



ANNALS DE MEDICINA

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

EDITORIAL

Medicina pública i privada i la seva relació ambivalent. *X. Bonfill*. 145

DEBAT A DEBAT: ELS SISTEMES SANITARIS PÚBLIC I PRIVAT

La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat. *J. M. V. Pons*. 146

El propòsit de la convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya. *R. Fernández* 154

Sistema sanitari: sempre la mateixa solució no és una solució. *V. Ortún Rubio*. 158

RODA CONTÍNUA DE FORMACIÓ I CONSENS

SEGURETAT DELS PACIENTS. La millora de l'extracció de mostres de sang: un aspecte de seguretat del pacient. *E. González-Lao, B. Urrutia Casado, C. Varo Albala* i col·ls. 162

PROVES I EVIDÈNCIES

S'avalua l'impacte de les accions conjuntes (*joint actions*) del programa de salut de la Comissió Europea? Reflexions a partir de l'evidència disponible. *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya*. 166

RECERCA AUTÒCTONA, ESPÈCIE A PROTEGIR

L'Institut de Recerca Sant Pau: més recerca, més salut. *J. Surrallés*. 171

SENSE AMNÈSIA

Eponímia mèdica catalana. La maniobra de Moragas i altres epònims. *J.-E. Baños, E. Guardiola* 177

ELS FÀRMACS A TRAVÉS DE LA HISTÒRIA. Cloroform i èter: el naixement de l'anestèsia. *S. Macip* 181

CLÀSSICS DEL PENSAMENT MÈDIC. Parlant del tractament: el llenguatge de les poblacions i el llenguatge dels individus. *J. F. Steiner* 188

FENT DE...

Premi Carolina Meléndez Fernández 2024. *L. Veiga André* 192



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

Marta Aymerich Martínez
Xavier Baldó Padró
Xavier Bayona Huguet
Sergi Bellmunt Montoya
Alba Bernadó Solé
Arnau Blasco Lucas
Xavier Bonfill Cosp
Maria Alba Bosch Llobet
Ramon Brugada Terradellas
Enric Carcereny Costa
Maria Elena Carreras Moratonas
Climent Casals Pascual
Isabel Castaño Núñez
Pere Clavé Civit
Conxita Closa Rusines
Hèctor Corominas Macias
Claudia Cucciniello Villalba
Ramon Cunillera Graño
Susana Curós Torres
Gaspar Dalmau Duch
Eugeni Domènech Morral
Carlos J. Domínguez Alonso
Montse Esquerda Aresté
Vicent Esteve Simó
Neus Fanals Mola
J. Manel Fernández-Real Lemos
Christelle Ferra Coll
Marta Ferrándiz March
Joan Carles Ferreres Piñas
Maria Àngels Font Padrós
Sara Freixedas Berges
Jordi Garcia Linares
Maite Garolera Freixa
Anna Gatell Carbó
Josep Maria Gaya Sopena
Maria Queralt Gorgas Torner
Elena Guardiola Pereira
Josep Maria Guiu Segura
Ricard Hernández Muñoz
Javier Jiménez Flores
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
Jordi Martínez Roldán

Dolors Mateo Arzo
Ana Megía Colet
Carles Miñarro García
Llorenç Miralles Serrano
Maite Miranda García
Carmen Monasterio Pousa
Montserrat Moral Ajado
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
Gemma Parramón Puig
Salvador Pedraza Gutiérrez
Josep Perelló Capo
Santiago Pérez Tortosa
Antoni Pont Salvadó
Caridad Pontes García
Josep Oriol Porta Roda
Emilio Provinciale Fatsini
Mireia Puig Campmany
Montserrat Puiggené Vallverdú
Núria Raguera Sanz
Eduard Riera Gil
Antoni Riera Mestre
Ester Risco Vilarasan
M. Esther Roquer Fanlo
M. Carmen Ruiz Martín
Ricard Sabartés Fortuny
Xavier Sala Blanch
Joan Sala Pedrós
Maria del Mar Salazar Pou
M. Betlem Salvador González
José M. Sánchez Colom
Elisabeth Sánchez Pujol
Andreu Sauca Balart
Josep M. Segur Vilalta
Oriol Sendino García
Rosa Maria Simón Pérez
M. Dolors Sintés Matheu
Antoni Sisó Almirall
José Antonio Soriano Pacheco
Ana Torres Maczassek
Jordi Trelis Navarro
Josep Trenado Álvarez
Joan Trias de Bes Mingot
Maribel Troya Saborido
Ivonne Vázquez de las Heras
Toni Veres Gómez
Asunción Vicente Villa
Genoveva Vilardell Rifà
Isabel Vilaseca González
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
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
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

Medicina pública i privada i la seva relació ambivalent

Xavier Bonfill

Director

Annals de Medicina

Com a tema del **deBAT a deBAT**, en portem un que periòdicament convé revisar, com és el cas de la possible relació entre la medicina pública i la privada, o el que ve a ser aproximadament el mateix, entre els sistemes sanitaris públic i privat. Es tracta d'una discussió que es pot encarar des de diferents punts de vista, tant ideològics com funcionals, teòrics o pràctics. En el nostre cas, ho fem a partir d'un documentat article elaborat per Joan M. V. Pons, que després ha servit de base per als comentaris de Roser Fernández i de Vicente Ortún. Es tracta, per tant, de veus autoritzades que des de les seves respectives posicions argumenten sobre aquest tema amb molts matisos i no pocs punts de coincidència.

A **Roda...**, l'article de Seguretat dels pacients ens explica una interessant iniciativa per millorar l'extracció de mostres de sang des de l'inici fins al final de tot aquest procés assistencial. L'AQuAS, per la seva part, a **Proves i evidències** ha avaluat l'impacte de les accions conjuntes europees a partir de la revisió dels seus marcs de referència. A **Recerca autòctona...**, després de començar una sèrie sobre centres de recerca a partir de l'experiència de la Fundació Institut per a la recerca a l'Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol)¹, continuem aportant dades molt il·lustratives de l'activitat de l'Institut de Recerca Sant Pau.

A **Sense amnèsia**, per una banda, l'Eponímia de J.-E. Baños i E. Guardiola recupera l'autoria d'Emili Moragas per la maniobra que porta el seu nom per explorar el lligament lateral extern del genoll i, per l'altra, Salvador Macip es remunta al naixement de l'anestèsia per explicar-nos els orígens de la utilització del cloroform i l'èter amb aquella finalitat. A **Clàssics...**, la traducció de G. Permanyer i Joan M. V. Pons d'un article de J. F. Steiner ens permet revisar la diferent perspectiva terapèutica quan utilitzem dades grupals o poblacionals per adaptar-les a pacients individuals. I a **Fent de...**, Llum Veiga, la premi Carolina Meléndez Fernández 2024, repassa tota la seva trajectòria professional que la van fer mereixedora d'aquesta distinció.

I ja som una altra vegada a final d'any, temps incerts en un món convuls però que, més que mai, necessita dels millors desitjos per als homes i dones de bona voluntat. Bones Festes!

REFERÈNCIA BIBLIOGRÀFICA

1. Basora J, Berenguera A. IDIAP Jordi Gol, un model pioner, únic i consolidat de recerca en atenció primària a Catalunya. *Annals de Medicina*. 2024;107:107-109.

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

La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya

Joan M. V. Pons

Vocal del Comitè de Bioètica de Catalunya; Metge jubilat. Barcelona.

Assegurament sanitari

A Catalunya, per raons històriques i polítiques, conviuen dos sistemes d'assegurança i provisió sanitària. Hi ha l'assegurança sanitària pública, el Servei Català de la Salut (SCS-CatSalut), universal (tota la població resident) i que es finança mitjançant impostos (progressius amb un copagament en la prestació farmacèutica segons el nivell de renda i amb límits). Hi ha també l'assegurament privat en les seves diferents vessants: les mútues d'afiliació obligatòria funcionaris (Mutualitat de funcionaris civils de l'estat o MUFACE, Institut Social de les Forces Armades o ISFAS, Mutualitat General Judicial o MUGEJU), on la prestació de serveis sanitaris pot ser, segons escull l'assegurat, o bé a través de l'asseguradora pública (l'SCS) o mitjançant asseguradores privades, podent canviar cada any; i les asseguradores sanitàries privades pròpiament dites i amb caràcter global (Assistència Sanitària Col·legial, Sanitas, Adeslas-SegurCaixa, AXA, DKV, FIATC, etc.). Les persones amb assegurança privada ho són a través d'una entitat mercantil (94,6%), que són majoritàriament societats anònimes amb ànim de lucre, mentre que la resta (5,4%) ho són mitjançant mútues de previsió social¹.

D'acord amb el document que elabora periòdicament el Departament de Salut (DS) sobre les entitats d'assegurament lliure a Catalunya, l'any 2022 hi havia 41 entitats, que asseguraven 2.610.531 persones. La progressió en els darrers anys en persones i primes es presenta a la Figura 1. En el període 2013-2022, les persones amb assegurança sanitària privada van augmentar un 31,5%, mentre la població catalana es va incrementar el 4,8%. Les primes, és a dir, la quantitat de diners que periòdicament ha de pagar la persona que contracta la pòlissa per a la cobertura del risc d'emmalaltir, van augmentar, en el mateix període, el 48,6%, mentre que el PIB a preus corrents va augmentar, en el mateix període, el 33,7% i el PIB per habitant el 27,2% (IDESCAT) (Figura 1).

Aquesta població amb assegurament privat es distribuïa segons demarcacions provincials: Barcelona, 78,4%; Girona, 8,5%; Tarragona, 8,5%; i Lleida, 4,6%. Segons l'informe esmentat, el 46,9% eren homes i el 53,1% dones i, per grups d'edat, predominaven els de 15-44 anys, amb el 37,1%; a continuació seguia el grup de 45-64 anys, amb el 32,9%; el de 0-14 anys, amb el 15,7% i el de ≥ 65 anys, amb el 14,3%. Segons grups d'edat i sexe, la proporció de persones amb assegurança lliure variava significativament respecte de la seva proporció en el conjunt de la població. És el cas de les dones de 15 a 44 anys, que eren el 18,2% de la població i, en canvi, representaven el 20% del total de persones assegurades, la qual cosa s'ha d'interpretar per l'edat fèrtil i la preferència, si la dona s'ho pot permetre, per una assegurança i una atenció privades¹.

Per calcular el conjunt de persones que tenen realment una doble cobertura sanitària a Catalunya s'ha de restar el nombre de funcionaris (129.088) del nombre de persones que disposen d'una assegurança sanitària lliure (2.610.531), ja que per a aquest col·lectiu, com s'ha referit, la forma de rebre l'assistència sanitària és la pública/universal (SCS-CatSalut) o bé l'assegurança privada i, per tant, no tenen doble cobertura. Aquest privilegi funcional, d'escollir entre l'assegurança sanitària pública i entre diverses de privades i poder canviar anualment, fa anys que es diu que ha de desaparèixer, però persisteix. El 2022 eren 2.481.443 les persones amb doble cobertura sanitària i representaven el 31,9% de la població catalana¹. L'any 2014 eren 1.872.096 persones; és a dir, el 24,9% de la població catalana disposava d'una doble assegurança real². Si es miren anys anteriors es veu que el 1994, aquest percentatge era del 20,9% i el 2002 del 24,7%. La Figura 2 mostra l'increment en més de 7 punts percentuals (7,8) de la població catalana amb doble assegurança en els darrers anys (2013-2022)¹.

D'acord amb l'*Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA) 2021-2022, la doble assegurança era més present en la classe social més afavorida (52,2% classe I) que en la menys afavorida (18,8% en classe III), així com en relació al nivell d'estudis, ja que la meitat (52,2%) de persones amb estudis universitaris tenien doble cobertura, mentre que en les persones sense estudis o amb estudis primaris aquest percentatge era de l'11,8%. Segons les regions sanitàries,

Correspondència: Joan M. V. Pons
Adreça electrònica: jmvpons@gmail.com

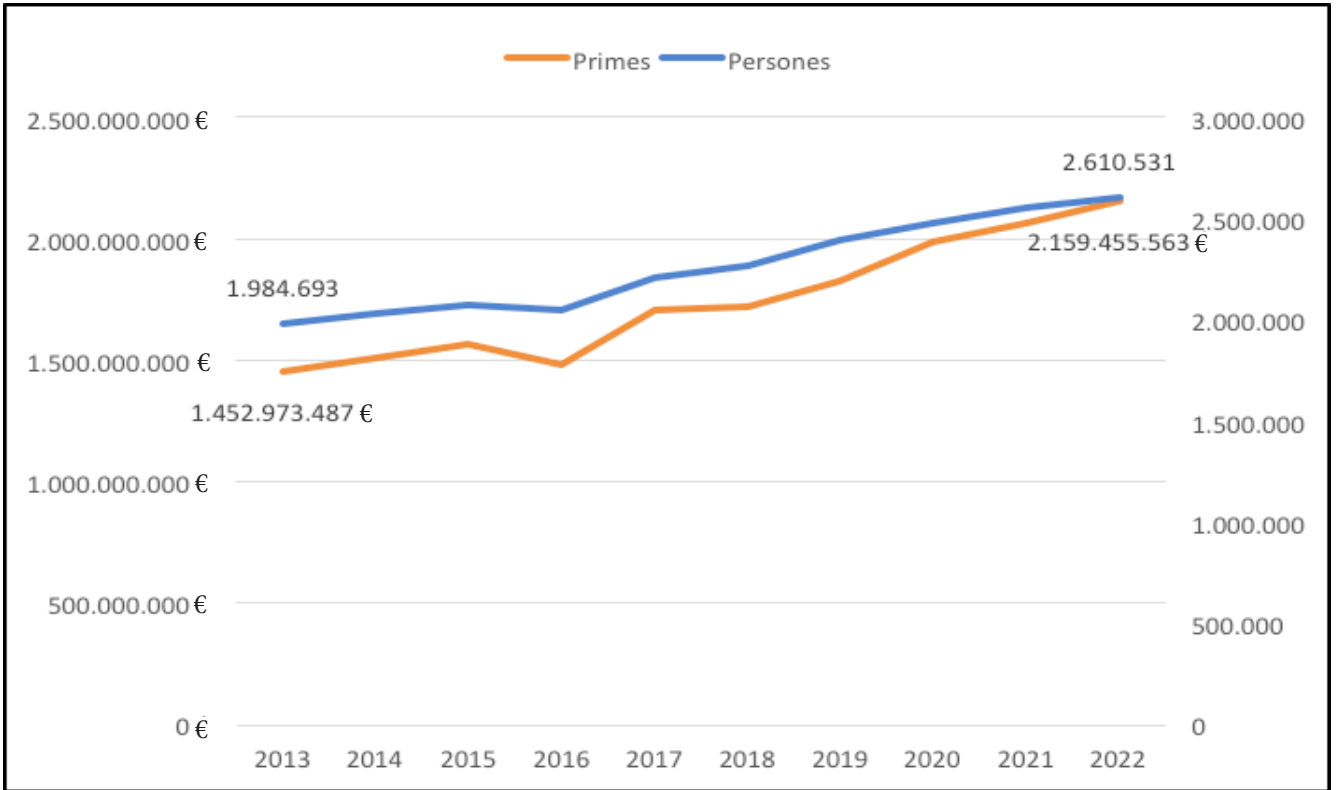


FIGURA 1. Persones assegurades (eix vertical dret) i primes (eix vertical esquerre) d'assegurança lliure. Catalunya 2013-2022

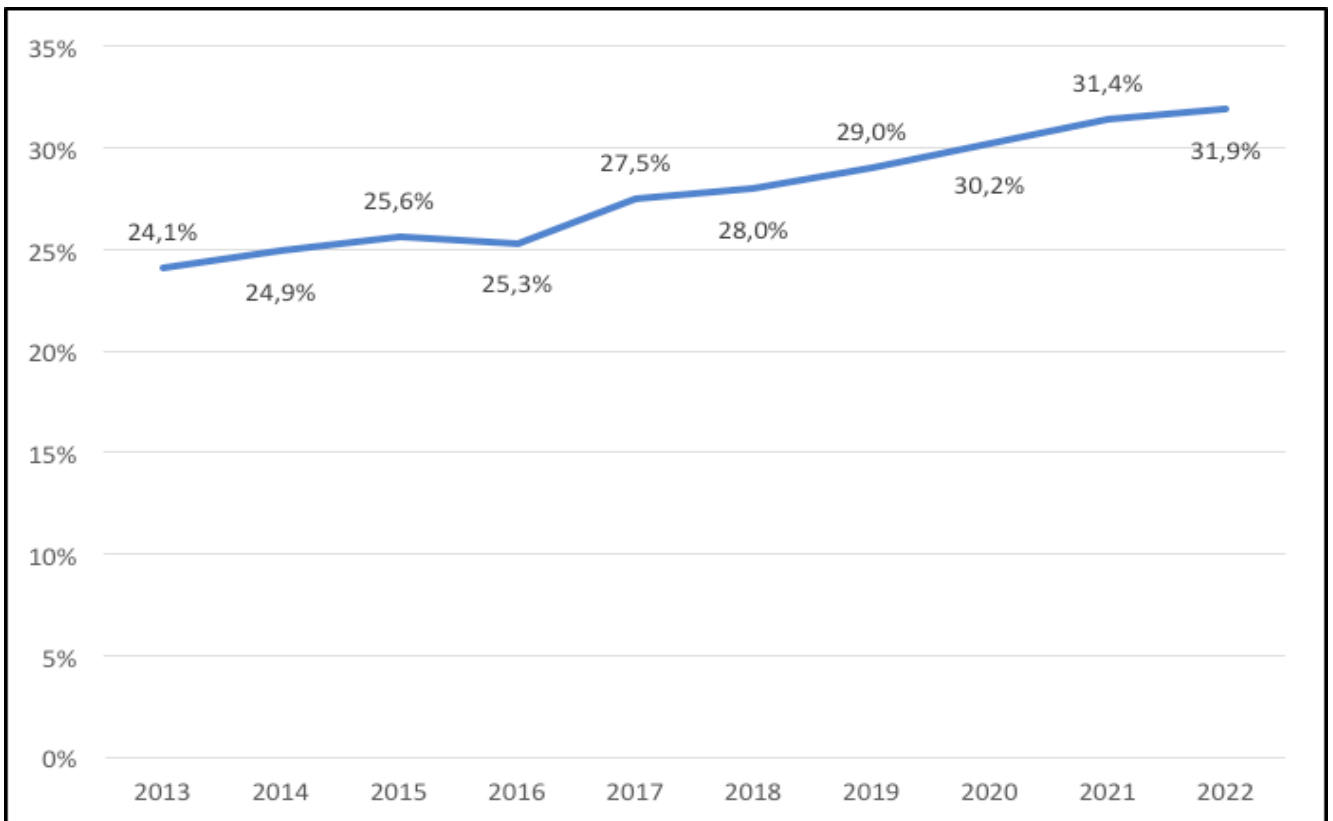


FIGURA 2. Percentatge de persones amb doble cobertura sanitària. Catalunya 2013-2022

Catalunya Central (22,0%), Terres de l'Ebre (23,7%), Girona (27,4%) i Barcelona Metropolitana Nord (27,4%) tenien percentatges inferiors al global de Catalunya, mentre que la Regió Sanitària Barcelona Ciutat (37,1%) el tenia superior³.

Per a una anàlisi més específica, que compari les característiques de les poblacions amb assegurança pública exclusivament o doble cobertura, ens hem de remuntar a l'article de Josep Fusté i col·ls. de 2005⁴. L'estudi, a partir de l'ESCA 2002, mostrava que la població amb doble assegurança era més jove, tenia un nivell d'estudis més elevat, pertanyia a classes socials més afavorides, declarava una millor percepció de l'estat de salut i patia menys malalties cròniques i discapacitants. En relació amb l'estat de salut, s'argumentava que un risc més gran d'emmalaltir feia augmentar la probabilitat de tenir únicament una assegurança pública, ja que si l'expectativa d'utilització és elevada, donat un mateix nivell de renda, els usuaris s'acullen a l'assegurança pública, entre altres raons, perquè no hi ha una selecció de prestacions (ni grans copagaments). Seria el cas de les persones de més edat que disposen només d'assegurament públic. Cal considerar també, afegeix, que l'augment de les primes, que sovint practiquen les asseguradores privades en incrementar-se l'edat i/o la morbiditat de l'individu, pugui ser un factor important per decidir abandonar l'assegurament privat, la qual cosa no deixa de traduir una selecció de riscos per part d'aquestes asseguradores, com s'ha observat recentment de manera empírica i indirecta al País Valencià i en malalts amb càncer de MUFACE⁵. Segons l'estudi de Fusté i col·ls⁴, el percentatge de persones visitades el darrer any per metges especialistes era, en general, superior en la població amb doble cobertura sanitària.

Provisió de l'atenció sanitària

Pel que fa a la provisió de serveis sanitaris a Catalunya, tenim el següent: els de caràcter públic on s'inclouen empreses públiques (l'Institut Català de la Salut com a més remarcable, que gestiona 332 equips d'atenció primària i participa en dos més i amb tres hospitals terciaris, quatre hospitals de referència territorial i un hospital comarcal), fundacions, consorcis o societats limitades com són les 11 entitats de base associativa-centres d'atenció primària (CAP), tots ells sense ànim de lucre. L'atenció sanitària pública es proveeix mitjançant el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)⁶.

La provisió privada està integrada per tres tipologies principals: 1) asseguradores que tenen centres de la seva propietat (FIATC – Clínica Diagonal; Assistència Sanitària – Hospital de Barcelona; Sanitas – Hospital CIMA); 2) grans grups hospitalaris (Quirónsalud, Vithas, HM Hospital, etc.); i 3) centres sanitaris de petita grandària i titularitat independent⁷. Val a dir que algunes institu-

cions del SISCAT també realitzen una provisió privada a malalts que venen amb la seva assegurança privada o que venen de l'estranger o que paguen de la seva butxaca (en són exemples la Fundació Puigvert, Barnaclínic+ de l'Hospital Clínic o l'Hospital maternoinfantil Sant Joan de Déu). Altrament, les asseguradores privades utilitzen els hospitals privats de Catalunya.

L'àmbit dels grans grups hospitalaris ha estat força mogut en els darrers anys, amb diverses compres o fusions. No ha de sorprendre que l'Autoritat Catalana de la Competència (ACCO) hi hagi posat l'ull més d'una vegada, examinant la seva concentració⁸ i els seus efectes en els preus⁹. Segons l'ACCO, el mercat dels serveis sanitaris privats a la província de Barcelona s'ha concentrat en els darrers anys, amb la creació d'un grup que compta amb sis (19,4%) dels 31 hospitals generals que presten una assistència sanitària privada a Catalunya i amb una quota de mercat del 37% en termes de llits disponibles (1.226 de 3.313); a l'Àrea Metropolitana de Barcelona té cinc dels 17 hospitals i una quota del 44%; i a la ciutat de Barcelona disposa de 4 dels 15 hospitals i una quota del 38%. Cal destacar que, a la província de Barcelona, els cinc primers operadors representen, conjuntament, el 74% de l'oferta de llits. El primer operador (Quirónsalud) té una quota de mercat, segons llits disponibles, del 43% amb un índex d'Herfindahl-Hirschman que té un valor de 2.150. Així doncs, segons els autors de l'ACCO, i essent l'índex superior a 2.000, es pot considerar que el mercat es troba moderadament concentrat. Val a dir que l'any 2016 Helios Kliniken GmbH, que pertany al grup Fresenius SE & Co. KGaA, va adquirir el grup hospitalari Quirónsalud, sense suposar aquesta operació un canvi en el grau de concentració dels hospitals privats a Catalunya. Dels 31 hospitals generals d'assistència sanitària privada, 15 estan ubicats al municipi de Barcelona, 2 a Girona, 2 a Lleida, 2 a Vic i 1 en altres municipis (Sant Cugat del Vallés, Sabadell, Esplugues de Llobregat, Granollers, Manresa, Mataró, Terrassa, Figueres, El Vendrell i Tarragona). La seva concentració geogràfica és, per tant, manifesta.

L'ACCO també examinava al llarg dels anys (2009-2017) els preus d'uns determinats procediments (cesària, colecistectomia per laparoscòpia, colonoscòpia, ecografia ginecològica, cirurgia protètica de maluc); es va observar, en termes generals, una diferència de preus favorable per als hospitals que s'acaben fusionant, en comparació amb la resta d'hospitals de la província de Barcelona inclosos a la mostra. Els preus més alts dels hospitals de Quirónsalud podrien ser conseqüència, afegeixen els autors, del diferent nivell de qualitat o prestigi percebuts pels assegurats⁹, la qual cosa, evidentment, cal demostrar fefaentment i de manera comparativa per deixar de ser una simple percepció més deguda a raons de màrqueting i publicitat o al renom d'algunes figures.

Els professionals del sector privat

L'Enquesta d'assegurança lliure 2021-2022, del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) recollia que l'any 2021 hi havia uns 10.000 professionals treballant en el sector de l'assegurança privada: el 59% treballava per a l'assegurança privada exclusivament i el 41% compaginava l'activitat pública i la privada. El 71% eren homes i el 29% dones. La major part dels professionals (82%) treballaven per compte propi, és a dir, com autònoms¹⁰. La distribució dels professionals per grups d'edat es presenta a la Figura 3, on es mostra amb claredat el predomini dels majors de 60 anys.

La raó més important esgrimida per seguir treballant amb les entitats d'assegurança lliure era econòmica, pels ingressos que reporta (36%), essent les raons següents la fidelitat als seus pacients (32%) i la llibertat per organitzar la seva pràctica (28%). Els professionals, majoritàriament (66%), es queixaven que no rebien un tracte i una valoració adequada per les entitats amb què treballaven i, segons el grau de satisfacció, s'elaborà un rànquing de les principals entitats d'assegurança lliure.

En el número 163, de setembre de 2022, de la revista del Col·legi de Metges de Barcelona (*Revista CoMB*), hi ha un llarg article sobre els professionals que treballen en el sector privat. Textualment, es diu que els metges són la baula més feble de l'assistència sanitària privada. A banda de les baixes retribucions (moltes companyies fa anys que no actualitzen els honoraris que paguen als metges per consulta o per acte mèdic), els professionals consideren que hi ha poc interès per la innovació i que sovint les com-

panyies prioritzen el rendiment econòmic i no presten prou atenció a la qualitat assistencial¹¹. Es podria pensar que unes retribucions baixes poden induir un major nombre d'actes mèdics i, en augmentar aquests, sigui més alt el risc que siguin inapropiats (sobreutilització).

No acaben aquí les crítiques recollides a la *Revista CoMB*. L'oferta de pòlisses de salut amb preus a la baixa no tan sols es tradueix en precarietat i baixes retribucions per als professionals, sinó que banalitzava l'acte mèdic i posa en risc dos dels principals valors afegits que han caracteritzat la medicina privada: la lliure elecció i la continuïtat assistencial. Des del CCMC s'ha denunciat repetidament la manca de claredat de moltes pòlisses de baix cost que es troben al mercat¹¹.

Per què un de cada tres catalans opta per una doble assegurança?

Amb el 31,9% de ciutadans de Catalunya amb doble assegurança sanitària (més proper a un de cada tres que no pas a un de cada quatre com fa pocs anys), cal preguntar-se quines motivacions hi ha al darrere. Ben cert que la pandèmia de la covid-19 (2020-2023) pot haver tingut alguna influència, però aquesta és poca; percentualment i respecte a l'any previ, l'increment més alt de persones amb doble assegurança es dona el 2017 amb el 8,7%. La Figura 2 mostra una tendència linear ascendent força clara que ja venia d'abans. La provisió pública i privada d'atenció hospitalària durant la pandèmia va funcionar, en termes generals, a l'hora i ben coordinada passats els primers moments de desconcert. S'estima que un de cada tres pacients

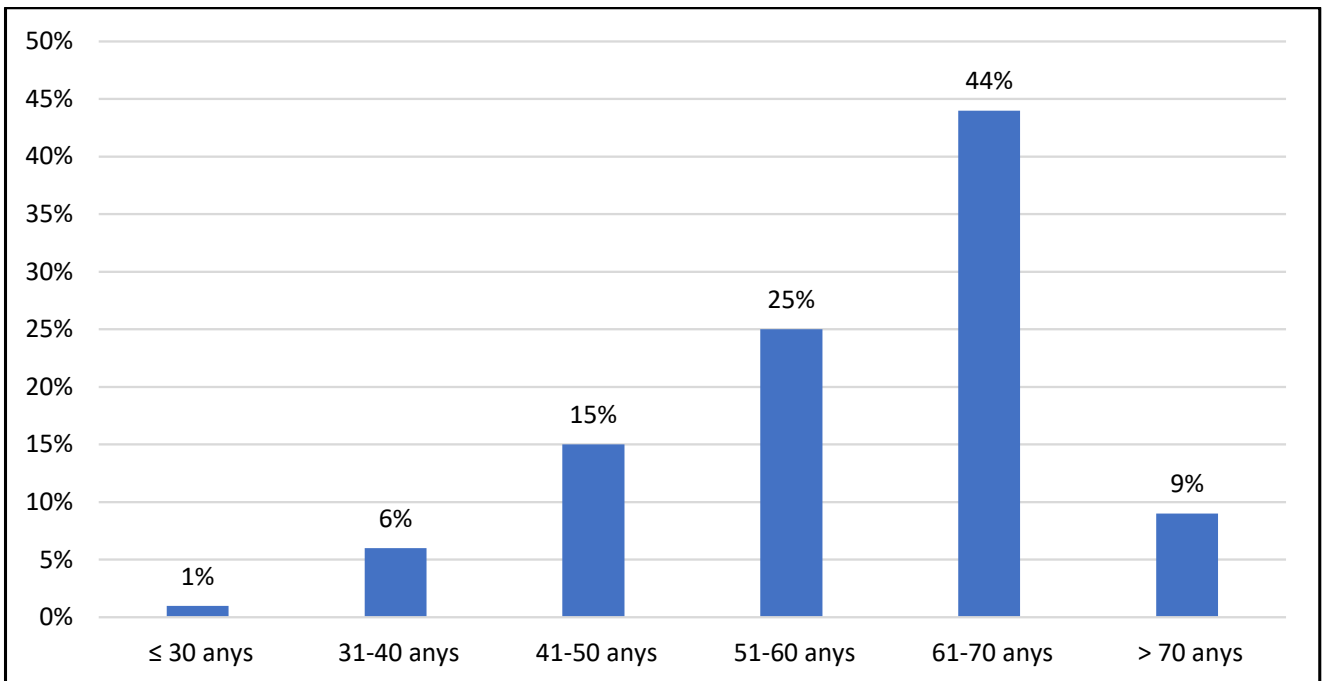


FIGURA 3. Percentatge de professionals mèdics que treballen en el sector privat, per grup d'edat. Catalunya 2021

amb covid-19 que va necessitar ingrés hospitalari ho va fer en el sector privat⁷. Està clar que el nivell de renda i de benestar (personal i familiar) inclina o facilita l'adquisició d'una assegurança sanitària privada¹², com ja s'observava la dècada passada en examinar el nivell d'estudis i la classe social, o com mostra l'ESCA periòdicament.

Podria dir-se que pot haver-hi un buit qualitatiu — possiblement més de percepció, més basat en el màrqueting i la publicitat que en una realitat fefaent— i en relació amb la visió i opinió que es pugui tenir dels proveïdors de l'asseguradora sanitària pública (SCS-CatSalut) i respecte a les assegurances privades i els seus proveïdors. Si s'examinen les dades de Catalunya en el baròmetre sanitari (CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas - Ministerio de Sanitat), absents durant la pandèmia (2020-2021)¹³, l'evolució en la mitjana de valoració de la població del sistema sanitari públic mostra una minva, lleugera, respecte als anys previs a la pandèmia (Figura 4).

Entre les raons hi pot haver aconseguir una cita sense demores ni dies d'espera, un tracte personal més atent, la major facilitat d'accés directament a l'especialista, el confort de l'habitació individual amb llit per a l'acompanyant en cas d'hospitalització (i altres menes de confort), una menor o nul·la llista d'espera en cas de cirurgia programada, l'apreciació d'una tecnologia més puntera quan la provisió és privada (la visió d'obsolescència en els equips de la sanitat pública que no es renoven adequadament) o, fins i tot, uns millors resultats clínics, sigui en termes de

supervivència o de qualitat de vida. Els aspectes de confort semblen inqüestionables, però també és innegable que la provisió de serveis sanitaris públics és molt variable i hi ha, en molts casos, ampli espai per a la millora. Quan el baròmetre sanitari pregunta per les raons d'elecció d'una assegurança privada, com és el cas de l'any 2023, la principal raó esgrimida a Catalunya és la rapidesa amb què són atesos (78,6%), essent les altres motivacions de força més baixa freqüència (la qualitat dels serveis, 4,3%; el tracte personal, 2,2%; la capacitat i la qualitat del personal, 2%; i el confort de les instal·lacions, 1,4%). És, per tant, l'accessibilitat la raó predominant.

L'accés lliure a l'especialista, sense passar per l'especialista en Medicina Familiar i Comunitària (MFIC), que fa el paper de *gatekeeper* en l'assegurament i provisió pública, no s'hauria de considerar un avantatge, sinó una palesa ineficiència. Sobre la tecnologia puntera, cal dir que, sense una avaluació rigorosa, molts cops s'han introduït noves tecnologies (des de la cirurgia robòtica fins a una nova vacuna) en el sector privat, i s'ha exercit una gran pressió sobre el sistema públic, que ha hagut d'introduir, per tal de posar-se al nivell del sector privat i per una equitat mal entesa, la nova tecnologia, insistim, sense una avaluació acurada (cost-efectivitat i impacte pressupostari).

Pel que fa als resultats, les dades són escasses per no dir nul·les. Els informes que periòdicament elabora el DS sobre les entitats d'assegurança sanitària lliure no inclou resultats

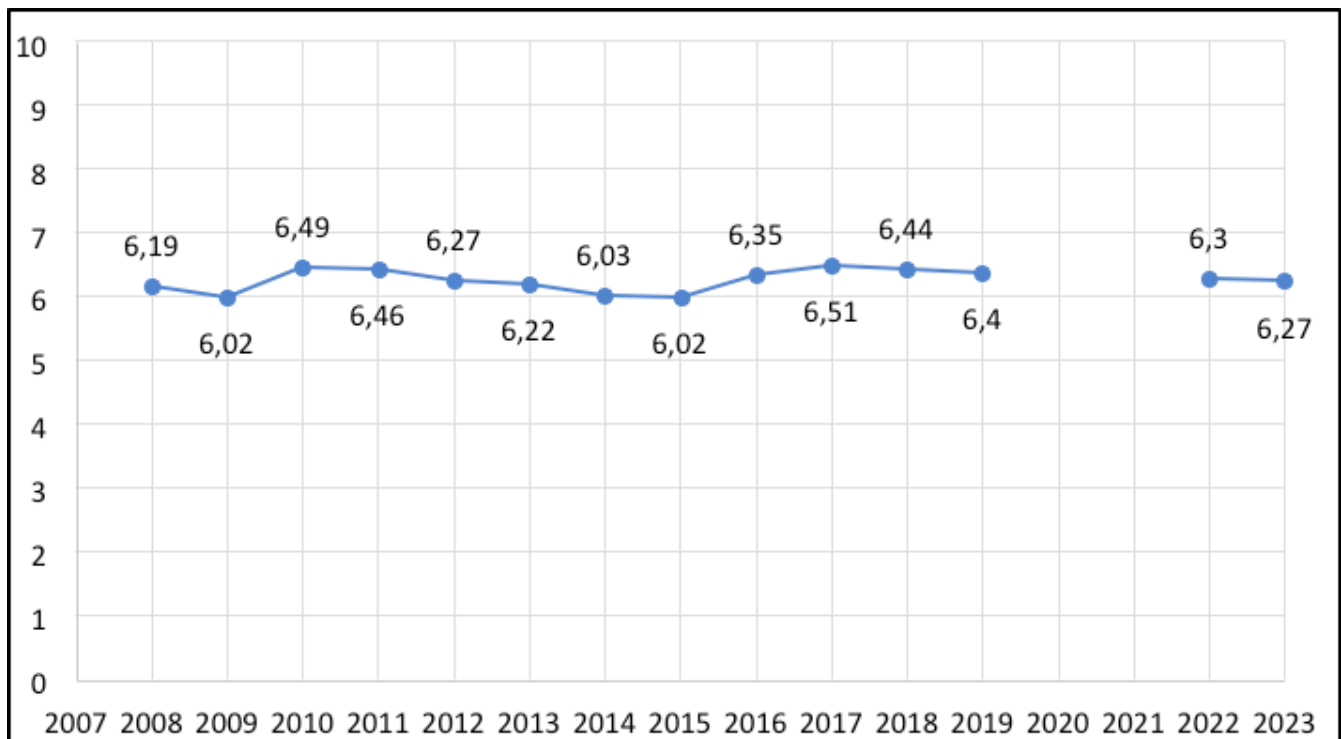


FIGURA 4. Mitjana de valoració (entre 1 -molt insatisfet- i 10 -molt satisfet-) a la pregunta de com puntuaria el sistema sanitari públic de Catalunya. Baròmetre sanitari CIS 2008-2019 i 2022-2023

de cap mena (mortalitat, complicacions, estades, capacitat funcional, satisfacció, etc.). Fa uns quants anys, un estudi que comparava els resultats de la cirurgia cardíaca extracorpòria entre els hospitals públics i privats mostrava en els segons una més baixa mortalitat crua, però aquesta diferència desapareixia quan s'ajustava pel risc, és a dir, quan es tenien en compte les diferències entre la població atesa (edat, sexe, morbiditats principalment segons un model propi d'avaluació del risc) i on es veia que en els hospitals públics s'operaven pacients amb major risc quirúrgic¹⁴. Més recentment, un estudi retrospectiu, que examinava dones ateses per càncer de mama referides a una unitat multidisciplinària d'una asseguradora sanitària privada, constata una major supervivència que s'interpretava per un diagnòstic més primerenc (fos per detecció per mamografia anual en ≥ 40 anys o per consulta a la seva ginecòloga degut a un autoexamen mamari o altres símptomes). Els autors feien referència a la detecció primerenca sota pòlisses d'assegurances privades que consideraven d'especial utilitat en llocs on el sistema públic no ho oferia¹⁵, la qual cosa no és el cas de Catalunya on, des de fa anys, hi ha el Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama (dones entre 50 i 69 anys i mamografia gratuïta cada dos anys).

És ben conegut també que les cesàries són força més freqüents en els hospitals privats que en els públics; en els primers, el 37% del embarassos acaben en cesària mentre que en la sanitat pública hi acaba el 23%, quan l'OMS advoca per una taxa ideal entre el 10% i el 15%¹⁶. No hi ha dubte que hi influeixen altres factors, a part del tipus de provisió. Pràcticament totes les tècniques de reproducció humana assistida són proveïdes per entitats privades. El darrer informe *FIVCAT.NET estadística de la reproducció humana assistida a Catalunya* que s'ha pogut localitzar és amb dades de 2014; aleshores s'hi recollien 34 entitats a Catalunya, majorment a Barcelona, que aportaven dades al registre¹⁷. Actualment sols existeix el registre a nivell de l'Estat que en comptabilitza 63 a Catalunya.

La Central del Resultats, que publica periòdicament l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) en els diferents àmbits assistencials (atenció primària i comunitària [APiC], atenció hospitalària, atenció intermèdia, salut mental i addiccions, emergències mèdiques i salut pública), fa referència exclusiva a centres del SISCAT. Ben cert que, com s'ha referit, hi ha diferències a nivell sociodemogràfic i en morbiditat entre la població que fa ús de la sanitat pública i de la privada, però això no exigeix que es puguin examinar i comparar els resultats amb els ajustaments necessaris segons risc. No s'acaba d'entendre que el DS no hagi d'estar interessat, i molt, en els resultats de la "sanitat privada" (assegurament/provisió), més quan un de cada tres ciutadans en fa ús i és comú parlar de "turisme sanitari" en què Catalunya, i especialment Barcelona, és un punt important d'atracció internacional.

Algunes implicacions

El fet que quasi un terç de la població catalana tingui una doble assegurança sanitària suposa una sèrie d'implicacions a nivell social i professional que s'han de comentar. Fa referència, naturalment, als valors imperants. En primer lloc, pot posar en qüestió, pels usuaris de la sanitat privada, el sentit dels impostos que paguen, ja que fàcilment porta a creure que contribueixen a un servei que no utilitzen i que pot acabar essent vist com de segona categoria, com abans hi havia la beneficència. El principi de solidaritat o el sentit comunitari, el *quid pro quo* base del mutualisme històric, es veu greument perjudicat i s'accentua l'individualisme que sempre beneficia els que més tenen i que acaben creient que la seva condició respon als seus mèrits i esforços. Tradueix un declivi del sentit dels propòsits compartits, més quan les classes mitjanes se'n desenten. El cert és que hi ha una percepció d'un deteriorament de la sanitat pública com si l'esforç realitzat durant la pandèmia hagués deixat tot el sistema sotragat i cansat. Les dades de valoració del conjunt del sistema sanitari públic dins del baròmetre sanitari no ho manifesten de manera cridanera.

En segon lloc, pot estar en el tracte, la saturació d'urgències, l'espera per a la cita en l'APiC i, encara més, per l'especialitzada o per proves d'imatge complexes o les llistes d'espera en la cirurgia programada, és a dir, no urgent, que segueix essent una dada monitorada i ben accessible en el sistema públic. Aquesta percepció d'empitjorament pot donar lloc a un cercle viciós en què més persones fugen de la sanitat pública cap a la privada buscant millor accessibilitat, especialment, en l'atenció especialitzada. No hi ha dades fefaents que puguin donar suport a uns millors resultats (en supervivència o qualitat de vida) en el sector sanitari privat. La paradoxa pot estar en què la mateixa sanitat privada, que ha vist augmentar les persones sota el seu assegurament per una política de baixes pòlisses, comença a tenir els mateixos problemes, tot i que en un grau menor, destacant també entre aquests la manca de professionals, on s'afegeix, a part del relleu generacional, el malestar per les baixes retribucions.

Quant als professionals, especialment els de medicina, molts cops es tracta dels mateixos que pel matí treballen en un centre públic i per la tarda en un centre privat. L'usuari, com s'acostuma a dir en el sistema públic, o el client quan es parla de la sanitat privada, pot escollir per la tarda el metge (especialista generalment) que no ha pogut escollir pel matí i, el professional, no cal dir-ho, complementa, poc o molt, el seu salari, minso des de la seva perspectiva, de la sanitat pública. Aquest professional, especialista (inclosa òbviament l'MFiC), ha estat format majoritàriament en la sanitat pública, que és on adquireix un veritable aprenentatge clínic i té la millor oportunitat de veure diversitat de casos i de diferent complexitat. Aquest/a metge/metgessa resident, que cobra un salari públic durant els 4-5 anys de

residència, fa ús no sols de les tecnologies modernes, sinó també dels coneixements dels professionals sèniors i de la recerca que es desenvolupa dins els seus murs. Molts acabaran a la sanitat pública, tot i que un percentatge tindrà doble dedicació o sols treballarà per a la sanitat privada.

No cal recordar els antecedents històrics i la força del mutualisme (compartir riscos) a Catalunya ni el sorgiment del National Health Service i l'estat del benestar al Regne Unit després de la II Guerra Mundial. Correspon, si més no a Europa i a Amèrica del Nord, a un període de persistent creixement econòmic i de reducció de les desigualtats fins a mitjans dels anys 70 del segle passat. Era quan la cosa pública —el bé comú, allò de tots— era altament valorada. L'estat del benestar suportat per l'estat, on el sistema sanitari públic constitueix un pilar fonamental, comença a estroncar-se aleshores i més quan el neoliberalisme, i l'individualisme que pregona, pren embranzida paral·lelament a la caiguda del mur de Berlín (1989) i l'enfonsament de la Unió Soviètica. Durant el segle XXI, malgrat la greu crisi financera i econòmica (2008-2014) i la pandèmia (2020-2023), les coses no han millorat i s'hi ha afegit l'agreujament de la crisi climàtica.

Convé fer un xic d'història i recordar que, poc després dels traspassos de la sanitat a la Generalitat de Catalunya (1979), es va fer el Decret 524/1982 per tal de regular les funcions del DS amb relació a les entitats d'assegurança lliure. La normativa establia que les entitats havien de fer efectiva una taxa sanitària com a contraprestació econòmica en funció de les primes que recaptaven al llarg de l'any. L'any 1997, amb J. M. Aznar governant Espanya i J. Pujol a Catalunya, ambdós requerint-se mútuament suport parlamentari, es va derogar aquesta taxa sanitària a les entitats d'assegurança lliure.

Què es pot fer?

Primerament, cal la recuperació d'aquesta taxa anual sobre les primes de l'assegurament privat que es recullen a Catalunya, no tant per gravar més les pòlisses de les asseguradores privades, ni solament per finalitats de complimentar el registre, sinó per tal que, degudament quantificada, aquesta taxa contribueixi al suport del sistema sanitari públic, ja que és també d'interès dels asseguradors i proveïdors privats que la sanitat pública funcioni prou bé. Suposaria un rescabament per la formació (MIR, EIR, FIR, PIR) que el sistema sanitari públic dona als professionals de la medicina i la infermeria (també farmacologia i psicologia), així com per l'assistència sanitària que, de forma exclusiva, dona la sanitat pública (grans cremats, bona part dels trasplantaments i altres usos de serveis altament qualificats públics, com poden ser els lesionats medul·lars, la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria i d'alta complexitat, etc.). També per la salut pública que, com ha palesat la recent pandèmia de covid-19, no diferencia entre països ni entre sistemes sanitaris públics o privats, però també per la recerca en cièn-

cies de la salut i la contribució pública al seu finançament. Mantenir la situació actual que facilita, per activa o per passiva, el doble assegurement públic i privat, basat a més en unes pòlisses de baix cost i cobertura de riscos, no suposa cap millora de la solvència sanitària ja que, a l'afavorir el ràpid creixement del nombre d'assegurats en l'àmbit privat, acaba suposant també allargar les llistes d'espera i altres demores en aquest sector.

La provisió privada de serveis sanitaris ha d'entrar sense més demora dins dels sistemes d'informació de què disposa el SISCAT, el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) (CMBD hospitalari amb els principals diagnòstics i procediments) i altres (CMBD d'atenció primària i urgències), garantint la qualitat de les dades i incorporant, especialment pel que fa a l'atenció hospitalària, la provisió sanitària privada a la Central de Resultats. Constitueix una responsabilitat del DS tot i que, en primer lloc, ho és dels asseguradors i proveïdors privats que han de disposar d'aquesta informació. El coneixement dels resultats per part d'una agència independent i una ben entesa competència entre proveïdors —dins del sistema públic i entre els sistemes públic i privat—, en termes d'efectivitat i eficiència, amb els ajustament necessaris, és en l'interès de tots, per tal d'esperonar la millora continuada de la qualitat.

Perpetuar aquest biaix de selecció o permetre el deteriorament del sistema sanitari públic sols pot conduir a la mercantilització dels serveis sanitaris, que acabarien respondent només a l'interès propi i a un consum, més esperonat per desitjos que la publicitat genera que per autèntiques necessitats mèdiques. L'atenció sanitària no hauria de constituir una mercaderia com qualsevol altra, essent com és un dels pilars de l'estat del benestar. Sols s'ha de pensar en quin món, quina justícia, quins serveis voldríem tenir disponibles si desconeguéssim (el vel de la ignorància de John B. Rawls) les condicions en què arribem en aquest món o el futur que ens espera. Parlàvem a l'inici de raons històriques i polítiques, però són aquestes últimes les que configuren el present i el futur, abandonant possibles conivències que no afavoreixen el bé comú.

Altres temes sobre el sistema sanitari públic i els diferents problemes que aquest ha d'encarar, així com els relacionats amb els professionals (medicina i infermeria principalment), mereixen un tractament més ampli en altres documents. Quant al privilegi —aquest és el terme adient— de l'assegurança sanitària funcional, l'única modificació substancial ha estat que, des de l'any 2011, els nous funcionaris cotitzen al Règim General de la Seguretat Social¹⁸; la resta ha canviat ben poc. Són molts ja els anys que es parla de la progressiva extinció d'aquest sistema, però s'ha de tenir en compte que molts dels que haurien de legislar i reformar en aquest sentit en formen part. Aleshores, sols cal recordar la cita d'Upton Sinclair (1878-1968): "és difícil fer que un home entengui una cosa quan el seu salari depèn del fet que no l'entengui".

Agraïments: A Josep M. Argimón, Lluís Bohigas, Josep M. Busquets, Amador Martín, Vicente Ortún i Salvador Rofes pels seus comentaris a una versió primerenca d'aquest article. La responsabilitat d'aquest article recau, però, exclusivament en el seu autor.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Entitats d'assegurança sanitària lliure de Catalunya: memòria 2022. Barcelona: Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2024. Consultable a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11218>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Bohigas L. Doble cobertura sanitària. Blog AQUAS. 20 d'abril de 2017. Consultable a: <https://blog.aquas.cat/2017/04/20/doble-cobertura-salud/>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Schiaffino Rubinat A, Medina Bustos A. L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya, 2022. Resum executiu dels principals resultats de l'ESCA del 2022. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2023. Consultable a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9652/enquesta_salut_catalunya_resum_executiuc_a_2022.pdf?sequence=12&isAllowed=y. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Fusté J, Séculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? *Gac Sanit*. 2005;19(1):15-21.
- Pinilla J, López-Valcárcel BG, Bernal-Delgado E. Unravelling risk selection in Spanish general government employee mutual funds: evidence from cancer hospitalizations in the public health network. *Eur J Health Econ*. 2024 Feb 20. doi: 10.1007/s10198-024-01671-5.
- Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Consultable a: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/12/14/196>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Ballester M. El moment actual de la sanitat privada a Catalunya: una anàlisi estratègica. I Fòrum de Professionals de la gestió sanitària de la Societat Catalana de Gestió Sanitària, 20 de setembre de 2021. Consultable a: <http://lagesioimporta.cat/arees/el-moment-actual-de-la-sanitat-privada-a-catalunya-una-analisi-estrategica/>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Moreno Torres I, Rodríguez Pérez N. Hospitals privats: anàlisi de concentració a Catalunya. Barcelona: Autoritat Catalana de la Competència; 2018. Consultable a: https://acco.gencat.cat/web/content/80_acco/documents/arxius/actuacions/20180605.1-estudi-hospitals-DEF-CAT.pdf. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Moreno Torres I, Abreu Alemán J. Hospitals privats: l'efecte de la concentració sobre els preus. Barcelona: Autoritat Catalana de la Competència; 2019. Consultable a: https://acco.gencat.cat/web/content/80_acco/documents/arxius/actuacions/20190520_estudi-hospitals_part_II_cat.pdf. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Enquesta d'assegurança lliure 2021-2022. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; 2022. Consultable a: <https://www.comb.cat/upload/Documents/9/6/9623.PDF>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Els professionals de la medicina privada posen nota al sector de les assegurances de salut. *COMB Revista del Col·legi de Metges de Barcelona*. 2022 Setembre;(163):7-10. Consultable a: <https://www.comb.cat/pdf/publicacions/revistaComb/RevistaCOMB163.pdf>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Pinilla J, López-Valcárcel BG. Income and wealth as determinants of voluntary private health insurance: empirical evidence in Spain, 2008-2014. *BMC Public Health*. 2020;20:1262. Consultable a: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09362-5>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Opinió de los ciudadanos. Barómetro sanitario 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad. Consultable a: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Pons J, Moreno V, Borrás J, Espinas J, Almazan C, Granados A. Open heart surgery in public and private practice. *J Health Serv Res Policy*. 1999 Apr;4(2):73-8.
- Grau JJ, Zanon G, Caso C, Gonzalez X, Rodriguez A, Caballero M, Biete A. Prognosis in women with breast cancer and private extra insurance coverage. *Ann Surg Oncol*. 2013 Sep;20(9):2822-7.
- Aznar L. La sanidad privada programa un 63% de cesáreas, el doble que la pública. *Crític*. 2 de maig de 2022. Consultable a: <https://www.elcritic.cat/investigacio/la-sanitat-privada-programa-un-63-de-les-cesaries-el-doble-que-la-publica-127472>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- FIVCAT.NET; estadística de la reproducció humana assistida a Catalunya, 2014. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. Consultable a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3115?locale-attribute=es>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- García Marco C. Las mutualidades de funcionarios y su modelo sanitario. *Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud*. GAPS. 2023;2:4. Consultable a: <https://revistas.uned.es/index.php/GAPS/article/view/37109>. Accés el 25 de setembre de 2024.

El propòsit de la convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya

Roser Fernández

Direcció General. La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials. Barcelona.

El propòsit de la convivència

En un moment marcat per la confrontació permanent, parlar de convivència és fonamental i perquè aquesta tingui valor, cal compartir propòsit. En aquest article es preten superar confusions sovint intencionades i prejudicis de valor, i obrir línies de reflexió i de treball per sumar i avançar plegats per fer front als reptes i oportunitats de futur, des del bon propòsit de la convivència entre el que és públic i el que és privat per a millorar la salut i el benestar de les persones.

Catalunya, referent històric de la convivència publicoprivada en el finançament i la provisió

Per tal de situar-nos a la realitat actual, i no anar-nos-en 100 anys enrere, partim del context que, des de 1986, a Espanya es va optar per un Sistema Nacional de Salut (SNS) de cobertura universal i gratuïta, que garanteix l'equitat d'accés a l'atenció sanitària.

En aquest context, un dels trets diferencials històrics del model sanitari català és la doble convivència pública i privada en el finançament i en la provisió.

Convivència en el finançament

Tal com recull Joan M. V. Pons en el seu article *La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya*¹, inclòs en aquesta mateixa publicació, a Catalunya conviuen el sistema públic de salut —el que és d'accés universal i gratuït per a tota la població— i el sistema privat de salut —de finançament privat i voluntari, sovint a través d'asseguradores. Són complementaris i, per això, per als que contracten una assegurança sanitària privada, en diem que tenen doble cobertura. Històricament, a Catalunya la doble cobertura s'ha situat entorn al 25%, mentre que la mitjana estatal era de 14,5%. Segurament

s'explica no només pel major poder adquisitiu relatiu sinó per l'existència de moltes mutualitats locals i sectorials amb fort arrelament a la classe mitjana.

Convivència en la provisió

El sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) és una xarxa mixta de provisió on hi ha entitats de diversa naturalesa jurídica, pública i privada, que històricament presten serveis de cobertura pública a tot el territori català. És una xarxa on conviu la gestió directa de serveis (Institut Català de la Salut [ICS]) i la gestió indirecta (els centres concertats). Aquesta xarxa concertada ha permès sumar al sistema públic de salut entitats d'excel·lència com Sant Joan de Déu, la Fundació Puigvert o l'Institut Guttmann, i a entitats de proximitat territorial com l'Hospital de Palamós, Althaia (Xarxa Assistencial Universitària de Manresa), la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla de Tarragona, etc., i no només hospitals, sinó també entitats de base associativa (EBA) en l'atenció primària o més del 85% de la xarxa sociosanitària i de salut mental del SISCAT.

A Catalunya, el 65% del SNS–SISCAT està concertat, mentre que a la resta de comunitats autònomes, pràcticament el 100% de l'SNS és de gestió directa per part de l'Administració. Aquesta realitat també té una raó històrica: la manca d'inversió en infraestructures de la Seguretat Social a Catalunya, que es va haver de suplir mitjançant la col·laboració de la societat civil i la integració, via concertació, al sistema públic de fundacions de base local, mutualitats i ordes religioses.

A la Taula 1 s'inclouen factors de contribució de valor dels atributs diferencials del model sanitari català, respecte de l'SNS.

Per tant, resumint, a Catalunya, si volem diferenciar sistema públic de salut i sistema privat de salut, hem de diferenciar SISCAT i no-SISCAT, respectivament. I dins de la xarxa del sistema públic de salut (SISCAT) hem de diferenciar la gestió directa de la gestió indirecta, l'ICS i els centres concertats, respectivament.

Dit això, i per passar de la descripció a la reflexió positiva, ens centrarem en quins són els nous paradigmes i dilemes del moment, i en les oportunitats de la convivència si compartim propòsit.

Correspondència: Roser Fernández
Direcció General
La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials
C/ València, 333 baixos
08009 Barcelona
Tel. 932 093 699
Adreça electrònica: direcciogeneral@uch.cat

TAULA 1. Diferències entre el model sanitari català i el Sistema Nacional de Salut

TRETS DIFERENCIALS			
Sistema descentralitzat i de proximitat territorial	Xarxa de provisió plural, estable i inclusiva	Governança pública del sistema centrada en les funcions de direcció del sistema	Organitzacions compromeses de govern i gestió professionalitzada
<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilitat a la cartera de serveis • Arrelament dels centres a la comunitat territorial • Participació ciutadana • Equilibri territorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitat d'innovació • Flexibilitat i agilitat en l'adaptació als canvis necessaris • Aprofitament dels recursos existents • Accés als centres d'excel·lència sense exclusions 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de qualitat basada en l'acreditació de tots els centres • Planificació que aglutina el compromís de tots amb les polítiques públiques • Cartera de serveis organitzada territorialment per arribar a tota la població amb criteris d'accés i qualitat • Contractació de serveis a partir de la planificació i comptant amb les potencialitats dels serveis que operen en el territori • Model de contraprestació econòmica que permet alinear objectius i amb incentius per orientar els serveis a resultats • Avaluació per millorar en resultats • Transparència i retiment de comptes a la societat, mitjançant la Central de Resultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicació de les polítiques públiques a través de les organitzacions amb objectius explícits i avaluable • Coherència amb els valors socials que fonamenten els models organitzatius del segle XXI i en línia amb la concepció europea de l'economia social • Actuació sota l'imperatiu ètic d'eficiència, qualitat i seguretat • Compromís social que incorpora els valors de la sostenibilitat i el respecte al medi ambient en un concepte ampli d'un model d'atenció ecològic, personalitzat i proper

Font: Pla Estratègic de La Unió 2022-2025

Per què es qüestiona actualment la convivència entre públic i privat del model sanitari català?

La convivència en el finançament

En l'actualitat, la doble cobertura es qüestiona perquè ha pujat. Segons l'article de Joan M. V. Pons¹, ha passat del 24,1% l'any 2013 al 31,9% el 2022, i va pujant. El dilema que es posa sobre la taula és que puja perquè ha empitjorat l'accessibilitat (l'listes d'espera) i la confiança en la sanitat pública, sobretot després de la covid-19, i no s'acaba de recuperar.

Certament, els que posem en valor un sistema públic de salut com a pilar estratègic d'un país que vol ser de progrés econòmic i cohesió social, no podem estar contents que el sistema privat creixi perquè el públic no funciona. Amb una de cada tres persones amb assegurança voluntària de salut, podem continuar parlant de sistema complementari o, de fet, ja estem en un sistema de dues velocitats?

Alhora, cal analitzar molt bé aquest impacte en el sistema sanitari privat, en volum i en casuística, per tal que aquest creixement no vagi en detriment dels factors diferencials que la població valora en un sistema sanitari

privat, que a Catalunya té un pes important i contribueix en la millora de la salut i el creixement econòmic.

La convivència en la provisió

Aquesta convivència actualment es qüestiona per raons fonamentalment populistes i demagògiques que tenen en el seu origen debats polititzats i mediatitzats. Es vol confondre intencionadament privatització amb concertació i defensar plans de reversió de la concertació per publicar les estructures de provisió del SISCAT, donant a entendre que si no són públiques i els seus professionals no són estatutaris o funcionaris no són aptes per a prestar un servei públic. I això, sense sustentar-ho amb dades, confonent a la població i sense preguntar-li si entén que prescindir de la concertació voldria dir que sortirien de la xarxa de la sanitat pública catalana institucions com l'Orde de Sant Joan de Déu, la Fundació Guttmann o els hospitals i centres d'atenció primària concertats i la xarxa sociosanitària i de salut mental de proximitat amb els que la població i els professionals tenen sentiment de pertinença a la sanitat pública.

El debat polític se centra en això més que en mirar com podem sumar per tal de millorar l'accessibilitat i enfortir

la contribució social del model de concertació des d'una bona governança pública, que reforci el requeriments de solvència, qualitat i compromís de servei públic de les entitats que treballen per a les xarxes públiques de provisió de serveis a les persones.

Aquests dilemes artificials i intencionats, per sort, no són tan insistents en els models de col·laboració publicoprivada en recerca i innovació, malgrat que tampoc avancem en marcs normatius estables i àgils que permetin optimitzar-ne els seus resultats.

En tot cas, es preveu una involució injustificada de la convivència publicoprivada, que ha fet del model sanitari català un model referent d'excel·lència i bons resultats.

Quins nous paradigmes i reptes actuals poden esdevenir oportunitat per a innovar en la convivència del sistema sanitari públic i el sistema sanitari privat?

Simplificadament, es poden agrupar en 4, i en tots i cadascun d'ells és important incorporar-hi les oportunitats i les exigències d'una bona convivència.

1) Finançament

Segons dades de l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE), tenim recorregut de millora pel que fa a la despesa sanitària per càpita (en dòlars segons paritat de compra) d'Espanya (4.086) i Catalunya (3.891), respecte a la mitjana de l'OCDE (4.715) i la Unió Europea (5.551).

Per tant, cal sumar en millora de finançament, tant pel que fa al percentatge de recursos pressupostaris que es destinen a la sanitat pública, com en situar la millora de la salut i el benestar personal en les prioritats de les persones. Sempre i quan la decisió d'anar al sistema privat de salut sigui voluntària, i no associada a problemes d'accessibilitat al sistema públic, podem acabar deduint que aquesta decisió pot contribuir a millorar precisament l'accés a les persones que volen accedir al sistema públic i contribuir a la millora de l'equitat.

Una altra dimensió de la convivència és que el sistema públic de salut compti amb un sistema privat de salut acreditat per a situacions de col·lapse crític del SISCAT, com va ser el cas de l'atenció a la covid-19, i que aquesta col·laboració sigui amb transparència de criteris i requeriments.

En aquest context de convivència i de sumar recursos de finançament públic i privat, normalment pensem més en l'oferta de serveis d'atenció especialitzada d'aguts (hospitals) o activitat diagnòstica i de rehabilitació, i no tant en la resta de línies com l'atenció primària i comunitària o l'atenció intermèdia o de salut mental. En aquestes altres línies, l'oferta per a la convivència és menor. No passa el

mateix en l'àmbit de l'atenció residencial o l'atenció domiciliària, on la cobertura pública és insuficient i l'oferta del sistema privat és més àmplia.

Per tal que aquesta convivència funcioni, és important garantir la qualitat en els dos sistemes de salut i fer que, per raons de seguretat i eficiència, els sistemes d'informació es parlin i es pugui incorporar la informació de l'activitat feta en el sistema privat a la història clínica compartida i a La Meva Salut.

2) Professionals

Certament, l'actual manca de professionals obliga a optimitzar tots els recursos disponibles.

Fins ara, la convivència de professionals entre sistema públic i sistema privat de salut era espontània i resolva diversos problemes. Per una banda, el professional rebia formació, feia recerca i renom al sistema públic de salut i el seu prestigi era valorat pel sistema privat, que el captava en règim de doble ocupació en el marc de la normativa de compatibilitats vigent. I era bo per a les dues parts: d'una banda, permetia ser més tolerant amb el nivell de retribucions baixes al sistema públic perquè es compensava amb el rendiment de l'activitat al sistema privat i, d'altra banda, el sistema privat podia comptar en la seva cartera amb prestigiosos professionals del sistema públic.

Què passa actualment? Que les noves generacions de professionals, lícitament, volen compatibilitzar la seva activitat professional amb la seva vida personal i, per tant, cerquen una única ocupació que els permeti fer-ho en les millors condicions, i ho poden fer perquè en determinades especialitats hi ha més demanda que oferta de professionals. Això acaba agreujant l'impacte de la manca de professionals en el conjunt del sistema. La pressió per a millorar les condicions laborals puja al sistema públic de salut i hi ha professionals que decideixen optar directament pel sistema privat i, alhora, el sistema privat no sempre pot comptar amb professionals d'alta expertesa que vulguin complementar la seva vida laboral en l'àmbit privat.

En aquests moments, la manca de professionals és un dels principals obstacles per a millorar les llistes d'espera, tant al sistema públic com al privat.

Aquesta és una realitat que cal tenir present. Cal ser innovadors en els models de convivència i col·laboració publicoprivats, amb aliances professionals a nivell territorial, i optimitzar els recursos disponibles, fent escolta activa de les expectatives dels professionals per tal de fidelitzar i captar talent.

En aquest context, també cal tenir en compte que bona part de la formació, la recerca i la innovació compten amb el suport de recursos públics i, per tant, també cal veure

com es pot objectivar un retorn just d'aquesta inversió al sistema públic de salut.

3) Transformacions assistencials i inversions necessàries

Estem en un moment ple de reptes, però també d'oportunitats, que ens exigeixen canvis transformacionals per la pròpia evolució del perfil de persones que atenem i pel canvi en els models d'atenció. L'abordatge d'aquestes transformacions ens porta a la globalització, a un abordatge més sistèmic, que també ens exigirà innovar en els espais i estratègies de convivència.

Dos exemples de transformacions globalitzadores:

- Una, la transformació assistencial, més centrada en procurar la salut i l'autonomia personal que en curar la malaltia i atendre la dependència. És una estratègia clau per a la sostenibilitat de qualsevol sistema de salut davant l'envelliment i el creixement de la cronicitat. Això vol dir actuar preventivament, en entorns comunitaris, en avançar en la integració efectiva de l'atenció sanitària i social, en acompanyar les persones en totes les etapes de la seva vida. Aquest model centrat en la persona és molt exigent en canvis organitzatius, perquè fins ara el ciutadà s'ha hagut d'adaptar a com nosaltres ens hem organitzat i, ara, el que volem dir és que hem de capgirar els models organitzatius actuals per adaptar-nos a aquest nou entorn i procurar les aliances estratègiques necessàries per garantir la continuïtat assistencial i interactuar globalment.
- Una altra, la transformació digital, les dades massives (el *big data*), la intel·ligència artificial, que ens permetran avançar cap a una atenció cada vegada més preventiva, predictiva, personalitzada, participativa i de proximitat. La inversió en aquest àmbit no coneix fronteres ni murs entre sistemes i, per tant, ens obliga a models d'innovació col·laborativa que sumin valor al voltant de la persona, avaluin resultats i comparteixin bones pràctiques. En aquest sentit cal celebrar l'aposta de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), de la Central de Resultats (CdR) i de la Fundació TIC Salut Social en projectes integradors de salut i socials, de sistema públic i privat.

4) Transformacions socials

Més enllà d'aquestes transformacions globalitzadores hi ha les transformacions socials associades a valors que també ens han d'acostar en aquesta convivència cap a un nou model de contracte social: la transformació ecològica i de compromís en la millora del medi ambient, l'aposta clara per a l'escolta activa al professional i al ciutadà en el marc d'un nou contracte social intergeneracional, el retorn de la bona gestió en el servei públic i el retiment de comptes a partir dels resultats, el de la corresponsabilitat individual i col·lectiva en la salut i el benestar, i la correcció de les desigualtats; un nou concepte de salut pública que vam tenir ben present durant la covid-19 i que hauríem de recordar i reivindicar.

Aquests canvis transformacionals són transversals, per al sistema públic i per al sistema privat, i la seva convivència col·laborativa ha d'enfortir al conjunt del sistema de salut del país.

El model sanitari català, un model històricament marcat per la convivència pública i privada, està ben preparat per fer front a aquests reptes i aprofitar les oportunitats si supera els debats populistes i centra la governança pública en tot allò que suma capacitats, qualitat i compromís al servei de la millora de la salut i el benestar de les persones. Catalunya ha de ser referent europeu de la convivència entorn un *hub* de recerca i innovació *bio*, tecnològica, assistencial i social a l'entorn de la salut; referent d'un país que aposta pel progrés econòmic i la cohesió social, que ha superat la confrontació entre economia productiva i economia social, i ha apostat per la seva convivència, deixant palès que sense creixement econòmic no hi ha recursos per redistribuir riquesa ni fer polítiques socials. El sector salut és el millor exemple d'aquesta convivència al servei de les persones.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Pons JMV. La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya. *Annals de Medicina*. 2024;107:146-153.

Sistema sanitari: sempre la mateixa solució no és una solució

Vicente Ortún Rubio

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES); Departament d'Economia i Empresa. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

Joan M. V. Pons ens regala una altra de les seves profundes i originals anàlisis. Aquest cop, sobre els sistemes sanitaris, públic i privat, a Catalunya¹. Arrenca amb una documentada caracterització de l'evolució i situació de l'assegurament i la provisió, pública i privada, i destaca l'anomalia de les mutualitats de funcionaris i la concentració moderada de l'oferta privada. Segueix, després de referir-se als professionals en la pràctica privada, establint els problemes d'accessibilitat al sistema públic com el principal determinant de l'expansió de l'assegurament privat, on l'absència d'atenció primària i comunitària, així com la incorporació acrítica de tecnologia poden ser disfuncionals. Una altra raó per la que el Departament de Salut pot estar interessat en conèixer l'activitat i els resultats de l'assegurament i la provisió privada és poder-los comparar, ajustant-la, com calgui, amb la pública, tant per assegurar un impacte favorable en la salut de la població com per a informar-la. Comparar comparables facilita l'elecció tant de la població com de les organitzacions sanitàries, ja que només hi ha una forma de fer les coses: com les fa qui millor les fa. La competència per comparació en qualitat no necessita mercats, comença —com Joan M. V. Pons escriu— quan “la provisió privada de serveis sanitaris entri dins dels sistemes d'informació de què disposa el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SIS-CAT), el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) (CMBD hospitalari amb els principals diagnòstics i procediments) i altres (CMBD d'atenció primària i urgències), garantint la qualitat de les dades i incorporant, especialment pel que fa a l'atenció hospitalària, la provisió sanitària privada a la Central de Resultats”.

L'article fa un resum molt acurat d'algunes comparacions entre el sistema públic i el privat. L'autor, coneixedor de la nostra història recent, com mostra l'esment a la derogació de la taxa sanitària a les entitats d'assegurança

lliure l'any 1997 (època Aznar-Pujol), conclou amb implicacions derivades de l'anàlisi prèvia. Sobre aquestes implicacions se centraran les línies que segueixen.

Necessitat i demanda

Normalment utilitzem el terme 'demanda' per referir-nos a la necessitat expressada en el benentès que un finançament públic permet atendre la necessitat clínica o sanitària. Aquest finançament públic arriba al 70% de la despesa sanitària a Catalunya, el 30% restant és finançament privat.

Existeix però, un concepte de demanda més acotat, econòmic, que defineix demanda com les quantitats d'un bé o servei que un consumidor està disposat a adquirir a diferents preus. Segons l'*Enquesta de Pressupostos Familiars 2023*, la despesa mitjana en sanitat de les persones situades al quintil més alt de la distribució de renda va ser de 1.122,15 €, xifra 8,34 cops més elevada que la despesa mitjana de les persones situades en el quintil inferior². Vol dir això que estan 8,34 cops més malats?

Bon sistema, mal pronòstic

Certament, el nostre percentatge de finançament públic és millorable, però no cal oblidar que el sistema sanitari espanyol obté uns resultats en les comparatives internacionals als que només estem acostumats en algun esport.

Efectivament, segons les dades de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, relatives a la mortalitat innecessàriament prematura, i sanitàriament o clínica evitables (la mesura que millor reflecteix els resultats d'un sistema sanitari i que, a més, s'ajusta a les diferents incidències de riscos que no són responsabilitat sanitària o clínica), Espanya destaca al món. Segons dades publicades a *The Lancet*³, el 2019 ocupàvem la sisena posició mundial, per darrera de Suïssa, Suècia, Noruega, Austràlia i Finlàndia. Amb dades de 2019, publicades l'any 2022⁴, passarem a la novena posició mundial per darrera dels ja esmentats més Holanda, Canadà i Irlanda (també més petits que Espanya) i per davant d'Itàlia, França, Alemanya, Estats Units d'Amèrica (EUA), etc. Quin és llavors el problema? El que senyala Joan M. V. Pons: no votaran per pagar els impostos necessaris pel manteniment de l'estat del benestar els qui no utilitzen les seves prestacions, fonamentalment les intenses en treball com la sanitat, educació, serveis socials i dependència. Mal pronòstic si no se soluciona la burocratització esclerosant i la politització.

Correspondència: Vicente Ortún Rubio
C/ Ramon Trias Fargas, 25, despatx 20.208.
08005 Barcelona
Tel. 935 422 728
Adreça electrònica: vicente.ortun@upf.edu

Desburocratització: gestió

Una gestió àgil i resolutiva és possible, com es va demostrar durant la pandèmia gràcies als estats d'alarma. La qualitat de la gestió —això de coordinar i motivar les persones per tal d'assolir els objectius d'una organització— no únicament se sap mesurar (*World Management Survey*) sinó que explica un terç de les diferències de productivitat entre països; aquesta productivitat, que a Espanya baixa des de començaments de segle, a diferència del que succeeix al món —excepte que el nostre món sigui per sempre el del *Mezzogiorno* europeu o el de la família legal francesa (amb Itàlia i Amèrica del Sud). La història condiona, crea una dependència de senda, però no determina a perpetuïtat. Suècia no ha estat tota la vida socialdemòcrata i alguna vegada la imposició ha estat progressiva als EUA.

Cal tant un mercat competitiu com un millor estat (no més estat) per abordar els tres problemes més importants als que s'enfronta la humanitat⁵: 1) Un planeta malalt, incompatible amb el benestar humà. 2) La conciliació del capitalisme, únic sistema existent, el govern d'uns quants, amb democràcia, el govern de tots, per tal que el terme capitalisme democràtic no sigui un oxímoron. La prosperitat compartida no deriva automàticament del canvi tecnològic, que sovint ha concentrat beneficis en unes poques mans. Cal canalitzar, per exemple, la intel·ligència artificial perquè complementi les habilitats dels humans —en lloc de substituir-les. 3) La desigualtat creixent des de la dècada de 1980, esmentada per Joan M. V. Pons, amenaça la democràcia, el creixement i el benestar. Aquesta conquesta de la humanitat, anomenada estat del benestar, té a Espanya la sanitat com a far.

La gestió pública sanitària a Espanya pot ser directa o indirecta; aquesta darrera, clarament en recessió i reduïda a Catalunya (fundacions, consorcis, entitats de base associativa [EBA]). La gestió privada amb finançament públic planteja problemes a la sanitat quan la finalitat és lucrativa, quelcom admès a les indústries biofarmacèutiques i d'equipament, però creadora de problemes en la mesura que la seva mètrica és la del retorn en recursos propis, no necessàriament alineat amb quantitat i qualitat de vida. La gestió privada sense finalitat lucrativa, en canvi, és la forma organitzativa sanitària modal al món.

Recursos humans en sanitat, un exemple de gestió lamentable

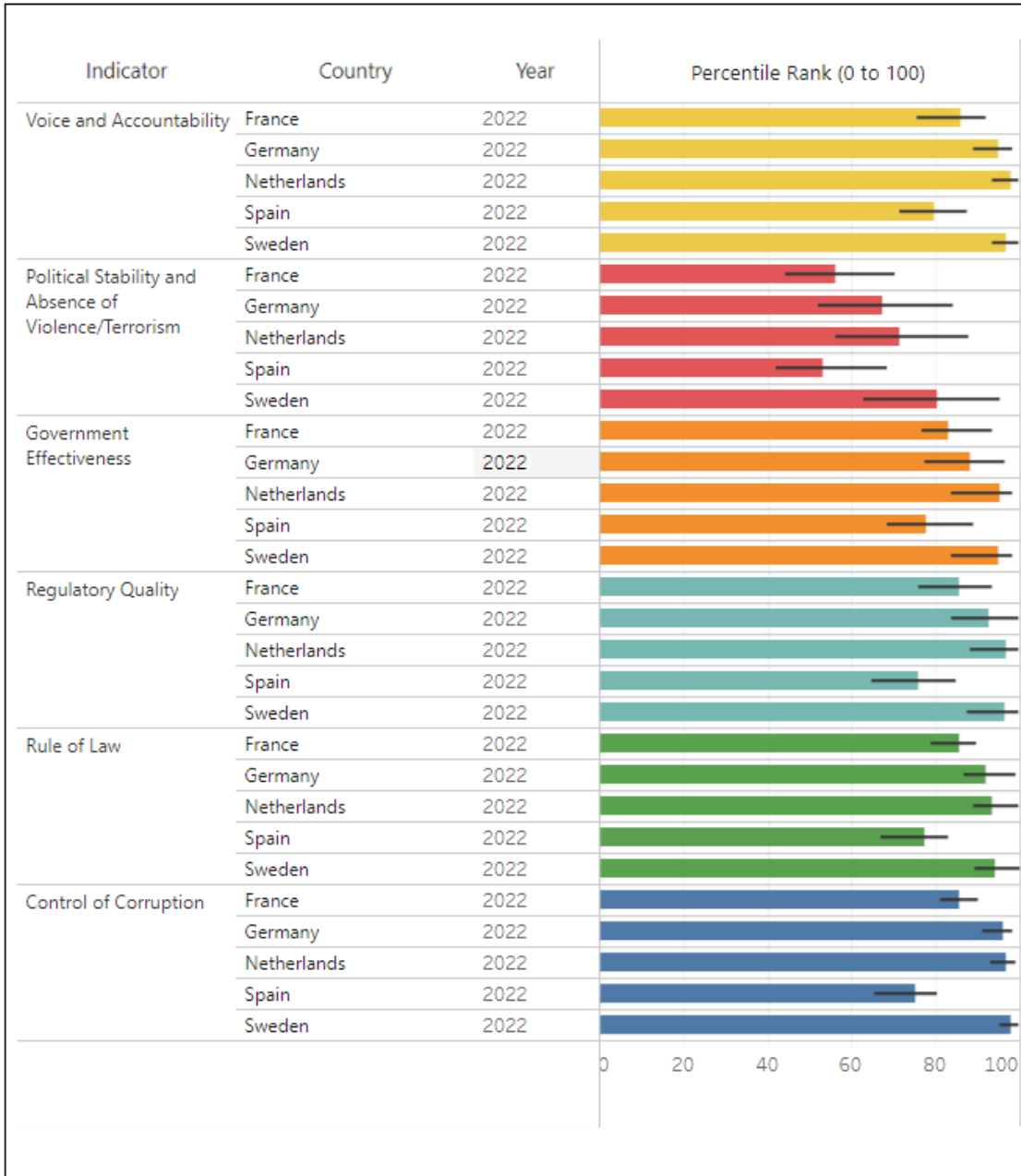
No hi ha cap dubte sobre la centralitat dels recursos humans (RH) en sanitat. Convé que siguin adequadament seleccionats, reclutats, retinguts, avaluats i incentivats en condicions d'igualtat, mèrit i capacitat. Res d'això està succeint; un símptoma pot ser que la prevalença de la síndrome d'esgotament professional (*burnout*) a Espanya,

que afecta un de cada quatre metges (entre el 15% i el 51% segons s'inclouin les tres dimensions del *Maslach Burnout Inventory* o se'n consideri només una⁶).

Com documenta Ricard Meneu⁷, l'administració —no es pot parlar de gestió— dels RH està delimitada per l'Estatut Marc i les seves normes i sentències de desenvolupament. Es tracta d'un instrument inadequat, com mostren resultats com ara el 50% de temporalitat o per incomplir les raons que justifiquen la seva existència: “que el seu règim jurídic s'adapti a les especials característiques de l'exercici de les professions sanitàries, així com a les peculiaritats organitzatives del Sistema Nacional de Salut”. Meneu⁷ recorda també que les seleccions de places es fan per ordre en la qualificació del procés concursal: s'elegeix entre totes les ofertes l'aspirant amb major puntuació i s'accepten els altres successivament segons l'ordre que van quedant. Pel que fa a la selecció segons l'aptitud per a determinades places, els processos selectius són més que cecs. Un dels ítems de més pes és el temps treballat: fins a gairebé 20 anys, mèrit merament dependent de l'edat i dels atzars de contractació; després, un 20% del màxim d'aquesta puntuació realment determinant se sol atorgar per certificat de l'idioma local, un altre 20% per doctorat, un 13% addicional per especialitat diferent de la que es concursa i un 7% per cada curs de 100 hores finançat i impartit per l'escola de formació del servei de salut (a despit dels seus continguts), etc. No és estrany que el sistema vigent fos definit per la Comissió Parlamentària per a la Reconstrucció Social i Econòmica com un “sistema de dilatats i conflictius concursos-oposicions massius i de periodicitat erràtica, amb correlat d'ocupació precària i arbitrarietat local a les cobertures temporals”.

Pel que fa a avaluació i incentivació, tampoc funciona la gestió pública directa tal com analitzen J. R. Repullo i J. M. Freire⁸: les retribucions variables en el model retributiu estatutari del Sistema Nacional de Salut no estan vinculades al bon exercici, sinó a compensar funcions i activitats complementàries. La cultura igualitària i la feblesa en la gestió autònoma i professionalitzada han desnaturalitzat o anul·lat les temptatives d'incentivació per l'exercici. L'escassa incentivació fa que la pràctica privada i els conflictes d'interès puguin erosionar la fidelització i dedicació dels professionals.

Quedaria l'esperança que sota la gestió pública indirecta, la de fundacions, consorcis i EBA —pràcticament reduïda a Catalunya—, permetés una gestió de sentit comú dels RH. Tampoc és així. La legislació bàsica introduïda en successives lleis d'acompanyament dels pressupostos —que afecta tot el personal— ha anat retallant aquestes capacitats tal com O. Pané i P. Gomar escriuen⁹.



Font: *Worldwide Governance Indicators*¹⁰. Aquesta figura mostra el rang percentil del país en cada indicador governamental. La classificació percentil indica el percentatge de països del món que tenen una taxa per sota del país seleccionat.

FIGURA 1. Indicadors mundials de qualitat de governança l'any 2022

Despolitització: governança

La governança es pot definir a grans trets com el conjunt de tradicions i institucions per les quals s'exerceix l'autoritat en un país. Això inclou el procés pel qual els governs són seleccionats, supervisats i substituïts; la capacitat del govern per formular i implementar polítiques sòlides de manera eficaç; i el respecte dels ciutadans i de l'estat per les institucions que regeixen l'economia, així com les interaccions socials entre ells. Els *Worldwide Governance Indicators*¹⁰ (Figura 1) mesuren sis grans dimensions de la governança: veu i responsabilitat, estabilitat política i absència de violència/terrorisme, efectivitat del govern, qualitat reguladora, estat de dret i control de la corrupció.

Una millor gestió pública requereix d'una millor política. Els directius, per exemple, no poder ser nomenaments polítics. No serà fàcil: en uns moments en què, com hem vist, cal un millor estat, per a alguns, la gestió pública és un oxímoron i, per a d'altres, fora del funcionariat no hi ha salvació. Mal assumpte. Està molt bé basar-se en la imparcialitat del dret, però cal fer-ho també en la gestió (efectivitat, eficiència) pública i privada.

Cada cop resulta més urgent la reforma, sempre pendent, de l'Administració pública. Alejandro Nieto, des de fa dècades, i Carl Dahlstron i Víctor Lapuente, més recentment, ho han argumentat amb molta claredat. Existeixen captures —polítiques, sindicals, corporatives— amb les que cal bregar; com sempre, radicalisme selectiu —evitar coalicions de bloqueig actuant sobre un front clau i reduït per generalitzar les innovacions que funcionin per difusió— i aliances. Per exemple, si és clar que convé canviar el perfil dels nous empleats públics, qui millor que els cossos d'elit per col·laborar en l'afany? Recordem que sempre hi ha el *grandfathering*: les noves regles s'apliquen a futur.

Què es pot fer?

Sanitat pública i sanitat privada, especialment sense finalitat lucrativa, poden complementar-se sota la transparència dels resultats que demana Joan M. V. Pons, sempre que no ens resignem al pronòstic d'estat de benestar per a pobres, tot respectant les decisions de despesa dels usuaris i les preferències dels governants escollits democràticament. Subscriu el que Joan M. V. Pons diu en aquest epígraf, afegint la desburocratització i despolitització analitzada en aquest article. Certament difícil, però, a vegades, per força els penegen, i Europa i les circumstàncies internacionals obliguen. Revertir la tendència cap a un pobre sistema sanitari suposa acceptar que un servidor públic no sempre cal que sigui un funcionari públic; la personalitat pròpia de les organitzacions sanitàries, amb autonomia i responsabilitat, fa que puguin funcionar amb un sistema de competència per comparació en qualitat. Es tracta d'anivellar el terreny de joc, de compartir les potes del trípede organitzatiu: objectius públicament establerts, incentius i

avaluació/rendició de comptes. La legalitat obliga tothom, però també l'efectivitat, especialment quan aquesta és la diferència en la salut que aconseguix la ciutadania.

El sistema sanitari, la joia del país —gràcies en gran part a la qualitat dels seus RH—, no tan sols mereix que les seves potencialitats siguin alliberades, sinó que pot liderar l'imprescindible augment de la capacitat resolutiva, que assegura el seu impacte en el benestar social, així com plasmar en propietat intel·lectual la seva capacitat investigadora i innovadora amb el conseqüent impacte en la millora de la productivitat.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Pons JMV. La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya. *Annals de Medicina*. 2024;107: 146-153.
2. INE. Nivel, calidad y condiciones de vida. Encuesta de presupuestos familiares 2023. Consultable a: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=49144#_tabs-tabla. Accés el 28 de setembre de 2024.
3. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017 Jul 15;390(10091):231-66.
4. GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Glob Health*. 2022 Dec;10(12):e1715-43.
5. Negrín MA, Ortún V. Gestión de recursos humanos en sanidad. Vías de avance consensuables. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit*. 2024;38 Suppl 1:102394. Consultable a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-gestion-recursos-humanos-sanidad-vias-articulo-S0213911124000414>. Accés el 28 de setembre de 2024.
6. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaquero-Cepeda P, Catalá-López F. Prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Gac Sanit*. 2024 Apr 2; S0213-9111(24)00031-1. Consultable a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384>. Accés el 28 de setembre de 2024.
7. Meneu R. Reclutamiento, selección y retención de profesionales en servicios de salud de gestión directa. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit*. 2024;38 Supl 1:102381. Consultable a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911124000281>. Accés el 28 de setembre de 2024.
8. Repullo Labrador JR, Freire Campo JM. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 2: el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit*. 2024;38 Supl 1:102368. Consultable a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-evaluacion-del-rendimiento-compensacion-centros-articulo-S0213911124000153>. Accés el 28 de setembre de 2024.
9. Pané Mena O, Gomar Sánchez P. Captación, selección y retención de profesionales sanitarios en entidades de gestión indirecta y de gestión privada. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit*. 2024;38 Supl 1:102392. Consultable a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-captacion-seleccion-retencion-profesionales-sanitarios-articulo-S0213911124000396>. Accés el 28 de setembre de 2024.
10. Kaufmann D, Kraay A. *Worldwide Governance Indicators*, 2023 Update. Consultable a: www.govindicators.org. Accés el 31 d'octubre de 2024.

La millora de l'extracció de mostres de sang: un aspecte de seguretat del pacient

Elisabeth González-Lao¹, Beatriz Urrutia Casado¹, Carme Varo Albala¹, Ana Claudia Pereira de Oliveira^{2,3}, Joan Castelló Agustí^{2,4}, Silvia Gamarra Maza^{2,5}, Tere Rodríguez Martín^{2,6}, Sonia Rastroero Prades^{2,7}, Anna Villegas Castillo^{2,8}, Anna Vilalta Freixa^{2,9}, Carme García Sánchez², Laura García González^{1, 10}

¹Departament de Qualitat i Seguretat del Pacient. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa; ²Atenció Primària. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa; ³Centre d'Atenció Primària Sant Genís. Rubí; ⁴Centre d'Atenció Primària Anton Borja. Rubí; ⁵Centre d'Atenció Primària Sant Llützer. Terrassa; ⁶Centre d'Atenció Primària Can Roca. Terrassa; ⁷Centre d'Atenció Primària Terrassa Nord. Terrassa; ⁸Centre d'Atenció Primària Terrassa Est. Terrassa; ⁹Centre d'Atenció Primària Matadepera. Matadepera; ¹⁰Servei d'Extraccions de l'Hospital Universitari de Terrassa. Terrassa.

Introducció

La medicina de laboratori té un impacte important en l'atenció sanitària. S'estima que entre el 60% i el 70% de les decisions clíniques estan basades en resultats del laboratori clínic¹.

Els incidents que es produeixen en qualsevol fase del laboratori clínic, des de la sol·licitud de magnituds fins a l'emissió i la correcta interpretació del resultat, poden tenir una repercussió en la seguretat del pacient i ocasionar un error o retard en el diagnòstic, problemes derivats en el tractament, un monitoratge incorrecte de la malaltia o una inadequació de les proves diagnòstiques.

L'Estudi nacional dels efectes (o esdeveniments) adversos lligats a l'hospitalització (ENEAS - <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/eneas.htm>), ja feia referència al fet que els esdeveniments adversos relacionats amb el diagnòstic o amb les proves diagnòstiques suposen el 2,75% i són evitables en el 84,2% dels casos.

Diversos estudis estimen que els incidents en la fase preanalítica representen aproximadament del 46% al 68% dels incidents relacionats amb el laboratori clínic, i és la que representa un risc major d'incidentes que poden afectar la seguretat del pacient².

L'extracció de mostres de sang és el procediment invasiu més habitual en l'atenció sanitària. Els incidents que ocorren en la fase preanalítica (des de la sol·licitud de la petició de magnituds fins a la recepció i la preparació de

la mostra pel processament analític al laboratori clínic), poden perjudicar la qualitat i les característiques de la mostra o modificar els resultats finals de les magnituds³.

El Consorci Sanitari de Terrassa (CST), incorpora dintre del seu sistema d'avaluació de la qualitat, la implementació d'una llista de comprovació (*checklist*) observacional, amb objectius per a la millora del procediment d'extraccions de mostres de sang venosa (Figura 1).

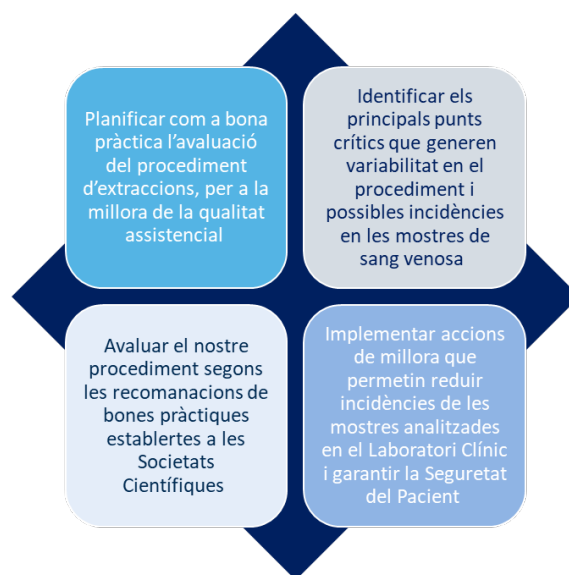


FIGURA 1. Objectius de la millora del procediment d'extraccions de sang venosa del Consorci Sanitari de Terrassa

Metodologia

Es va dur a terme un projecte inicial observacional durant l'últim trimestre del 2023 i el primer trimestre de 2024, en les consultes d'extraccions dels vuit centres d'atenció primària (CAP), que formen part del CST, a partir del formulari per a l'auditoria del procediment d'extraccions de sang venosa, segons el document *Joint EFLM-COLABIOCLI recommendation for venous blood sampling*⁴. Es van ava-

Correspondència: Elisabet González Lao
Direcció de Qualitat i Seguretat del Pacient
Consorci Sanitari de Terrassa
Ctra. de Torrebonica, s/n
08221 Terrassa
Tel. 937 310 007 (ext. 1885)
Adreça electrònica: egonzalez@cst.cat

luar 18 ítems establerts en la fase prèvia a les extraccions (ítems 1-4), durant l'extracció (ítems 5-17) i posterior a l'extracció (ítem 18) (Taula 1). El formulari emprat ha permès observar si es complia o no cadascun dels ítems per a tres extraccions (identificades per avaluar posteriorment l'impacte del seu resultat) fetes per un mateix professional d'infermeria. En cada formulari es va identificar el centre i el dia de l'observació.

També es va incorporar un apartat d'observacions i comentaris, per valorar aspectes qualitius o de millora.

Resultats

Es van realitzar 143 observacions entre els vuit CAP; això representa aproximadament l'1,5% del total d'extraccions en el període avaluat. Van participar 41 professionals d'infermeria en les diferents observacions realitzades a tots els centres.

Un cop analitzades les dades dels 18 ítems definits, destacaren els següents resultats: tots els professionals observats van realitzar la identificació activa amb el nom complet i els dos cognoms, però no amb la data de naixement, o es va verificar amb el document d'identitat o la targeta d'identificació sanitària. Per a una identificació correcta és necessari, com a mínim, el nom del pacient i la data de naixement, i preferiblement un identificador

adicional com podria ser la targeta sanitària individual o el document nacional d'identitat.

En el 77% de les observacions, la identificació de mostres dels tubs no es va realitzar davant de l'usuari: no es va evidenciar la correcta correlació entre la identificació de les mostres.

En el 75% dels casos observats es va veure que es preguntava a l'usuari si havia realitzat la correcta preparació per a l'extracció, depenent de les magnituds sol·licitades, per evitar resultats erronis vinculats a la condició de l'usuari en el moment de l'extracció.

Els resultats observats relacionats amb el torniquet i l'homogeneïtzació de les mostres no complien amb les recomanacions. Aquests aspectes són crítics en la qualitat de les mostres (per exemple, hemòlisi) i els resultats de les magnituds sol·licitades.

Pel que fa a la part final de l'extracció, gairebé el 100% dels professionals va actuar de la mateixa manera, activant el sistema de seguretat de les agulles, rebutjant el material punxant immediatament al contenidor i col·locant una gasa neta sobre el punt de punció.

Finalment, en les indicacions abans d'acomiar l'usuari, menys de la meitat dels professionals no va especificar la importància de fer pressió sobre el punt de

TAULA 1. Formulari emprat en l'auditoria del procediment d'extraccions de sang venosa, adaptat al català

Pregunta	Sí (%)	No (%)
1. L'extractor va identificar correctament el pacient?	0,00	100,00
2. L'extractor va verificar que el pacient està en dejú i preparat adequadament per a l'extracció?	75,52	24,48
3. L'extractor va preparar el material necessari abans de l'extracció?	98,60	1,40
4. Els tubs es van etiquetar en presència del pacient?	23,08	76,92
5. L'extractor es va posar un parell de guants nous?	81,82	18,18
6. El torniquet es va col·locar quatre dits (10 cm) per sobre del lloc de venopunció?	97,20	2,80
7. Es va seleccionar un lloc de venopunció adequat d'acord amb la pràctica recomanada?	100,00	0,00
8. El lloc de venopunció es va netejar correctament i no es va tocar després d'haver-lo netejat?	46,85	53,15
9. L'extractor va deixar anar el torniquet quan va començar el flux sanguini?	22,38	77,62
10. El primer tub (i tots els tubs posteriors) van ser invertits immediatament, una vegada, amb suavitat?	76,92	23,08
11. L'extractor va seguir l'ordre correcte d'extracció de tubs?	93,71	6,29
12. El dispositiu de seguretat en el sistema d'extracció de sang es va activar immediatament?	95,80	4,20
13. L'agulla/sistema d'extracció es va rebutjar de manera immediata i segura?	100,00	0,00
14. L'extractor va col·locar una gasa neta sobre el lloc de venopunció?	100,00	0,00
15. Es va indicar al pacient que apliqués pressió fins que el sagnat es detingués i que no doblegués braç?	46,15	53,85
16. Es van homogeneïtzar tots els tubs de mostra invertint els tubs quatre vegades més?	32,87	67,13
17. L'extractor es va treure els guants quan va finalitzar l'extracció?	77,62	22,38
18. Se li va aconsellar al pacient que descansés durant cinc minuts per assegurar-se que el sagnat s'havia detingut abans d'abandonar la unitat d'extraccions?	25,17	74,83

punció sense doblegar el braç; però, en canvi, sí que van indicar que esperessin cinc minuts a la sala d'espera abans de marxar.

A la Taula 1 es presenta un resum dels resultats, segons la distribució de cada ítem avaluat.

Discussió

Els resultats d'aquestes observacions inicials evidencien que existeix una gran variabilitat en el procediment d'extracció i que el compliment, com a bona pràctica, de les recomanacions definides per la *Joint EFLM-COLABIOCLI recommendation for venous blood sampling*⁴ és baix.

Els ítems que indiquen un major risc d'error són: la correcta identificació activa dels usuaris, etiquetar els tubs en presència de l'usuari per afavorir la correcta identificació amb l'usuari, deixar anar el torniquet quan el flux sanguini omple el primer tub, homogeneïtzar les mostres per tenir una correcta retracció del coàgul o de contacte amb el anticoagulant, i recomanar a l'usuari que descansi cinc minuts després del procediment d'extracció de sang venosa.

L'incompliment de la correcta identificació activa és un aspecte clau, per evitar errors d'identificació de les sol·licituds d'analítiques. S'observa una alta incidència d'errors en l'ús del torniquet, indicats per l'aplicació prolongada en l'extracció, que poden influir en l'hemòlisi de les mostres.

Alguns dels factors de risc identificats com a crítics s'han identificat també en altres estudis europeus actuals⁵, tot i que es recomana implementar aquestes observacions com una bona pràctica.

Conclusió

S'evidencien deficiències significatives en l'estandardització del procediment d'extracció de sang venosa, que poden donar resultats erronis en les analítiques clíniques.

Amb l'objectiu de reduir la variabilitat i les possibles incidències en les mostres, s'han iniciat accions immediates amb els professionals d'infermeria dels nostres CAP i el Departament de Qualitat i Seguretat del Pacient del CST.

Les accions consisteixen en fomentar la formació en bones pràctiques del procediment d'extracció de sang venosa i els coneixements en el procés preanalític del laboratori clínic, així com el seu impacte en la seguretat del pacient. Com a primera acció s'ha fet una sessió amb els professionals implicats, per explicar els resultats i fer el qüestionari d'autoavaluació de coneixements indicat al material complementari de la *Joint EFLM-COLABIOCLI recommendation for venous blood sampling*⁴. La segona acció ha consistit en crear una infografia per als professionals i una càpsula audiovisual, on s'indica el procediment seguint les recomanacions (Figures 2 i 3).


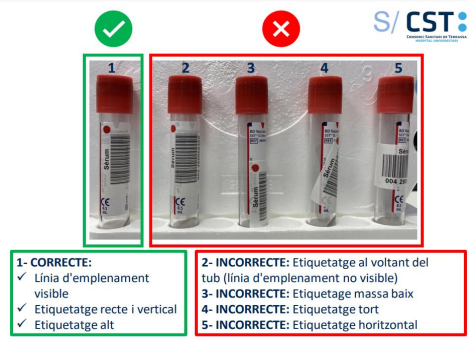





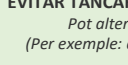






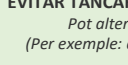

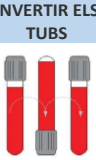





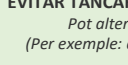





ABANS DE L'EXTRACCIÓ		DURANT L'EXTRACCIÓ	DESPRÉS DE L'EXTRACCIÓ															
IDENTIFICAR 	IDENTIFICACIÓ ACTIVA Nom, cognoms i data de naixement, comprovat amb DNI, targeta sanitària, HC o braçalet d'identificació. ETIQUETAR MOSTRES EN VERTICAL I DAVANT DEL PACIENT i/o comprovar que coincideixen les dades. <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div style="border: 1px solid green; padding: 2px;"> 1- CORRECTE: ✓ Línia d'emplenament visible ✓ Etiquetatge recte i vertical ✓ Etiquetatge alt </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> 2- INCORRECTE: Etiquetatge al voltant del tub (línia d'emplenament no visible) 3- INCORRECTE: Etiquetatge massa baix 4- INCORRECTE: Etiquetatge tort 5- INCORRECTE: Etiquetatge horitzontal </div> </div>	SISTEMA DE BUIT AMB ADAPTADOR Agulla i xeringa només en casos excepcionals ORDRE RECOMANAT <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr><td></td><td>1. Tub per a hemocultiu</td></tr> <tr><td></td><td>2. Tub de citrat</td></tr> <tr><td></td><td>3. Tub sense anticoagulant o amb activador de coàgul</td></tr> <tr><td></td><td>4. Tub d'heparina</td></tr> <tr><td></td><td>5. Tub d'EDTA</td></tr> <tr><td></td><td>6. Tub amb inhibidor de la glucòlisi</td></tr> <tr><td></td><td>7. Altres tubs. Ex: gasometria venosa</td></tr> </table>		1. Tub per a hemocultiu		2. Tub de citrat		3. Tub sense anticoagulant o amb activador de coàgul		4. Tub d'heparina		5. Tub d'EDTA		6. Tub amb inhibidor de la glucòlisi		7. Altres tubs. Ex: gasometria venosa	INVERTIR ELS TUBS 	REGLA DEL 1+4 1 vegada mínim després de l'extracció + 4 vegades en finalitzar tots els tubs
	1. Tub per a hemocultiu																	
	2. Tub de citrat																	
	3. Tub sense anticoagulant o amb activador de coàgul																	
	4. Tub d'heparina																	
	5. Tub d'EDTA																	
	6. Tub amb inhibidor de la glucòlisi																	
	7. Altres tubs. Ex: gasometria venosa																	
PREPARAR EL PACIENT	VERIFICAR LA PREPARACIÓ PER LES PROVES DEMANADES Per exemple: DEJÚ (mínim 6 h), dieta, activitat física, etc.	EVITAR TANCAR LA MÀ AMB FORÇA Pot alterar els resultats (Per exemple: augment del potassi)	REBUTJAR L'AGULLA 	ACTIVAR EL SISTEMA DE SEGURETAT Sempre amb una superfície dura CONTENIDOR D'OBJECTES PUNXANTS														
PREPARAR EL MATERIAL 	RENTAT DE MANS I ÚS DE GUANTS DISPOSAR DE TOT EL MATERIAL ABANS DE LA PUNCIÓ		COBRIR I PRESSIONAR EL PUNT DE PUNCIÓ	RECOMANAR PRESSIONAR 5 MINUTS SENSE DOBLEGAR EL BRAÇ En cas de no poder ho ha de fer algú extern o una pinça d'hemostàsia														
TORNIQUET 	DEIXAR ANAR QUAN LA SANG COMENCI A ENTRAR AL TUB SENSE ANTICOAGULANT Evitar el seu ús sempre que es pugui i deixar-lo posat màxim 1 minut																	
PUNT DE PUNCIÓ 	FOSSA CUBITAL Alternativa: dors de la mà EVITAR: hematomes, i/o EEII amb braçalet vermell (mastectomia, FAVI, etc.)																	



FIGURA 2. Infografia del procediment d'extracció



FIGURA 3. Codi QR per accedir a la càpsula audiovisual del procediment d'extraccions (Consorti Sanitari de Terrassa)

Actualment se segueix treballant en incrementar les observacions com una bona pràctica de seguretat del pacient.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Forsman RW. Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations? *Clin Chem*. 1996;42:813-6.
2. Alcántara JC, Alharbi B, Almotairi Y, Alam MJ, Muddathir ARM, Alshaghdali K. Analysis of preanalytical errors in a clinical chemistry laboratory: A 2-year study. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(27):e29853. doi: 10.1097/MD.0000000000029853.
3. World Health Organization. WHO guidelines on drawing blood. Consultable a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599221>. Accés l'11 de gener de 2013.
4. Simundic AM, Bölenius K, Cadamuro J, Church S, Cornes MP, van Dongen-Lases EC et al; Working Group for Preanalytical Phase (WG-PRE), of the European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) and Latin American Working Group for Preanalytical Phase (WG-PRE-LATAM) of the Latin America Confederation of Clinical Biochemistry (COLABIOCLI). Joint EFLM-COLABIOCLI recommendation for venous blood sampling. *Clin Chem Lab Med*. 2018 Nov 27;56(12):2015-38. doi: 10.1515/cclm-2018-0602.
5. Stonys R, Vitkus D. A survey on the practice of phlebotomy in Lithuania and adherence to the EFLM-COLABIOCLI recommendations: continuous training and clear standard operating procedures as tools for better quality. *Biochem Med (Zagreb)*. 2024 Jun 15;34(2):020702. doi: 10.11613/BM.2024.020702.

S'avalua l'impacte de les accions conjuntes (*joint actions*) del programa de salut de la Comissió Europea? Reflexions a partir de l'evidència disponible

José María Castellano-García^{1,2}, Mireia Espallargues^{1,3}, Vicky Serra-Sutton^{1,4}

¹Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Departament de Salut de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Barcelona;

²Departament de Ciències Polítiques i Socials. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona; ³Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPSS); ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Introducció

Les accions conjuntes en salut, més conegudes com a *joint actions* (JA), són iniciatives finançades per la Comissió Europea (CE) que tenen un objectiu clar: unir esforços entre diferents països per assolir metes comunes en salut. Aquestes accions no només busquen millorar la qualitat de l'atenció i de les estratègies preventives i de promoció en salut, sinó també promoure la transferència del coneixement i l'impacte de línies prioritàries de les polítiques a escala europea. Les seves àrees d'actuació són molt diverses i abasten des de la prevenció de malalties infeccioses fins a la salut mental i neurocognitiva (com per exemple, *JA in dementia*)¹ i les malalties cròniques (CHRODIS² i CHRODIS PLUS³), així com l'atenció sanitària integrada (JADECARE) o, més recentment, la implementació de models d'atenció innovadors en l'atenció primària (CIRCE), entre d'altres en què l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) ha participat.

En els darrers anys, atès el creixement de la complexitat en els entorns socials, econòmics i polítics, amb un elevat envelliment de la població i dependència, es fa cada cop més necessari que els governs mostrin que les seves decisions i programes estan basats en la millor evidència disponible^{4,5}. Alhora, l'avaluació de polítiques públiques té el potencial de millorar la rendició de comptes i la transparència envers la ciutadania (OCDE 2020)⁶, i d'aplicar intervencions efectives, eficients i equitatives. Les JA han tingut un paper crucial en fomentar la cooperació entre

països i la coordinació de polítiques a través d'un objectiu compartit. No obstant això, la seva influència en les polítiques públiques i, sobretot, l'impacte en l'atenció i les intervencions en l'àmbit local dels estats membres no sempre són immediats, directes i fàcils de demostrar. Això es deu, en part, a la complexitat de mesurar el seu impacte i la varietat de contextos locals on s'apliquen.

Un dels reptes principals per a l'avaluació de l'acompliment dels objectius d'aquests projectes de JA i del seu impacte és la diferència entre la lògica dels projectes d'investigació, la implementació de bones pràctiques en el món real i el desplegament de polítiques de salut i/o socials. A més, la gran variabilitat dels contextos locals, la manca de recursos un cop finalitzada la JA i la dificultat per obtenir dades robustes, són factors que dificulten la mesura del seu impacte en termes de modificar l'atenció, les estratègies preventives o l'estat de salut de la població. A això s'afegeix la complexitat de distingir entre les accions i els resultats, així com les limitacions de temps per avaluar els efectes a mitjà i llarg termini.

En aquest context, la varietat de marcs d'avaluació disponibles esdevé un altre desafiament. Kuruvilla *et al.*⁷, Olivier *et al.*⁸ i l'Escola Internacional de l'Avaluació de l'Impacte de la Recerca (ISRIA)⁹ han identificat diversos enfocaments, que van des d'aquells que es basen en resultats (com la reducció de la mortalitat o la millora en l'estat de salut) fins a enfocaments participatius que involucren pacients, professionals sanitaris i altres actors comunitaris en el procés d'avaluació per fomentar el coneixement sobre el maneig d'un problema determinat. L'enfocament de Kuruvilla i col·ls.⁷ és útil en aquest context de JA perquè classifica els impactes en quatre grups: impactes en la recerca (*research-based impacts*), impactes en les polítiques (*policy-based impacts*), impactes en salut (*healthcare impacts*) i impactes en la societat (*societal impacts*) i, a més, proposa un conjunt d'indicadors per fer l'avaluació i seguiment dels diferents impactes a què es refereix cada tipus.

Correspondència: José María Castellano-García
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS)
Carrer d'Aragó, 330-332
08009 Barcelona
Tel. 935 513 900
Adreça electrònica: josemariacastellano@gencat.cat
Pàgina web <http://aquas.gencat.cat>

Aquest article busca respondre a dues preguntes fonamentals:

- 1) Quins marcs conceptuals i metodològics s'utilitzen amb més freqüència per a mesurar l'impacte de les JA en el programa de salut de la CE?
- 2) Quins factors faciliten o dificulten l'avaluació d'aquest impacte?

Els objectius han estat:

- 1) Analitzar l'estat de la literatura sobre els enfocaments d'avaluació d'impacte d'aquestes iniciatives i identificar els més comuns.
- 2) Determinar quins factors afavoreixen o obstaculitzen l'avaluació de l'impacte de les JA.

Metodologia

Per dur a terme aquest estudi, s'ha realitzat una revisió de l'abast (*scoping review*) basada en l'aproximació de l'Institut Joanna Briggs i seguint el protocol PRISMA-ScR 2020.

La cerca sistemàtica es va realitzar el 7 de juny de 2023. Es va dur a terme una cerca exhaustiva a *PubMed* amb els termes següents: "Joint Action"[tiab] AND (EU[tiab] OR Europ[tiab])**.

En aquesta revisió s'han aplicat uns criteris d'inclusió i exclusió establerts. Es van considerar les publicacions que abordaven JA amb avaluacions d'impacte i finançades pel Programa de Salut. Es van incloure tots els articles publicats fins al 7 de juny de 2023, tant de fonts d'investigació primària com secundària, així com literatura grisa. Es van acceptar els articles publicats en anglès, castellà i català.

En paral·lel, donat que les JA es publiquen habitualment als llocs web dels mateixos projectes i que, per la seva naturalesa, no sempre es publiquen informes d'impacte com a articles acadèmics, es va dur a terme una cerca específica a la base de dades de projectes europeus de l'Agència Executiva Digital i de Salut Europea (European Health and Digital Executive Agency [HaDEA]) de 2009 al 2023, així com la consulta de referències *ad hoc* disponibles al grup de treball.

Les publicacions seleccionades es van analitzar per entendre millor les conseqüències d'aquestes iniciatives en alguna millora de l'àmbit de la salut. Per a cada iniciativa es van examinar diversos aspectes com el títol del projecte, el resum executiu, la temàtica o malaltia, els autors/es, el període del projecte, la data de publicació, els objectius, els marcs d'avaluació d'impacte, les metodologies utilitzades, el nombre d'observacions i l'impacte dels articles (si n'hi havia). Addicionalment, en el cas dels informes de la base de dades d'HaDEA també es van considerar les reflexions sobre factors facilitadors i obstaculitzadors per dur a terme una avaluació d'impacte. Cal destacar que, en els primers deu projectes, fins a l'any 2016, la documentació no es presentava en paquets de treball, cosa que va requerir cercar informació en pàgines web oficials dels projectes.

No obstant això, a partir de 2017 es va començar a presentar la documentació de manera més estructurada en paquets de treball (incloent-ne un per a l'avaluació de les JA i versions *layman* per al públic general), facilitant així la classificació i l'anàlisi de les iniciatives identificades i la metodologia aplicada.

Resultats

A la cerca a *PubMed* i a pàgines web de portals oficials (HaDEA) es van identificar 221 publicacions úniques. Després de revisar els resums i les paraules clau vinculades, es van aplicar criteris per a seleccionar els que complien els criteris d'inclusió. Així, es van eliminar 84 resums que mencionaven "joint" o "action" però no estaven relacionats amb les JA de la CE. També es van descartar 110 resums centrats en aspectes molt específics dels projectes sense tractar l'impacte directament. Finalment, es van seleccionar 27 documents que proporcionaven informació útil sobre l'impacte de les JA en el programa de salut de la CE i de la base de dades d'HaDEA des de 2009 a 2023 (13 publicacions procedents de *PubMed* i 14 informes procedents de la base de dades d'HaDEA). (Figura 1)

A continuació es presenten els resultats en funció de les preguntes prèviament formulades:

Pregunta 1: Quins són els marcs conceptuals i metodològics més utilitzats per mesurar l'impacte de les JA en el programa de salut de la CE?

S'ha identificat que els marcs conceptuals més comuns per mesurar l'impacte de les JA són la teoria del canvi, l'anàlisi del marc lògic i l'avaluació de l'impacte en salut (*health impact assessment* [HIA]) (Taula 1).

Quant a les metodologies emprades per a l'avaluació d'impacte, dels resultats obtinguts es desprèn que els mètodes més utilitzats per mesurar l'impacte són els qüestionaris, les enquestes i les tècniques Delphi per consensuar elements clau i projectar els impactes esperats. A aquests mètodes els segueixen reunions amb experts, grups de discussió i diàlegs polítics, així com l'anàlisi de la literatura i la revisió de casos d'estudi (Taula 2).

Pregunta 2: Quins aspectes faciliten o obstaculitzen l'avaluació de l'impacte de les JA dins del programa de salut de la CE?

Els factors que més faciliten l'avaluació de l'impacte de les JA mencionades són, d'una banda, l'establiment de marcs d'avaluació clars i la cooperació amb experts i, d'altra banda, la coordinació entre els actors d'interès (*stakeholders*) implicats (Taula 3).

En canvi, els factors que sovint es mencionen i que dificulten l'avaluació d'impacte i la implementació real dels canvis són les diferències d'infraestructures i de sistema de salut i la resistència al canvi, així com la manca d'implicació de les parts interessades (Taula 4).

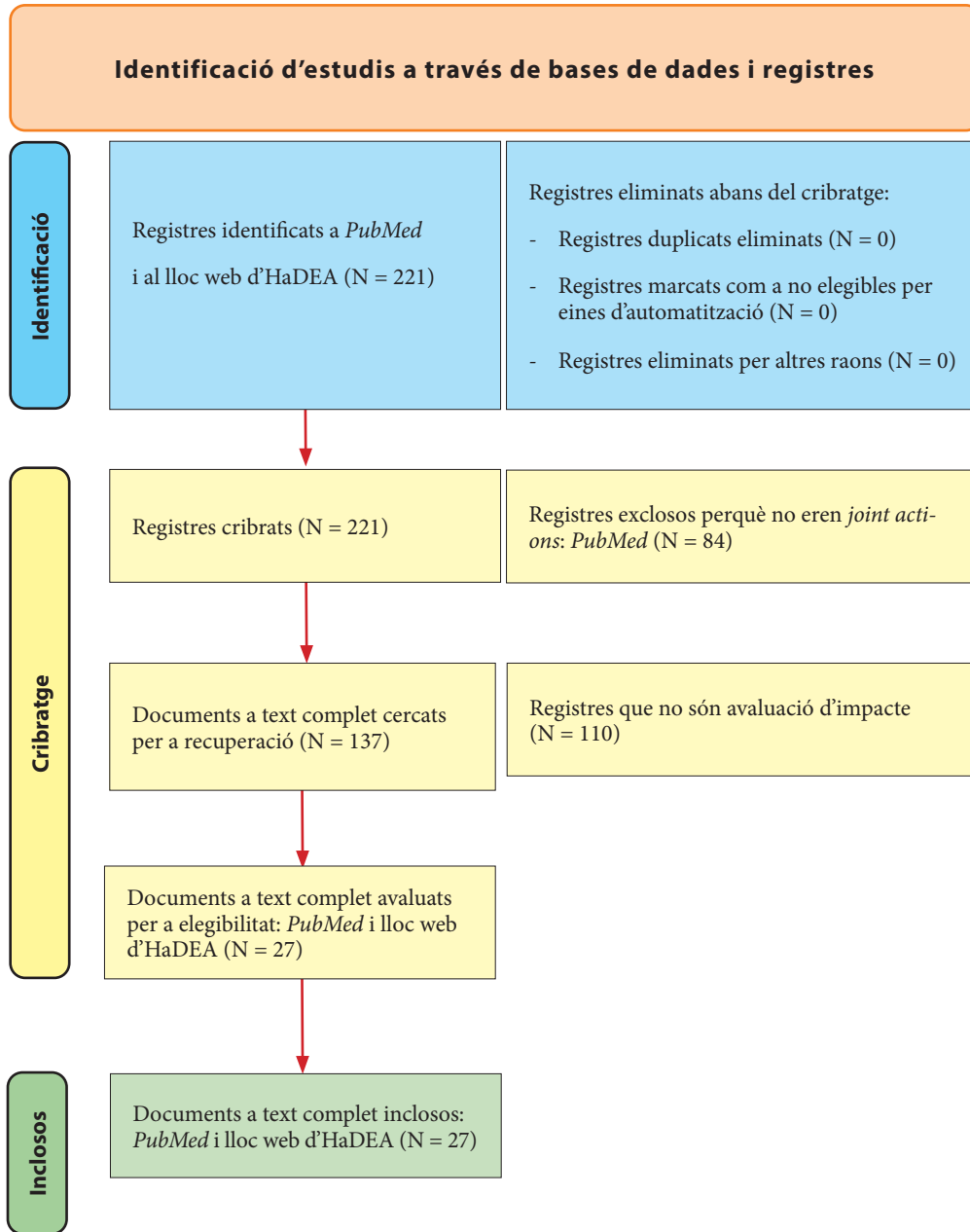


FIGURA 1. Diagrama de flux PRISMA que descriu el procés de selecció de documents obtinguts a les cerques a *PubMed* i a l'European Health and Digital Executive Agency (HaDEA)

TAULA 1. Resum dels marcs conceptuals identificats a la cerca a *PubMed* i a la base de dades de l'European Health and Digital Executive Agency (HaDEA) (N = 27)

Marcs conceptuals	N	%
Teoria del canvi	10	37,0
Anàlisi del marc lògic	7	25,9
Anàlisi d'impacte en salut	6	22,2
Avaluació basada en teoria	1	3,7
Enfocament de la càrrega de malaltia	1	3,7
Determinants socials de la salut	1	3,7
Re-Aim ^a	1	3,7

TAULA 2. Resum de les metodologies identificades a la cerca a PubMed i a la base de dades de l'European Health and Digital Executive Agency (HaDEA) (N = 45)^b

Metodologies	N	%
Qüestionari/enquesta/tècnica Delphi	14	31,1
Reunions amb experts, grups de discussió i diàlegs polítics	9	20,0
Anàlisi de la literatura i revisió de casos d'estudi	8	17,8
Anàlisi d'indicadors	7	15,6
Entrevistes qualitatives semiestructurades	5	11,1
Anàlisi de decisió multicriteri	1	2,2

TAULA 3. Resum dels factors facilitadors de l'avaluació d'impacte derivat de la cerca a PubMed i a la base de dades de l'European Health and Digital Executive Agency (HaDEA) (N = 20)

Factors facilitadors	N	%
Establiment de marcs d'avaluació clars i la col·laboració amb experts	8	40
Coordinació efectiva entre els diferents actors d'interès (<i>stakeholders</i>) per generar canvis i impactes	7	35
Comunicació i transferència de coneixement	3	15
Altres	2	5

TAULA 4. Resum dels factors obstaculitzadors de l'avaluació d'impacte derivat de la cerca a PubMed i a la base de dades de l'European Health and Digital Executive Agency (HaDEA) (N=17)^c

Factors obstaculitzadors	N	%
Diferències en infraestructures i sistemes de salut	4	23,5
Resistència al canvi i manca d'implicació de les parts interessades	3	17,6
Manca d'accés a dades i recursos limitats	3	17,6
Altres	7	41,2

A més d'aquests factors, cal destacar la manca d'un model i d'una estratègia definits per part de la CE i HaDEA per a l'avaluació d'impacte de les JA que financen. Aquesta absència de directrius uniformes permet certa flexibilitat per innovar i adaptar l'avaluació a cada projecte, però alhora pot limitar la seva execució efectiva i la inclusió de l'avaluació de l'impacte com a element clau.

És interessant fer notar que, contràriament al que es podria esperar, la manca de coordinació dels projectes no es va identificar com un factor negatiu en cap de les publicacions analitzades.

En resum, els factors "intangibles" com la governança, la gestió de relacions entre actors clau (*stakeholders*), i les complexitats organitzatives i de gestió del canvi, semblen ser més determinants en la promoció i translació dels resultats de les JA a la implementació i avaluació d'impacte que altres aspectes més "tangibles", com els recursos.

Reflexions i conclusions

L'anàlisi proporciona una perspectiva crítica i reveladora sobre l'avaluació de l'impacte de les JA en el camp de la salut dins de la Unió Europea (UE) entre 2008 i 2023¹⁰. Una de les troballes més significatives és la discrepància entre el nombre de JA identificades (137^d) i el nombre de publicacions que han considerat l'avaluació d'impacte (27), que representa aproximadament el 20% del total de publicacions revisades. Aquesta situació subratlla la necessitat d'un major enfocament en la difusió i comunicació dels resultats en l'àmbit científic i les lliçons apreses d'aquestes JA (indicador rellevant per Kuruvilla *et al.*⁷ com a impacte de la recerca).

A més, revela una àrea potencial de millora en la visibilitat i promoció de la recerca en el camp de la salut pública europea.

Els marcs més utilitzats en aquests tipus de projectes inclouen la teoria del canvi, l'anàlisi del marc lògic i l'avaluació d'impactes en salut. Les tècniques i eines més utilitzades són el qüestionari, l'enquesta i la tècnica Delphi, les reunions amb experts, els grups de discussió i els diàlegs polítics.

Els factors clau per a l'èxit de l'avaluació de les JA inclouen l'establiment de marcs d'avaluació explícits i robustos, així com una col·laboració i coordinació efectiva entre els *stakeholders*. En canvi, les diferències en les infraestructures de salut i la resistència al canvi es presenten com obstacles significatius tant en la implementació de les millores promogudes per les JA com en l'avaluació dels seus impactes.

En conclusió, l'avaluació de l'impacte de les JA en les iniciatives de salut requereix un enfocament integral i estructurat per ajudar en la presa de decisions. Aquest projecte destaca la variabilitat dels enfocaments utilitzats per avaluar l'impacte i els beneficis d'aquests projectes finançats per la CE i HaDEA, que busquen millorar el maneig de reptes importants com la cronicitat, l'envelliment, la sostenibilitat dels sistemes de salut i l'apoderament de la ciutadania mitjançant tecnologies, informació i capacitat. Els resultats de l'avaluació subratllen la importància d'una col·laboració eficaç, de la disponibilitat de marcs d'avaluació clars i explícits, i de l'anticipació a les estratègies adaptatives per superar les barreres en la implementació i l'avaluació de l'impacte.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. EU second joint action on dementia - Act on dementia [Internet]. Consultable a: https://www.alzheimer-europe.org/policy/eu-action/eu-second-joint-action-dementia-act-dementia?language_content_entity=en. Accés el 17 de setembre de 2024.
2. CHRODIS [Internet]. Consultable a: <https://chrodis.eu/>. Accés el 17 de setembre de 2024.
3. EU CHRODIS-PLUS: Implementing good practices for chronic diseases [Internet]. Consultable a: <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/projects-details/31061266/761307/3HP>. Accés el 17 de setembre de 2024.
4. Brownson RC, Royer C, Ewing R, McBride TD. Researchers and policymakers: Travelers in parallel universes. *Am J Prev Med*. 2006 Feb;30(2):164-72. doi: 10.1016/j.amepre.2005.10.004.
5. Lavis JN, Roberston D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J; Knowledge Transfer Study Group. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q*. 2003;81(2):221-48, 171-2. doi: 10.1111/1468-0009.t011-1-00052.
6. OECD. Improving governance with policy evaluation: Lessons from country experiences. OECD public governance reviews. París: OECD Publishing; 2020. Consultable a: <https://doi.org/10.1787/89b1577d-en>. Accés el 17 de setembre de 2024.
7. Kuruvilla S, Mays N, Pleasant A, Walt G. Describing the impact of health research: A research impact framework. *BMC Health Services Research*. 2006 Oct 18;6:134. doi: 10.1186/1472-6963-6-134.
8. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jan 3;14:2. doi: 10.1186/1472-6963-14-2.
9. Adam P, Ovseiko PV, Grant J, Graham KEA, Boukhris OF, Dowd AM et al. ISRIA statement: ten-point guidelines for an effective process of research impact assessment. *Health Res Policy and Sys*. 2018 Feb 8;16(1):8. doi: 10.1186/s12961-018-0281-5.
10. Joint action. EU monitor [Internet]. Consultable a: <https://www.eu-monitor.eu/9353000/1/j9vvik7m1c3gyxp/vh7dppt594uz>. Accés el 8 d'agost de 2023.

NOTES

- a. És un enfocament per determinar l'impacte en salut pública. Les inicials en anglès fan referència a l'abast, l'eficàcia, l'adopció, la implementació i el manteniment.
- b. Aquest augment de 27 a 45 observacions es deu al fet que moltes de les publicacions combinaven diverses metodologies en lloc d'utilitzar-ne només una. A efectes pràctics, el nombre d'observacions va augmentar en funció del nombre de tècniques utilitzades en els 27 documents seleccionats.
- c. De nou, en aquest cas, solament 17 de les publicacions examinades feien referència a elements obstaculitzadors i facilitadors. Per aquest motiu, el nombre d'observacions és més reduït.
- d. Del total de 221 documents trobats entre *PubMed* i HaDEA, només 137 feien referència a JA finançades per la CE. La resta corresponien a JA internacionals i sense vincle amb la CE.

L'Institut de Recerca Sant Pau: més recerca, més salut

Jordi Surrallés

Direcció Científica. Institut de Recerca Sant Pau. Barcelona.

Introducció a l'Institut de Recerca Sant Pau

L'Institut de Recerca Sant Pau (IR Sant Pau) és una fundació de caràcter científic que té per missió promoure la recerca bàsica, clínica, epidemiològica i de serveis sanitaris en el camp de les ciències de la salut i la biomedicina, amb l'objectiu de contribuir a la millora de la salut i la qualitat de vida de les persones, mitjançant la producció i divulgació de coneixement científic, la formació d'investigadors de nivell internacional, la generació d'innovacions sanitàries, l'aplicació dels avenços a la pràctica assistencial i les polítiques sanitàries. Ubicat al Campus Sant Pau, és un dels centres de recerca del sistema CERCA de Catalunya i està acreditat com a Institut de Recerca Sanitària d'excel·lència per l'Institut de Salut Carlos III (ISCIII), que depèn del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats.

L'IR Sant Pau gestiona la recerca no només de la Fundació IR Sant Pau sinó també de recercadors dels centres adscrits, fonamentalment l'Hospital de Sant Pau, però també de la Fundació Puigvert, el Centre Cochrane Iberoamericà, l'EAP Sardenya, el Banc de Sang i Teixits, la Universitat Autònoma de Barcelona i l'Agència de Salut Pública de Barcelona. La Fundació IR Sant Pau està governada per un Patronat constituït per l'Hospital de Sant Pau, la Fundació Privada de l'Hospital de Sant Pau, la Universitat Autònoma de Barcelona i els Departaments de Salut i de Recerca i Universitats de la Generalitat de Catalunya.

L'Institut està integrat per aproximadament 1.300 recercadors i un centenar de personal de suport, contractats per la Fundació IR Sant Pau o per les entitats agermanades, que desenvolupen la seva tasca repartits en uns 70 grups de recerca bàsica, translacional o clínica. Disposa d'uns 16.000 m² d'espais dins el campus. El nou edifici de recerca permet la contínua relació dels investigadors i investigadores, tan bàsics com clínics, i disposa d'uns 10.000

m² repartits en cinc plantes amb modernes dependències dedicades a recerca. Està concebut i dissenyat amb elevats criteris mediambientals i disposa d'una àrea d'assaigs clínics connectada amb el Servei d'Urgències de l'hospital a través d'un pont (Figura 1).

Excel·lència i productivitat científica

L'IR Sant Pau és un dels centres catalans més actius en producció científica, sobretot pel que fa a la recerca translacional i a la integració de nous descobriments a la pràctica assistencial. Els principals indicadors d'activitat científica de l'IR Sant Pau es presenten a les memòries anuals, disponibles a la pàgina web de l'IR Sant Pau (<https://www.recercasantpau.cat/>).

Pel que fa al darrer any tancat, el 2023, el nombre total de publicacions va ser de 1.311 (el 53% en revistes del primer quartil i el 22% en revistes del 1er decil). Prop d'un centenar d'aquests articles es van publicar en revistes de molt alt nivell com són *The Lancet*, *The New England Journal of Medicine*, *JAMA*, *Nature*, *Nature Medicine*, *The Lancet Oncology*, *The Lancet Neurology*, etc. El 38% de les publicacions van ser liderades per investigadors de l'IR Sant Pau i, d'aquestes, el 48% les van liderar dones recercadores. La majoria comparteixen autoria amb recercadors d'altres països i s'han publicat en revistes d'accés obert. L'any 2023 també es van publicar 43 guies clíniques i 72 tesis doctorals.

El total de projectes de recerca finançats actius l'any 2023 va ser de 344; es va aconseguir un rècord històric



FIGURA 1. Pont de connexió entre l'àrea d'assaigs clínics de l'Institut de Recerca Sant Pau (al fons) i el Servei d'Urgències de l'Hospital de Sant Pau

Correspondència: Jordi Surrallés
Direcció Científica
Institut de Recerca Sant Pau
C/ Sant Quintí, 77
08041 Barcelona
Tel. 935 537 613
Adreça electrònica: jsurralles@santpau.cat
Pàgina web: www.recercasantpau.cat

en finançament competitiu tan nacional com internacional, amb prop de 16 M d'euros captats. Alguns exemples a destacar són els 8 projectes coordinats per Sant Pau concedits per la Marató de TV3 sobre malalties cardiovasculars (amb un total de 2,2 M d'euros) o el projecte CERTERA de l'ISCIII sobre teràpies avançades (1,4 M d'euros). A nivell internacional, es van captar prop de 6 M d'euros, amb un pes destacat de projectes europeus i dels National Institutes of Health (NIH) dels Estats Units.

Pel que fa als assaigs clínics, el 2023 també ha estat rècord històric de facturació, amb més de 8 M d'euros, i prop de 5.000 pacients reclutats en els 628 assaigs promoguts per la indústria farmacèutica i els 49 promoguts pel propi IR Sant Pau. A part dels assaigs clínics, la col·laboració amb el sector privat a través de convenis és també molt intensa amb prop de 2 M d'euros captats el 2023. Quant a indicadors de propietat intel·lectual i transferència, l'IR Sant Pau té registrades 117 patents en 23 famílies, 11 de les quals transferides a empreses, entre elles, 6 empreses derivades (*spin-off*) participades per l'IR Sant Pau actualment actives. L'IR Sant Pau promou activament la transferència tecnològica amb accions específiques com el programa InnoPau (Figura 2), amb 8 projectes incubats l'any 2024.

Estructura i prioritats científiques de l'IR Sant Pau

La recerca a l'IR Sant Pau està estructurada a través de 5 àrees de recerca prioritària i 5 programes transversals (Figura 3). A continuació explicarem aquesta estructura i algunes accions recentment realitzades els anys 2023 i 2024 en el marc de les àrees i programes de l'IR Sant Pau.

Àrees de Recerca

L'Àrea de Malalties Cardiovasculars està dirigida per la Dra. Lina Badimon. La incorporació de noves tecnologies que faciliten l'elaboració de perfils moleculars i la regulació dels gens ha portat a la investigació innovadora al cor i altres malalties cardiovasculars, com ara arrítmies, aneurisma d'aorta, malalties vasculars, trombosi, etc. La gran diversitat dels grups en aquest àmbit ofereix múltiples perspectives a la recerca, sigui en el desenvolupament o en la prova de l'eficàcia dels nous biomarcadors (com en la investigació de les bases metabòliques i genètiques de les malalties) o aplicacions terapèutiques a curt termini. Abans de la translació als humans, molts dels avenços en aquesta àrea es poden validar en models animals, incloent-hi mamífers petits i grans.

L'Àrea de Malalties Onco-Hematològiques està dirigida pel Dr. Javier Briones. En aquesta àrea es duu a terme una àmplia gama d'investigacions sobre el càncer, particularment en càncer de cap i coll, mama, ovaris, endometri, sarcomes i càncers colorectals i hematològics. La recerca abasta diversos camps, amb disciplines que van des de la investigació genètica sobre síndromes de predisposició

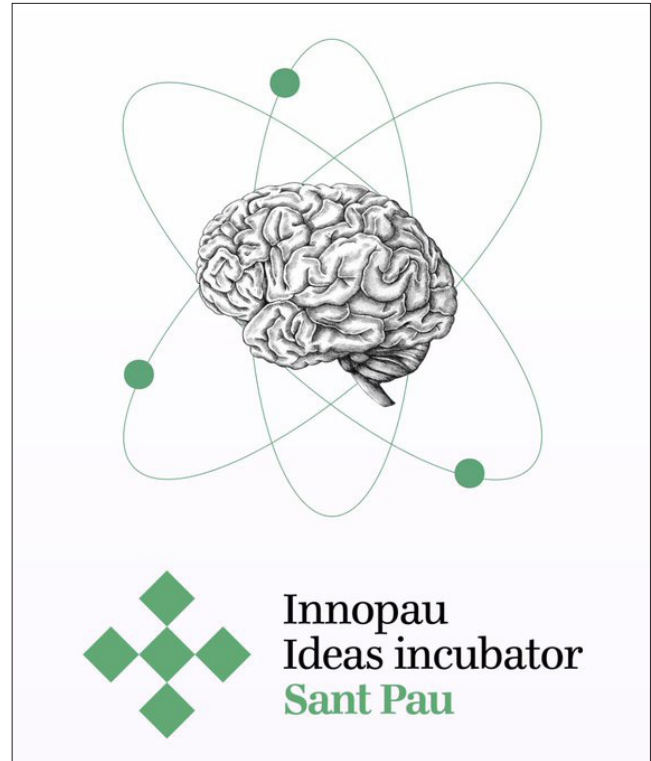


FIGURA 2. Programa InnoPau de l'Institut de Recerca Sant Pau

al càncer, a teràpies innovadores com l'administració dirigida de fàrmacs amb nanopartícules, desenvolupament preclínic de nous agents antitumorals en ratolins amb models específics de malalties, immunoteràpia amb cèl·lules CAR-T acadèmiques, teràpia gènica, reposicionament de fàrmacs i marcadors moleculars predictius. S'utilitza la seqüenciació de nova generació per identificar nous factors pronòstics o de resposta i es porten a terme un gran nombre d'assaigs clínics realitzats pels investigadors clínics amb nous fàrmacs antitumorals.

L'Àrea de Malalties Neurològiques, Neurociència i Salut Mental està dirigida pel Dr. Juan Fortea. Aquesta àrea abasta la recerca en trastorns neurològics, mentals i desenvolupament neurològic. Entre aquests es troben l'ictus, malalties neuromusculars, malalties neurodegeneratives, esquizofrènia, depressió i dolor crònic. S'utilitza una gran varietat de tècniques en neurociències. Alguns grups treballen sobre les bases genètiques de les malalties neurològiques, la identificació de biomarcadors, la neuroimatge, els mètodes neuroquirúrgics, l'estimulació cerebral profunda o les ciències òmiques; mentre que altres grups treballen en models de dolor, biologia de la sinapsi o neurofarmacologia. En aquesta àrea s'analitzen grans cohorts de població de pacients amb seguiment clínic i es realitzen nombrosos assaigs clínics.

L'Àrea d'Epidemiologia, Salut Pública i Atenció Primària està dirigida pel Dr. Pablo Alonso Coello. La recerca en aquesta àrea està centrada en l'estudi de la salut de la

població i els seus determinants socials, polítics i mediam-bientals amb especial atenció a les desigualtats i les seves conseqüències. Avalua l'eficàcia i l'impacte en la salut de les polítiques i intervencions públiques, així com la pro-moció de la medicina pràctica basada en l'evidència per a fer més eficaç, apropiada i segura la intervenció sanitària. També és important el desenvolupament i l'avaluació de mètodes o estratègies per millorar la generació, avaluació, comunicació i transferència d'evidències científiques. En aquesta àrea s'estudia també l'epidemiologia de les malal-ties transmissibles en la població de Barcelona, amb espe-cial atenció en l'impacte de les estratègies de prevenció i control desenvolupades. L'objectiu d'aquesta àrea és, per tant, aconseguir el benestar en la salut pública mitjançant la millora de les polítiques i la gestió mèdica.

Finalment, l'Àrea de Medicina Translacional està diri-gida pel Dr. Dídac Mauricio. L'Hospital de Sant Pau és un hospital terciari i universitari d'alta complexitat que, juntament amb la Fundació Puigvert i l'EAP Sardenya, cobreix totes les especialitats mèdiques. Aquesta com-plexitat dona lloc a una gran varietat de recerca biomè-dica translacional per a la millora de l'atenció al pacient en diversos camps, que inclouen processos inflamatoris o immunològics, i en factors lligats al sistema immunitari, osteoporosi, nefrologia, cirurgia, degeneració macular re-lacionada amb l'edat, malalties infeccioses i microbiològi-ques, diabetis, malalties de la hipòfisi i altres malalties del sistema endocrí, malalties respiratòries o recerca en salut perinatal, així com enfocaments clínics basats en teixits i

cèl·lules humanes. L'objectiu principal d'aquesta àrea és la medicina translacional basada en l'evidència i la millora assistencial del pacient.

Programes transversals a l'IR Sant Pau

Teràpies Avançades i Innovadores

La immunoteràpia, la teràpia gènica o cel·lular, les na-nopartícules per a teràpies dirigides, la letalitat sintètica i el reposicionament de fàrmacs són alguns exemples de recerca en teràpies avançades i innovadores aplicables a nombroses malalties oncològiques, cardiovasculars o neu-rològiques, entre altres. La recerca que es realitza en aquest programa permetrà desenvolupar nous tractaments i es-tratègies terapèutiques per millorar la vida dels pacients.

Des de fa més de 20 anys, l'IR Sant Pau fa recerca en immunoteràpia, que en els últims 10 anys s'ha centrat en les teràpies CAR-T sota la direcció del Dr. Briones. Sant Pau és un dels dos hospitals autoritzats a Catalu-nya —i un dels pocs al món— per produir medicaments d'immunoteràpia CAR-T. Fins ara, els investigadors de l'IR Sant Pau han desenvolupat dos medicaments CAR-T acadèmics per al tractament de càncers hematològics: l'HSP-CAR30 (actualment en assaig clínic de fase II) i l'HSP-CAR19M (en fase I).

Aquest any 2024, l'IR Sant Pau ha fet un pas decisiu en l'àmbit de les teràpies avançades amb la construcció d'una nova Unitat de Teràpies Avançades. Aquestes no-ves instal·lacions, que es construeixen fruit d'un conveni amb l'Institut de Recerca contra la Leucèmia Josep Ca-

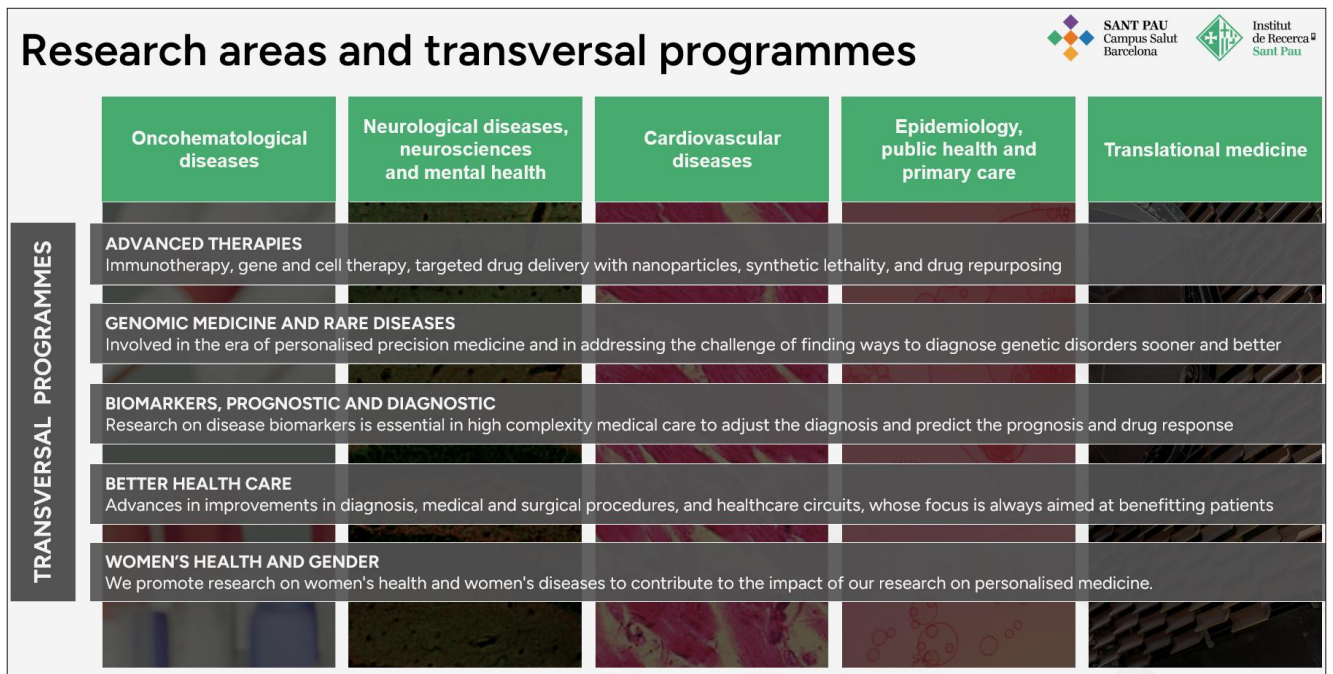


FIGURA 3. Àrees de recerca prioritària i programes transversals de l'Institut de Recerca Sant Pau

rreras i la Fundació Josep Carreras contra la Leucèmia, es consoliden com un recurs estratègic per al Campus Sant Pau, ja que permeten el desenvolupament i la fabricació de medicaments biològics personalitzats dins del centre hospitalari per al tractament dels seus pacients, reafirmant la posició de Sant Pau com un centre de referència mundial en aquest camp. El projecte implica una inversió total de 5,5 milions d'euros en els pròxims 4 anys i neix amb l'objectiu de dur a terme activitats d'investigació científica relacionades amb la leucèmia, altres hemopaties malignes, el càncer en general i, especialment, en immunoteràpia, oncogènesi, teràpia cel·lular i altres àrees relacionades. La nova Unitat de Teràpies Avançades de Sant Pau no només permetrà una major producció de medicaments, sinó que també centralitzarà tot el procés de desenvolupament dins de la mateixa institució, des de la producció de virus recombinants fins a la fabricació final dels medicaments. Això assegurarà una major eficiència i control de qualitat en tot el procés.

Medicina Genòmica i Malalties Rares

Els avanços tecnològics i bioinformàtics en el camp de la genòmica estan tenint un fort impacte no només en el diagnòstic de malalties genètiques minoritàries sinó també en determinar factors de risc, pronòstic i tractament d'un creixent nombre de patologies molt prevalents. En aquest programa afrontem l'era de la medicina individualitzada de precisió i abordem el repte de diagnosticar malalties genètiques abans i millor. Alguns descobriments recents de l'IR Sant Pau en aquest àmbit són, per exemple, el descobriment d'un nou gen causant d'esclerosi lateral amiotròfica (ELA) o el rol del gen APOE4 en la malaltia d'Alzheimer.

Biomarcadors de Pronòstic i Diagnòstic

La recerca en biomarcadors és essencial en medicina d'alta complexitat ja que permet ajustar el diagnòstic i predir el pronòstic i la resposta als fàrmacs. Els biomarcadors també són essencials pel bon seguiment dels assaigs clínics amb nous medicaments. La recerca que es fa en aquest programa ajudarà a definir quin és el millor viatge pels nostres pacients, des del diagnòstic i seguiment clínic fins al tractament. Aquest últim any s'han fet descobriments importants a l'IR Sant Pau en biomarcadors lipídics en diabetis o en detecció precoç d'Alzheimer amb una analítica de sang.

Millores Assistencials

L'IR Sant Pau compta amb professionals assistencials vinculats a totes les especialitats mèdiques i a la infermeria. La recerca translacional d'aquest programa pretén donar resposta als reptes clínics dels pacients en forma de millores assistencials. Això es fa evident en les millores en el diagnòstic, en els procediments mèdics o quirúrgics

o en els circuits assistencials, sempre en benefici del pacient. Un bon exemple de recerca publicada aquest any en aquest àmbit són els circuits assistencials que milloren el pronòstic de l'ictus o l'estimulació cerebral profunda per tractar la depressió.

Recerca en Salut de la Dona i Gènere

En els darrers cinc anys, l'IR Sant Pau ha estat especialment actiu i pioner al país en promoure l'equitat de gènere en recerca i en promoure la recerca en salut de la dona i gènere. L'any 1999 l'IR Sant Pau va signar la *Carta Hipàtia d'Alexandria. Carta de Compromís per a la Igualtat de Gènere en els centres de recerca*, promoguda pel Departament de Salut. Els comitès científics assessors interns i externs de l'IR Sant Pau, amb el 80% i el 100% de membres homes, respectivament, van ser renovats els anys 2020 i 2021 per passar a ser totalment paritaris. Aquests anys també s'ha treballat intensament per incrementar el percentatge de grups de recerca liderats per dones recerca-dores, actualment més del 40%. L'any 2023, l'IR Sant Pau va crear aquest programa transversal de Recerca en Salut de la Dona i Gènere per fomentar la perspectiva de gènere en totes les seves àrees i grups de investigació. L'IR Sant Pau és l'únic institut de recerca català que compta amb un programa transversal de recerca en salut i gènere. Entre els principals objectius d'aquest programa estratègic destaquen: trencar el biaix de gènere i democratitzar el rol de la dona i la dona en la ciència; donar visibilitat a la importància de la recerca en malalties que afecten especialment les dones; la correcta identificació de la simptomatologia en funció del gènere; la inclusió de la perspectiva de gènere des de les primeres fases de la recerca; fer visible el paper de les dones en el camp de la investigació; estimular la seva participació en les activitats tan científiques com divulgatives; i despertar les vocacions científiques entre nenes i joves.

Un dels aspectes clau en aquest programa transversal és la recerca en salut maternoinfantil durant l'embaràs. La investigació en dones gestants representa un repte important per a la ciència, ja que les exigències de seguretat i els criteris dels estudis són especialment estrictes, cosa que moltes vegades es tradueix en un obstacle per obtenir nous resultats realment basats en l'evidència científica que permetin fer avenços i oferir solucions que millorin la pràctica clínica en aquests grups poblacionals. En aquest sentit, l'IR Sant Pau ha impulsat un acord marc per compartir dades, imatges i mostres entre una vintena d'hospitals espanyols i centres d'atenció primària per potenciar la recerca maternoinfantil. Aquesta xarxa està coordinada per la Dra. Elisa Llurba, investigadora principal del Grup de Medicina Perinatal i de la Dona de l'IR Sant Pau i cap del Servei de Ginecologia de l'Hospital. Els centres que formen part de la xarxa compartiran objectius i projectes de recerca, a més de dades clíniques, imatges i mostres, cosa

que permetrà generar el banc d'informació més gran de l'Estat. Això facilitarà la realització d'assaigs clínics a gran escala i d'estudis basats en la innovació, com ara *big data* (dades massives) i intel·ligència artificial, i contribuirà al lideratge en aquest camp en l'àmbit europeu.

Durant el 2024 també s'ha treballat per promoure les vocacions científiques entre les nenes i la divulgació científica amb perspectiva de gènere. Amb aquest objectiu, l'IR Sant Pau i el Parc d'atraccions Tibidabo han signat un acord de col·laboració per a impulsar la divulgació de la recerca amb perspectiva de gènere i fomentar les vocacions científiques entre els més petits, que tindrà com a eix central la celebració del Dia Internacional de la Dona i la Nena en Ciència, el febrer de 2025. Aquest acord és una mostra del compromís compartit d'ambdues entitats per a promoure una societat més equitativa i conscienciada sobre la importància de la ciència i el rol de les dones en aquest àmbit i d'impulsar un projecte que combini ciència, perspectiva de gènere, diversió i divulgació. El tret de sortida d'aquesta col·laboració va ser una jornada ludico-científica de divulgació de la recerca amb perspectiva de gènere que es va dur a terme al Parc d'atraccions Tibidabo el 20 de juliol de 2024.

Per promoure les vocacions científiques entre les nenes i les noies joves, Sant Pau ha creat la gran aventura de la Mariona. El projecte s'articula al voltant de la història de la Mariona (Figura 4), que és una nena inquieta i curiosa de 8 anys. La Mariona és molt observadora i quan era més petita li encantava fer experiments. Ara, que ja s'ha fet més gran, li continuen agradant molt els experiments, però cada cop li costa més trobar companyes per jugar. La Mariona vol ser una "experta experimentadora" i té el "superpoder" de ser la nena més curiosa del món. De gran

vol ser recercadora, fer experiments tot el dia i així poder trobar la resposta a totes les seves preguntes. Amb els seus descobriments vol aconseguir curar malalties i salvar la vida de moltes persones. Aquesta és la missió de l'IR Sant Pau.

Recerca destacada en el darrer any

Amb més de 6.000 publicacions en els darrers 5 anys, per motius d'espai és impossible mostrar tota la recerca excel·lent que es fa a Sant Pau. A tall de tastet, però, a continuació mostrem alguns exemples de recerca d'alt nivell liderada per recercadors i recercadores de Sant Pau i publicada en els últims 12 mesos. Per tenir més informació us emplacem a consultar la pàgina web de l'IR Sant Pau (<https://www.recercasantpau.cat/>) i les seves memòries científiques anuals.

Càlcul del risc de trombosi en pacients oncològics.

Els resultats s'han publicat el 2023 a la prestigiosa revista *Journal of Clinical Oncology*¹.

Les proteïnes perjudicials que s'acumulen al cervell de les persones amb la malaltia d'Alzheimer es propaguen a través de la sinapsi. Un estudi coliderat per investigadors de Sant Pau publicat a la prestigiosa revista *Neuron*² aporta noves evidències que podrien ser la clau per aturar el progrés de la malaltia d'Alzheimer.

L'estimulació cerebral profunda demostra beneficis a llarg termini en pacients amb depressió resistent al tractament. Aquest estudi, publicat a la revista *The Journal of Clinical Psychiatry*³, és el seguiment més llarg de pacients dut a terme mai a Europa en què s'han analitzat factors clínics relacionats amb els beneficis a llarg termini i la seguretat de l'estimulació cerebral profunda del gir subcallós cingulat a la depressió resistent al tractament.



FIGURA 4. Projecte "La Mariona" fruit d'un conveni entre l'IR Sant Pau i Parc d'atraccions Tibidabo per promoure les vocacions científiques entre les nenes

Traslladar als pacients amb ictus hemorràgic al centre més proper millora el seu pronòstic. Aquest estudi, publicat a la revista *JAMA Neurology*⁴, posa de relleu la necessitat de reavaluar els protocols de triatge i trasllat dels pacients amb ictus en funció del tipus d'ictus, la gravetat dels símptomes i la localització.

Desxiframent de les connexions cerebrals entre l'ELA i la demència frontotemporal. Un grup de científics liderats pels doctors Álvaro Carbayo i Ricard Rojas, investigadors del Grup de Malalties Neuromusculars de l'IR Sant Pau, ha publicat un estudi a la revista *Brain*⁵ que revela connexions entre dues malalties cerebrals devastadores: l'ELA i la demència frontotemporal.

La psicosi en la malaltia de Parkinson forma part del procés de la pròpia malaltia. Un estudi realitzat per investigadors del Grup de Recerca de Malaltia del Parkinson i Trastorns del Moviment de l'IR Sant Pau, liderat pels doctors Jaume Kulisevsky i Javier Pagonabarraga, ha conclòs que la psicosi associada a la malaltia de Parkinson no només sorgeix com a complicació derivada de l'ús de fàrmacs dopaminèrgics, sinó que està íntimament relacionada amb les alteracions cerebrals provocades per la mateixa malaltia. L'estudi, que publica la revista *Nature Reviews Neurology*⁶, ha identificat un patró d'atròfia cortical que inclou diverses regions cerebrals que explicaria com els nous estímuls són categoritzats incorrectament i com un processament predictiu jeràrquic aberrant pot produir percepcions falses que irrompen en el flux de la consciència.

Les conductes suïcides no letals van augmentar després de la pandèmia de covid-19. Un estudi, liderat pel Dr. Víctor Serrano-Gimeno, del Grup de Recerca en Salut Mental de l'IR Sant Pau i publicat a la revista *The Lancet Psychiatry*⁷ revela que va haver-hi un augment significatiu d'aquestes conductes posterior al confinament.

Estudi sobre les connexions entre lípids i diabetis segons el sexe. Un estudi liderat pel Dr. Dídac Mauricio, cap del Grup d'Endocrinologia, Diabetis i Nutrició de l'IR Sant Pau i director del Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'Hospital de Sant Pau, ha revelat la significativa associació de 54 lípids amb la diabetis tipus 1 i tipus 2, així com la seva diferenciació segons el sexe i l'estat glucèmic. Aquest treball s'ha publicat a la revista *Cardiovascular Diabetology*⁸.

Una nova forma genètica de la malaltia d'Alzheimer. Investigadors de l'Àrea de Recerca en Malalties Neurològiques, Neurociència i Salut Mental de l'IR Sant Pau, liderats pel Dr. Juan Fortea, director de la Unitat de Memòria del

Servei de Neurologia de l'hospital, han trobat que més del 95% de les persones de més de 65 anys que tenen dues còpies del gen APOE4 —homozigots d'APOE4— mostren característiques biològiques de la malaltia d'Alzheimer al cervell o biomarcadors d'aquesta malaltia al líquid cefalorraquidi i PET. L'estudi, publicat a la revista *Nature Medicine*⁹, conclou, a més, que aquells individus homozigots per a APOE4 també desenvolupen la malaltia abans que aquells amb altres variants del gen APOE.

Agraïments. Per escriure aquest article l'autor s'ha basat en text i informació disponibles a la pàgina web de l'IR Sant Pau (<https://www.recercasantpau.cat/>).

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Muñoz A, Ay C, Grilz E, López S, Font C, Pachón V et al. A clinical-genetic risk score for predicting cancer-associated venous thromboembolism: A development and validation study involving two independent prospective cohorts. *J Clin Oncol*. 2023 Jun 1;41(16):2911-25. doi: 10.1200/JCO.22.00255.
- Colom-Cadena M, Davies C, Sirisi S, Lee JE, Simzer EM, Tzioras M et al. Synaptic oligomeric tau in Alzheimer's disease - A potential culprit in the spread of tau pathology through the brain. *Neuron*. 2023 Jul 19;111(14):2170-83.e6. doi: 10.1016/j.neuron.2023.04.020.
- Alemayn C, Puigdemont D, Martín-Blanco A, Rodríguez-Rodríguez R, Aibar-Durán JA, Vicent-Gil M et al. Response and safety outcomes in treatment-resistant depression after subcallosal cingulate gyrus deep brain stimulation: Long-term follow-up study. *J Clin Psychiatry*. 2023 Jun 28;84(4):22m14622. doi: 10.4088/JCP.22m14622.
- Ramos-Pachón A, Rodríguez-Luna D, Martí-Fàbregas J, Millán M, Bustamante A, Martínez-Sánchez M et al; RACECAT Trial Investigators. Effect of bypassing the closest stroke center in patients with intracerebral hemorrhage: A secondary analysis of the RACECAT randomized clinical trial. *JAMA Neurol*. 2023 Oct 1;80(10):1028-36. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.2754.
- Carbayo Á, Borrego-Écija S, Turon-Sans J, Cortés-Vicente E, Molina-Porcel L, Gascón-Bayarri J et al. Clinicopathological correlates in the frontotemporal lobar degeneration-motor neuron disease spectrum. *Brain*. 2024 Jul 5;147(7):2357-67. doi: 10.1093/brain/awae011.
- Pagonabarraga J, Bejr-Kasem H, Martínez-Horta S, Kulisevsky J. Parkinson disease psychosis: from phenomenology to neurobiological mechanisms. *Nat Rev Neurol*. 2024 Mar;20(3):135-50. doi: 10.1038/s41582-023-00918-8.
- Serrano-Gimeno V, Diestre A, Agustín-Alcain M, Portella MJ, de Diego-Adeliño J, Tiana T et al. Non-fatal suicide behaviours across phases in the COVID-19 pandemic: a population-based study in a Catalan cohort. *Lancet Psychiatry*. 2024 May;11(5):348-58. doi: 10.1016/S2215-0366(24)00065-8.
- Barranco-Altirriba M, Alonso N, Weber RJM, Lloyd GR, Hernandez M, Yanes O et al. Lipidome characterisation and sex-specific differences in type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Cardiovasc Diabetol*. 2024 Mar 29;23(1):109. doi: 10.1186/s12933-024-02202-5.
- Fortea J, Pegueroles J, Alcolea D, Belbin O, Dols-Icardo O, Vaqué-Alcázar L et al. APOE4 homozygosity represents a distinct genetic form of Alzheimer's disease. *Nat Med*. 2024 May;30(5):1284-91. doi: 10.1038/s41591-024-02931-w.

Eponímia mèdica catalana. La maniobra de Moragas i altres epònims

Josep-Eladi Baños, Elena Guardiola

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

L'epònim

Maniobra de Moragas. Maniobra ideada per Emili Moragas i Ramírez per a diagnosticar les lesions del lligament lateral extern del genoll. Es demana al pacient que posi la seva cama malalta sobre el genoll de l'altra cama. Aleshores, es prem el genoll malalt cap avall, per causar una adducció i rotació forçada. En aquesta posició, es pot palpar el lligament lateral extern com una corda tensa que s'inicia al cap peroneal. Així, qualsevol interrupció o punt dolorós són perceptibles i s'han de considerar com a patològics¹.

Emili Moragas i Ramírez, l'home

Emili Moragas i Ramírez (Figura 1) va néixer a Sabadell el 27 de maig de 1890²⁻⁴. Va cursar el batxillerat a l'Institut de Barcelona i inicià els estudis de Medicina a la Universitat de Barcelona, on es va llicenciar l'any 1913. Mentre era estudiant va ser alumne intern pensionat del Servei de Cirurgia de l'Hospital Clínic (1909-1913). Ja llicenciat, fou metge ajudant a la Càtedra d'Operacions i Anatomia Topogràfica (1913-1915). També exercí com a metge ajudant a la Clínica d'Operacions de l'Hospital de la Santa Creu (1914-1915)^{2,4}. L'any 1915, l'Ajuntament de Sabadell li encarregà una memòria sobre la creació de l'Hospital General de la ciutat, que va ser acceptada i, una vegada inaugurat el nou hospital, Moragas fou nomenat cap de la Secció de Cirurgia².

L'agost de 1917, Sabadell va patir una sèrie d'aldarulls socials greus com a conseqüència de la vaga revolucionària que afectà tot Catalunya. La intervenció professional d'en Moragas fou reconeguda amb el lliurament d'un diploma d'agraïment per la Creu Roja². Aquell mateix any, Moragas, que era militant de la Joventut Catalana, l'organització juvenil de la Lliga Regionalista, va



FIGURA 1. Emili Moragas i Ramírez (1890-1948)¹⁹

convèncer una vintena d'industrials del Gremi de Fabricants de Sabadell per crear una entitat, la Mútua Sabadellenca d'Accidents de Treball, de la qual fou escollit director facultatiu. També van participar en la seva creació la Unió Industrial i la Cambra de Comerç. Uns anys després, a la fi de l'any 1925, arran de discrepàncies entre els serveis mèdics i els administratius de la Mútua, Moragas fou destituït. Com a mostra de compromís, destinà la indemnització que va rebre a la caixa d'atur forços del Sindicat de Metges de Catalunya, al qual estava afiliat i del qual en fou tresorer el 1922².

De fet, la creació de la Mútua provenia de l'obligació de complir la llei publicada el 30 de gener de 1900 sobre els accidents de treball⁵, però que no s'havia complert a Sabadell. Per a Andreu Castells⁶, també hi havia un sentit social important per part dels empresaris sabadellencs: "També són els moments en què els fabricants més seriosos estudiaren amb sentit de responsabilitat fer obra social. Així es va crear la Mútua Sabadellenca, es feren cases barates i es promocionà un economat⁷. La Mútua permetia que els obrers tinguessin una atenció mèdica adequada en cas d'accident i que les seves famílies no quedessin desemparades⁷. La constitució de la Mútua fou aprovada pel Ministeri de

Correspondència: Josep-Eladi Baños
Rectorat de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya
Casa de Convalescència.
C/ Dr. Junyent, 1
08005 Vic
Tel. 938 861 855
Adreça electrònica: josepeladi.banos@uvic.cat

la Governació l'any 1919, amb l'encàrrec de la direcció mèdica a Emili Moragas, qui va iniciar l'assistència al seu propi consultori del carrer Sant Quirze fins que es va construir la seu social al carrer de Gràcia poc temps després².

Moragas fou també molt actiu acadèmicament. Així, fou president de la Secció del Vallès de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (1919-1920) i membre de la Societat de Cirurgia de Barcelona des de 1927, que l'any 1933 passaria a denominar-se Societat de Cirurgia de Catalunya i de la qual fou tresorer de la junta directiva escollida l'any 1935, quan Bartrina n'era president^{2,3}.

En l'àmbit esportiu, Moragas va tenir també una gran activitat. Va practicar el futbol, l'hoquei, el tenis i el rem². Va ser president del Centre d'Esports Sabadell de 1923 a 1929^{2,3}. La seva professió el feu observar la gran quantitat de lesions que patien els joves esportistes i la dificultat que tenien per poder tractar-se correctament per raons econòmiques. Fruit d'aquesta preocupació, va impulsar la creació de la Mutual Esportiva de Catalunya (MEC) que, creada finalment el 1930, permetia l'atenció mèdica dels esportistes lesionats i que fou sostinguda econòmicament en els seus inicis per la Federació Catalana de Futbol, el F. C. Barcelona i el R. C. D. Español. Moragas en fou designat director mèdic. Les característiques i les accions d'aquesta important institució han estat recollides en una monografia per Ramon Balius⁴.

La MEC fou una iniciativa d'Emili Moragas. Des del 1924 hi anava al darrere però no rebia especial atenció per part de les institucions que s'hi havien

d'implicar. Segons Balius⁴, ho va intentar repetidament davant les assemblees de la Federació Catalana de Futbol. Finalment, per cansament i insistència, es va aprovar el projecte el 1930. En un principi, la MEC no disposava d'espais propis; els metges visitaven els esportistes a les seves consultes particulars, fins que l'any 1932 es va trobar un edifici al carrer del Carril, 47 (actual Via Augusta de Barcelona), que es va obrir oficialment el mes d'octubre. De seguida s'hi afegiren múltiples federacions catalanes. Des de 1932 a 1936, la MEC va treballar intensament i va tractar milers d'esportistes; l'activitat, però, va minvar durant la Guerra Civil i, en acabar la guerra, la MEC fou clausurada per les autoritats franquistes. Moragas va intentar recuperar l'activitat a través d'una mutualitat d'àmbit estatal però ja no ho va poder veure. L'any 1949 es creà a Madrid la *Mutualidad de Futbolistas Españoles* i la MEC es va convertir en la *Delegación Catalana de la Mutualidad de Futbolistas*. A principis dels anys 1980 el nom es va catalanitzar i actualment és la Mutualitat de Futbolistes. Delegació Territorial de Catalunya⁴.

En acabar la Guerra Civil, Moragas passà un procés de depuració al Col·legi de Metges de Barcelona, que va concloure sense cap sanció. Exercí la medicina privada com a cirurgià a diferents clíniques barcelonines com Nostra Senyora del Pilar, Mare de Déu de Montserrat i Gimbernat² (Figura 2). Va casar-se amb Elisa Badia i Pons l'any 1917, matrimoni del qual nasqueren set fills: Josep, Emili, Ramon, Jordi, Elisa, Joan i Dolors. Emili Moragas va finir el dia 1 d'abril de 1948 a causa d'un carcinoma gàstric.



FIGURA 2. Emili Moragas i Ramírez enguixant una cama (anys 1940) (Font: Arxiu Família Moragas)

Els epònims

Maniobra de Moragas. La primera referència publicada d'aquest epònim de què tenim constància apareix a la clàssica obra de Piulachs *Lecciones de patología quirúrgica*, en la seva primera edició de 1952¹. És probable que Moragas ja l'hagués descrita molt temps abans, coneguda la seva dedicació a la medicina de l'esport des de la dècada de 1920, on conjuminava la seva formació quirúrgica, obtinguda en els anys de la seva llicenciatura i els immediats posteriors, amb l'exercici privat de l'especialitat de traumatologia i cirurgia ortopèdica.

Piulachs feia referència a aquesta maniobra en dues ocasions. La primera vegada, en l'apartat dedicat a les lesions del menisc incloïa una figura (Figura 3) i deïa (pàgines 1200 i 1201): "Las lesiones del ligamento lateral externo, menos frecuentes que las del interno, pueden ser fácilmente diagnosticadas por la *maniobra de Moragas* (figura 748): se ordena al paciente que cabalgue la pierna enferma sobre la rodilla sana. Sobre este punto de apoyo se empuja la rodilla enferma hacia abajo, con lo cual se obtiene una aducción y rotación forzada. En esta posición el ligamento lateral externo se palpa como una cuerda tensa que parte de la cabeza peroneal; cualquier interrupción o punto doloroso son fácilmente perceptibles y deben considerarse patológicos". Uns capítols més endavant, Piulachs en dedicava un d'específic al lligament lateral extern del genoll. En parlar dels símptomes de les lesions d'aquest lligament (pàgina 1.245), tornava a fer referència a aquesta maniobra i completava les seves explicacions: "Es útil en esta lesión ligamentosa, efectuar la *maniobra de Moragas* (figura 748): se invita al paciente a que coloque la pierna enferma sobre la rodilla sana. Entonces con la mano se presiona la rodilla enferma hacia abajo, o sea se provoca una aducción forzada. Esta maniobra, si hay lesión del ligamento lateral externo provoca dolor. En esta posición dicho ligamento se palpa bien, como una cuerda tensa, y puede explorarse su solución de continuidad o de los puntos de dolor a la presión"¹.

Sembla que Moragas no va publicar personalment la descripció de la coneguda maniobra per a l'estudi diagnòstic de les lesions del lligament lateral extern. En aquesta direcció, l'article del seu fill, Josep Moragas i Badia, publicat l'any 1954, contribuï de forma important al coneixement de la maniobra i al reconeixement de l'autoria del seu pare. Escrivia en aquella ocasió⁹: "Para la exploración del ligamento lateral externo puede ser útil la maniobra de MORAGAS (colocado el tobillo de la pierna lesionada sobre la rodilla sana se efectúa una aducción forzada al presionar hacia abajo la articulación objeto de reconocimiento), con lo que es posible palpar la cuerda ligamentosa al ponerse ésta tensa, pudiendo ser reconocido cualquier punto doloroso o la existencia de una solución de continuidad." No obstant això, l'article no fa una referència di-

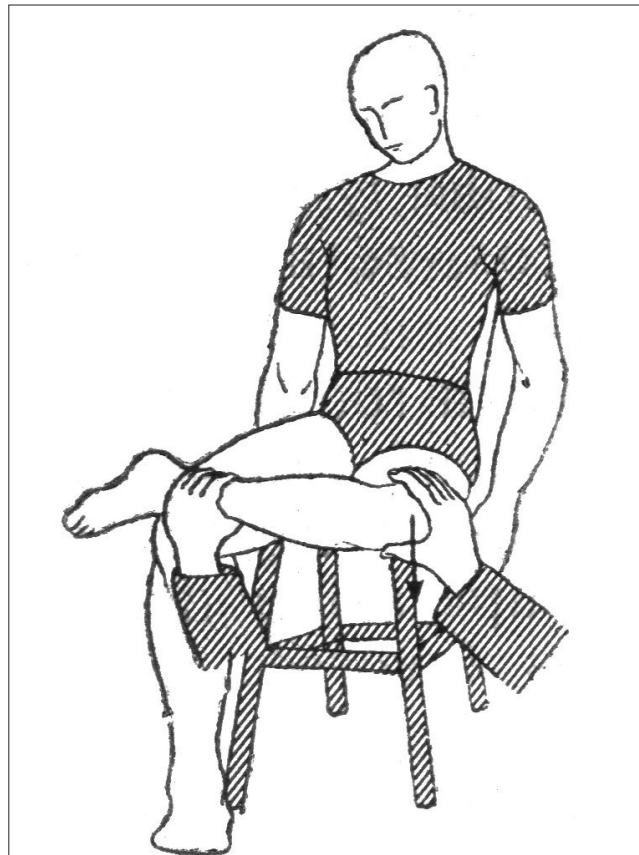


FIGURA 3. Maniobra de Moragas per al diagnòstic de les ruptures del lligament lateral extern. Imatge publicada a l'obra de Pere Piulachs *Lecciones de patología quirúrgica* l'any 1952

recta a la descripció realitzada anteriorment per Piulachs i només inclou la referència de l'obra a la bibliografia. Si bé és probable que, pels especialistes, l'atribució de l'epònim a Moragas i Ramírez fos clara, el fet que l'article esmentat de Moragas i Badia no fes una referència específica al seu pare pot haver contribuït a la confusió entre l'atribució de l'epònim a un o altre. L'any 1955, Moragas i Badia feia una comunicació a les IV Jornades Nacionals de la SECOT i esmentava la maniobra amb la cita bibliogràfica de l'article de 1954¹⁰. Una conversa amb Emili Moragas i Donadeu, fill i net dels esmentats, ens va permetre aclarir aquesta confusió potencial (comunicació personal d'Emili Moragas i Donadeu, 22 de juliol de 2024).

Diversos autors han descrit l'interès diagnòstic de la maniobra de Moragas. Fa uns anys, Fernández González¹¹ va manifestar la plena vigència de la maniobra per a l'exploració del lligament lateral extern. Mentre que el 2014, Hernández Gil i col·ls.¹² esmentaven l'ús de la maniobra per a l'avaluació forense del genoll: "Para entreabrir la interlínea externa en las lesiones del LLE es muy simple y efectiva la maniobra de Moragas, que consiste en colocar la pierna en rotación externa y flexión, y el pie cruzado por encima de la pierna sana, y se palpa la alteración de la tensión normal del ligamento a ese nivel en caso de lesión."

Altres epònims

La revisió bibliogràfica permet observar freqüents coincidències d'epònims dedicats a Cabot recollits en un article recent publicat en aquesta sèrie eponímica¹³ als que s'associa el nom de Moragas. És probable que aquesta situació sigui conseqüència de la relació professional que va existir entre Joaquim Cabot i Emili Moragas. Aquest era vint-i-cinc anys més gran i quan Cabot inicià la seva formació a l'Hospital Clínic de Barcelona, Moragas feia molt temps que havia deixat aquesta institució i havia guanyat una gran reputació tractant esportistes lesionats dins de la MEC que havia creat. Aquest reconeixement abastava també l'àmbit acadèmic, com mostra que la seva maniobra fos recollida en l'obra de Piulachs l'any 1952¹. L'interès de Cabot per la medicina esportiva l'hauria de portar a conèixer Moragas i la seva obra, i la relació fou probablement de mestre i aprenent (comunicació personal d'Emili Moragas i Donadeu, 22 de juliol de 2024). Això portaria a què diversos epònims de Cabot estiguessin vinculats d'una manera o una altra a Moragas, tot i que la seva mort prematura impedí una relació personal més llarga.

Alguns exemples d'aquestes coincidències comencen amb el conegut com a "signe popliti de Cabot"¹³. Per a Forriol¹⁴, aquest signe fou conegut inicialment com "prova de Moragas modificada per la lesió del menisc lateral" i ho justificava de la forma següent: "Deriva de la maniobra de Moragas, pensada inicialment para poner en tensión el ligamento lateral externo mediante una fuerte aducción de la pierna [...] Inicialmente lo denominó 'Prueba de Moragas modificada para la lesión del menisco lateral.'" El propi Cabot reconeixia la relació amb la maniobra de Moragas¹⁵: "Descrito por nosotros en 1955, el signo poplíteo ha confirmado plenamente su valor práctico. Deriva de la maniobra de Moragas, pensada originalmente para poner en tensión el ligamento lateral externo mediante una fuerte aducción de la pierna." Ahmed¹⁶ també emprà l'expressió "signe del popliti de Moragas Cabot" per referir-se a aquesta prova.

Per la seva part, León¹⁷ descriu la que anomena "prova de Moragas-Cabot" de la forma següent: "Paciente en decúbito supino con la cadera en abducción y la rodilla flexionada para permitir el apoyo de la cara externa del pie, de la extremidad que se explora, sobre la contra lateral. La mano se apoya en interlínea articular. El dolor en flexión completa indica lesión en el cuerno posterior, a 90° de flexión indica que la lesión se localiza en el cuerpo y en extensión, que asienta sobre el cuerno anterior del menisco externo." Finalment, un altre epònim conegut com la "maniobra combinada de Cabot" se cita a la bibliografia també com "maniobra combinada de Cabot-Moragas"¹⁸.

Agraïments. Els autors volen agrair a Emili Moragas i Donadeu la revisió del manuscrit, els seus suggeriments i l'autorització per emprar la Figura 2.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Piulachs P. Lecciones de patología quirúrgica. Tomo II. Afecciones de las extremidades. Segunda parte. Afecciones congénitas y adquiridas. Barcelona: Vergara Editorial S. A.; 1952. p. 1200-1, 1246.
- Balius Juli R. Dr. Emili Moragas i Ramírez (1890-1948), creador de la Mutual Esportiva de Catalunya. Gimbernat. 2007;48:68-72.
- Bruguera i Cortada M. Emili Moragas i Ramírez. Galeria de Metges Catalans. Consultable a: <https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=HKM>. Accés el 5 d'agost de 2024.
- Balius Juli R. El Dr. Emili Moragas i la Mutual Esportiva de Catalunya. Textos de Cultura i Esport, 6. Barcelona: Consell General de l'Esport de la Generalitat de Catalunya; 2007.
- Baños JE, Guardiola E. Eponimia mèdica catalana. L'índex de Sabadell. Ann Med. 2012;95:84-90.
- Castells A. O tot o res 1904-1918. A: Sabadell, informe de l'oposició. Vol. 3. Sabadell: Edicions Riutort; 1978.
- Torrella i Pineda J. Els 70 anys de la Mútua. Sabadell: Fundació Amics de les Arts i de les Lletres de Sabadell; 1988.
- CE Sabadell FC. Presidents. Consultable a: <https://www.cesabadellfc.com/presidents-2/>. Accés el 5 d'agost de 2024.
- Moragas Badía J. Lesiones recientes de los ligamentos laterales de la rodilla en el deporte. Rev Esp Reumatism Enf Osteoarticulares. 1954;7:443-50.
- Moragas Badía J. Lesiones ligamentosas recientes de la rodilla. Comunicación a las IV Jornadas Nacionales de la SECOT. Asturias, julio de 1955. Reimpresa a Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2008;52:121-5.
- Fernández González J. Comentario. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2008;52:125-7.
- Hernández Gil A, Hernández Moreno J, Luna Alcalá L. Guía para la valoración médico-forense de la rodilla. Cuad Med Forense. 2014;20(2-3):107-14.
- Baños JE, Guardiola E. Els epònims de Joaquim Cabot i Boix. Ann Med. 2024;107:112-6.
- Forriol F. Joaquín Cabot Boix 1915-1979. Trauma Fundación Mapfre. 2011;22(4):290-1.
- Cabot JR. Cómo diagnosticar una lesión de menisco de la rodilla en la práctica médico-deportiva. Ap Med Dep. 1967;4(14):123-30.
- Ahmed ZENM. El valor de la exploración clínica y de la resonancia magnética nuclear en el diagnóstico de las lesiones meniscales. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2001.
- León Garrigosa A. Monografía de exploración de la rodilla. Valencia: MK8 Global Solutions; 2018. p. 44.
- Marín Navarro M, Carbonell Abelló J. Exploración clínica de la rodilla. A: Carbonell Abelló J, dir. Monografías SER. Semiología de las enfermedades reumáticas. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006. p. 357-70.
- Anònim. La delegación deportiva. Caras y Caretas (Buenos Aires). 4 d'agost de 1928;1557:21.

Cloroform i èter: el naixement de l'anestèsia

Salvador Macip

Estudis de Ciències de la Salut. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona; Departament de Biologia Molecular i Cel·lular. Universitat de Leicester.

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.

Dos gasos per perdre el món de vista

Quantes vegades hem vist aquesta escena? Algú, normalment el dolent de la pel·lícula, mulla un mocador amb un líquid incolor i el prem fermament contra el nas i la boca de la víctima que, en pocs segons, per molt que lluiti, queda fora de combat. Tothom sap que la solució màgica que fa adormir instantàniament qui l'olora és el cloroform, perquè ja forma part de la cultura popular, tot i que la seva història i els seus usos clínics potser no són tan coneguts.

El cloroform, de fet, va canviar radicalment la medicina, conjuntament amb l'èter, perquè junts van obrir les portes de la cirurgia moderna. El cloroform i l'èter són dos gasos que, a partir de mitjan segle XIX i fins ben entrat el segle XX, es van usar de forma massiva per deixar els pacients inconscients abans d'una intervenció, el que ara coneixem com anestèsia general. D'aquesta manera, van permetre que la cirurgia avancés molt més ràpidament, perquè ja no estava limitada pel dolor que sentia la persona durant l'operació.

Abans d'això, però, ja hi havia hagut altres intents de desenvolupar una mena d'anestèsia general. Se'n té notícia a l'època dels babilonis i els egipcis, que usaven extractes de plantes (principalment de l'opi), o fins i tot alcohol, per sedar els malalts. A la Xina feien servir també alcohol i cànnabis per obtenir efectes similars. Però més enllà de provar d'"emborratar" d'alguna manera els malalts que havien de passar per una experiència que els havia de causar un dolor important, les arrels de l'anestèsia tal com l'entenem ara no apareixen fins al segle XVIII, quan el químic anglès Joseph Priestley va descobrir l'òxid nítric (que ràpidament es coneixeria com el "gas del riure", pels efectes desinhibidors que causa quan s'inhala), que poc després el també químic Humphry Davy descriuria com un compost que pot reduir el dolor durant una intervenció quirúrgica. Començava d'aquesta manera la recerca per

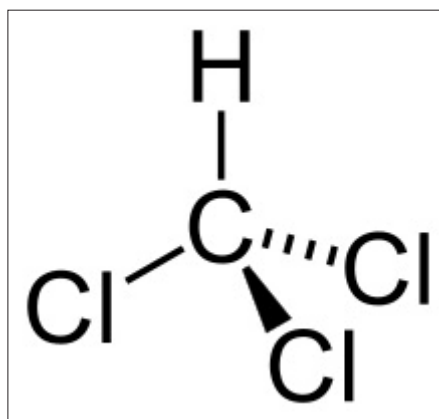


FIGURA 1. Fòrmula del cloroform

obtenir els primers anestèsics inhalats que, unes dècades després, culminaria amb la popularització del cloroform i l'èter.

Usos i perills del cloroform

El cloroform és un líquid incolor amb una olor característica, semblant a la de l'acetona però més dolça. Tècnicament, s'anomena triclorometà, perquè la seva fórmula química és la d'un grup metà i tres àtoms de clor (CHCl_3) (Figura 1). S'utilitza en la fabricació de paper i també en el processat de la fusta, per les qualitats que té com a solvent. També forma part de pesticides i refrigerants. Però no és un compost artificial: el cloroform es genera de forma natural al voltant dels llacs o a les piscines (degut al clor que es fa servir per desinfectar l'aigua), produït per algues i fongs. El seu ús més conegut és com a narcòtic i anestèsic, en part pel fet de ser molt volàtil, per això es pot administrar per inhalació. No se sap encara del tot perquè causa efectes anestèsics, tot i que es creu que, com veurem que també fa l'èter, altera el flux d'ions (en aquest cas, de potassi) a través de les membranes de les neurones, i això les "desconnecta".

El cloroform es va sintetitzar artificialment per primer cop el 1831, quan el químic americà Samuel Guthrie el va generar accidentalment barrejant whisky i hipoclorit de calci en intentar crear un nou pesticida. Tres anys després, el químic francès Jean-Baptiste Dumas en va deduir la fórmula química i li va posar nom. Malgrat tot, no se li van

Correspondència: Salvador Macip
Estudis de Ciències de la Salut
Universitat Oberta de Catalunya
Rambla del Poblenou, 156
08018 Barcelona
Adreça electrònica: smacipm@uoc.edu



J. Y. Simpson

FIGURA 2. James Young Simpson (Font: https://en.wikipedia.org/wiki/James_Young_Simpson#/media/File:Simpson_James_Young_signature_picture.jpg)



FIGURA 3. L'experiment de Simpson i els seus amics amb cloroform inhalat (Font: <https://wellcomecollection.org/works/my6sx36s>)

trobar usos immediatament i va haver de passar gairebé una dècada abans no es van descobrir els efectes anestèsics que tenia. Va ser el 1842, quan Robert Mortimer Glover, un metge anglès, es va adonar que el cloroform es podia usar per adormir animals si s'injectava. Va pensar que era massa perillós provar-lo en humans, perquè tenia una toxicitat cardíaca que podia arribar a causar la mort dels animals de laboratori. Però poc després, el 1847, James Young Simpson (Figura 2), un obstetra escocès, va tenir la pensada de provar què passaria si el cloroform s'usés per inhalació. El 4 de novembre del 1847, Simpson i dos amics seus, els metges George Skene Keith i James Matthews Duncan, van cometre la imprudència de provar-ho en ells mateixos (Figura 3). Primer van notar els efectes relaxants del com-

post i el següent va ser despertar-se l'endemà sense saber què els havia passat: el cloroform els havia deixat fora de circulació tota la nit. Per sort, cap dels agosarats científics va morir en l'experiment, malgrat que devien prendre accidentalment una dosi força alta.

Simpson va entendre de seguida que el cloroform es podria fer servir com anestèsic per aquesta capacitat que tenia de noquejar les persones, però abans va provar-lo en uns quants voluntaris més. Finalment, Francis Brodie Imlach, un dentista que era veí de Simpson, va aprofitar el descobriment uns dies després per extraure una dent, el primer ús clínic del cloroform del qual es té constància. Essent obstetra, Simpson va pensar en usar-lo també per reduir els dolors del part, i aquest va ser un dels seus primers usos generalitzats. Fins i tot ha perdurat la llegenda que, a la primera nena que va néixer d'un part amb cloroform, li van posar de nom Anestèsia després que la mare cantés les lloances del nou descobriment (en realitat es va dir Wilhemina). Simpson va adquirir fama immediatament, rebent el títol de *sir* i convertint-se, a partir del 1847, en el metge oficial de la Reina quan estava a Escòcia. Veient tot aquest rebombori, Glover va escriure una carta a Simpson, enfadat perquè no havia citat els seus treballs previs amb animals; però Simpson va argumentar que usar-lo en humans havia sigut només idea seva.

Els riscos del cloroform es van anar descobrint gradualment, perquè al principi ningú va fer gaire cas dels resultats inicials de Glover. El 1848, Hannah Greener, una nena de 15 anys que havia estat anestesiada amb cloroform per extirpar-li una unglia infectada, es va convertir en la primera víctima mortal d'aquest compost que, segons càlculs que es van fer anys després, té cinc vegades més possibilitats d'accidents que no pas l'èter. És per això que el truc del mocador amb cloroform per deixar inconscient algú, que descrivíem al principi, no és gaire realista. Per començar, els efectes no són mai tan immediats, sinó que caldrien almenys quatre o cinc minuts perquè la víctima es quedés inconscient. Però el principal problema és la dosi. El cloroform és una substància perillosa que s'ha d'administrar sota un control exhaustiu, perquè el marge terapèutic és petit (Figura 4). A concentracions baixes, provoca mareig, desorientació i son. A una concentració massa elevada, en canvi, pot portar a la mort, perquè la llengua obstrueix les vies respiratòries o perquè es relaxen tant els músculs que la respiració s'atura. Fins i tot pot induir un coma pels efectes depressors que té sobre el sistema nerviós central. També és tòxic a llarg termini per al cor i per al fetge. Amb un mocador no hi ha manera de controlar la dosi i seria fàcil excedir-se. A més, caldria mantenir-lo tota l'estona perquè la persona no es despertés immediatament; per això, no té gaire sentit utilitzar-lo d'aquesta manera. Sí que s'ha emprat, en canvi, com a eina per cometre assassinats, per aquestes mateixes raons.

Malgrat aquests inconvenients importants, el cloroform es va usar de manera regular en tota mena d'operacions a partir de la segona meitat del segle XIX, especialment en els parts. És ben conegut, per exemple, que la reina Victòria, al Regne Unit, va tenir els seus dos darrers fills amb l'ajut del cloroform que li administrava el seu metge, John Snow. El mateix John Snow va inventar un inhalador, el 1848, que permetia regular millor les dosis i reduir així el risc de mort. Fins les primeres dècades del segle XX, el cloroform va ser l'anestèsic de preferència, en competència amb l'èter, que no té tantes complicacions i efectes secundaris, i té un marge força més ampli entre la dosi útil i la mortal.

Una substància mitològica

Segons la mitologia medieval, la Terra estava formada de quatre elements principals: terra, foc, mar i aire. També hi havia un cinquè, que se suposava que omplia la resta de l'univers, que rebia el nom d'èter. L'existència de l'èter, que ja s'havia postulat en la Grècia clàssica, es va utilitzar fins ben entrat el segle XIX per a justificar fenòmens naturals que no tenien explicació, com la propagació de la llum o la gravetat. Ara sabem que aquesta famosa quinta essència mitològica no existeix, però el nom s'ha fet servir des de llavors per a tota una classe de compostos orgànics, el més famós dels quals possiblement sigui el dietilèter (Figura 5).

El dietilèter, també conegut simplement com èter, és una substància volàtil i d'olor dolça, com el cloroform, però també molt inflamable, fins al punt que pot explotar. Es pot sintetitzar fàcilment a partir de l'etanol. És també un solvent i s'utilitza en alguns carburants, cosmètics, plàstics, perfums i pintures. L'èter es coneixia des de molt abans que el cloroform. Segons algunes versions, hauria sigut el savi català Ramon Llull el primer que el va sintetitzar a Europa, l'any 1275; tot i que possiblement al món àrab ja es coneixia des del segle IX.

Els efectes anestèsics de l'èter es van descobrir també abans que els del cloroform. El primer que va usar-lo d'aquesta manera va ser el dentista americà William T. G. Morton (Figures 6 i 7), el 1846, quan el va administrar a un pacient per treure-li una dent sense fer-li mal. Un mes després, el cirurgià de Boston Henry Jacob Bigelow va organitzar l'operació que va fer famós l'èter, en la qual John Collins Warren va extreure un tumor del coll d'un malalt (Figura 8). Les notícies de l'exitosa intervenció van volar i aviat es va començar a usar l'èter als quiròfans i clíniques dentals de tot el món.

Morton va voler acaparar tota la glòria del descobriment intentant, infructuosament, amagar quin compost havien usat (inicialment el va anomenar *letheon*, per despistar) i després mirant de patentar l'èter. Malgrat això, la troballa s'ha d'atribuir també, en part, al metge Charles T. Jackson i al dentista Horace Wells, mentor i col·laborador,

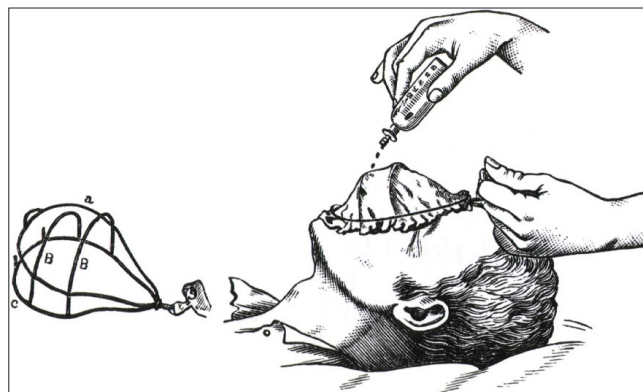


FIGURA 4. Una de les maneres d'administrar cloroform (Font: <https://collections.countway.harvard.edu/onview/exhibits/show/-painless-/item/26611>)

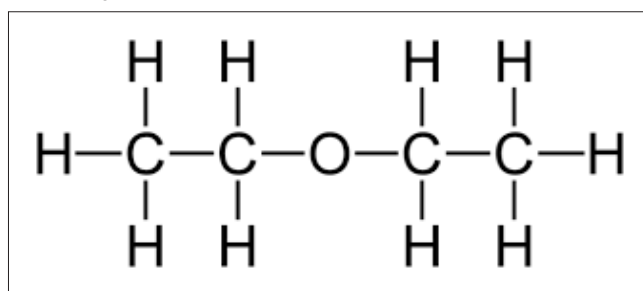


FIGURA 5. Fórmula del dietilèter



FIGURA 6. William T. G. Morton (Font: https://en.wikipedia.org/wiki/William_T._G._Morton#/media/File:WTG_Morton.jpg)

respectivament, de Morton, així com a Crawford William Long, un cirurgià que el va administrar per primer cop a Geòrgia a principis de la dècada del 1840, malgrat que no va publicar els seus estudis fins el 1848.

A part dels usos clínics, l'èter s'ha pres, tant inhalant-lo com bevent-lo, com a droga recreativa des de mitjan segle

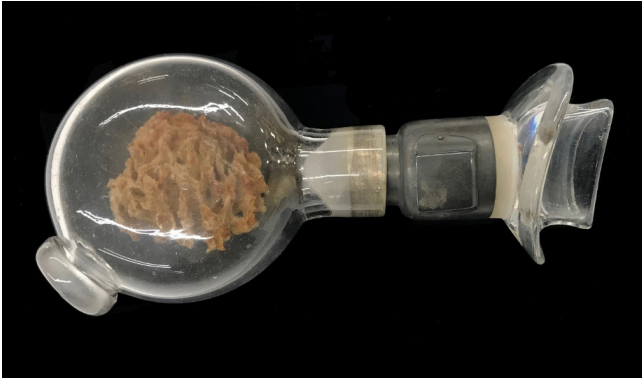


FIGURA 7. L'inhalador d'èter inventat per William T. G. Morton. (Font: <https://collections.countway.harvard.edu/onview/exhibits/show/-painless-/item/26589>)



FIGURA 8. La primera operació usant èter, feta per J. C. Warren. Quadre de Robert Hinckley. (Font: <https://collections.countway.harvard.edu/onview/exhibits/show/-painless-/item/26609>)

XIX, abans fins i tot que s'usés com anestèsic, quan era molt popular a les festes i a les conferències dels científics, que el feien respirar als assistents per demostrar-ne els efectes embriagadors, d'una manera similar al que havia passat amb l'òxid nítric des del segle XVIII. Com que dona uns símptomes semblants a l'alcohol, però més potents, en alguns llocs (a Irlanda, per exemple) se'n consumia regularment. Encara avui en dia en beuen en alguns llocs del centre d'Europa.

El problema d'això és que l'èter, a part de crear addicció (que s'anomena eteromania), és més tòxic que l'alcohol. L'èter exerceix els seus efectes sobre el sistema nerviós perquè modifica la circulació d'ions a través de les membranes de les neurones. Quan s'inhalava, va ràpidament a la circulació sanguínia i, d'aquí, al cervell. S'elimina també ràpidament a través de la respiració; per això, per a mantenir els efectes s'ha d'administrar de forma continuada. Un excés d'èter pot donar maldecaps i marejos i, fins i tot, causar un coma, tot i que rarament ocasiona la mort, a

diferència del cloroform. A llarg termini, pot afectar el fetge; la recuperació després d'estar exposat a l'èter és lenta i sovint s'acompanya de marejos.

L'èter i el cloroform van ser molt usats a Amèrica i Europa com anestèsics durant gairebé un segle, sols o en combinació amb altres compostos. Per exemple, l'èter es barrejava amb l'alcohol per fabricar les "gotes de Hoffmann" (anomenades així en honor al seu inventor, el metge alemany Friedrich Hoffmann), que són analgèsiques i hipnòtiques. El metge escocès George Harley va proposar barrejar alcohol, cloroform i èter (un còctel que es coneix com ACE, per les inicials dels compostos) per obtenir un anestèsic que tingués menys efectes secundaris que els seus components per separat, tot i que al final es va veure que la millora era relativa. Encara que el cloroform és més difícil d'administrar de forma segura, té una acció més ràpida que l'èter i, a més, no és inflamable, cosa que el convertia en l'anestèsic d'elecció en algunes situacions com, per exemple, als camps de batalla. En altres entorns, en canvi, es preferia l'èter pel seu marge terapèutic més ample.

L'anestèsia avui en dia

Malgrat l'important paper que tant el cloroform com l'èter han jugat en la història de l'anestèsia, avui en dia ja no tenen cap ús clínic perquè existeixen compostos molt millors. El descobriment a la dècada dels anys 30 del segle XX d'altres compostos amb activitat anestèsica (com els barbitúrics, el propilè o els derivats del fluor) va fer que, a poc a poc, tant el cloroform com l'èter fossin abandonats. Els barbitúrics, per exemple, actuen reduint els nivells de certs neurotransmissors, la qual cosa deprimeix una sèrie de funcions cerebrals. D'aquesta manera, tenen efectes ansiolítics, sedants o hipnòtics. Com que generen addicció i són perillosos si se'n pren una dosi massa elevada, també han estat substituïts en la majoria d'usos, en aquest cas per les benzodiazepines, tot i que encara es fan servir com anestèsics.

L'anestèsia que s'usa en l'actualitat pren moltes formes diferents. Es pot aplicar localment, per exemple, per petites intervencions, i així no cal adormir el pacient. En aquests casos, es fan servir fàrmacs com la lidocaïna. Per a situacions més complexes s'utilitza l'anestèsia regional, que elimina la sensació d'una part del cos sense que el pacient tampoc perdi la consciència. El clàssic exemple seria l'epidural, una forma d'anestèsia en la qual s'injecten fàrmacs a l'espai que hi ha al voltant de la medulla espinal, que s'usa en la majoria de parts als països desenvolupats.

Però quan cal aplicar una anestèsia general, en operacions importants en les quals el pacient no ha d'estar conscient, el procés és molt més complex. A més, ja no es confia només en un compost, si no que se'n combinen de diversos tipus per aconseguir tots els efectes desitjats. Pel que fa als fàrmacs principals, hi ha diverses opcions, tan inhalades com per injecció. Alguns s'administren di-

rectament a la vena, com el tiopental sòdic (un dels barbitúrics que més s'ha usat per anestèsia, conegut també per ser el "sèrum de la veritat"), la ketamina (molt utilitzada il·legalment com a droga recreativa) o el propofol (l'anestèsic més comú actualment). Per inhalació, els anestèsics més típics són el desflurà, l'halotà o, encara, l'òxid nítric (que darrerament ha tingut un augment d'ús com a droga recreativa entre els més joves). També és freqüent que es combinin anestèsics intravenosos a la primera fase (anomenada d'inducció) i es passi després als inhalats per mantenir l'anestèsia. Sovint, abans de l'anestèsia general es donen també sedants, ansiolítics i analgèsics potents (com el fentanil), així com relaxants musculars (com el bromur de pancuronil), per evitar moviments involuntaris.

Potser el més important que es fa actualment en l'anestèsia general, a diferència del que passava quan l'èter i el cloroform eren les úniques opcions disponibles, és el monitoratge constant que rep el pacient per evitar accidents. Això ho fan professionals que s'hi dediquen exclusivament. Es controla el ritme cardíac, la saturació d'oxigen, la pressió, la temperatura, etc. A més, al pacient se l'intuba (se li posa un tub de plàstic dins la tràquea per mantenir les vies respiratòries obertes), cosa que evita l'asfíxia per obstrucció. D'aquesta manera, s'han reduït de forma molt important les complicacions que eren tan freqüents

als inicis: la mortalitat per culpa de l'anestèsia es veu en d'entre una i quatre persones per milió d'intervencions, deu vegades menys que a mitjan segle XX. De totes maneres, encara que, actualment, han estat superats per fàrmacs més efectius i segurs, el cloroform i l'èter s'han guanyat el seu lloc amb lletres d'or a les planes d'honor de la història de la medicina per la revolució que va representar en el seu moment poder intervenir una persona sense que sentís dolor.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Hudson AE, Herold KF, Hemmings Jr HC. Pharmacology of inhaled anesthetics. A: Hemmings Jr HC, Egan TD, editors. Pharmacology and physiology for anesthesia. 2a ed. Foundations and Clinical Application. Elsevier; 2019. p. 217-40.
2. Gottschalk A, Van Aken H, Zenz M, Standl T. Is anesthesia dangerous? Dtsch Arztebl Int. 2011 Jul;108(27):469-74.
3. Schiff JH, Welker A, Fohr B, Henn-Beilharz A, Bothner U, Van Aken H et al. Major incidents and complications in otherwise healthy patients undergoing elective procedures: results based on 1.37 million anaesthetic procedures. Br J Anaesth. 2014 Jul;113(1):109-21.
4. Still K, Diethyl ether. Reference module in biomedical sciences. Elsevier; 2023. ISBN 9780128012383.
5. Whaten FX, Bacon DR, Smith HM. Inhaled anesthetics: an historical overview. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2005;19(3):323-30.

Parlant del tractament: el llenguatge de les poblacions i el llenguatge dels individus

John F. Steiner

Traducció de Gaietà Permanyer Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: Steiner JF. Talking about treatment: The language of populations and the language of individuals. Ann Intern Med. 1999;130:618-22.

En els darrers anys, les decisions clíniques sobre el tractament han estat guiades cada cop més pels resultats d'assaigs clínics aleatoritzats. Aquests assaigs fan servir el tipus de disseny de l'estudi més robust per a l'avaluació del tractament. Representen el millor mètode per a reduir el biaix i equilibrar la distribució de les característiques conegudes i desconegudes dels pacients que podrien amenaçar la validesa interna de l'estudi. Les mesures quantitatives de reducció del risc utilitzades en la presentació dels assaigs clínics aleatoritzats descriuen l'experiència col·lectiva dels participants en l'estudi. Per tal d'aplicar els resultats d'aquests assaigs a la pràctica, el metge ha de traduir els conceptes i mesures emprats per descriure grups de pacients a un llenguatge que permeti fonamentar les decisions per a un pacient individual. Un exemple clínic il·lustra les tensions que comporta aquest procés de traducció.

Esteu tractant un home de 74 anys que té una pressió arterial mitjana habitual de 175/85 mm Hg. Té diabetis tipus 2 controlada amb antidiabètics orals. Basant-vos en els resultats d'un assaig clínic aleatoritzat, el *Systolic Hypertension in the Elderly Program* (SHEP), creieu que el tractament amb fàrmacs antihipertensius reduirà el risc del malalt de patir un esdeveniment cardiovascular. El malalt us pregunta: "Si prenc aquesta medicació, de quina manera m'ajudarà?" (a la Taula teniu dades de l'estudi SHEP per fonamentar la vostra resposta).

Hi ha tres problemes que dificulten donar una resposta precisa a la pregunta, aparentment senzilla, del pacient. Primer, els informes d'assaigs clínics aleatoritzats habitualment no tenen en compte les característiques individuals que modifiquen l'efecte del tractament. Segon, tant els pacients com els clínics sovint tenen dificultats per interpretar les dades quantitatives sobre el risc i la seva reducció. Finalment, els resultats dels estudis de tractaments es poden expressar o presentar de formes diferents; això pot influir en la manera en què metges i pacients perceben l'eficàcia del tractament.

Sospiteu que la diabetis augmenta el risc de malaltia cardiovascular del vostre malalt; per tant, potser es podrà beneficiar més del tractament de la hipertensió. A l'estudi SHEP, igual que en la majoria d'assaigs clínics aleatoritzats, alguns participants tenien factors de risc que augmentaven la seva probabilitat d'esdeveniments cardiovasculars: el 13% dels pacients inclosos eren fumadors, el 10% tenien història personal de diabetis i el 5% antecedents d'infart de miocardi.

Interpretació de les dades

Les mesures de la reducció del risc en un assaig clínic aleatoritzat es calculen a partir de dues proporcions: la proporció de pacients del grup control amb resultat advers (P_C) i la proporció de pacients en el grup tractat en què s'observa aquest mateix resultat advers (P_T). Aquestes proporcions es poden utilitzar per a calcular dues mesures d'efecte del tractament: la reducció relativa i la reducció absoluta del risc. A la Taula es mostren les fórmules per als dos càlculs.

La reducció relativa del risc és el mètode tradicional per descriure les troballes d'un assaig clínic aleatoritzat. Per tal de descriure-li al vostre pacient la reducció de tots els esdeveniments cardiovasculars que es va observar a l'estudi SHEP mitjançant la reducció relativa del risc, podríeu dir-li: "si preneu antihipertensius durant 5 anys es reduirà un 30% el vostre risc d'ictus o d'accident cardíac". Com que la taxa d'esdeveniments figura tant al numerador com al denominador de la reducció relativa del risc, s'anul·la en el quocient. En conseqüència, es pot observar la mateixa reducció relativa del risc en esdeveniments adversos que tenen lloc a freqüències molt diferents. Per exemple, la reducció relativa del risc de tots els esdeveniments cardiovasculars adversos que es va trobar a l'estudi SHEP (30%) va ser gairebé la mateixa que la corresponent a la de l'ictus mortal (29%), malgrat que el 12,2% dels pacients tractats tingueren algun tipus d'esdeveniment cardiovascular i només el 0,4% sofriren un ictus mortal.

Laupacis i col·ls. varen proposar que en les decisions terapèutiques s'hauria d'incorporar la recíproca de la reducció relativa del risc, calculada com $1/(P_C - P_T)$, que varen anomenar *el nombre de pacients a tractar*. A l'estudi SHEP, el nombre de pacients que calia tractar per prevenir

TAULA. Mesures d'eficàcia del tractament a l'estudi SHEP (*Systolic Hypertension in the Elderly Program*)

Resultat	Taxa d'esdeveniments en pacients control (P_C)	Taxa d'esdeveniments en pacients tractats (P_T)	Risc relatiu*	Reducció relativa del risc**	Reducció absoluta del risc***	Nombre de pacients a tractar****
	%	%		%	%	
Morts totals	10,2	9,0	0,88	12	1,2	83
Mort per causa cardiovascular	4,7	3,8	0,81	19	0,9	111
Mort per ictus	0,59	0,42	0,71	29	0,17	588
Ictus mortal o no mortal	6,9	4,5	0,65	35	2,4	42
Esdeveniments cardiovasculars totals	17,5	12,2	0,70	30	5,3	19

* P_T/P_C ** $(P_C - P_T)/P_C$ *** $P_C - P_T$ **** $1/\text{reducció absoluta del risc} = 1/(P_C - P_T)$

qualsevol tipus d'esdeveniment cardiovascular va ser de 19, unes 30 vegades menys que el nombre a tractar per prevenir un ictus mortal (Taula). Al vostre pacient li podríeu explicar el nombre de pacients a tractar dient-li "cal tractar la hipertensió en 19 persones durant 5 anys, aproximadament, per prevenir un ictus o un accident cardíac". El nombre de pacients a tractar és la norma per presentar els resultats d'un assaig clínic a l'ACP Journal Club.

Marc conceptual de l'efectivitat del tractament

La reducció relativa del risc i el nombre de pacients a tractar emmarquen les decisions terapèutiques de manera diferent. El nombre necessari de pacients a tractar adopta, de manera inequívoca, la perspectiva poblacional, perquè defineix explícitament el nombre de persones que cal tractar i durant quant de temps per tal de protegir-ne una. Encara que la reducció relativa del risc és també un índex estadístic poblacional, sembla prometre un benefici individual i immediat. En estudis sobre decisions terapèutiques hipotètiques, els metges i els pacients consideraven més favorablement els tractaments quan els seus beneficis s'expressaven en termes de reducció relativa del risc. En un estudi mitjançant qüestionari amb 235 metges, el 49% dels que respongueren varen dir que era més probable que indiquessin un fàrmac hipolipemiant amb una reducció

relativa del risc del 24% que amb una reducció absoluta del 0,4%, malgrat que els dos índexs s'havien calculat a partir dels mateixos resultats de l'estudi *Lipid Research Clinics Primary Coronary Prevention Trial*. En un altre estudi amb qüestionaris, que feia servir dades del *Helsinki Heart Study*, el 88% dels pacients manifestaren que acceptarien prendre un fàrmac que produïa una reducció relativa del risc d'infart de miocardi del 34%. En canvi, només el 31% va respondre que prendrien aquest fàrmac quan s'expressava la mateixa informació com a nombre de pacients a tractar (calia tractar 71 persones durant 5 anys per prevenir un infart). Així, en casos hipotètics, sembla més probable que els metges i els pacients proposin o acceptin un tractament si es planteja en termes individuals i no en termes poblacionals.

Hi ha poca recerca que avaluï el contingut d'entrevistes mèdiques sobre el risc en la vida real. En un estudi varen tenir lloc discussions relatives al risc en el 26% de les visites ambulatories d'atenció primària gravades. Només en el 3,4% hi sortien termes quantitatius; en aquestes converses es feia referència a la reducció relativa del risc. Habitualment, el metge deia al pacient que si no seguia el tractament recomanat, era inevitable un resultat desfavorable. En altres paraules, que $P_C = 1$. Aquestes escasses dades clíniques recolzen estudis de decisions terapèutiques hipotètiques en suggerir que els metges poden, de manera

deliberada o inconscient, preferir comentar els beneficis d'un tractament seguint una estratègia d'exposició que no representa una informació neutral, sinó que es proposa orientar les eleccions terapèutiques dels pacients.

El llenguatge de les poblacions: dels grups als subgrups

Podríeu jutjar amb més precisió els beneficis del tractament de la hipertensió per al vostre pacient si hi hagués informació a l'abast sobre el subgrup de pacients diabètics inclosos a l'estudi SHEP. En un assaig clínic aleatoritzat, un estudi de subgrups vàlid identifica característiques d'importància abans de l'anàlisi de les dades i, aleshores, compara els resultats entre els pacients tractats i el grup control en el subgrup de pacients amb aquestes característiques. L'anàlisi de subgrups pot aportar informació útil per orientar les decisions terapèutiques quan els subgrups són grans, l'anàlisi de subgrups està especificada per endavant, i l'anàlisi estadística es fa correctament de manera conservadora. Encara que a l'estudi SHEP inicial no s'avaluava l'efecte del tractament de la hipertensió en pacients diabètics, en una publicació posterior es va mostrar que la incidència acumulativa d'esdeveniments cardiovasculars als 5 anys en pacients diabètics que reberen fàrmacs antihipertensius era del 21,4%, en comparació amb el 31,5% en els diabètics del grup placebo. Utilitzant les fórmules de la Taula, aquestes troballes representen una reducció relativa del risc del 32% i un nombre de pacients a tractar de 10. Així, tal com podríem esperar que fos el cas en la pràctica clínica, els pacients diabètics de l'estudi SHEP tenien major risc d'esdeveniments i es beneficiaven més del tractament de la hipertensió. En tenir aquesta nova informació, li podríeu dir al vostre pacient: "Com a mitjana, cal tractar la hipertensió durant 5 anys a 19 pacients per prevenir un ictus o un altre accident cardiovascular. En els pacients diabètics només se n'han de tractar de 9 a 10 durant un període igual per obtenir el mateix benefici".

De manera semblant, podeu prendre altres factors de risc aïllats —o bé la vostra avaluació del risc global d'un esdeveniment cardiovascular del pacient si no rep tractament antihipertensiu— per tal de modificar l'estimació mitjana del benefici del tractament segons l'estudi SHEP. Una presentació completa d'aquest procés, anomenat *raonament bayesià*, és fora de l'abast d'aquest article, però hi ha excel·lents introduccions a la literatura. En l'enfeïnada pràctica clínica no es localitzen fàcilment les troballes de l'estudi SHEP original ni les dades addicionals necessàries per a individualitzar millor el benefici del tractament. S'estan desenvolupant sistemes informàtics d'ajuda a la presa de decisions per tal d'aportar aquesta informació en temps real.

Els problemes de potència estadística limiten l'aplicabilitat a la pràctica clínica de les anàlisis de sub-

grups en assaigs clínics aleatoritzats. La grandària de la mostra d'un assaig clínic aleatoritzat es calcula per tal d'obtenir una estimació precisa de l'efecte mitjà del tractament. No obstant, les estimacions de la reducció relativa del risc o del nombre de pacients a tractar a partir dels resultats de qualsevol estudi comporten incertesa estadística, que pot fer-se explícita si es donen els intervals de confiança de l'estimació puntual de l'efecte del tractament. L'anàlisi de subgrups augmenta aquesta incertesa, perquè els límits dels intervals de confiança s'eixamplen en reduir-se el nombre de persones en el subgrup. En un subgrup petit, l'interval pot ser tan ample que la predicció del benefici sigui massa imprecisa per a ser útil clínicament. Per exemple, a més de la diabetis, les anàlisis de subgrups més rellevants per al vostre pacient inclourien variables com l'edat, el sexe, la pressió sistòlica basal i la presència d'anormalitats en l'electrocardiograma en repòs. No obstant, a l'estudi SHEP, el subgrup de pacients amb totes aquestes característiques probablement era massa petit per donar estimacions clínicament rellevants del benefici del tractament.

Si el nombre de pacients a tractar fos 1, podríem garantir el benefici a un pacient individual i no ens caldria escollir mesures d'efectivitat del tractament. No obstant, la fórmula utilitzada per a calcular el nombre de pacients a tractar és $1/(P_C - P_T)$ i, segons aquesta fórmula, el nombre seria 1 només quan l'esdeveniment advers tingués lloc en totes les persones no tractades ($P_C = 1$) i no tingués lloc en cap de les tractades ($P_T = 0$). En altres paraules, el tractament hauria de ser invariablement efectiu per a una malaltia amb resultats uniformement dolents. Poques malalties són tan dolentes i cap tractament és tan bo. En una revisió recent, el nombre més baix de pacients a tractar va ser 1,1. Per tant, el nombre de pacients a tractar no dona mai seguretat de benefici individual.

En uns pocs casos, l'efecte del tractament es pot individualitzar completament mitjançant un assaig clínic del tipus $n = 1$. En aquest disseny, els pacients reben aleatòriament tractament actiu o placebo i, després, a la inversa durant una sèrie d'intervals. Durant aquests intervals, tant el pacient com el metge desconeixen l'assignació terapèutica (assaig amb cegament) i el pacient manté un registre quantitatiu dels resultats d'interès. Quan el metge i el pacient l'obren i trenquen el cegament, es poden comparar els efectes del tractament durant els períodes de tractament actiu i els períodes de control. Els investigadors han utilitzat assaigs $n = 1$ per tal d'avaluar resultats reversibles de malalties estables com, per exemple, tractaments del dolor o la dispnea. No es poden utilitzar en una malaltia com la hipertensió, en la qual els resultats adversos són infreqüents, catastròfics i molt tardans.

Poques vegades podem convertir amb certesa el resultat mitjà referit als assaigs clínics aleatoritzats en

una avaluació precisa del benefici del tractament per a un individu concret. Les anàlisis de subgrups en assaigs clínics poden afinar els efectes mitjans del tractament per a efectes específics de subgrup, però un subgrup que compregui tots els factors de risc rellevants per a un pacient concret possiblement serà prou petit com per què a l'anàlisi li manqui la precisió que caldria per a ser útil clínicament. El nombre de pacients a tractar és només 1 en les condicions limitades dels assaigs tipus $n = 1$. El llenguatge de les poblacions ens pot apropar més a poder informar al pacient de les conseqüències del tractament, però no pot abastar tot allò que cal dir-li.

El llenguatge de l'individu: dels subgrups a l'entrevista mèdica

Encara que tracteu el vostre pacient hipertens per ajudar-lo individualment, el nombre de pacients a tractar deixa ben clar el fet que els beneficis del tractament es refereixen a una població. No podeu saber per endavant si la decisió del vostre pacient d'acceptar el tractament li previndrà patir un ictus. Si, anys després, us pregunta si pot deixar el tractament antihipertensiu, no podreu saber si s'ha evitat un esdeveniment advers que altrament hauria tingut lloc. No és probable que una adherència escrupolosa al tractament es vegi recompensada, mentre en poques ocasions la manca de compliment és penalitzada. L'únic que podeu dir-li amb seguretat és que així es fa, segons la millor evidència científica existent, tot el possible per prevenir un resultat advers.

L'elecció entre la reducció relativa del risc i el nombre de pacients a tractar planteja un dilema al metge. Com que els dos índexs es calculen a partir de P_T i P_C , tots dos reflecteixen intrínsecament els resultats d'un assaig clínic aleatoritzat de manera acurada. Hem de dir la veritat als pacients; però, quina veritat hem de dir-los? Si els hem de donar una informació completa dels beneficis del tractament hauríem d'utilitzar el llenguatge de les poblacions. Però si el que un tractament ha de beneficiar és una població, els nostres pacients han de prendre decisions diàries per a seguir-lo. Quants pacients estan tan compromesos amb la salut de la població que prendran una medicació

durant anys, sabent que encara que tothom compleixi només alguns se'n beneficiaran? No hi ha estudis que ens ajudin a decidir quines estratègies de comunicació del risc poden estimular en la pràctica clínica l'adherència al tractament.

Com a metges, cal que ens fem bilingües: és a dir, hem de parlar el llenguatge de les poblacions però també el llenguatge dels pacients individuals. Si parlem amb fluïdesa els dos llenguatges, ens recordarem a nosaltres mateixos que el que oferim als nostres pacients són eleccions, no tractaments; els pacients són els àrbitres finals, que han de decidir cada dia si prenen la seva medicació. Al mateix temps, així recordarem als nostres pacients la veritat, igualment important, que sigui quina sigui la seva elecció terapèutica els resultats de l'atenció sanitària són sempre incerts. Els membres de la professió mèdica mai no s'han sentit còmodes reconeixent o compartint la incertesa. Però, a llarg termini, l'intent de protegir els pacients de la incertesa pot sortir malament, ja que pot posar la confiança en perill i impedir una discussió plena de les opcions de tractament, inclosa l'opció de no fer res. Pot ser fins i tot aconsellable arriscar-se a compartir les incerteses de les nostres decisions amb els pacients: poques vegades els sorprendrà saber que els nostres tractaments no sempre tenen èxit i que no podem garantir-ne els bons resultats. Com a substitut de falses certeses, podem oferir el nostre compromís de tenir cura dels nostres pacients en qualitat de persones individuals siguin quines siguin les eleccions i els resultats.

Si apreneu a parlar el llenguatge de les poblacions i el llenguatge de les persones individuals, podreu dir-li el següent al vostre pacient: "Si es tracten 10 pacients semblants a vostè durant 5 anys, és probable que es previngui un ictus o un accident cardíac en un d'ells. Encara que no puc estar segur que vostè sigui el que es beneficiarà del tractament, jo li recomano perquè el risc de vostè és elevat i aleshores tots dos sabrem que fem el millor per tal de prevenir els mals resultats. I sigui quina sigui la seva elecció, jo tindrè cura de vostè". Si aprenen a parlar els dos llenguatges, els metges poden reconciliar el nombre de pacients a tractar amb un altre índex: el nombre de pacients de qui cal tenir cura, índex que sempre és igual a 1.

Premi Carolina Meléndez Fernández 2024

Llum Veiga André

Infermera en Geriatria i Gestió Sanitària. Directora Infermera prejubilada. Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona.

Miro enrere i recordo, des que tinc ús de raó, que sempre he volgut ser infermera. Tant és així que quan era adolescent li posava tiretes a tothom, fins i tot al gat!

La gent gran i els infants han estat sempre els col·lectius (més vulnerables) que sempre m'han inspirat i han despertat en mi la vocació del "tenir cura" tot i que, *a posteriori*, mai he volgut dedicar-me a la pediatria perquè soc massa sensible al patiment dels infants.

Res més lluny de la meua imaginació pensar que algun dia arribaria a ser mereixedora del Premi Carolina Meléndez 2024 (Figura 1), quan tantes i tantes infermeres ho mereixen igualment. Significa molt per mi com a infermera i com a persona haver rebut aquest guardó ja que em reafirma encara més amb la professió. És per això que vull començar agraint sobretot al meu equip de Direcció d'Infermeria del Parc Sanitari Pere Virgili, grans professionals i millors persones, haver confiat en mi durant tots aquests anys compartits i haver-me proposat com a candidata, a la Junta de la Societat Catalanobalear d'Infermeria per haver cregut en mi, i a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, per haver-me cregut mereixedora d'aquest guardó.

Els inicis i la trajectòria professional

Avui em considero molt privilegiada per haver nascut professionalment a l'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona, adscrita a la Universitat de Barcelona, l'any 1980. En aquell entorn docent vaig adquirir no només coneixements, sinó també molts valors professionals i personals. Definitivament, vaig reafirmar la meua decisió de dedicar-me a "tenir cura de les persones" gràcies a les professores i tutores, de gran valor professional i humà. Recordo la M. Àngels Camps, la Montserrat Teixidor, la Lita Prats i tantes altres que ens van guiar en aquest camí.

Un cop finalitzats els estudis vaig iniciar la meua etapa laboral a l'Hospital de Sant Pau i, posteriorment, a l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona, on vaig poder créixer com a professional en aquests primers anys i adquirir



FIGURA 1. Lliurament del Premi Carolina Meléndez 2024 de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears a Llum Veiga i André (Barcelona, 28 de maig de 2024)

experiència a les diferents unitats d'infermeria: Medicina Interna, Traumatologia, Unitat de Cures Intensives, etc.

Ben aviat, la directora d'Infermeria de l'hospital, que en aquell moment era la Sra. Concepció Cabanes, a qui admiro i tinc, avui, com una bona amiga, va proposar iniciar-me en l'àmbit de la gestió i vaig començar fent les substitucions de la supervisió del torn de tarda. Em vaig interessar en aquesta àrea i em vaig formar en gestió i qualitat.

Cap als anys noranta es va produir la reconversió de l'Hospital del Sagrat Cor i, des d'aquell moment, va passar a dependre del que en aquell moment era la Quinta de Salut de l'Aliança Mutualitat de Previsió Social. Això va implicar el trasbals de professionals d'un hospital a l'altre. En aquell moment em van proposar el trasllat a l'Hospital Quinta de Salut l'Aliança com a supervisora de diferents unitats; allà vaig tenir l'oportunitat de dissenyar i crear, juntament amb un equip de professionals, les unitats de Convalescència i Subaguts, dedicades fonamentalment a l'atenció de persones grans. Recordo amb molt d'afecte haver compartit aquells anys amb grans professionals com M. Àngels Pi i Roser Cadena, que sempre han deixat la seva empremta allà on han estat.

Entre aquells anys vaig ser mare, per primera vegada el 1992 i el 1998 per segona vegada, de dos nois que, avui i sempre, han estat per a mi el més important de la meua vida. Vaig tenir la sort de poder estar amb ells durant el primer any de les seves vides i això va suposar mantenir-me allunyada durant uns períodes de la vida laboral activa.

En reincorporar-me, la Direcció d'Infermeria em va proposar tornar a l'Hospital del Sagrat Cor, dins del Departament de Formació i Qualitat, com a responsable d'infermeria de la qualitat. Vaig desenvolupar aquest rol i vaig definir els indicadors de qualitat del centre fins que, l'any 1999, em van proposar la Subdirecció d'Infermeria de l'hospital. Dos anys després vaig retornar, com a cap d'Infermeria, al Centre Sociosanitari en què s'havia convertit l'antic hospital i vaig reafirmar la meua inclinació vers la geriatria i les cures pal·liatives.

El màster de Geriatria i Gerontologia de la Universitat Autònoma de Barcelona va suposar per a mi un abans i un després en la meua dedicació en l'àmbit de la geriatria. Posteriorment, el 2005, per la malaltia del meu pare, vaig deixar l'hospital i vaig estar allunyada de la vida laboral durant uns mesos. Vaig iniciar una nova etapa, com a avaluadora de la qualitat d'establiments sociosanitaris, a finals d'aquell mateix any. En aquell moment, per encàrrec del Pla Director Sociosanitari, la Fundació Avedis Donabedian estava desenvolupant un programa d'avaluació de la qualitat dels establiments sociosanitaris, del Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES) i de les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) de Barcelona. A partir de la meua formació en qualitat a la Fundació, em van contractar i formar com a avaluadora, essent acreditada per a aquesta fita per la Direcció General de Planificació i Avaluació a Barcelona.

Paral·lelament, vaig tenir l'oportunitat de provar l'àmbit de la salut mental, que fins aleshores era un gran desconegut per a mi. També em vaig incorporar com a cap de l'àrea d'infermeria de Rehabilitació en Salut Mental de l'Hospital de Neuropsiquiatria del Sagrat Cor de Martorell de les Germanes Hospitalàries i vaig formar-me en el màster de Gestió Hospitalària i de Serveis Sanitaris de la Universitat de Barcelona. Diria que el més rellevant de la meua trajectòria en aquella època va ser reformular el model de cures, fent una aposta per un canvi "del model carcerari al model humanista", un model centrat en el pacient amb patologia psiquiàtrica. La remodelació de l'estructura assistencial, amb unes instal·lacions adaptades a les necessitats dels pacients, també va suposar un avenç en la qualitat de l'atenció.

El 2007, la Dra. Núria Serra, que en aquell moment era la directora assistencial del Parc Sanitari Pere Virgili, em va oferir la coordinació/cap d'Infermeria del centre, per tal d'acompanyar un gran creixement previst

per l'hospital. En el moment en què em vaig incorporar, el centre comptava amb 169 llits, distribuïts en 5 unitats d'hospitalització i dos equips de PADES. Avui l'hospital disposa de 365 llits d'internament, en 10 unitats d'hospitalització, més 45 llits d'hospitalització domiciliària, servei de valoració de la dependència (SEVAD) i equips d'avaluació i orientació a la discapacitat (EVO), un hospital de dia geriàtric i psicogeriatric, i una unitat de ferides. Compta també amb 3 àrees bàsiques d'atenció primària i un centre d'urgències d'atenció primària (CUAP). Avui dia el Parc Sanitari Pere Virgili és un reconegut hospital d'atenció intermèdia i cures pal·liatives de la ciutat de Barcelona, el més gran de Catalunya i un referent en qualitat assistencial en el seu model d'atenció a les persones grans amb dependència. M'agrada pensar que la meua contribució en tot aquest desplegament ha estat important i definitiva perquè avui el Parc Sanitari Pere Virgili sigui com és. Al llarg d'aquests anys he estat coordinadora d'Infermeria, adjunta a la Direcció d'Infermeria i, finalment, directora d'Infermeria de l'hospital els 5 últims anys, fins a desembre de 2023, quan vaig començar l'etapa de prejubiliació. Aquí és on realment he trobat el meu lloc, acompanyada d'excel·lents i brillants professionals com en Marco Inzitari, que es va incorporar el 2009 a l'hospital com a director assistencial i, posteriorment, com a director d'atenció integrada, docència i recerca. D'ell, i de molts altres professionals que m'han acompanyat al llarg del camí, he après moltíssim com a professional i com a persona.

Ja com a directora, juntament amb moltes altres, hem fet front a una de les èpoques més difícils i complicades que ens ha tocat viure. Superar una pandèmia amb les eines i els recursos que teníem ha estat molt dur i molt difícil per a tothom i jo crec que, especialment, per a tots els professionals sanitaris. Moltes vides es van perdre pel camí, amb molt patiment durant molt de temps; però, malgrat tot, hem tirat endavant airoso i enfortits.

El més destacable de la meua trajectòria en aquesta etapa ha estat potser el desenvolupament dels diferents dispositius del centre, l'expertesa i l'especialització en les competències d'infermeria des del seu rol autònom, el desenvolupament del rol de pràctica avançada, la promoció del lideratge de les infermeres a les unitats assistencials i l'aposta per la introducció de la recerca com una eina més per a la labor diària de les infermeres.

Trajectòria docent

Paral·lelament a la meua trajectòria en l'àmbit de l'assistència en tenir cura de les persones, he tingut l'oportunitat de participar en projectes docents en diferents escoles universitàries d'infermeria. Durant els primers anys de vida laboral a l'hospital, vaig participar com a docent en algu-

nes temàtiques de la diplomatura d'Infermeria a l'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona.

Paral·lelament, vaig col·laborar en algunes activitats del grup de professionals Collège International pour l'Évolution des Pratiques de Soins, la missió del qual sempre ha estat la millora de l'atenció a les persones. Vam organitzar diferents col·loquis internacionals itinerants, des del 1998 al 2002, a Suïssa, Barcelona i Lisboa. En aquells moments jo em sentia la dona més afortunada i important del món perquè podia treballar amb membres del grup, persones i professionals d'excel·lència a qui sempre he admirat i han estat referents per a mi, com Montserrat Teixidor i Manuel Moragas.

Recordo que en aquella època les infermeres no podíem ser docents universitàries sense tenir una llicenciatura, però curiosament no existia en aquell moment la llicenciatura d'Infermeria. Així que com moltes altres infermeres, donat que es podien convalidar assignatures d'infermeria a la llicenciatura d'Antropologia Social i Cultural, em vaig matricular i vaig finalitzar els estudis.

Posteriorment, vaig ser tutora dels alumnes de la diplomatura d'Infermeria i professora col·laboradora amb les àrees bàsiques d'atenció primària de l'àrea del Vallès i del Maresme a l'Escola Universitària Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, on també vaig ser la coordinadora del postgrau en Infermeria Geriàtrica i Gerontològica, juntament amb M. Àngels Piñol, a qui recordo amb especial afecte.

En aquesta darrera etapa, ja a l'hospital del Parc Sanitari Pere Virgili, he tingut l'oportunitat de col·laborar amb la formació pràctica dels alumnes de moltes escoles d'infermeria de diferents universitats. Em sento especialment orgullosa de la col·laboració amb l'Escola d'Infermeria de la Universitat Internacional de Catalunya en un projecte innovador cocreat entre la Universitat i el centre. Es tracta de la creació de la Unitat d'Atenció d'Infermeria per a la Docència i la Recerca (AIDIR), on els alumnes de l'Escola, tutelats per infermeres del centre, identifiquen i satisfan, juntament amb els professionals

responsables dels pacients, les necessitats d'educació sanitària que aquests tenen.

Conclusions i miscel·lània

Tota la meua vida professional ha estat acompanyada de la formació contínua i la voluntat de millora i superació compromís personal i social. Un compromís per saber ser, saber fer i saber estar en cada moment en benefici dels qui ho necessiten. Una passió a la meua vida en la qual no he perdut de vista mai que ser professional sanitari, "la bata blanca", no dona cap poder i que les persones ateses han de ser i són autònomes per a prendre les seves pròpies decisions sobre la seva salut i, per tant, s'han de respectar.

Des d'aquestes línies voldria reivindicar la millora de les condicions laborals actuals per als infermers/es i els professionals sanitaris en general. Tots sabem que la sanitat i l'educació han de ser els pilars fonamentals d'un país. Malauradament, l'abandó professional o la migració cap a altres països amb millors condicions són cada dia més freqüents. Sabem que manquen infermeres als hospitals, i a tots els dispositius assistencials en general, i que hi ha estudis que demostren que un nombre més elevat d'infermeres influeix directament en la millora de la salut dels ciutadans. Les retallades constants han produït precarietat laboral i fugida de talent i han influït molt negativament en el sistema de salut, fent difícil el dia a dia de les institucions i dels professionals que s'esforcen contínuament per donar el millor de si mateixos malgrat l'elevada pressió assistencial. Tant de bo, des dels governs siguin capaços d'escollir els professionals i revertir aquesta situació, millorant les condicions laborals, adequant les ràtios infermera-pacient, professionals-pacients, i donant els espais polítics necessaris perquè les infermeres tinguin accés als llocs on es prenen les decisions sobre allò que afecta la professió.

Voldria finalitzar aquest text donant les gràcies a tots els professionals sanitaris que m'han acompanyat en el camí; he après molt de cada un d'ells. És per això que els dedico aquest guardó, perquè sens dubte també és seu.

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

*Un auditori i 11 sales de
conferències i reunions
(de 12 a 290 persones)*

AUDITORI DE L'ACADÈMIA



- Capacitat per a 290 persones
- Amb equipament audiovisual (pantalla LED, microfonia, megafonia i *streaming*)
- Cabina de traducció simultània
- Avantsala i dues carpes per acollir exposicions comercials i també útils per a serveis de càterring
- 11 sales de conferències i reunions en format presencial i mixt (capacitat entre 12 i 100 places)

Informació i reserves

Ivan Vieco Viladrosa

93 203 24 75

sales@academia.cat



L'Acadèmia



www.academia.cat/auditorisales



L'Acadèmia



F. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears dona suport als Objectius de Desenvolupament Sostenible