstic diferencial. No-

TAULA 1. Característiques de dos models de pràctica clínica

| Model centrat en la malaltia | Model integrat i individualitzat |
|---|--|
| La decisió clínica se centra primàriament en el diagnòstic, prevenció i tractament de malalties individuals | La presa de decisions clíniques se centra primàriament en les prioritats i preferències dels pacients individuals |
| Es considera que una patologia concreta és la causa de la malaltia; els factors psicològics, socials, ambientals i d'altres tipus són factors secundaris, no determinants primaris de la malaltia | Es considera que les condicions de salut són conseqüència de la interacció complexa de factors genètics, ambientals, psicològics, socials i d'altres tipus |
| El tractament s'adreça als mecanismes fisiopatològics que es consideren causa de la malaltia o malalties | El tractament s'adreça als factors modificables que contribueixen a les condicions que impedeixen els objectius de salut dels pacients |
| El millor maneig dels símptomes i limitacions és el diagnòstic i el tractament de la malaltia o malalties "causals" | Els símptomes i les limitacions són el focus primari del tractament, fins i tot si no es poden atribuir a una malaltia concreta |
| Els resultats clínics importants estan determinats per la malaltia o malalties | Els resultats clínics importants estan determinats per les preferències del pacient individual |
| La supervivència és el focus principal de la prevenció i tractament de la malaltia | La supervivència és un dels diferents objectius en competència |

ves dades de la història clínica, l'exploració física i les proves complementàries ajuden a determinar quines malalties és més probable que expliquin els símptomes o les molèsties del pacient. Aleshores, el tractament està dirigit a aquestes malalties. En el model integrat i individualitzat, els símptomes del pacient donen lloc a tres grups de preguntes. El primer grup fa referència a saber de quina manera els símptomes són molestos: quin és el seu efecte en el funcionament físic, psicològic i social del pacient? El segon grup vol esbrinar què és el que el pacient vol assolir amb el tractament. Quin àmbit de resultat és més important? Quins compromisos o contrapartides està disposat a acceptar el pacient? En el cas de la prevenció, valora més el pacient els beneficis futurs o té preocupacions més immediates sobre els efectes indesitjables de les medicacions diàries? El tercer grup de preguntes explora els determinants no biològics de malaltia. Per exemple, hi ha factors psicològics o socials que dificultin més encara la salut i el bon funcionament? Les respostes a aquestes preguntes són fonamentals per a elaborar un pla de tractament. A la Taula 2 es presenten exemples del contrast en la presa de decisions seguint aquests dos models en el cas d'un home de 44 anys amb una sola malaltia però nombrosos factors contribuents, i a la Taula 3 en el cas d'una dona gran amb múltiples malalties. El diagnòstic i el maneig de la malaltia, que són el centre del model basat en aquesta, s'incorporen també a la presa de decisions en el model integrat i individualitzat, però no la dominen.

El model integrat i individualitzat també s'aplica a la prevenció. Actualment, la presa de decisions en adults relativament sans està sotmesa a una lletania de recomanacions de conducta (per exemple, no fumar, sexe segur, augment d'activitat física i beure menys alcohol), de serveis preventius (per exemple, mamografia, colonoscòpia, atenció odontològica regular, determinació de la densitat òssia, vacunacions) i, segons l'edat, el sexe, la predisposició

genètica i els resultats del cribatge, ús diari de medicaments com ara aspirina, estatines, calci, vitamina D i bifosfonats, tots ells basats en la prevenció de malalties específiques. Seguint un model més individualitzat, la presa de decisions preventives es basa en la manifestació que fa el pacient de la seva prioritització de preferències entre resultats a llarg termini, com supervivència o funcionament; l'acceptació a curt termini de la càrrega de proves, canvis d'estil de vida; i la incomoditat, cost i efectes indesitjables de medicació diària. Els detalls de la manera com cal estructurar les entrevistes clíniques sota aquesta orientació més complexa i individualitzada requeriran els esforços combinats dels pacients i els grups d'atenció i política sanitàries.

La necessitat de descobrir i incorporar les prioritats individuals, d'abordar simultàniament múltiples factors contribuents, i de prescriure i supervisar intervencions multidimensionades farà que la decisió clínica sigui més iterativa, interactiva, individualitzada i complexa. Caldrà que l'ús creatiu de les tecnologies de la informació faciliti l'organització, presentació i integració d'aquestes dades per arribar a una presa de decisions clíniques individualitzada però sistemàtica, fonamentada en les prioritats individuals del pacient.

Reptes i barreres

Els intents de dur a terme un model més integrat i individualitzat toparan amb barreres estructurals i filosòfiques. Per assolir els seus objectius, l'atenció sanitària s'ha de fer més interdisciplinària. La manca de coordinació, o tan sols de comunicació, entre disciplines rellevants podria fer empitjorar la fragmentació de la cura de la salut, que ja és flagrant. La major insistència en els factors psicològics, ambientals i altres, desvetllarà preocupacions sobre la "medicalització" de problemes vitals. Encara que exigeixi una major delimitació dels components de la salut, caldria

TAULA 2. Presa de decisions clíniques segons el model centrat en la malaltia i el model integrat i adaptat individualment per a un home obès de 44 anys que refereix pèrdua de la tolerància a l'exercici

| Model centrat en la malaltia | Model integrat i individualitzat |
|--|--|
| <i>Recollida de dades clíniques</i> | <i>Recollida de dades específiques del pacient</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Història clínica (per exemple, fumador i bevedor important, dolor toràcic ocasional induït per l'exercici, història familiar de cardiopatia coronària) - Exploració física (per exemple, pressió arterial 158/94 mm Hg, índex de massa corporal 31,2 kg/m², lleu edema perifèric, quart soroll en l'exploració cardíaca) - Proves de laboratori i complementàries (per exemple, química sanguínia, recompte hemàtic complet, radiografia de tòrax, ecocardiograma, electrocardiograma, proves funcionals respiratòries, prova d'esforç) | <ul style="list-style-type: none"> - Preocupacions del pacient (per exemple, inquiet per la possible pèrdua de feina que comporta aixecar pesos, preocupat per si sofreix un infart de miocardi i mor abans dels 50 anys com el seu pare) - Prioritats del pacient (per exemple, vol viure tant com sigui possible però no vol medicacions si afecten la vida sexual, el seu nivell d'energia o el seu nivell de consciència; està disposat a acceptar un major risc d'infart de miocardi o ictus a canvi d'evitar aquests problemes actualment) - Determinants no biològics: augment de consum de tabac i alcohol i menor activitat física després que un fill seu morís en un accident; la religió li és font de suport |
| <i>Diagnòstics</i> | <i>Factors contribuents a obstaculitzar els objectius vitals</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatia coronària, hipertensió, hipercolesterolèmia, tabaquisme, etilisme | <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatia coronària, pèrdua familiar, tabac, alcohol, símptomes depressius, oportunitats laborals limitades pel nivell educatiu |
| <i>Maneig</i> | <i>Maneig (basat en les prioritats del pacient)</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Modificació de factors de risc (per exemple, consells per a l'abstènci de tabac, reduir o eliminar l'alcohol, perdre pes, començar un programa d'exercici) - Tractar la hipertensió arterial (per exemple, tiazida, blocador beta, ± inhibidor de l'enzim convertidor de l'angiotensina) - Tractar la hipercolesterolèmia (per exemple, estatina) - Consulta al cardiòleg per a ulterior avaluació diagnòstica i tractament | <ul style="list-style-type: none"> - Assessorament a l'església sobre la pèrdua del fill - El pacient selecciona quin factor o factors de risc està disposat a tractar (per exemple, reunions d'Alcohòlics Anònims a l'església) - Estimular una major activitat física durant la vida diària més que un programa d'exercici - El pacient està disposat a començar prenent una tiazida i aspirina; més tard, accepta una dosi baixa de blocador beta perquè una de més alta li dona cansament; rebutja antidepressius però està disposat a rebre assessorament o psicoteràpia |
| <i>Resultats clínics</i> | <i>Resultats clínics (per ordre de les prioritats del pacient)</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Valor de pressió arterial - Valor de colesterol - Infart de miocardi, ictus, insuficiència cardíaca, supervivència | <ul style="list-style-type: none"> - Nivell d'activitat física i funcionament sexual - Conservar l'ocupació laboral - Supervivència, infart de miocardi |

que el debat no donés voltes entorn de la medicalització o els límits interdisciplinaris, sinó entorn dels esforços per coordinar i reembossar una atenció sanitària interdisciplinària eficient i efectiva, tant si és duta a terme dins del sistema de salut com fora d'ell.

La transició cap a aquest model exigirà una reorganització de soca-rel de l'atenció sanitària, des de l'ensenyament fins als sistemes de provisió. Per exemple, la formació mèdica, que ha estat organitzada entorn de mecanismes fisiopatològics o de sistemes orgànics, ja està evolucionant cap a un pla d'estudis més integrat. Aquests canvis són, en primer lloc, una resposta a pressions de temps i sobrecàrrega d'informació, més que no pas al reconeixement de cap limitació de l'enfocament centrat en la malaltia. Nogensmenys, val la pena aprofitar l'avantatge d'aquesta transició per formar la següent generació de metges, encara no

compromesa amb el model centrat en la malaltia, segons un model de pràctica clínica més adequat. Es necessitaran canvis paral·lels en la formació dels altres professionals sanitaris.

Juntament amb la pràctica clínica, la recerca ha determinat l'estructura departamental de les facultats de medicina, que alhora han influït en l'organització de la pràctica clínica. No obstant, la recerca ja s'està reestructurant segons línies tecnològiques i metodològiques, allunyant-se d'una configuració basada en òrgans i especialitats. La recerca bàsica, que aspira a aclarir mecanismes fisiopatològics, estarà cada cop més organitzada segons una estructura diferent de la pràctica clínica. Per tant, l'organització dels serveis clínics podrà avançar sense el destorb que representa la necessitat d'adaptar-se artificialment a un paradigma dependent de la recerca.

TAULA 3. Presa de decisions clíniques segons el model centrat en la malaltia i el model integrat i adaptat individualment per a una dona de 76 anys amb cansament i pèrdua de pes

| Model centrat en la malaltia | Model integrat i individualitzat |
|--|---|
| <i>Recollida de dades clíniques</i> | <i>Recollida de dades específiques de la pacient</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Història clínica (per exemple, anorèxia; nega altres símptomes gastrointestinals; tot el dia cansada; nega dolor toràcic, dispnea o altres símptomes cardíacs o pulmonars; història coneguda de diabetis, fibril·lació auricular, insuficiència cardíaca i depressió) - Medicacions (per exemple, warfarina, inhibidor de l'enzim conversiu de l'angiotensina, furosemida, estatina, sulfonilurea, tiazolidinediona, blocador beta, aspirina, mirtazapina) - Exploració física (per exemple, pressió arterial 146/88 mm Hg; freqüència cardíaca 52 batecs per minut, irregular; pes 48 kg, i 55 kg un any abans; exploració cardíaca, pulmonar, neurològica i abdominal sense troballes remarcables; glucosa per punció digital 112 mg/dl) | <ul style="list-style-type: none"> - Preocupacions de la pacient (per exemple, l'astènia l'ha obligat a reduir activitats, entre elles tenir cura dels seus nets; creu que l'anorèxia i l'astènia estan en part produïdes pels medicaments, encara que sap que varies de les seves malalties cròniques poden contribuir-hi; entén els beneficis de cada medicació, però pensa que en conjunt li fan més mal que bé) - Exploració física (igual que en el model centrat en la malaltia) - Prioritats de la pacient (per exemple, disposada a acceptar un major risc d'ictus i infart de miocardi per tal d'estar amb millor funció física i social en el moment actual, però té por d'un empitjorament de la insuficiència cardíaca) - Determinants no biològics (per exemple, viu sola; li desagrada menjar sola; té problemes per pagar el menjar i els medicaments; li desagrada el gust de la dieta baixa en sal i greixos; té una filla divorciada que depèn d'ella perquè li cuidi els seus nens; la depressió va empitjorar quan el seu marit va morir) |
| <i>Diagnòstics</i> | <i>Factors contribuents a obstaculitzar els objectius vitals</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiència cardíaca i diabetis estabilitzades; hipertensió amb insuficient control; fibril·lació auricular; empitjorament de la depressió; a descartar neoplàsia oculta | <ul style="list-style-type: none"> - Diferents malalties cròniques que poden produir astènia i anorèxia; viu sola; diferents factors estressants vitals; medicacions múltiples que, combinades, poden produir fatiga i afectar la força muscular, l'afecte, el gust i la gana. |
| <i>Maneig</i> | <i>Maneig (basat en les prioritats de la pacient)</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Laboratori i proves complementàries (per exemple, hemograma complet i bioquímica sanguínia; proves funcionals tiroïdals; INR; radiografia de tòrax; sang oculta a femta) - Medicacions (per exemple, continuar amb la mateixa dosi de tots els fàrmacs) - Consulta a psiquiatria per ajustar o canviar l'antidepressiu - Plantejar consulta a gastroenteròleg o tranquil·litzar-la per la baixa probabilitat de càncer | <ul style="list-style-type: none"> - Suprimir l'estatina i reduir la dosi de blocador beta i furosemida - Estimular la ingesta d'aliments sòlids i líquids reduint la restricció de sal i líquids i suprimint les dietes per a la diabetis i les cardiopaties - Controlar la freqüència cardíaca, els signes d'insuficiència cardíaca i la cetoacidosi diabètica - Estimular la pacient a comentar amb la seva filla la possible ordenació de les seves condicions de vida i la cura dels nens per tal de satisfer millor les necessitats dels membres de la família - Animar la pacient a participar en centres per a la tercera edat en àpats, programes d'exercici i activitats socials - Canviar l'antidepressiu si la resposta a aquestes actuacions és inadequada |
| <i>Resultats clínics</i> | <i>Resultats clínics (per ordre de les prioritats de la pacient)</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pressió arterial, valors de glucèmia i de freqüència cardíaca - Ictus, càncer, insuficiència cardíaca, supervivència | <ul style="list-style-type: none"> - Absència d'astènia i retorn de la gana - Funcionament psicològic - Supervivència |

Un altre repte serà el reembossament. En teoria, les decisions de cobertura i pagament haurien de seguir de manera lògica una declaració clara dels objectius i l'estructura de l'atenció sanitària. De fet, l'evolució d'un nou model ofereix, potser per primer cop, l'oportunitat de declarar decisions de cobertura basades en l'evidència de la seva efectivitat i en prioritats personals i socials transparents. No obstant, en la pràctica, reestructurar el reembossament per associar-lo millor a l'efectivitat i a les prioritats, en qualsevol sistema de salut, demanarà coratge i tenacitat per part de líders mèdics i polítics. La determinació de les fronteres de l'atenció sanitària, atesa la definició de salut més àmplia que és implícita en aquest model, plantejarà nous reptes al reembossament.

De manera paradoxal, dos arguments que es poden esperar contra el canvi són que "això no és res de nou, ja ho estem fent" i "seria millor gastar els recursos investigant els mecanismes d'actuació dels factors biològics i no biològics". En resposta al primer argument, encara que alguns metges actuïn algunes vegades d'aquesta manera amb alguns dels seus pacients, la majoria no ho fa. L'organització, pagament i avaluació de la qualitat de l'atenció mèdica segueixen fermament atrinxerades en l'atenció episòdica i específica per a malalties. Per respondre al segon argument, encara que ningú no pot negar els beneficis que s'obtenen investigant els mecanismes bàsics de la malaltia, és una candidesa pensar que aquesta estratègia obviarà per si sola la necessitat d'una orientació més individualitzada, inter-

disciplinària i integrada de la pràctica clínica. Certament, aquests mateixos descobriments han portat un nombre creixent de persones a sofrir una dura càrrega de malaltia i incapacitat.

El mateix canvi és una barrera. Quin serà l'incentiu d'embarcar-se en la intimidant tasca de transformar l'estructura, l'organització i la funció de l'atenció sanitària? Un panorama possible és que, amb motivacions diferents, les actituds mèdiques i de la societat convergeixin simultàniament en un punt de no retorn. El repertori cada cop més extens de tecnologies costoses aplicables a un nombre creixent de pacients, sense mecanismes viables per determinar qui ha de rebre quines intervencions en un context de recursos limitats; la iminent invasió de la generació del *baby-boom*, que ràpidament desbordarà un sistema sanitari fonamentat en la prevenció, diagnòstic i tractament de qualsevol malaltia imaginable; i les demandes creixents de pacients amb diferents prioritats de salut per participar en la presa de decisions són alguns dels probables factors precipitants del canvi.

Potser la barrera més gran serà que el model basat en la malaltia està tan arrelat que la majoria de metges i de pacients no són conscients de la seva existència. Allò que abans no era més que un model nou, elaborat com un mitjà de transferir el coneixement científic emergent a una millor pràctica clínica, ara és acceptat com "la veritat". Malgrat totes aquestes dificultats estructurals i barreres

psicològiques, la pràctica clínica ha d'evolucionar, una vegada més, cap a un model més integrat i individualitzat a mida i basat en les necessitats d'atenció sanitària dels pacients del segle XXI.

N. dels T

1. És opinió dels traductors que no hi ha un terme català d'ús mèdic consensuat que correspongui exactament al "dizziness" anglès, que es defineix, en termes generals, com sensació rotatòria amb inestabilitat. Correspondria a "vertigen", però aquest terme té l'inconvenient d'estar també associat a malalties ben definides, a les quals no es refereixen les autores. "Mareig", definit al TERMCAT com "malestar caracteritzat habitualment per nàusees i vertigen" semblaria una bona opció, però creiem que, en incloure-hi "nàusees" en primer lloc, fa referència a una situació més específica que l'al·ludida per "dizziness", on només s'hi inclou el rodament de cap i la inestabilitat. Per això, escollim precisament "rodament de cap", malgrat el seu regust poc acadèmic, prou inespecífic com per encaixar, creiem, en les intencions de les autores (i també present al TERMCAT).
2. George L. Engel publicà el 1977 (*Science* 1977;196:129-36) un article en què defensava la necessitat d'un model mèdic holístic –anomenat biopsicosocial– com a resposta a un altre model, el biomèdic, imperant en les societats industrialitzades de mitjan segle XX. Com bé examina F. Borrell en un article a *Medicina Clínica* (2002;119:175-9), on defensa la vigència del model junt amb el de la medicina basada en proves-evidències, les dues vessants del model biopsicosocial són: a) un model de causació superior del model clàssic de causa-efecte, postulant-se en aquest sentit com "un nou paradigma en la medicina", i b) l'aposta per donar la paraula al pacient en el procés assistencial, passant de ser mer objecte a ser subjecte de l'acte clínic.

La warfarina, de verí per a rosegadors a tractament per al president dels Estats Units

Elena Guardiola, Josep-Eladi Baños

Facultat de Medicina. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya. Vic; Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona.

Nota: article de la sèrie “Els fàrmacs a través de la història”, projecte de col·laboració promogut des de la Fundació Dr. Antoni Esteve, amb l'objectiu d'apropar el coneixement sobre els medicaments tant als professionals de la salut com a la població general.

Aspectes etimològics

El terme warfarina consta de dues parts i, també, dos orígens. La primera –*warf*– prové d'una fundació, la *Wisconsin Alumni Research Foundation* (WARF) i la segona –*arina*– fa referència a la pertinença al grup de les cumarines¹. WARF forma part del nom d'aquest fàrmac pel desig d'honorar aquesta institució a la qual Karl Paul Link (1901-1978), un personatge clau en aquesta història, va cedir la patent en agraïment pels recursos que li havien concedit per a les investigacions que van portar finalment al descobriment del dicumarol i la warfarina.

La presència d'institucions als noms de fàrmacs no és freqüent. La nistatina, per citar-ne un altre de molt conegut, n'és també un. En aquest cas, deu el seu nom al New York State Department of Health, on treballaven les seves descobridores, Elisabeth Lee Hazen (1885-1975) i Rachel Fuller Brown (1898-1980). Així, *nystatin*, el nom en anglès, comença per les tres primeres inicials d'aquesta institució.

La WARF té una llarga i interessant història. El seu origen es remunta a l'any 1925, quan va ser constituïda per a comercialitzar un descobriment: que la vitamina D podia obtenir-se de la llet per radiació ultraviolada. Aquest descobriment, realitzat pel professor Harry G. Steenbock (1886-1967), va permetre eliminar el raquitisme a bona part del món el 1940². La WARF va tenir un paper important en el finançament de la investigació durant més de trenta anys als Estats Units, fins que diverses organitzacions federals, com els National Institutes of Health (NIH) i la National Science Foundation (NSF) van començar a proporcionar generosos recursos a la darrera de la dècada de 1950. Llavors, la WARF havia aportat prop de 500 milions de dòlars². Actualment, encara segueix finançant i recolzant la recerca en àrees molt diverses (www.warf.org).

Aspectes històrics

La warfarina és un dels fàrmacs que millor il·lustra el significat del terme grec *pharmakon*, del qual deriven *fàrmac* i *farmacologia*. Aquesta paraula grega serveix tant per anomenar els fàrmacs com els verins. La majoria dels primers es poden convertir en els segons si se'n fa un ús inadequat. És més rar, però, que un fàrmac emprat en terapèutica, primer hagi estat utilitzat com a verí. La warfarina n'és un.

Quintero-González³ i Doolittle⁴ han resumit no fa pas gaire la història del descobriment de la warfarina. Recomanem, però, la lectura de la descripció del mateix Link, narrada en primera persona i plena d'anècdotes personals⁵. Per comprendre com va passar tot, ens hem de remuntar a fa més d'un segle.

Una malaltia del bestiar

Cap a la dècada de 1920, alguns ramaders van observar una malaltia hemorràgica que patia el seu bestiar durant els estius molt humits. Els animals sagnaven fins a la mort després de procediments quirúrgics menors, i fins i tot de forma espontània, sense que se'n conegués la causa. Va ser Frank W. Schofield (1889-1970), un patòleg veterinari d'Alberta (Canadà), qui va descriure aquesta malaltia per primera vegada el 1921; poc temps després ho va fer un altre veterinari, de Dakota (Estats Units), Lee M. Roderick (1888-1963), que la va associar a la deficiència de protrombina⁶⁻⁸. Schofield va veure que la malaltia no era deguda ni a patògens ni a deficiències nutricionals, sinó al consum de melilot en mal estat (el melilot, almeigó, trèvol d'olor o *Melilotus officinalis* és una planta conreada com a farratgera, que té flors grogues; hi ha també una varietat blanca, el melilot blanc o *Melilotus albus* [Figura 1]). Aquesta planta té una característica olor dolça, com de vainilla, que es desprèn en tallar-la i que es deu al contingut en cumarina². El melilot va arribar als Estats Units i a Canadà des d'Europa a principis del segle XX; degut al fet que podia créixer amb facilitat en sòls pobres i en climes extrems, es va difondre ràpidament⁹.

La malaltia apareixia al cap de 15 dies de la ingestió del fenc de melilots i el bestiar moria als 30-50 dies¹⁰. Els es-

Correspondència: Elena Guardiola
Barcelona
Adreça electrònica: elenaguardiola.eg@gmail.com



FIGURA 1. *Melilotus officinalis* (esquerra) i *Melilotus alba* (dreta)

tius especialment plujosos i càlids impediend que el fenc es pogués assecar adequadament, motiu pel qual habitualment es contaminava amb fongs, com el *Penicillium nigricans* i els *Aspergillus*^{7,8,11}. Els dos veterinaris locals anteriorment citats, Schofield i Roderick, havien demostrat que aquesta malaltia era reversible si als animals se'ls administrava fenc sec o si es realitzaven transfusions amb sang fresca^{7,8}. La seva recomanació era no alimentar els animals amb fenc de melilots que tingués floridura; però no sempre era possible que els grangers empobrits per la Gran Depressió seguissin aquestes indicacions. Tot i els limitats coneixements sobre els factors de la coagulació en aquella època, el 1931 ja es va descriure que aquesta malaltia era deguda a un dèficit de protrombina¹¹.

El descobriment de la vitamina K

A la fi de la dècada de 1920 hi va haver un descobriment paral·lel que més tard es relacionaria amb l'anterior. Carl Peter Henrik Dam (1895-1976) estava estudiant la síntesi de colesterol utilitzant una dieta sintètica lliure de colesterol en pollastres. Aviat va observar que els animals presentaven hemorràgies i que els seus intents de corregir-les afegint colesterol o vitamina C a la dieta eren en va. L'ús de totes les vitamines disponibles va ser també un fracàs i el problema només es va resoldre quan va fer servir extractes de vegetals frondosos utilitzant èter. Aquest procés d'extracció el va portar a concloure que la substància era una vitamina liposoluble, a la qual va anomenar vitamina K (de *Koagulation*); era l'any 1935¹². Tres anys després, aquesta vitamina va ser cristal·litzada pel grup d'Edward

Adelbert Doisy (1893-1986), de la Universitat de San Luis¹³. Doisy i Dam van rebre el premi Nobel de Medicina o Fisiologia el 1943 per aquest descobriment.

El bestiar segueix emmalaltint

Deu anys després de la primera aparició de la malaltia en animals, Ed Carlson, un granger de Deer Park, a Wisconsin (Estats Units), havia dipositat una partida de fenc de melilots lleugerament humit al seu graner i, quan va arribar l'hivern, va començar a alimentar les vaques^{5,14}. Els animals van començar a sagnar poc després d'iniciar la ingesta del farratge i la majoria va morir. Carlson no es creia la teoria del fenc tòxic, ja que la seva família l'havia emprat durant generacions per alimentar el bestiar i no havien tingut cap problema. El febrer de 1933, Carlson, sense pensar-s'ho dues vegades, va carregar un vedell mort a la seva camioneta, al costat d'una lletera plena de sang sense coagular i 100 lliures de fenc de melilots, i es va encaminar a Madison en un viatge de més de tres-cents quilòmetres al mig d'una rufaga. En arribar a l'estació de recerca experimental de la Universitat de Wisconsin, només va trobar obert el despatx de Karl Paul Link (Figura 2), on treballava amb un estudiant, Eugene Wilhem Schoeffel. En comentar-li el que li passava, Link li va dir que seguís els consells tradicionals: evitar el fenc florit i fer transfusions a les vaques⁵.

Feia poc temps que Link havia arribat a la Universitat de Wisconsin i estava treballant en l'obtenció d'espècies de melilot que tinguessin un baix contingut en cumarina o que no en tinguessin. La raó era que, malgrat l'olor dolça, el fenc tenia un gust amarg que no complaïa els animals⁹. Ningú sospitava la seva relació amb la malaltia hemorràgica. Però, casualment, Link havia començat a interessar-se per la malaltia un mes abans: aquella mateixa tarda, Scho-

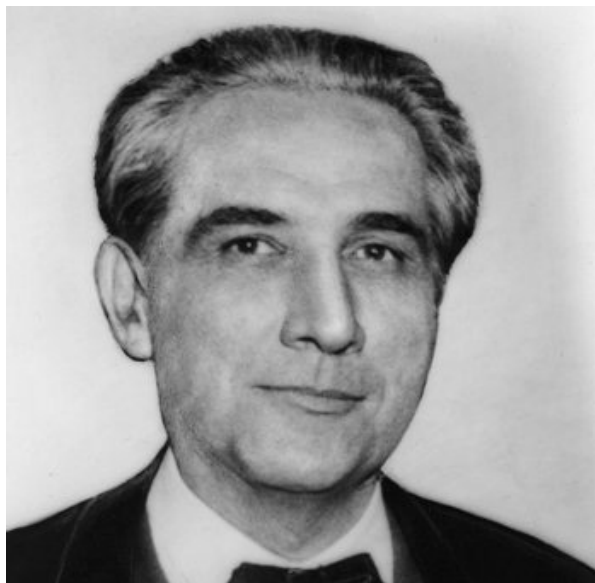


FIGURA 2. Karl Paul Link (1901-1978)

effel va començar els experiments amb la finalitat de descobrir la substància que estava produint la malaltia¹⁵. Van utilitzar un nou mètode amb plasma de conills que permetia estudiar els compostos obtinguts a partir del fenc¹⁶.

Segueixen els descobriments

Després de sis anys de treball, a l'alba del 28 de juny de 1939, un altre col·laborador de Link, Harold A. Campbell, va poder obtenir 6 mg d'una substància, va poder cristal·litzar-la i va observar els cristalls al microscopi. Va descobrir que era un agent hemorràgic que podia explicar la malaltia del bestiar: es tractava d'una substància desconeguda fins aleshores¹⁶. Un altre estudiant que treballava amb Link, Mark A. Stathmann, en va obtenir 1,8 g i, juntament amb Charles F. Huebner, va establir que l'anticoagulant era la 3,3'-metilenebis-(4-hidroxicumarina), que van anomenar dicumarol¹⁷, una molècula amb una notable semblança amb la vitamina K (Figura 3), acabada de descobrir per Dam. Van suggerir que la substància era produïda per un fong que oxidava la cumarina a dicumarina i que es comportava com un antagonista de la vitamina K, mentre que la cumarina no tenia aquests efectes¹⁸. Definitivament, s'havia descobert l'origen de la malaltia. El dicumarol es va utilitzar en voluntaris sans a

de rosegadors i se li va acudir utilitzar els derivats de la cumarina com a raticides: els animals moririen així d'hemorràgies agudes i es podria evitar els paranys tradicionals per a rosegadors⁵. Segons la seva opinió, el dicumarol no era un bon candidat, ja que actuava de forma massa lenta⁵. Quan va tornar al laboratori, i gràcies al finançament de la WARF, el seu grup es va dedicar a la síntesi de derivats de la cumarina natural fins a obtenir-ne més de 150. El número 42, descobert per Miyoshi Ikawa²³, que va rebre el nom de 3-(alfa-fenil-beta-acetil)-4-hidroxicumarina o warfarina, mostrava un notable perfil farmacològic amb eficàcia per via oral i una semivida d'eliminació perllongada. Aquestes qualitats el feien ideal per al seu ús com a raticida i es va començar a utilitzar el 1948.

Poc després, Link va proposar el seu ús en clínica. Tenia diversos avantatges sobre els anticoagulants disponibles fins a aquell moment. Podia administrar-se per via oral, de manera que millorava el perfil de l'heparina i, a més, tenia una latència d'efecte terapèutic molt menor que la dicumarina, mantenia la solubilitat en aigua, tenia una gran biodisponibilitat oral i l'efecte es revertia amb vitamina K². La warfarina, però, no va ser el primer compost de la sèrie de Link que es va utilitzar en terapèutica; la va precedir el ciclocumarol, l'ús del qual es va iniciar el 1949²⁴.

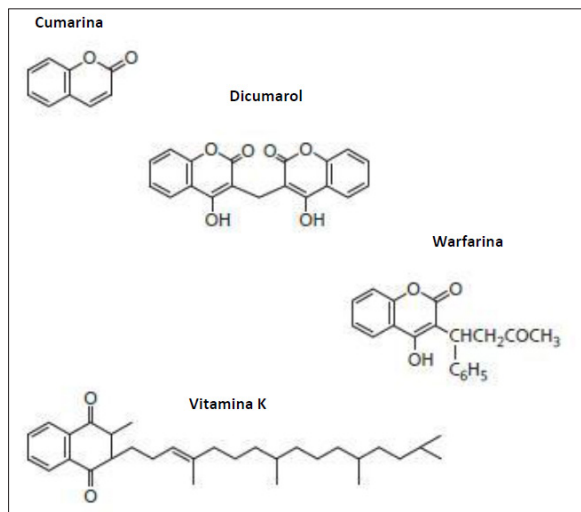


FIGURA 3. Estructura de la cumarina i de diferents substàncies relacionades: dicumarol, warfarina i vitamina K (modificat de Doolittle⁴)

finals de 1940¹⁹ i, una mica més tard, en pacients de la Clínica Mayo²⁰. La seva eficàcia en l'infart de miocardi es va confirmar en estudis publicats el 1946 per Nichol i Page²¹ i Wright²². A partir de la dècada de 1950 es va convertir en un tractament habitual d'aquesta afecció.

Els derivats de la cumarina: la warfarina

El 1945, mentre es recuperava d'una tuberculosi en un sanatori, Link va tenir temps per llegir la història del control

Un intent de suïcidi

L'acceptació de l'ús de la warfarina en terapèutica no va ser fàcil, ja que no es veia clar fer servir un raticida en humans. El convenciment per fer-ho va venir després d'un intent fallit de suïcidi d'un soldat nord-americà, que va ingerir 567 mg de warfarina i que, en acudir a l'hospital, va ser revertit amb tractament amb vitamina K. Aquesta observació va ser l'inici de l'interès terapèutic per la warfarina, en haver-se demostrat la seva seguretat⁵. L'estudi clínic es va iniciar el 1953 i el 1954 es va aprovar el seu ús en humans⁵, encara que el seu mecanisme d'acció, la inhibició del metabolisme de la vitamina K, no es va establir fins l'any 1978.

Un fàrmac per a un president. Però també un verí

Entre les anècdotes de l'ús de la warfarina cal recordar que l'any 1955 es va administrar al que en aquells moments era el president dels Estats Units, Dwight David Eisenhower (1890-1969), després de patir un infart de miocardi⁵; això va disparar el seu ús i les seves vendes considerablement. Com Duxbury i Poller¹⁰ van escriure: "*What was good for a war hero and the President of the United States must be good for all, despite being a rat poison*".

Tot i això, no sembla que Eisenhower fos el primer estadista a qui es va administrar warfarina. El primer a provar-la podria haver estat el seu adversari polític de l'època, Ióssif Stalin (1878-1953), a qui, segons diferents estudis històrics, se li hauria administrat el 1953. En aquest cas, el motiu no hauria estat terapèutic sinó un enverinament,



FIGURA 4. Anunci sobre l'ús de la warfarina com a rodenticida (Estats Units, 1957) (Font: <https://www.sciencehistory.org/distillations/a-study-in-scarlet>)

que podria haver estat la causa de l'hemorràgia cerebral que li va causar la mort^{25,26}.

Així es tanca el cercle de la història dels cumarínics. Van despertar interès perquè causaven la mort del bestiar, es van utilitzar com a rodenticides i com a arma homicida. Però la seva contribució més important és la que els ha convertit en una important eina terapèutica que ha millorat la situació clínica de milions de pacients.

L'ús actual de la warfarina

La warfarina és un fàrmac anticoagulant que inhibeix la síntesi hepàtica dels factors de la coagulació que depenen de la vitamina K i les proteïnes C i S.

Actualment s'empra en la profilaxi i el tractament del tromboembolisme venós, l'embòlia pulmonar i les complicacions tromboembòliques associades a una fibril·lació auricular i a una substitució de vàlvules cardíques. També s'utilitza com a teràpia adjuvant per a reduir la mortalitat en casos d'infart de miocardi. A causa del seu estret marge terapèutic, requereix un monitoratge periòdic de la ràtio internacional normalitzada (RIN) (en anglès, *international normalized ratio* [INR])²⁷.

Cal recordar, però, que en veterinària es va comercialitzar originàriament com a rodenticida i encara avui s'empra amb aquesta finalitat (Figura 4).

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Porter WR. Warfarin: history, tautomerism and activity. *J Comput Aided Mol Des.* 2010;24:553-73.
- Last JA. The missing link: The story of Karl Paul Link. *Toxicol Sci.* 2002;66:4-6.
- Quintero-González JA. Cincuenta años de uso clínico de la warfarina. *Invest Clin.* 2010;51:269-87.

- Doolittle RF. Some important milestones in the field of blood clotting. *J Innate Immun.* 2016;8:23-9.
- Link KP. The discovery of dicumarol and its sequels. *Circulation.* 1959;19:97-107.
- Schofield FW. Hemorrhagic sweet clover disease in cattle. *Can Vet Rec.* 1922;3:74-5.
- Schofield FW. Damaged sweet clover: the cause of a new disease in cattle simulating hemorrhagic septicemia and blackleg. *J Am Vet Med Assoc.* 1924;64:553-72.
- Roderick LM. The pathology of sweet clover disease in cattle. *J Am Vet Med Assoc.* 1929;74:314-25.
- Mueller RL, Scheidt S. History of drugs for thrombotic disease. Discovery, development, and directions for the future. *Circulation.* 1994;89:432-49.
- Duxbury BM, Poller L. The oral anticoagulant saga: past, present, future. *Clin Applied Thrombosis/Hemostasis.* 2001;7:269-75.
- Roderick LM. A problem in the coagulation of blood: 'sweet clover disease of cattle'. *Am J Physiol.* 1931;96:413-25.
- Dam H. The antihemorrhagic vitamin of the chick. *Biochem J.* 1935;29:1273-85.
- Thayer SA, Maccorquodale DW, Binkley SB, Doisy EA. The isolation of a crystalline compound with vitamin K activity. *Science.* 1938;88:243.
- Burriss RH. Biographical memoir of Karl Paul Link. *Biographical memoirs.* Vol 65. Washington: National Academy of Sciences; 1994. p. 176-95.
- Wardrop D, Keeling D. The story of the discovery of heparin and warfarin. *Brit J Haematol.* 2008;141:757-63.
- Campbell HA, Smith WK, Roberts WL, Link KP. Studies on the hemorrhagic sweet clover disease. II. The bioassay of hemorrhagic concentrates by following the prothrombin level in the plasma of rabbit blood. *J Biol Chem.* 1941;138:1-20.
- Stahmann MA, Huebner CF, Link KP. Studies on the hemorrhagic clover disease. V. Identification and synthesis of the hemorrhagic agent. *J Biol Chem.* 1941;138:513-27.
- Campbell HA, Link KP. Studies on the hemorrhagic clover disease. IV. The isolation and characterization of the hemorrhagic agent. *J Biol Chem.* 1941;138:21-33.
- Bingham JB, Meyer OO, Pohle FJ. Studies of the hemorrhagic agent 3,3'-methylene-bis(4-hydroxycoumarin); its effect on the prothrombin and coagulation time of the blood of dogs and humans. *Am J Med Sci.* 1941;202:563-78.
- Butt HR, Allen EV, Bollman JL. A preparation from spoiled sweet clover [3,3'-methylene-bis-(4-hydroxycoumarin)] which prolongs coagulation and prothrombin time of the blood: preliminary report of experimental and clinical studies. *Proc Staff Meet Mayo Clin.* 1941;16:388-95.
- Nichol ES, Page SW. Dicumarol therapy in acute coronary thrombosis: results in fifty attacks. *J Fla Med Assoc.* 1946;32:365-70.
- Wright IS. Experience with dicumarol (3,3'-methylene-bis-[4-hydroxycoumarin]) in the treatment of coronary thrombosis with myocardial infarction. *Am Heart J.* 1946;32:20-31.
- Ikawa M, Stahmann MA, Link KP. Studies on 4-hydroxycoumarins. V. The condensation of α,β -unsaturated ketones with 4-hydroxycoumarin. *J Am Chem Soc.* 1944;66(6):902-6.
- Meyer OO. Historical data regarding the experiences with coumarin anticoagulants at the University of Wisconsin Medical School. *Circulation.* 1959;19:114-7.
- Wines M. New study supports idea that Stalin was poisoned. *New York Times*, 5 de març de 2003. p. 3. Consultable a: <https://www.nytimes.com/2003/03/05/world/new-study-supports-idea-stalin-was-poisoned.html>. Accés el 18 d'abril de 2023.
- Faria MA. Stalin's mysterious death. *Surg Neurol Int.* 2011;2:161.
- Warfarina. *Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)*. Versió de treball. Consultable a: <https://www.demcat.cat/ca/diccionari-portal/183/search/warfarina?type=basic&condition=match>. Accés el 17 d'abril de 2023.

La difuminació del cos dels farmacèutics titulars (1939-1980)

Fernando Parrilla Valero

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Resum

Després de la Guerra Civil (1936-1939), els inspectors farmacèutics municipals es varen convertir en farmacèutics titulars amb àmplies competències, que al llarg del franquisme s'anirien deixant d'exercir fins a la mínima expressió. Durant la transició democràtica, els farmacèutics titulars de Catalunya varen presentar una proposta de reorganització de les seves funcions i dels seus serveis, extrapolable per a tot Espanya (desembre de 1977), en un intent per a recuperar el seu paper a la sanitat rural.

Introducció

Un cop acabada la Guerra Civil (1 d'abril de 1939), Espanya va patir una llarga dictadura militar, de caràcter feixista, anomenada franquisme (1939-1975). Durant tot aquest període es va produir una profunda transformació del país, en tots els seus àmbits. Durant la postguerra es va produir una dura repressió de tothom que no fos addicte al règim (exili, penes de mort o de presó i depuració de càrrecs), amb unes condicions de vida molt dures (fam; epidèmies descontrolades de verola, tifus exantemàtic i diftèria; i malalties infeccioses disparades com la tuberculosi, el paludisme o la mortalitat infantil), i un aïllament internacional del país que va obligar a practicar una economia d'autosuficiència (anomenada autarquia)¹. Després dels acords entre Espanya i els Estats Units per establir bases militars nord-americanes al territori nacional (1953), es produí el reconeixement internacional de la dictadura (ara reconvertida en anticomunista), la fi de l'aïllament internacional i el desenvolupament de la indústria i el turisme a partir dels anys 1960, amb una millora significativa dels indicadors econòmics i sanitaris (sobretot a les grans

ciutats), però amb grans diferències socials entre el món urbà i el món rural.

El franquisme va suposar un endarreriment del pensament sanitari, amb la pèrdua de la dimensió social (preventivista) i de l'epidemiologia i de l'administració sanitària pròpies de la II República, i es va tornar a la visió de la higiene i la microbiologia de començaments de segle¹. També es va produir el desmantellament de l'estructura sanitària local (centres d'higiene locals i comarcals). Es va crear la separació entre la funció preventiva —que era a càrrec de la Direcció General de Sanitat (DGS), màxim òrgan sanitari del país, enquadrada al Ministeri de Governació— i es va tornat a l'antiga visió d'ordre públic que històricament s'atribuïa a la sanitat; i la funció assistencial va quedar a càrrec de l'Institut Nacional de Previsió (INP), enquadrat al Ministeri de Treball. Les normes sanitàries més importants que es varen aprovar varen ser la creació del “Seguro obligatorio de enfermedad” (SOE, 1942), que va anar a càrrec de l'INP i on la DGS va quedar totalment al marge; la promulgació de la Llei de Bases de la Sanitat Nacional (LBSN, 1944); i l'aprovació de la Llei de Bases de la Seguretat Social (LBSS, 1963), que unificava les assegurances de malaltia (1942), vellesa i invalidesa (1947) i atur (1961)².

Amb la mort del general Francisco Franco (20 de novembre de 1975), el nou cap de l'Estat va ser el rei Joan Carles I (1975-2014) i es va iniciar la transició cap a la democràcia, amb la legalització dels partits polítics, Partit Comunista inclòs (15 de desembre de 1976); la celebració de les primeres eleccions democràtiques (15 de juny de 1977) i la formació d'unes Corts constituents (13 de juliol de 1977); i l'aprovació d'una nova Constitució (6 de desembre de 1978), amb l'articulació de l'Estat en comunitats autònomes (CCAA) i el reconeixement dels drets forals i històrics de Navarra, País Basc, Catalunya, Galícia i Andalusia. La Constitució espanyola reconeixia el dret a la protecció de la salut (article 43) i les competències en aquest àmbit de les comunitats autònomes (articles 148 i 149). El desenvolupament de l'article 43 i concordants de la Constitució espanyola es realitzà mitjançant la Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat².

A continuació, veurem l'evolució històrica del Cos de farmacèutics titulars en tres etapes històriques ben definides.

Correspondència: Fernando Parrilla Valero
Departament de Salut
Pavelló Ave Maria
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 647 238 427
Adreça electrònica: parrilla.valero@cofb.net

El Cos de farmacèutics titulars durant la postguerra i els primers anys del franquisme (1939-1950)

Un cop acabada la Guerra Civil, la manera que varen tenir els vencedors de premiar els seus partidaris va ser adjudicant un lloc de treball públic dins l'Administració. Per aquest motiu, es varen produir milers i milers d'expedients de depuració de càrrecs públics (que afectarien aproximadament el 25% dels funcionaris públics) per a determinar si les persones que els ocupaven eren lleials al "Movimiento Nacional" (Llei de 10 de febrer de 1939 sobre la depuració de funcionaris als territoris alliberats). Als inspectors farmacèutics municipals (IFM) no se'ls va aplicar l'Ordre de 12 de març de 1939 sobre la depuració de funcionaris de l'administració local, atès que tot i que el seu nomenament i el pagament del seu sou corresponia a les corporacions locals, eren considerats funcionaris de l'Estat que depenien de la Llei de 10 de febrer de 1939. Davant de l'allau d'expedients de depuració de funcionaris sanitaris que calia resoldre, es va dictar l'Ordre de 2 d'agost de 1939 que habilitava els caps provincials de Sanitat per practicar noves diligències. També va jugar al seu favor que, un cop acabada la guerra, urgia ocupar les places vacants d'IFM, motiu pel qual es va dictar l'Ordre de 25 de novembre de 1939, que establia la urgència de publicar al BOE totes les places vacants. L'Ordre de 25 de novembre de 1939 també establia la creació d'una comissió per a confeccionar l'escalafó provisional del Cos d'IFM. Finalment, mitjançant l'Ordre circular de 24 de febrer de 1942, s'establia l'escalafó propi definitiu del Cos d'IFM, amb un total de 3.398 farmacèutics que varen ocupar una plaça en propietat, els quals havien justificat els serveis prestats a data 31 de desembre de 1940, d'acord amb allò que constava al Reglament del Cos d'IFM de 1935. L'Ordre de 25 d'abril de 1945 va modificar aquest escalafó².

Un cop aprovat l'escalafó propi, l'ingrés al Cos d'IFM es va fer per una oposició anual que era convocada per la DGS. Entre 1939 i 1953 es varen celebrar 13 convocatòries, on es feia constar les places convocades amb les característiques següents: província, partit farmacèutic, forma de provisió, categoria, dotació, municipis que integren el partit farmacèutic, nombre de famílies de la beneficència municipal i el cens de població. A partir dels temaris d'oposició es dedueixen les tasques a realitzar: dispensació de medicaments de la beneficència; químic municipal (anàlisis clíniques, toxicològiques i bromatològiques); inspecció i vigilància dels establiments i productes alimentaris; inspecció i vigilància de les indústries de perfumeria i cosmètica; tasques de desinfecció, desratització i desinsectació; assessorament a les corporacions locals; i assessorament als agricultors sobre terres de cultiu i adobs².

En relació amb els drets passius, l'Ordre d'11 d'octubre de 1941 va establir que els farmacèutics titulars, un cop col·legiats, podien ingressar o bé a la Prevenció Mèdica Nacional o bé a la "Caja de Socorros del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares" (creada per Reial Ordre de 6 d'octubre

de 1906) i el Reglament, de 2 d'agost de 1943, va establir la pensió per a les vídues de farmacèutics morts a partir de l'1 de gener de 1943. Com a òrgan de representació dels IFM es va crear, per Ordre de 19 de febrer del 1941 d'aprovació del Reglament del Consell General de Col·legis Oficials de Farmacèutics, una secció d'IFM.

El 25 de novembre de 1944 es va aprovar l'LBSN, que establia l'estructura de la sanitat espanyola, la qual ratificava el Consell Nacional de Sanitat com a òrgan consultiu i assessor (creat al 1943) i la DGS com a màxim òrgan sanitari dintre del Ministeri de Governació, que estava formada per sis serveis: serveis generals, inspecció de centres i serveis, lluites sanitàries, serveis farmacèutics, sanitat veterinària i serveis especials. La Base 16, de serveis farmacèutics, era la norma bàsica farmacèutica, i la Base 24, de sanitat municipal, va establir els consells municipals de Sanitat com a òrgan assessor de l'alcalde (amb l'obligació de redactar el Reglament Sanitari Local) i feia referència als IFM, establint que el seu nombre i condicions es fixaria per reglament³ (Taula 1). La Llei de 17 de juliol de 1947, de millora de les dotacions de les plantilles de facultatius titulars, va establir a l'article 2 un increment mínim de 1.500 pessetes anuals pels IFM, en concepte de gratificació².

El Cos de farmacèutics titulars durant la consolidació del franquisme (1950-1975)

El desenvolupament de l'LBSN de 1944 es va portar a terme mitjançant el Decret de 27 de novembre de 1953, pel qual s'aprovava el Reglament del personal dels serveis sanitaris locals. Aquest reglament va substituir el Reglament del Cos d'IFM de 1935 i va crear el Cos de farmacèutics titulars. Les funcions dels farmacèutics titulars apareixien descrites als articles 39-42 on, com a novetat, apareixen les competències medioambientals⁴ (Taula 2). L'Ordre de 31 de desembre de 1957 va establir per segona vegada l'escalafó definitiu pels farmacèutics titulars que havien prestat els seus serveis entre el 31 de desembre de 1940 i el 31 de desembre de 1954. A data 31 de desembre de 1966 hi havia 4.042 places de farmacèutics titulars².

Les retribucions del farmacèutic titular eren el sou, els quinquennis i les gratificacions de les corporacions locals, les quals, a partir de la Llei 85 de 24 de desembre de 1862, varen ser satisfetes per l'Estat. Els drets passius dels farmacèutics titulars i la seva família eren la pensió de jubilació, la pensió de viudetat i la pensió d'orfandat. El Decret 1717/1961, de 6 de setembre, va modificar diversos articles del Reglament de 1953 per tal que l'ingrés al Cos de farmacèutics titulars fos per oposicions directes i periòdiques, tot i que, fins a 1964, únicament es va convocar una oposició (1962), en què es varen presentar i aprovar els 1.030 aspirants, i dos processos de prelatió (d'antiguitat) els anys 1957 i 1964².

Una norma transcendental va ser el Decret 315/1964, de 7 de febrer, per la qual s'aprovava la Llei articulada de

TAULA 1. Base vint-i-quatrena de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944³

Corresponde a los Alcaldes, o por su delegación a los Jefes locales de Sanidad, el cumplimiento de las disposiciones sanitarias, tanto de carácter general como específicas de su propio Ayuntamiento. Como órgano asesor dispondrán de los Consejos Municipales de Sanidad cuya composición será la siguiente [...]

Los Ayuntamientos tendrán como obligaciones mínimas, en el orden sanitario, las siguientes:

- a. Proporcionar aguas potables de pureza bacteriológica garantizada o, por lo menos, sanitariamente tolerable. Poseer un buen servicio de vigilancia y examen de alimentos y bebidas.
- b. Formación del padrón de viviendas. Formación de estadísticas de viviendas, su inspección y mejora en el grado más completo posible, señalando especialmente las insalubres a derivar y las insalubres reformables [...].
- c. Ejercer la policía sanitaria en vías públicas, mercados, mataderos, lavaderos y cementerios.
- d. Profilaxis de las enfermedades evitables, epidemiología, estudio y planes de mejoramiento de las características deficitarias de la población, desde el punto de vista sanitario.
- e. Higiene de las escuelas y reconocimiento periódico de los escolares allí donde no alcance la red de dispensarios de la organización provincial.
- f. Evacuación de las aguas negras y residuales, clausura de pozos negros y antihigiénicos, supresión de aguas estancadas. Instalación de red de alcantarillado, con carácter urgente o en etapas sucesivas.
- g. Inspección de fábricas de embutidos, salazones, de alimentación, lecherías y establos.
- h. Habilitación de locales adecuados para enfermos de carácter epidemiológico y de material para la práctica de desinfecciones y desinsectaciones.
- i. Vacunaciones preventivas.
- j. Sostenimiento de Centros sanitarios locales.

El grado y extensión de estos servicios será variable, según las características del municipio y sus recursos económicos. Su regulación será reflejada en cada reglamento sanitario local, cuya redacción corresponderá a los Consejos Municipales de Sanidad, pero cuyo informe y aprobación incumbirá a los Consejos provinciales de Sanidad y a los Gobernadores civiles, respectivamente [...].

La labor sanitaria de los Ayuntamientos estará desempeñada por los Inspectores municipales y por el Jefe local de Sanidad, cargo que recaerá en un Inspector municipal designado por el Consejo provincial, a propuesta del Jefe provincial de Sanidad. Se exceptúan las capitales de provincias, las que a este efecto se registrarán por sus peculiares reglamentos. Para la debida atención de las necesidades sanitarias de los Ayuntamientos, en cada municipio o mancomunidad habrá Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios, Odontólogos, Practicantes y Matronas en el número y condiciones que fije el reglamento correspondiente [...].

Los Ayuntamientos vendrán obligados a consignar en sus presupuestos las cantidades necesarias para el sostenimiento de los Inspectores farmacéuticos municipales que les corresponda, que tendrán que ser cubiertas por farmacéuticos pertenecientes al Cuerpo, en el que se continuará ingresando por oposición.

Los Inspectores farmacéuticos municipales tendrán su residencia en la población o partido farmacéutico correspondiente, quedarán obligados a dispensar los medicamentos para las familias inscritas en el padrón de la Beneficencia y para el Seguro de Enfermedad y, como farmacéuticos municipales realizarán todas las funciones para cuya práctica estén capacitados por su especial formación profesional. Su nombramiento y destitución, la concesión de excedencias y jubilaciones, pensiones, traslados y sustituciones serán funciones del Ministerio de la Gobernación.

TAULA 2. Funcions dels farmacèutics titulars d'acord amb el Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales de 1953⁴

Art. 39. 1. Son obligaciones propias del cargo de Farmacéutico titular las siguientes:

1. Despachar los medicamentos para las familias incluidas en el Padrón de Beneficencia municipal, conforme a lo dispuesto en la sección quinta de este capítulo.
2. Surtir a las Casas de Socorro y a los Botiquines de su demarcación de los medicamentos que necesiten.
3. Efectuar, previa prescripción del correspondiente Facultativo titular, los análisis clínicos necesarios para fines diagnósticos de los enfermos incluidos en el Padrón de Beneficencia.
4. Practicar, como Químico sanitario municipal, en aquellas poblaciones donde no existan laboratorios municipales, los servicios siguientes:
 - a) Análisis químico y microbiológico de los alimentos, bebidas, condimentos y de los utensilios relacionados con la alimentación, en cuanto a sus condiciones higiénicas para el consumo.
 - b) Inspección de fabricación y venta de utensilios de cocina, por lo que respecta a esmaltes y barnices, así como en cuanto a la fabricación de papel de estaño, cápsulas metálicas y en general toda clase de envases metálicos.
 - c) Recogida y análisis de los gases y otras sustancias tóxicas que se originan en fábricas consideradas insalubres o peligrosas establecidas dentro del territorio a que se extiendan sus funciones.
 - d) Prestación de los servicios que sean necesarios a la Dirección General de Sanidad en todo lo que se refiere a la base 26 de la Ley de Sanidad, relativa a higiene bromatológica.
 - e) Inspección y análisis de los productos anticriptogámicos y los demás empleados contra las plagas del campo, cuya utilización pueda repercutir en la sanidad e higiene pública.
 - f) Inspección y vigilancia de los establecimientos e industrias que se determinen en el término municipal.
5. Corresponderá también a los Farmacéuticos titulares, con carácter subsidiario y en defecto de Farmacéutico militar, prestar los servicios propios de su careo al personal de la Guardia Civil, Policía Armada y de tráfico, Caballeros mutilados y Fuerzas destacadas del Ejército, en las condiciones que se determinen mediante disposiciones, que habrán de ser dictadas por el Ministerio de la Gobernación o de acuerdo con él.

Art. 40. Las funciones de inspección y vigilancia deben ser permanentes respecto de aquellos establecimientos que radiquen en la misma población donde el Farmacéutico titular preste sus servicios, y periódicas y circunstanciales cuando radiquen en poblaciones distintas. En este último caso, los Ayuntamientos proveerán al Farmacéutico titular de los medios de locomoción necesarios para su traslado al punto en que ha de verificar su cometido.

Art. 41. Los Farmacéuticos titulares practicarán los análisis necesarios para comprobar la pureza de los productos y perseguir, en su caso, los fraudes que pudieran existir, a cuyo fin tomarán personalmente o harán tomar, con las debidas garantías, las muestras en la localidad en que residan, debiendo, en otro caso, serles facilitadas, también con las debidas garantías, por el Alcalde correspondiente.

La cantidad de productos que deberán tomarse en concepto de muestra y las formalidades que deben cumplirse en estos casos serán fijadas por el Ministerio de la Gobernación como anexo a los métodos oficiales de análisis.

Merecerá especial atención la vigilancia de la potabilidad de las aguas de consumo público, realizando la depuración de las mismas y de las residuales cuando fuere necesario, así como su análisis químico y bacteriológico.

Art. 42. Los Farmacéuticos titulares darán cuenta inmediatamente al Alcalde respectivo del resultado de sus investigaciones analíticas e inspecciones, a fin de que la Autoridad municipal tome las medidas oportunas e imponga las sanciones que procedan, cuando se encuentre alteración o falsificación de las sustancias alimenticias o contaminación de las aguas, notificándolo a la vez a la Inspección Provincial de Farmacia.

Funcionaris Civils de l'Estat, la qual també era d'aplicació als sanitaris locals, però, tal com reconeixia la sentència del Tribunal Suprem de 12 de desembre de 1969, només amb caràcter supletori, ja que els farmacèutics titulars tenien la consideració de funcionaris tècnics de l'Estat però de cossos especials al servei de la sanitat local, per la qual cosa tot allò referent a diplomes, a la selecció, formació i aprofitament, i a la provisió de llocs de treball, s'havia de legislar per disposicions específiques².

Les retribucions dels funcionaris civils de l'Estat van quedar fixades en la Llei 31/1965, de 4 de maig, sobre les retribucions dels funcionaris civils de l'Estat, pels conceptes següents: el sou base (de 36.000 pessetes anuals), el coeficient multiplicador del sou base (segons el cos), dues pagues extraordinàries i els triennis. Però la singularitat de les tasques realitzades pels sanitaris locals va determinar la publicació d'una normativa específica, la Llei 116/1966, de 28 de desembre, sobre les retribucions dels sanitaris locals. Aquesta llei va ser desenvolupada i modificada per un gran ventall de normes²⁻⁵ (Taules 3 i 4).

Els drets passius dels funcionaris civils de l'Estat (pensió de jubilació, de viudetat, d'orfandat i a favor dels pares o convivents) van quedar establerts pel Decret 2427/1966, de 13 d'agost, pel qual s'aprova el Reglament per a l'aplicació del decret 1120/1966, de 21 d'abril, text refós de la Llei de drets passius dels funcionaris de l'Administració civil de l'Estat².

Mitjançant el Decret 188/1967, de 2 de febrer, pel qual s'adoptaven mesures preliminars de revisió de plantilles dels cossos sanitaris locals, estava prevista l'amortització de 500 places de farmacèutics titulars (procés que es va fer en diverses fases). A partir d'aquest moment es varen dictar diferents normes de reestructuració de partits farmacèutics encaminades a l'amortització de places, fins arribar al Decret 3318/1974, de 21 de novembre, sobre modificació de partits sanitaris, que va establir el nombre de 3.042 places de farmacèutics titulars i 328 places a extingir. Al mateix temps, als anys 1970, es va aprovar el Decret 2120/1971, de 13 d'agost, pel qual s'aprova el Reglament provisional per a l'ingrés i provisió de llocs de treball als cossos especials de funcionaris tècnics de l'Estat al servei de la sanitat local i es varen portar a terme tres processos selectius d'ingrés al Cos de farmacèutics titulars, tot i que si l'any 1970 hi havia 5.036 funcionaris farmacèutics titulars, només 2.085 prestaven servei actiu com a farmacèutics titulars^{2,5} (Taula 5). L'any 1974 hi havia 3.306 farmacèutics titulars, dels quals 313 eren a Catalunya (127 a Barcelona, 66 a Girona, 61 a Lleida i 59 a Tarragona).

El Cos de farmacèutics titulars durant la transició democràtica (1975-1980)

Amb el desenvolupament de l'Estat autonòmic, els processos d'amortització de places i de nous ingressos al Cos de farmacèutics titulars arribaria a la seva fi. Mitjançant el

TAULA 3. Normativa de desenvolupament i de modificació de la Llei 116/1966, de 28 de desembre, sobre retribucions dels sanitaris locals²

| Normativa | Modificacions introduïdes |
|--|--|
| Decret 187/1967, de 2 de febrer, pel qual es fixen les equivalències del grau d'activitat dels Cossos de Sanitaris Locals respecte a la jornada normal de treball dels funcionaris civils de l'Estat | Es fixaria una equivalència del 50% respecte a les remuneracions dels farmacèutics titulars |
| Decret 192/1967, de 2 de febrer, pel qual s'assignen els coeficients multiplicadors als Cossos de Sanitaris Locals | El coeficient pels farmacèutics titulars va ser de 4,00 |
| Decret 3206/1967, de 28 de desembre, pel qual s'aprova el règim provisional de complements de sou als Cossos de Sanitaris Locals | Veure Taula 4 |
| Decret 3207/1967, de 28 de desembre, que desenvolupa l'article 10 de la Llei 116/1966, reglament d'acumulació de places dels Cossos Sanitaris Locals | Acumulació de places vacants quan no són ocupades per funcionaris interins |
| Ordre de 27 de juliol de 1967, per la qual es dicten instruccions per a l'aplicació del nou sistema de retribucions dels Cossos Sanitaris Locals | Respecte als decrets 187 i 192 de 2 de febrer de 1967 |
| Ordre d'11 de juliol de 1968, relativa a la consignació pressupostària que alguns ajuntaments realitzen pel pagament de compensació d'iguales als Cossos Sanitaris Locals | Les iguals eren contractes privats entre el farmacèutic titular i els veïns del poble. Era un sistema de venda de medicaments a crèdit, propi del segle XIX, que estava a punt de desaparèixer |
| Decret 3283/1968, de 26 de desembre, pel qual s'aprova el règim de retribucions dels substituïts als Sanitaris Locals en la seva absència | Substitucions retribuïdes només pels conceptes següents: vacances anuals, llicència per malaltia, matrimoni o comissions temporals de serveis |
| Decret 2344/1972, de 7 de juliol, pel qual es modifica el grau d'activitat dels Cossos especials de Funcionaris Tècnics de l'Estat al Servei de la Sanitat Local | Es fixaria una equivalència del 100% respecte a les remuneracions dels farmacèutics titulars |
| Decret 2056/1973, de 17 d'agost, sobre l'aplicació de les normes del Decret Llei relatiu a l'equiparació de les retribucions dels funcionaris locals als funcionaris de l'Estat | El sou base dels farmacèutics titulars s'igualava respecte als funcionaris de l'Estat |
| Decret 2463/1974, de 9 d'agost, pel qual es fixa el sou base de los funcionaris de l'Administració Local | Pujada del sou base del 25%, el qual queda fixat en 45.000 pessetes anuals |
| Sentència del Tribunal Suprem de 18 de novembre de 1977 | El farmacèutic titular al servei de l'administració local es classifica al grup III de l'Administració Especial, al mateix apartat i amb idèntic coeficient multiplicador establert pels enginyers i arquitectes superiors |

TAULA 4. Retribucions especials dels farmacèutics titulars d'acord amb el Decret 3206/1967, de 28 de desembre²

| Retribucions especials | Concepte |
|--------------------------------------|--|
| Complements de destinació | Per a llocs de treball amb responsabilitat, penalitat o aïllament |
| Complement de dedicació especial | Per a llocs de treball amb dedicació extraordinària no habitual superior a allò assenyalat pel cos |
| Gratificacions per serveis especials | Per a recompensar l'eficàcia sanitària assolida pel premiat |
| Complements familiars | Per a funcionaris amb fills disminuïts mentals, invàlids o cecs |
| Indemnitzacions per desplaçaments | En funció dels desplaçaments realitzats |

TAULA 5. Processos selectius de farmacèutics titulars, entre 1970 i 1980

| Tipus de procés selectiu | Any (Nombre de places) | | | Nombre de places |
|---------------------------------|---------------------------|------|------|------------------|
| | 1973 | 1976 | 1978 | |
| Oposició lliure | 550 | 200 | 100 | 850 |
| Concurs oposició restringit | 500 | 175 | 75 | 750 |
| Total (Nombre de places) | 1.050 | 375 | 175 | 1.600 |

Nota: Amb aquests processos selectius es volia mantenir el nombre de farmacèutics titulars al voltant dels 3.500, que eren el que hi havia al 1974 (3.370 places, de les quals 328 eren a extingir).

TAULA 6. Proposta d'estructura dels farmacèutics titulars⁵

| | Nivell d'organització | | |
|--------------------------|--|--|--|
| | Municipal o agrupació de municipis | Comarcal o supracomarcal | Provincial |
| Òrgan | Partit farmacèutic (el farmacèutic titular [FT] formava part de l'equip sanitari) | Secció farmacèutica del Centre Sanitari Comarcal (CSC) | Laboratori central (ubicat al Col·legi de Farmacèutics de la província) |
| Recursos humans | Farmacèutics titulars (al voltant de 300 FT) | El responsable de la Secció Farmacèutica serà un FT a dedicació exclusiva (sense oficina de farmàcia) + personal tècnic de laboratori | Un o diversos FT a dedicació exclusiva + personal auxiliar (majoritàriament seran estudiants de farmàcia) |
| Recursos materials | Laboratori annex a les oficines de farmàcia amb l'utilatge bàsic | Laboratori amb utilatge complet + biblioteca + arxiu + sales de reunions + despatx del responsable + vehicle | Laboratori amb utilatge especialitzat |
| Finalitats (actuació) | Executiva | Planificadora De coordinació | De representació institucional |
| Activitats (tasques [T]) | T analítiques bàsiques T urgents o <i>in situ</i> T pròpies dels FT (1) Campanyes sanitàries T delegades del CSC o dels Serveis Sanitaris Centrals / Generalitat | T analítiques complexes T no urgents T interdisciplinàries T d'àmbit comarcal T d'arxiu i estadística T de coordinació amb el laboratori central T de relació amb els FT | T analítiques especialitzades T de consulta T de relacions institucionals T d'investigació T d'arxiu i estadística T de relació amb els FT i els CSC T de relació interprofessional T de formació permanent i especialitzada T d'actualització legislativa Contractació de personal (FT i personal del CSC) |
| Finançament (2) (3) | L'Estat pagaria les tasques ordinàries (els FT continuaven essent funcionaris tècnics de l'Estat). Les tasques delegades les pagaria qui ho demanés | Els municipis del territori pagarien la creació i manteniment dels CSC. Les tasques delegades les pagaria qui ho demanés | Els col·legis oficials de farmacèutics de cadascuna de les províncies sufragarien la seva estructura i l'adaptarien a les noves exigències |

(1) Les tasques pròpies en higiene alimentària i sanejament ambiental; són tres: d'inspecció, de vigilància i analítiques; (2) Faltava definir el finançament de la Generalitat de Catalunya, que necessàriament havia de participar en els tres nivells d'organització; (3) Pel finançament de les tasques delegades s'establiria una taula de tarifes.

RD 2210/1979, de 7 de setembre, Catalunya es converteix en la primera comunitat autònoma que rep competències en matèria de sanitat. El Govern de la Generalitat elaborarà el 1980 el Mapa sanitari de Catalunya, el qual servirà d'inventari de tots els recursos sanitaris disponibles: en

aquell moment hi havia 283 partits farmacèutics, amb 283 farmacèutics titulars, a les 4 províncies catalanes (112 a Barcelona, 64 a Girona, 56 a Lleida i 51 a Tarragona). Abans, mitjançant l'Ordre de 5 d'abril de 1979 es va convocar un concurs especial de trasllat al Cos de farmacèutics

titulars, per a cobrir 55 llocs de treball a les delegacions territorials, vuit de les quals corresponien a Barcelona i una a Girona.

A Catalunya, el desembre de 1977, abans de produir-se la transferència dels funcionaris dels cossos sanitaris locals, els farmacèutics titulars varen presentar una proposta de reorganització de les seves funcions i dels seus serveis extrapolable per a tot l'Estat, anomenada Pla general d'actuació. Aquest document es va presentar a la I Assemblea General Extraordinària dels Farmacèutics Titulars a Catalunya, el 4 de juny de 1978; partia de dues premises⁵:

- 1) Aprofitar els recursos humans i materials existents (prop de 300 farmacèutics titulars amb els respectius laboratoris annexos a les seves oficines de farmàcia i els quatre laboratoris de farmacèutics titulars existents a cadascun dels quatre Col·legis oficials de farmacèutics de les províncies de Catalunya).
- 2) Definir la demanda sanitària (necessitats sanitàries respecte a la higiene i la salubritat pública) i l'oferta sanitària (possibilitats de donar resposta a la demanda) del territori, partint de les seves funcions, la seva capacitat i la seva experiència.

El Pla general d'actuació s'estructurava en tres nivells d'intervenció⁵:

- 1) A nivell local (municipal o agrupació de municipis), on el farmacèutic titular formava part de l'equip sanitari, juntament amb el metge titular i el veterinari titular, coordinats pel centre sanitari comarcal (CSC). El partit farmacèutic hauria de quedar definit per una extensió màxima de 250 km² i una població de 5.000 a 20.000 habitants.
- 2) A nivell comarcal o supracomarcal, amb el CSC, estaria format per tres seccions sanitàries (mèdica, veterinària i farmacèutica); englobaria de 15 a 25 equips sanitaris i donaria servei a una població no superior als 150.000 habitants. El CSC, a banda de coordinar els equips sanitaris, s'encarregaria de la planificació de l'actuació sanitària al seu territori, motiu pel qual havia de fer inventari de les necessitats sanitàries, dels recursos naturals i professionals, i de les entitats sanitàries, per elaborar el projecte final. Estava previst establir 15 CSC a les poblacions següents: Barcelona, Tarragona, Lleida, Girona, Vila-

franca del Penedès, Mataró, Sant Feliu de Guíxols, Figueres, Olot, Vic, Manresa, Tàrrrega, Tremp, La Seu d'Urgell i Viella.

- 3) A nivell provincial, el Laboratori Farmacèutic Central, ubicat al col·legi oficial de farmacèutics provincial, amb instrumental especialitzat, i centres de consulta, formació i contractació dels farmacèutics titulars i de relació institucional i amb altres professionals sanitaris.

A la Taula 6 es pot veure com quedarien estructurats els farmacèutics titulars, respecte als tres nivells organitzatius⁵.

Discussió

El Reglament de sanitaris locals (1953) atorgava un ampli ventall de funcions als farmacèutics titulars, la qual cosa suposava una labor molt important en la sanitat rural, com es pot comprovar en l'estudi realitzat sobre les memòries dels farmacèutics titulars de la província de València l'any 1954. No obstant això, aquesta actuació va ser excepcional, a causa de la recent publicació del Reglament de 1953 i per la implicació de la Inspecció Provincial de Farmàcia i la Comissió de Farmacèutics Titulars del Col·legi Oficial de Farmacèutics de València. La realitat era que els farmacèutics titulars per actuar havien d'abandonar les seves oficines de farmàcia i moltes vegades ho feien sense seguir unes directrius superiors, ni comunicaven les seves actuacions ni a la Inspecció Provincial de Farmàcia ni als ajuntaments implicats, ja que tampoc no hi havia massa interès per part de les autoritats sanitàries, ni tampoc no acostumava a rebre la preceptiva formació especialitzada (continuada)¹. La manca de processos selectius d'ingrés al cos (una única convocatòria entre 1953 i 1964) i la reestructuració dels partits farmacèutics, que únicament buscava l'amortització de places, van generar una sensació de frustració professional i deixadesa per part de l'Administració sanitària^{1,2}.

A finals dels anys 1970, en plena transició democràtica, amb l'horitzó de la transferència de competències sanitàries cap a les CCAA, els farmacèutics titulars de Catalunya van plantejar la reorganització de les seves funcions i dels seus serveis, en un intent de recuperar el prestigi professional i la seva actuació a favor de la sanitat rural, però no va prosperar. Deixant de banda els motius econòmics i polítics i la pròpia visió, excessivament tècnica dels

TAULA 7. Possibles dificultats que varen impedir el desenvolupament de la proposta de reestructuració de 1977 sobre les funcions i els serveis dels farmacèutics titulars

1. Proposta parcial, atès que no desenvolupava l'organització i atribucions dels altres facultatius titulars implicats (metges titulars i veterinaris titulars)
2. Manteniment de la condició de funcionaris tècnics de l'Estat dels farmacèutics titulars, sense proposar la seva transferència a la Generalitat de Catalunya
3. Proposar la creació dels centres sanitaris comarcals exclusivament amb fons municipals
4. Proposar una organització sota dependència administrativa de la Generalitat però amb una diversitat d'actors que participaven tant en l'estructura com en el finançament (Estat, municipis, Generalitat i col·legis de farmacèutics)

farmacèutics titulars, es pot especular sobre algunes de les dificultats que varen propiciar aquest fracàs, que es recullen a la Taula 7.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Parrilla Valero F. Las funciones desempeñadas por los farmacéuticos titulares en la provincia de Valencia en 1954. *Ars Pharm.* 2013;54(1):24-32.
2. Martínez Uceda JL. Historia del cuerpo de farmacéuticos titulares de la región de Murcia [Tesi doctoral]. Murcia; Universidad de Murcia; 2015.
3. Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado nº 331 de 26 de noviembre de 1944.
4. Decreto de 27 de noviembre de 1953, por el que se aprueba el Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales. Boletín Oficial del Estado nº 99 de 9 de abril de 1954.
5. Coordinadora Intercol·legial de Farmacèutics Titulars de Catalunya. Protocol d'actuació sanitària municipal i comarcal. Desembre de 1977. 60 p. (*document inèdit*)

Miquel Servet Conesa, teòleg i metge inconformista

Àngels Royo Peiró

Oncologia Mèdica. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. València.

Introducció

M'he proposat escriure sobre Miquel Servet (Figura 1) per tindre una raó per aprofundir en els seus escrits i teories. Com veurem a continuació, l'obra d'aquest metge renaixentista aragonès és eminentment teològica, però, quasi sense proposar-s'ho, es va convertir en un expert anatomista i un dels primers que va descriure la circulació pulmonar de la sang.

Família, formació i professió

La majoria dels historiadors coincideixen en el fet que Miquel Servet va néixer a Vilanova de Sixena, província d'Oscà, el 29 de setembre de 1509 o 1511. Però altres proposen Tarragona o Tudela com a ciutat natal del que seria conegut a Europa com *Serveto*.

Fill d'Antò Serveto i de Catalina Conesa, va tindre dos germans menors: Joan, que es va ordenar sacerdot, i Pere, que va continuar amb la notaria paterna. Miquel va estudiar diferents disciplines com llatí, grec i hebreu o matemàtiques i filosofia des de ben jove, baix l'aixopluc de l'abat franciscà de Montaragó, confessor i secretari del rei Carles V. L'any 1528 es va traslladar a Tolosa de Llenguadoc per estudiar lleis i en febrer de 1530 va estar present en la coronació de l'esmentat rei pel papa Clement VII a Bolonya. Posteriorment, va continuar els seus estudis de teologia a Basilea on va coincidir amb Erasme i Luter.

Des de molt prompte es va interessar pel misteri de la Trinitat, que va ser un dels temes principals de la seua obra. Amb només vint anys va publicar el seu primer llibre *De Trinitatis erroribus* (Els errors de la Trinitat), on explica que el dogma de la Santíssima Trinitat, consolidat en el concili de Nicea l'any 325, no té cap base bíblica. Servet considerava que Jesús era un home, fill de Déu, i negava l'existència de l'Esperit Sant, considerant que era la força de l'esperit de Déu. No entraré en discussions teològiques,



FIGURA 1. Miquel Servet Conesa (Font: Wikimedia Commons)

que se mescapen de les mans, però l'escàndol que va provocar aquesta obra va ser molt important i va canviar totalment el rumb de la seua vida. Des d'això moment va estar en el punt de mira de les ires, tant de catòlics com de protestants. L'Església catòlica va prohibir l'obra i el va denunciar a la Inquisició, fet que el va obligar a escapar a Lió i a canviar de nom per passar desapercebut. Tal volta en homenatge a la seua localitat natal, a partir d'aleshores seria conegut com a *Michel de Villeneuve*.

A Lió va treballar com a corrector de proves d'una impremta, on va poder mantindre correspondència amb el líder protestant Calví i on va conèixer el metge humanista Symphorien Champier, creador del Col·legi de Metges de Lió. Gràcies a aquest últim es va decidir a estudiar medicina a París.

Durant els seus estudis a l'Escola de Medicina de París va tindre una especial predilecció pels estudis d'anatomia que, a més, va intentar relacionar amb la seua passió per la teologia. Allí va treballar com ajudant de dissecció del pare de l'anatomia moderna, Andreas Vesalius. En un moment en què la medicina continuava dominada per les an-

Correspondència: Àngels Royo Peiró
València
Adreça electrònica: a.royopeiro@gmail.com
<https://twitter.com/angelsrp>

tigues teories galèniques, ambdós anatomistes són un exemple de les primeres veus discrepants, que insistien en la necessitat de l'observació i l'experimentació reglada que acabaria constituint la primera Revolució Científica.

Arran d'aquests treballs de dissecció va establir una de les primeres descripcions de la circulació pulmonar, que publicaria anys després a la seua obra teològica fonamental *Christianismi restitutio* (La restitució del cristianisme). A continuació parlarem més extensament d'aquesta obra, però és important assenyalar que va ser la causa que protestants i catòlics el perseguiren de nou acusat d'heretgia.

A causa de la nova persecució, més virulenta encara per la fama assolida, es va establir d'incògnit a Charlieu, on va exercir la medicina entre els anys 1539 i 1541. Posteriorment, gràcies a amistats influents, va treballar dotze anys com a metge de l'arquebisbat de Vienne fins a la seua execució l'any 1553 a Ginebra.

Estudis i publicacions sobre teologia

La història d'Europa del segle XVI està condicionada, entre d'altres, per la ruptura entre l'Església de Roma i la Reforma. Tot i que entraven en joc múltiples raons polítiques i econòmiques, les discrepàncies es plantejaren en l'àmbit religiós. En aquest context es gestaren i publicaren les obres de Miquel Servet, que tant condicionaren, com ja hem vist, la seua vida.

El seu primer llibre, *De Trinitatis erroribus* (Els errors de la Trinitat), publicat l'any 1531, va provocar el primer exili, amb el canvi de rumb professional que anys més tard el faria estudiar medicina, sense abandonar mai el vessant teològic. Tampoc va deixar mai la seua predilecció pel tema de la Trinitat, que també va tractar a *Dialogorum de Trinitate libri duo* (Els diàlegs de la Trinitat), publicat el 1532, entre d'altres.

Com a estudiant de medicina a París va escriure, l'any 1537, *Syruporum Universa ratio* (Explicació universal dels xarops), sobre els remeis més utilitzats a l'època. Un any després va veure la llum un llibret sobre astrologia, *Oratio pro Astrologia* (Discurs en favor de l'Astrologia), que també el va posar en conflicte amb les autoritats acadèmiques.

En la seua etapa laboral a Vienne va publicar tres versions comentades de la Bíblia, diferents llibres sobre oració i la seua obra fonamental, *Christianismi restitutio*. En aquest volum, publicat l'any 1553, exposa detalladament les seues teories discrepants de la doctrina vigent. Entre altres qüestions, nega l'existència del pecat original i de nou es mostra en contra del dogma de la Trinitat. També manifesta la seua opinió del fet que no s'ha de batejar els nens fins que no siguin adults i tinguen consciència de la decisió, com va fer Jesús, o discrepa de l'origen diví d'aquest, a qui considera de naturalesa humana. Arran d'aquesta obra va ser considerat heretge de nou, tant per calvinistes com per catòlics.

Però si estem parlant ací d'aquesta obra purament teològica és perquè, al volum V d'aquesta publicació, Servet estableix una de les primeres definicions de la circulació pulmonar o menor de la sang. I no he escrit conscientment que és *la primera* definició d'aquest circuit sanguini perquè estudis recents apunten que ell es va basar en una primera descripció que va fer el sirià Ibn an-Nafís tres-cents anys abans.

El teòleg esdevingut anatomista va decidir incloure aquest tema mèdic en un llibre teològic perquè per a ell tot succeeix per designi diví i tal volta, d'alguna forma, l'alè està relacionat amb l'ànima. Per aquesta raó, el seu descobriment no va tindre cap impacte immediat en la comunitat científica de l'època i va trigar molts anys a ser reconegut.

Descripció de la circulació pulmonar

Ara ja sabem que Miquel Servet no només va ser un dissident en temes teològics, sinó que també va ser dels primers a qüestionar les teories galèniques regnants. Al llibre V de *Christianismi restitutio* (Figura 2) afirma que la sang venosa arriba als pulmons, on és depurada i retornada al cor.

Als seus escrits no va arribar a precisar les vies exactes de la circulació menor (Figura 3), però sí que es va mostrar clarament en contra de la idea galènica que la sang

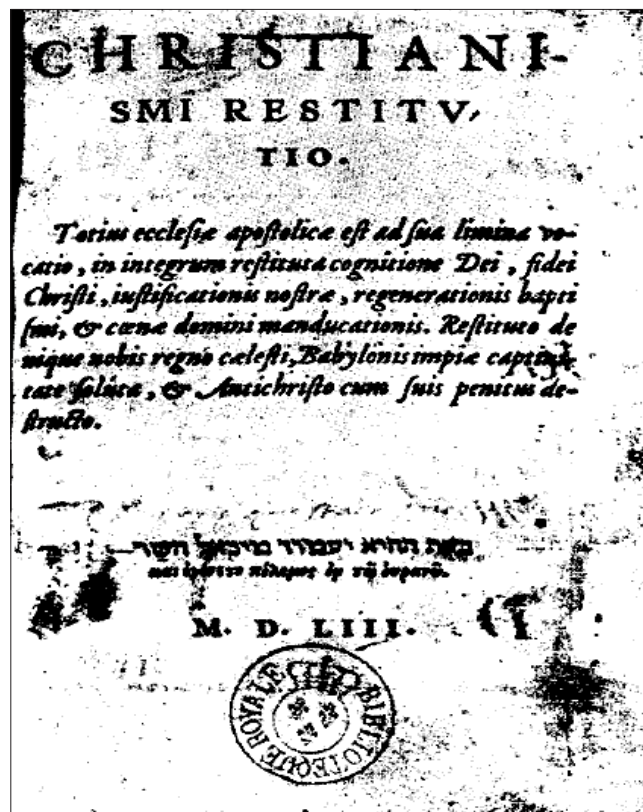


FIGURA 2. *Christianismi restitutio* de Miquel Servet (Font: Wikimedia Commons)

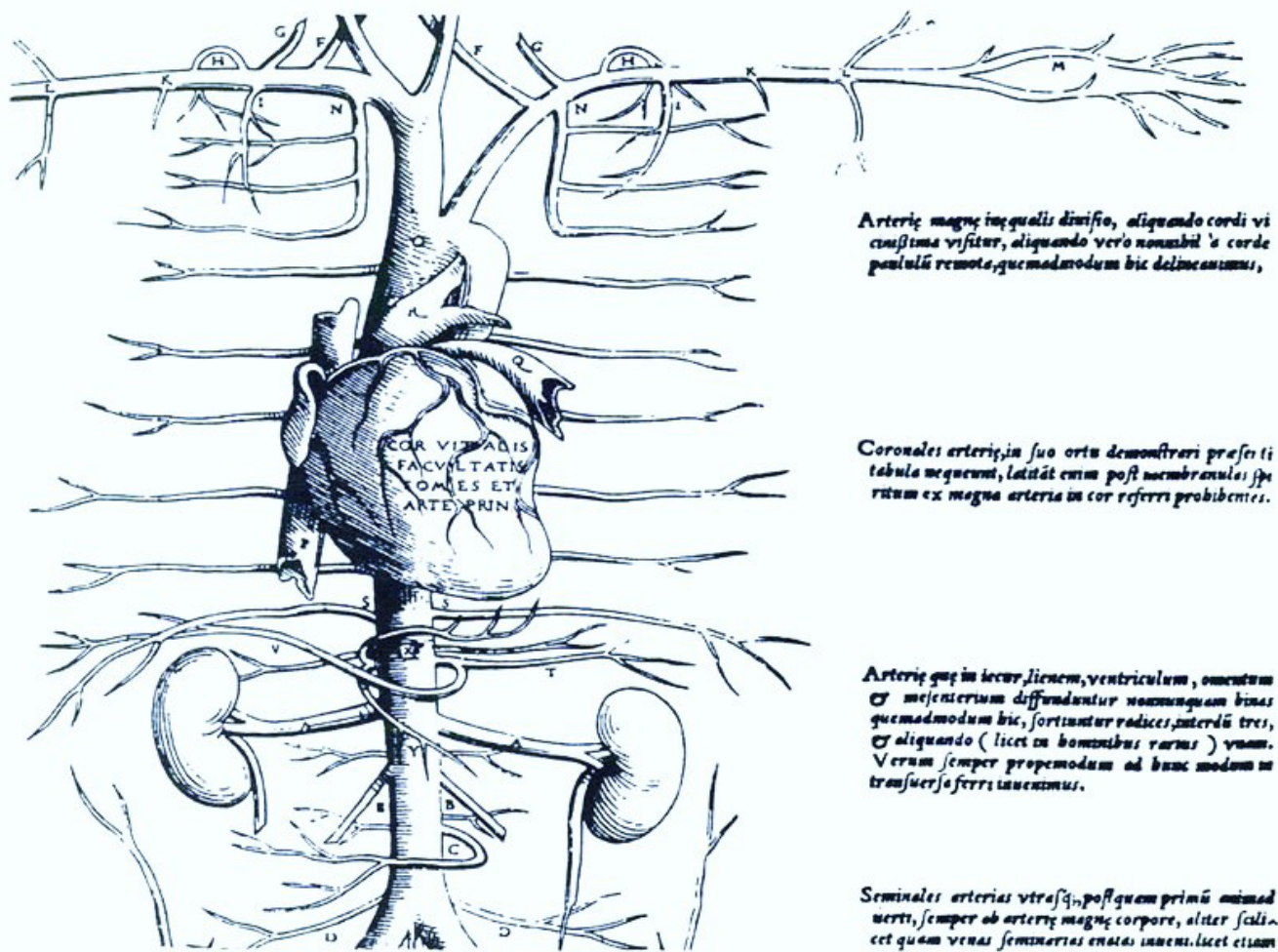


FIGURA 3. Esquema i anotacions de Miquel Servet sobre la circulació pulmonar (Font: Wikimedia Commons)

passava a través de petits porus d'una cavitat cardíaca a l'altra. Gràcies a les seues disseccions del cor va constatar com és de gruixut el septe entre els ventricles i la grandària de l'artèria pulmonar. No va arribar a explicar el procés d'oxigenació de la sang, però sí que va comentar que el gran volum bombejat als pulmons havia de tenir alguna funció important: "No va ser feta d'aquesta sort ni emet tan gran i important volum de sang des del cor als pulmons, simplement per a la seua nutrició."

Sens dubte, les gairebé sis pàgines dedicades a explicar aquest circuit són les més famoses d'entre els centenars que va escriure Servet: "... l'alè diví [...] es distribueix per tot el cos després d'haver sigut inspirat i barrejat amb la sang, en els pulmons. [...] Aquesta comunicació (*entre l'aire i la sang*) no es produeix per la part mitjana del cor (*septe*) com generalment es creu, sinó per un admirable orifici. Del ventricle dret del cor, en un llarg conducte que travessa els pulmons, la sang subtil és agitada, preparada pels pulmons, tornant-se clara i de la vena arterial (*actual artèria pulmonar*) es transfon en l'artèria venosa (*actual vena pulmonar*). A continuació en aquesta ma-

teixa, la inspiració barreja la sang amb l'aire i per la respiració es purga de residus. D'aquesta manera, del ventricle esquerre del cor és atreta per la diàstole tota la sang, barrejada amb altra matèria (*l'aire*), per a convertir-se en esperit diví. Les diferents unions demostren com els pulmons s'asseguren la preparació i la comunicació. [...] La sang és enviada dels pulmons al cor barrejada amb l'aire per l'artèria venosa. La barreja aire i sang es fa als pulmons. El color clar el rep la sang en els pulmons i no en el cor".

Els seus deixebles intentaren fer noves publicacions pòstumes de la seua obra, però aquesta no va tindre transcendència a la comunitat mèdica fins quasi un segle després. Els divulgadors de les troballes servetianes foren l'anatomista William Harvey i el cirurgià Charles Bernard. Harvey va anar un pas més enllà i en 1628 va publicar *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* (Un exercici anatómic sobre el moviment del cor i la sang en els éssers vius) (més conegut com *De motu cordis*), un breu però esclaridor llibre sobre el moviment del cor i l'anatomia del sistema circulatori.

Condemna per heretgia i llegat

Tot i que *Christianismi restitutio* es va publicar de forma anònima a principis de 1553, poc de temps després es va filtrar la vertadera identitat del seu autor. Algunes fonts apunten que el denunciador va ser Calví, a qui Servet havia enviat una primera versió del text. La Inquisició de Lió va detindre Miquel per heretge i després de ser interrogat va aconseguir escapar. Com que ningú podia fer la contra a la Inquisició, el 17 de juny d'aquell any va ser sentenciat a mort *in absentia*, i el mateix dia varen cremar a Lió una efígie de Servet acompanyada de diversos exemplars dels seus llibres.

Malauradament, en la seua fugida cap a Itàlia, Miquel és descobert i empresonat en Ginebra el 13 d'agost. Després d'un judici acarnissat, amb extensos debats teològics, va ser de nou condemnat per heretge, aquesta vegada pel Consell de Ginebra: "... et condemnem, Miquel Servet, que et lliguin i portin a l'indret de Champel, que allà et subjectin a una estaca i et cremin viu, al costat del teu llibre manuscrit i imprès, fins que el teu cos quedi reduït a cendra, i així acabis els teus dies perquè quedis com a exemple per a altres que vulguin cometre el mateix".

Finalment, va morir cremat el 27 d'octubre de 1553 a Champel, un cèntric barri de la ciutat suïssa de Ginebra. El judici i la mort de Servet es poden considerar dels primers en la història en què el condemnat ho és per defensar la seua llibertat de pensament i d'expressió. Cal recordar el seu paper com a anatomista, però també com el pensador pioner en la defensa del dret de cada individu a seguir la seua consciència i expressar les seues opinions.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Bardají R; Duplá C (coord.). Miguel Servet. Los valores de un hereje. Saragossa: Heraldo de Aragón; 2013.
2. Miqueo C. Miguel Servet Conesa. A: Real Academia de la Historia. Diccionario Biográfico electrónico (DB~e). Consultable a: <http://dbe.rah.es>. Accés el 27 d'agost de 2023.
3. Puerta JL. Teología y medicina en la obra servetiana. *Ars Medica. Revista de Humanidades* 2007;1:83-92.
4. Samaniego Arrillaga E. Miguel Servet, precursor de la angiología. *Angiología*. 2016;68(4):349-51.
5. Servet M. Sobre los errores acerca de la Trinidad y Diálogos sobre la Trinidad. A: Alcalá A, ed. *Obras Completas*, Saragossa: Larumbe. Clásicos Aragoneses; 2004.

Eponímia mèdica catalana (IV)

Oriol Ramis

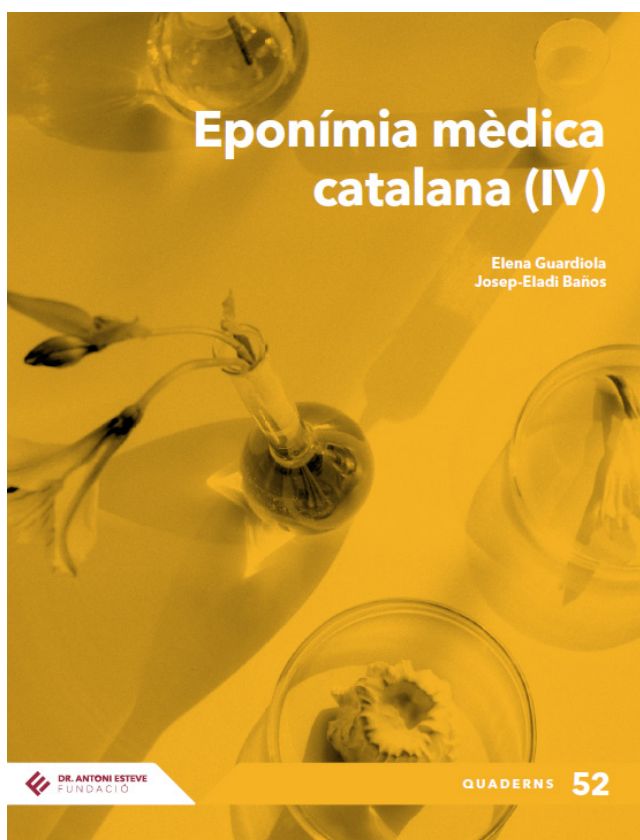
Societat Catalana del Diccionari Enciclopèdic de Medicina (SocDEMCAT). Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Barcelona; EPIRUS CSS SLU. Barcelona.

Ressenya del llibre: Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (IV). Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve. N. 52. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2022. 188 p. ISBN: 978-84-124247-3-7. <https://www.esteve.org/ca/capitulos/eponimia-medica-catalana-iv/>

La Fundació Esteve ha editat *Eponímia mèdica catalana (IV)*, a cura d'Elena Guardiola i de Josep-Eladi Baños¹, una nova entrega dels autors després dels tres volums anteriors²⁻⁴, als quals s'hi ha de sumar un volum en anglès⁵ que en recull una bona selecció. Tots s'han basat en els articles, revisats i actualitzats quan s'esqueia, que s'han anat publicant a la secció "Sense amnèsia" d'aquesta revista des de 1999 fins ara, on els autors estudien els personatges catalans, en sentit ampli, malgrat els provinents del Principat hi estan potser sobre-representats, i les circumstàncies i la història del o dels epònims científics que han originat. En alguna ocasió, l'epònim es refereix a una localitat o institució catalana i no a una persona.

Àlvar Net⁶, en la seva ressenya del tercer volum, ja advertia: "Que aquesta sigui la tercera entrega dels autors diu molt de la seva determinació d'intentar exhaurir el tema. Estic convençut que aquesta vegada tampoc ho aconseguiran i, sortosament, crec que ens podem preparar per a una quarta". I, efectivament, la quarta ja és entre nosaltres. Com les anteriors, es pot descarregar del lloc web de la Fundació Dr. Antoni Esteve, a qui s'ha d'agrair la seva iniciativa i col·laboració.

Les publicacions anteriors ja han estat ressenyades en aquesta revista. A banda de la que acabem desmentar d'Àlvar Net; Àlvar Martínez Vidal⁷, Miquel Bruguera⁸ i Lluís Guerrero⁹ també han destacat les motivacions dels autors, que d'altra banda són prou explícites en la seva pròpia introducció a aquesta nova obra i no semblen haver variat gaire des del text que ells mateixos van publicar anunciant el seu projecte en un ja llunyà 1999¹⁰ i que han tornat a recordar en un article més recent¹¹. Els comenta-



ristes esmentats també s'han referit a les característiques de la recerca que ha fet possible la publicació, a la personalitat dels dos autors i, sobretot, a la importància de la feina feta per a les ciències de la salut i per a la cultura catalana. Em remeto a les seves opinions, que comparteixo plenament, i em limitaré a ressenyar alguns aspectes de l'obra actual per animar els nostres lectors a consultar i utilitzar aquesta obra i les precedents.

Aquest nou recull, que possiblement tampoc serà el darrer, ja que els mateixos autors desvelen en la presentació que estan treballant en més epònims, inclou vint entrades que responen a dinou personatges que han motivat un o més epònims i una dedicada al "bàlsam català". La lectura és amena i despertarà en qualsevol lector amb un mínim de curiositat sorpreses, ganes d'aprofundir i noves

Correspondència: Oriol Ramis i Juan SocDEMCAT Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears C/ Major de Can Caralleu, 1-7 08017 Barcelona Adreça electrònica: oriolramis@gmail.com

preguntes sobre el context científic, social i polític en què es produeixen els avenços científics.

Pensem, per exemple, en Joaquim Codina i Vinyes (1867-1934), que donà nom a diversos fongs i una falguera i que no es mogué mai de La Celler del Ter. Els autors ens relaten el seu interès per la botànica i, sobretot, per la micologia en un ambient que, d'una banda, fa ressonar *La Punyalada* de Marià Vayreda i la novel·la rural catalana del XIX, que la referència que els autors fan al carlisme del seu pare no pot sinó evocar; però, de l'altra, ens descriuen clarament les seves connexions científiques amb els micòlegs més avançats del moment. O de Joan Isern Batlló i Carrera (1821-1866), de Setcases, que també dona nom a una “colla de plantes, cucs de terra i un coleòpter”, que després de diverses tribulacions s'embarcà amb la comissió de científics que Isabel II envià a Amèrica del Sud i morí, pocs dies després de tornar a Espanya, a conseqüència d'una malaltia que va contraure mentre herboritzava a l'Amazones. I encara ens parlen de Ramon Masferrer i Arquimbau (1850-1884), que dona nom a una planta tropical, nascut a Vic en una casa on se celebraven tertúlies literàries i científiques amb mossèn Cinto Verdager, que ingressà al cos de sanitat militar i aprofità els seus destins per herboritzar, primer a les Canàries i després a Filipines, on morí de còlera amb només 34 anys. Pensar com aquells homes de ciència devien viure les contradiccions entre una renaixença que sorgia, un món antic que s'enfonsava però encara cuejava i un món modern que avançava sense fre, ens sembla fascinant a mesura que avancem en la lectura. Joan Francesc Bahí i Fontseca (1775-1841) o Fèlix Janer i Bertran (1781-1865) són dos personatges anteriors a aquests que ens han donat noms de plantes. Els naturalistes han donat molt joc en l'eponímia científica catalana que, si els autors no es limitessin, com raonadament fan, al món mèdic, ompliria moltes més planes.

Però, en aquest volum, els epònims mèdics del segle XIX no es limiten als metges amb inclinacions naturalistes i botàniques. Hi ha contribucions importants a cavall del canvi de segle: Josep Maria Bartrina i Thomàs (1877-1950) i el seu catèter de Bartrina o la xeringa universal del Dr. Giné (Joan Giné i Partagàs, 1836-1903), que excel·lí segurament més per la seva obra reorganitzadora de la psiquiatria, malgrat que en aquest camp no sembla haver-nos deixat cap epònim.

Si us salteu l'ordre alfabètic del llibre i reconstruïu mentalment el cronològic us trobareu amb uns inicis del segle XX ben distrets i plens d'epònims.

Malgrat els metges naturalistes d'aquest moment, com Prudenci Seró i Navàs (1883-1963), continuen donant noms en botànica i entomologia, allò que és especialment interessant és la biografia i el trajecte dels epònims que es deriven dels membres de la generació que travessà la Guerra Civil. Josep Antoni Grífols i Roig (1885-1976) dis-

senyà el 1928 la flèbula a la qual donà el seu nom. Jordi Perelló i Gilberga (1918-1999) desenvolupà, ja després d'haver fet la guerra, la teoria de la fonació de Perelló, la prova del garatge de Perelló i la nomenclatura Barcelona per avaluar la deficiència auditiva; i un altre otorrinolarin-gòleg, Rossend Poch i Viñals (1913-1986), descrigué la prova de Poch-Viñals.

Hi ha força tècniques i, per tant, epònims apareguts en moments d'isolament o de pobresa de recursos per la guerra o la postguerra. Lluís Bartrina i Soler (1903-1973) dissenyà un giny precursor de l'hemodiàlisi, el ronyó de Bartrina, que només s'entén per l'isolament dels anys 40 i 50 del segle passat. L'exitós inhalador anestèsic Oxford-Miguel-Ombredanne o OMO, com també fou conegut, de José Miguel i Martínez (1907-1998) i, en certa mesura, els fotocoaguladors d'Olivella-Garrigosa, del metge Antoni Olivella i Casals (1911-2005) i l'enginyer Cristóbal Garrigosa i Cenicerós (1906-1972), s'han d'entendre també en aquest marc de carències.

S'ha de destacar també la cura lingüística dels autors. Quan parlen dels epònims contemporanis proposen el terme polipíndola, que sembla ben adequat, per la *polypill* Fuster-CNIC-Ferrer, deguda a Valentí Fuster i Carulla (n. 1943) i als laboratoris Ferrer. En aquest sentit lingüístic és interessant veure com la llengua d'intercanvi científic amb què els epònims catalans s'universalitzen va passant del llatí dels naturalistes, al francès acadèmic fins ben entrats els anys 50 del segle passat. És, per exemple, la llengua en què Bartrina i Soler defensa el seu ronyó artificial. Fins arribar a l'anglès, idioma en què s'han divulgat els epònims dels darrers decennis que s'esmenten en el llibre, independentment de la llengua de la primera publicació: la tècnica de Prats en cirurgia mamària, de Miquel Prats i Esteve (n. 1943); l'anell de Puig Massana per la valvulopatia mitral, de Miquel Puig i Massana (1924-2018); el siríngofibroadenoma ecrrí de Mascaró, de Josep Maria Mascaró i Ballester (n. 1932); o, encara més actuals, els criteris de Ríu per a l'esclerosi múltiple, de Jordi Ríu i Izquierdo.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Guardiola E, Baños JE. Eponímia Mèdica Catalana (IV). Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve. N. 52. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2022. Consultable a: <https://www.esteve.org/ca/capitulos/eponimia-medica-catalana-iv/>. Accés el 5 de juliol de 2023.
2. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (III). Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve. N. 38. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2016. Consultable a: <https://www.esteve.org/ca/libros/quadern-eponimia-3/>. Accés el 5 de juliol de 2023.
3. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (II). Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve. N. 22. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2011. Consultable a: <https://www.esteve.org/ca/libros/eponimia2/>. Accés el 5 de juliol de 2023.
4. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve. N. 1. Barcelona: Prous Science; 2004. Consultable a: <https://www.esteve.org/ca/libros/eponimia/>. Accés el 5 de juliol de 2023.

5. Guardiola E, Baños JE. Catalan physicians' contributions to medicine: a historical view through eponyms. Barcelona: Dr. Antoni Esteve Foundation; 2021. Consultable a: <https://www.esteve.org/ca/capitulos/catalan-physicians-contributions-to-medicine-a-historical-view-through-eponyms/>; <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2021/10/Eponyms.epub>. Accés el 5 de juliol de 2023.
6. Net A. Comentari. Eponímia mèdica catalana (III). *Annals de Medicina*. 2016;99:191-2. Consultable a: https://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8029. Accés el 5 de juliol de 2023.
7. Martínez Vidal A. La construcció del llenguatge científic: els epònims mèdics catalans. *Annals de Medicina*. 2006;89:147-9. Consultable a: https://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8942. Accés el 5 de juliol de 2023.
8. Bruguera M. Comentari. Eponímia mèdica catalana (II). *Annals de Medicina*. 2011;94:143-4. Consultable a: https://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8334. Accés el 5 de juliol de 2023.
9. Guerrero L. Ressenya del llibre d'Elena Guardiola i Josep-E. Baños. Catalan physicians' contributions to medicine: a historical view. *Annals de Medicina*. 2022;105:42-4. Consultable a: <https://annals.academia.cat/index.php?idpub=7&idrev=1424>. Accés el 5 de juliol de 2023.
10. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. *Annals de Medicina*. 1999;82:162-3. Consultable a: https://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=9458. Accés el 5 de juliol de 2023.
11. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana: "Ara que tinc vint anys...". *Annals de Medicina*. 2019;102:135-40. Consultable a: <https://annals.academia.cat/index.php?idpub=7&idrev=1123>. Accés el 5 de juliol de 2023.

Història del Consell Català de Ressuscitació i dels seus precedents

Francisco J. de Latorre Arteché

Excipit del Servei de Medicina Intensiva. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona; Membre honorari de l'European Resuscitation Council.

Ressenya del llibre: Balanzó X, Cerdà M. Història del consell català de ressuscitació. Barcelona: Consell Català de Ressuscitació, Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears; 2023. 364 p. https://ccr.cat/documents/historia_del_consell_catala_de_ressucitaci.pdf

Aquest llibre, un encàrrec del Consell Català de Ressuscitació (CCR) als autors, recull la història del suport vital (SV) i la ressuscitació cardiopulmonar (RCP) a Catalunya des dels inicis fins a l'actualitat. És fruit d'una exhaustiva recopilació de tota la informació existent als arxius del CCR i als fitxers personals dels redactors.

Els autors, Xavier de Balanzó i Manel Cerdà, són dos grans coneixedors del tema. A més de tenir una àmplia experiència professional en el tractament de malalts crítics, han dedicat molts anys de la seva activitat a la docència, la difusió i l'organització de l'RCP, essent, juntament amb altres professionals citats al llibre, els pioners d'aquesta activitat sanitària i de salut pública en el nostre àmbit.

El llibre està estructurat en tres parts clarament diferenciades. La primera és una breu història de l'RCP al món occidental des del començament, juntament amb un resum de l'evolució de l'RCP a Espanya i, amb més detall, l'experimentada a Catalunya. A la segona part, els autors analitzen exhaustivament la història del CCR des de la seva creació el 2003 i l'evolució de l'RCP a Catalunya, evolució que coneixen bé en haver estat alhora testimonis i actors de la implementació i desenvolupament de l'SV en totes les seves facetes des dels seus inicis.

La darrera part està dedicada a un aspecte concret de l'RCP: l'ensenyament del suport vital als centres educatius de Catalunya que imparteixen els mateixos mestres que s'han format per a la implantació del programa. Aquest ensenyament està avalat per nombrosos estudis científics que demostren que és a través de l'escola la millor manera d'estendre el coneixement de l'SV i l'RCP a la població general i també de la seva realització, ja que els escolars són



els grups d'edat més predisposats a practicar-la. En aquesta part del llibre es pot apreciar com Catalunya, gràcies a les iniciatives del CCR des de l'any 2007, és una de les societats europees on l'RCP s'ha desenvolupat més, encara que, com reconeixen els autors, queda molta feina per fer.

L'última part del llibre recull, en una sèrie d'annexos, a més de la bibliografia, una informació significativa, amb documents, dades i imatges de persones que han intervingut en el desenvolupament de l'SV i l'RCP a Catalunya en tots els aspectes i que haurien restat agilitat a la lectura dels capítols del llibre si s'hi haguessin inclòs.

La manera com els autors han organitzat i dirigit l'edició de l'obra fa que aquesta sigui, alhora, amena i rigorosa. És molt més que l'enumeració de dades històriques i estadístiques, amb només noms i dates. Pot ser llegida com una narració i, al mateix temps, es pot fer servir com un llibre de consulta per conèixer dades concretes. Es pot llegir en la seva totalitat o només la part narrativa. Es pot utilitzar, finalment, com a llibre de consulta per conèixer alguna dada específica, un aspecte o un període concret de l'RCP.

És una obra que tots els involucrats en la implementació de l'RCP haurien de llegir per ser conscients que els cursos de suport vital bàsic, suport vital immediat, suport vital a les escoles, etc., que ells imparteixen a la seva àrea d'influència concreta, formen part d'una estructura molt més àmplia i complexa, que actualment és global, que supera els límits dels estats i que està coordinada a nivell mundial per l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).

Una tasca d'aquesta magnitud no és possible realitzar-la sense una estreta col·laboració entre l'Administració pública i la societat civil. El llibre explica amb claredat com s'ha dut a terme en el nostre àmbit —amb les llums i les ombres—,

il·lustra que no ha estat una tasca fàcil i mostra com cal saber conjugar molts interessos per arribar a bon port.

L'edició del llibre és excel·lent. S'ha emprat un paper de gran qualitat. Les parts en què està estructurat estan molt ben definides, amb diferents colors als marges, cosa que en facilita la lectura. L'obra està bellament il·lustrada amb moltes imatges de molt bona definició, algunes de les quals només els autors conservaven i que, sense la seva inclusió en aquesta obra, s'haurien perdut.

És una obra que aporta una informació valuosa a la història de la medicina i de la salut pública a Catalunya. Per això, hem d'agrair la publicació d'aquest llibre al CCR i als autors.

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

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

AUDITORI DE L'ACADÈMIA



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

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



www.academia.cat/auditorisales



L'Acadèmia

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

