

# BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 72 · Octubre de 2008



**El COMLL es reuneix  
amb el fiscal en cap  
per parlar sobre  
les agressions a metges**

Me'n vaig de vacances i vull deixar la casa ben protegida de qualsevol imprevist, tant ara que me'n vaig com quan torni. Per això confio la meua llar a Medicorasse, per tenir tranquil·litat les 24 hores del dia.

Dr. Ricard Bellavista  
41 anys

## L'assegurança que li proporciona la clau de la tranquil·litat

A Medicorasse tenim la clau per què quan marxi de casa estigui tranquil sabent que té una bona protecció. La tranquil·litat de marxar el cap de setmana o gaudir d'unes merescudes vacances amb la seguretat que tot està sota control.

La pòlissa de la llar ha de ser de confiança. Per això, hem pensat en una pòlissa que, a més de sortir econòmica, li ofereix les millors cobertures tant a casa com fora de la llar, fruit d'una anàlisi professional i objectiva del risc.

I, si ho desitja, de manera gratuïta i sense compromís, li fem una anàlisi de la seva pòlissa actual i de les seves cobertures i clàusules vigents.

Informi-se'n al seu Col·legi o trucant al telèfon  
**902 198 984**

www.med.es



MEDICORASSE, Corredoria de Seguros. NIF A-59-498220. DGS, clau J-928. Pòlissa de responsabilitat civil i aval d'acord amb la llei 26/2006, de 17 de juliol.

## BUTLLETÍ mèdic

Número 72, octubre del 2008

**Edició:** Col·legi Oficial de Metges de Lleida  
Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida  
Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41  
e-mail: comll@comll.es  
http://www.comll.es  
butlletimedic@comll.es

**Consell de Redacció:**  
Tomás Alonso Sancho  
Ferran Barbé Illa  
Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esqueda Aresté  
Josep Maria Greoles Solé  
Xavier Matías-Guiu Guia  
Jordi Melé Olivé  
Àngel Pedra Camats  
Josep Pifarré Paredero  
Manel Pons Juanati  
Joan Prat Corominas  
Joan Ribera Calvet  
Àngel Rodríguez Pozo  
Antonio Rodríguez Rosich  
Josep Ma. Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Jorge Soler González  
José Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González  
**Edició a cura de:** Magda Ballester COMUNICACIÓ  
**Disseny i maquetació:** Baldo Corderroure  
**Fotografia:** COMLL  
**Correcció:** Torsitrad  
**Publicitat:** COMLL  
**Fotomecànica:** Euroscript, SL  
**Impressió:** Artgràfic 2010, SL

Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

Butlletí Mèdic fa constar que el contingut dels articles publicats reflecteix únicament l'opinió de llurs signants

### TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06 €</b>
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06 €</b>
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50 €</b>

Els fotolits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen el 16% d'IVA

## Grau i Medicina de Família

Segons les dades oficials, sobren o, com a mínim, no falten metges i metgesses, però tenim la necessitat de contractar metges estrangers per cobrir les places. L'especialitat que hauria de ser la base de l'atenció sanitària, la Medicina de Família, és la que ha viscut un major descens a l'hora de ser elegida pels estudiants: només quatre de catorze a Lleida. Això, que passa tant a la nostra comunitat com a la resta de l'Estat, és un accident o el punt d'inflexió de l'inici de la crisi?

L'esmentada especialitat i els mateixos metges de família estan poc representats a les facultats de Medicina durant els estudis de grau. Per aquest motiu, és comprensible el desconeixement que tenen els estudiants d'aquesta especialitat quan arriba l'hora d'elegir les places de MIR.

Hi ha, a més, un greuge comparatiu entre els estudiants de la regió i els d'altres comunitats o països comunitaris. Mentre que als estudiants del país se'ls exigeix una nota altíssima —superior al 8—, no passa el mateix amb els forans. Convé advertir que, com està demostrat, la major part dels estudiants que vénen de fora tornen als seus països o comunitats, tant per fer l'especialitat com per exercir la professió.

La pregunta és si hi ha una crisi del sistema, una mala planificació, una manca de visió del futur o tot alhora. I també ens preguntem si es té en compte l'opinió dels col·legis de metges per planificar i programar el grau. Les autoritats sanitàries i acadèmiques i els col·legis professionals s'haurien de plantejar seriosament el tema i posar-se a treballar sense demora.



### SUMARI

#### Anàlisi de la Medicina de Família en l'àmbit rural

Diferents autors analitzen i exposen la seva experiència sobre la Medicina de Família en l'àmbit rural a les pàgines del reportatge. **16** )))

#### Els trastorns d'ansietat

L'autora de la secció de Psicologia d'aquest número ens apropa a les causes, els símptomes, el tractament, la tipologia i la població que pateix trastorns d'ansietat. **22** )))





## Reunió del fiscal en cap i la Comissió d'Estudi d'Agressions als Metges

El fiscal en cap provincial de Lleida, Juan Boné, es va reunir el passat mes de juliol amb els membres de la Comissió d'Estudi d'Agressions als Metges, encapçalada per la Dra. Susana Sarriegui. A la trobada, també va assistir-hi la presidenta del Col·legi de Metges de Lleida (COMLL), Dra. Rosa Pérez; i els Drs. Josep Sagrera i Xavier Cabré. Un cop acabada la reunió, el fiscal en cap va signar el llibre d'honor del COMLL. Cal recordar que Juan Boné, abans d'ocupar el càrrec de la Fiscalia, va col·laborar intensament en la docència col·legial.

# Aspectos jurídicos de la violencia contra los profesionales sanitarios

Desde hace algunos años, los médicos y, en general, el personal sanitario vienen sufriendo en el ejercicio de su profesión actos de violencia de todo tipo. Así, en 2007, los sindicatos médicos denunciaron que un 60% de los 200.000 médicos que hay en España habían recibido amenazas y, además, unos 8.000 facultativos (el 4% del total) habían sufrido alguna vez agresiones físicas. Un estudio del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) ha puesto de manifiesto que un tercio de los facultativos a lo largo de su carrera profesional han sufrido algún tipo de agresividad por parte de los enfermos o de sus familiares y una cuarta parte declara haber sido testigo de malos

tratos hacia un compañero. Los datos obtenidos por el COMB, tras realizar una encuesta a 1.500 médicos, desvelan que las agresiones verbales son las más frecuentes (44%), seguidas de las físicas (28%) y las amenazas (26%). Y retratan al agresor: un 48%, pacientes y un 30%, familiares o acompañantes, mientras que el resto lo formaron enfermos psiquiátricos (11%) y toxicómanos (10%).

Como causa de ese incremento de actos agresivos se ha señalado, desde algunos sectores, sin duda con cierta razón, que el médico ha pasado de constituir una figura "paternal", respetada y valorada por el conjunto de la sociedad, a convertirse, en numerosas

ocasiones, en el blanco de las iras y de la, llamémosla, "insatisfacción" del paciente, o más ampliamente, incluso, insatisfacción de la sociedad con el sistema sanitario. Se identifica por ello al médico, individualmente considerado, como el responsable máximo de las carencias y deficiencias del sistema y de la imposibilidad de conseguir el resultado deseado por el paciente en tiempo y forma. Desde mi punto de vista, esa explicación es parcial, pues lo cierto es que las estadísticas de las fiscalías revelan que, en nuestra sociedad, la agresión física como medio de solución de conflictos, o en represalia por agravios ciertos o imaginarios, ha aumentado exponencialmente en estos últimos años.

En cualquier caso, es obligado que los poderes públicos pongan remedio o al menos mitiguen esa situación. Las autoridades sanitarias deben implementar medios inmediatos de respuesta y de seguridad frente a las agresiones (vigilantes jurados, medios audiovisuales, sistemas de alarma, etc.). Es importante contemplar que esas medidas no solo favorecen a los médicos, sino al resto de pacientes y a la correcta conservación de las instalaciones sanitarias. Cuando a pesar de las medidas preventivas se producen situaciones de violencia es cuando debemos reclamar una respuesta eficaz y contundente desde los tribunales.

Advertir sobre esta cuestión que poco podrá hacerse ante los tribunales si no existen pruebas del hecho delictivo. Por ello el médico debe acudir lo antes posible al servicio de Urgencias o incluso a otro compañero del centro a fin de que le examinen y valoren las posibles lesiones físicas y/o psíquicas padecidas a consecuencia del ataque, exponiendo las mismas en el consabido parte de lesiones, documento éste absolutamente esencial en el proceso penal. Es también importante identificar inmediatamente a los posibles testigos de los hechos.

Recordar aquí que las lesiones que no requieran tratamiento médico y las amenazas realizadas sin armas darán lugar todo lo más a un juicio de faltas. Sin embargo, cuando el profesional sanitario desempeñe sus funciones en establecimientos públicos existe la posibilidad de calificar las agresiones como delito de atentado, pudiendo así la pena ser muy superior (de uno a tres años de prisión) y consiguiendo, de paso, que el agresor condenado tenga, a partir de ese momento, antecedentes penales.

Todas las fiscalías de Cataluña, también la de Lleida, se han pronunciado favorablemente a esa posibilidad, y así la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña emitió una instrucción instando a los fiscales para que califiquen estos ataques como delito de atentado a la autoridad, tipificado en el art. 550 del Código Penal. La instrucción explica que pretende "proteger penalmente a los profesionales que, en el desempeño de su función pública, garantizan el acceso a los ciudadanos al derecho a la salud". Se afirma que "las agresiones a estos profesionales significan la perturbación de la fun-

## GUÍA PRACTICA

### Antes de que se produzca la agresión

- Abrir la puerta de la consulta ante una posible conducta amenazante o insultante.
- Evitar estar a solas con el presunto agresor.
- Avisar a otros compañeros para impedir que se produzca una agresión.
- Abstenerse de intervenir en cuestiones distintas a las puramente asistenciales.
- Derivar a la dirección del centro cualquier cuestión que aun siendo asistencial no dependa del médico resolver o modificar

### Después de ocurrir la agresión

- Pedir ayuda a otras personas para que avisen a la Policía o a la seguridad del centro.
- Conservar las pruebas de la agresión, el nombre de las personas que lo hayan presenciado y hacer un relato detallado de lo ocurrido.
- Acudir a los servicios de Urgencias o a un compañero para que examine las lesiones sufridas (físicas y psíquicas) y realice el correspondiente parte
- Comprobar las plenas facultades para poder continuar con el trabajo o si debe ser suspendido tras la amenaza o agresión.
- Contactar con la asesoría jurídica del colegio correspondiente y realizar la denuncia de los hechos.

ción pública que ejercen, cercenando con ello el mandato del artículo 10 de la Constitución y entorpeciendo el efectivo disfrute de los derechos consagrados en los artículos 27 y 43". Esa iniciativa ha sido ratificada por el Tribunal Supremo en sentencia de fecha de fecha 4 de diciembre de 2007, en la que se condena por atentado a un paciente que lesionó a un médico odontólogo del Centro de Asistencia Primaria de

Can Gibert del Pla de Girona.

Necesaria, igualmente en la lucha contra estas formas de violencia, parece la colaboración de los Colegios de Médicos y, en este sentido, puede servir de modelo el protocolo de actuación en caso de agresión a dichos profesionales que la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco y el Consejo Vasco de Médicos firmaron en septiembre de 2007 para permitir, en los supuestos mas graves, apreciar la existencia de atentado a funcionario público (puede verse texto integro en <http://www.icoma.eu/adjuntos/E-493.pdf>).

El protocolo pretende, además, mejorar la tramitación de las denuncias por agresiones a los facultativos poniéndolas inmediatamente en su conocimiento de la Fiscalía competente. Mediante el protocolo suscrito, el parte de lesiones y la denuncia de la agresión se remiten al Colegio de Médicos correspondiente, que será el que envíe la denuncia al juzgado o a la Fiscalía, según proceda. Además, a efectos de las notificaciones judiciales, el agredido podrá establecer como domicilio el del colegio médico y mantener así su dirección particular en el anonimato. La tipificación de las agresiones graves a médicos como atentado a funcionario público se extiende a cualquier ataque de envergadura al personal sanitario no médico en el ejercicio de sus funciones.

El Colegio de Médicos y la Fiscalía Provincial de Lleida estamos en conversaciones para promover en Cataluña la firma de un protocolo similar.

Es importante señalar que la legislación vigente permite, además, a partir de la denuncia, acordar medidas de alejamiento en los procesos por agresiones contra los médicos. Tal medida, si fuera decretada por el juez, serviría para prohibir al agresor aproximarse al médico, a sus familiares o a cualesquiera otras personas que determine, incluso a un determinado centro sanitario. Si quebrantara esa prohibición, además de cometer un delito, podría sustituirse la medida de alejamiento por el ingreso en prisión provisional.

En definitiva, y como reiteradamente se ha señalado, las posibles soluciones al problema de las agresiones a los médicos deben partir de una atención global o integral, es decir, anímica y de apoyo individualizado al médico que ha pasado por una situación de violencia o que las sufre a menudo por un lado, y, naturalmente, por el otro, de forma legal, aportándole los medios necesarios para reaccionar frente al agresor. Y todo ello debe estudiarse satisfactoriamente por todas las administraciones e instituciones implicadas en este grave problema, para que el mismo pueda quedar zanjado definitivamente de la forma más urgente posible.

**Juan Fco. Bone Pina**  
Fiscal jefe provincial de Lleida

# Proposta de millora de la professió

El mes de setembre de 2007, el Grup de Gestió de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SVM-FIC), a petició de la Junta Directiva, va elaborar un document titulat *Propuestas de eliminación de actividades burocráticas no propias del médico de familia en la consulta diaria* que es va presentar a la Conselleria de Salut de la Generalitat Valenciana per impulsar-ne la seva aplicació. Posteriorment, va ser aprovat per la Junta Directiva de la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària (SEMFiC), federació que aglutina les disset societats de Medicina de Família de l'Estat espanyol, entre les quals figura la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). El document va ser considerat una línia estratègica per millorar la qualitat en l'exercici de la professió del metge de família i es va aconsellar les diferents societats autonòmiques que l'adaptessin a la seva particular realitat autonòmica i el presentessin a les autoritats sanitàries locals per impulsar-ne la seva implantació.

Amb aquest objectiu, el passat mes de juny, la Junta Directiva de la CAM-

FIC va enviar el document adaptat a la nostra realitat sanitària catalana a la Conselleria de Salut i al Servei Català de la Salut, amb la següent carta de presentació:

"La CAMFiC, com a societat científica que representa 3.774 metges de família, socis de la nostra entitat, està molt preocupada pel deteriorament de les condicions de l'exercici de la professió dels metges de família als centres d'atenció primària de Catalunya.

Un dels aspectes modificables, a curt termini, i que podria incidir de forma molt positiva en la millora de l'autoestima dels metges assistencials, seria descarregar-los de les feixugues tasques burocràtiques que ocupen més del 30% de la seva activitat laboral i que han de ser eliminades de la cartera de serveis o bé ser resoltes en altres nivells dels equips d'atenció

primària.

Per fer-ho, hem elaborat un document de desburocratització de les consultes d'AP que us enviem i que voldríem presentar-vos personalment, amb l'objectiu d'impulsar-ne la seva implantació i poder avançar en la millora de la qualitat i dignitat de la tasca del metge de família, perquè pugui desenvolupar tot el potencial de la seva especialitat i deixi de fer d'administratiu en un alt percentatge del seu temps, fet que contribueix a la ineficiència del sistema i que provoca una situació paradoxal, per no dir-ho d'una altra manera, atesa la manca de metges."

**Junta Directiva de la CAMFiC**

El document complet es pot consultar a [www.camfic.org](http://www.camfic.org)

## Salut implanta el protocol de facturació a tercers als centres d'atenció primària

El Departament de Salut ha implantat, des del passat mes de juny, el protocol de facturació a tercers als centres d'atenció primària de Lleida ciutat, el Segrià i les Garrigues. Aquest protocol de facturació a tercers en pràctica tot allò que recull la normativa sanitària referent a la cobertura de prestacions per part de la sanitat pública. Així, en la Llei General de Sanitat i en el Reial Decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del sistema nacional de salut i el procediment per a la seva actualització, es troben aquelles prestacions que van a càrrec de la sanitat pública i aquelles que no i els criteris de compliment per ser susceptible de facturar.

Fins al juny ja s'estava realitzant la facturació de processos d'atenció com les assistències per accidents laborals, de trànsit o escolars, a partir d'aquest mes es realitza la facturació d'assistència a usuaris privats, aquells que no tenen dret a l'assistència sanitària a càrrec del Sistema Nacional de Salut (SNS); a ciutadans estrangers que no reuneixin els requisits que donin dret a l'assistència a càrrec del seu país d'origen, l'atenció bucodental (ortopantomografies no generades pel SNS) i certificats mèdics.

Pel que fa als certificats mèdics,

s'inclou en la facturació els certificats mèdics oficials, certificats per proves selectives, activitats esportives, adopcions i entitats de lleure i els certificats de defunció quan els sol·liciti l'empresa funerària. Continuen a càrrec de la sanitat pública els certificats de fe de vida, els informes acreditatius de l'estat de salut (en format no oficial), els certificats de defunció que sol·licitin els familiars, els certificats de naixement i els necessaris pel Registre Civil.

Quan es fa la facturació a persones sense dret a l'assistència a càrrec del SNS, com, per exemple, persones sense targeta sanitària i que, a més, no compleixin els requisits per poder-la obtenir, el procés es realitza de la mateixa forma que per als altres supòsits de facturació (tant accidents laborals, escolars, com de trànsit en què no es porta la documentació acreditativa) i s'omplen els formularis corresponents al compromís de pagament que ha de signar la persona que rep assistència. En qualsevol cas, l'assistència sanitària urgent està sempre garantida als centres d'atenció primària, sigui quin sigui el motiu que l'origina.

*Servei d'Atenció Primària Lleida ciutat – Segrià – Garrigues Setembre de 2008*

# Dídac Mauricio, nou director mèdic de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Dídac Mauricio, nou director mèdic de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Dídac Mauricio és el nou director mèdic de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida des del passat mes de setembre. El Dr. Mauricio va substituir el fins llavors director mèdic Jaume Capdevila.

Didac Mauricio (Badalona, 1961) és llicenciat i doctor en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona i per la Universitat Autònoma de Barcelona, respectivament. Realitza l'especialitat d'Endocrinologia i Nutrició a l'Hospital de la Santa Creu i al Sant Pau de Barcelona l'any 1990.

La seva trajectòria professional com a metge adjunt l'ha desenvolupat a l'Hospital de Mútua de Terrassa, al Consorci Hospitalari Parc Taulí de Sabadell i a l'Hospital de la Santa Creu i al Sant Pau de Barcelona. Cal destacar la seva labor com a director

clínic dels Serveis Mèdics de la Corporació Parc Taulí de Sabadell entre el 2001 i el 2003.

Ha estat membre del Council, European Association for the study Diabetes i tresorer de la Junta Directiva de la Sociedad Española de la Diabetes. Des de l'any 2007, és el president de l'Associació Catalana de Diabetis i actualment també és professor agregat del Departament de Medicina de la Universitat de Lleida i investigador de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida). Les seves tasques de recerca es desenvolupen principalment en l'àrea de diabetis *mellitus*, i de la patologia tumoral de la glàndula tiroide.

L'any 2006 s'incorpora com a cap del Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, càrrec que ja havia ocupat en altres centres hospitalaris de Catalunya.



**Doctor Dídac Mauricio**

## Lleida acull les XXIII Jornades de Bioètica: "la relació professional sanitari-malalt"

El Departament de Cirurgia de la Facultat de Medicina de la UdL, juntament amb l'Institut Borja de Bioètica, organitzen aquest mes de novembre les XXIII Jornades de Bioètica, tot un clàssic dins del sector de la bioètica i una de les jornades més antigues que encara es mantenen a Catalunya.

El tema d'enguany és un de força important: *La relació professional sanitari-malalt. Homenatge al professor Moisès Broggi*.

Vivim un procés de canvi molt important en el món de la medicina, on els malalts han deixat de ser pacients i s'han convertit en part activa dins del procés de presa de decisions. A més, les noves tecnologies fan que els malalts tinguin accés a molta informació biomèdica, de qualitat i veracitat variable, sobre les seves malalties. D'altra banda, el nombre de demandes judicials també augmenta, i cal tenir en compte que la medicina es basa

en probabilitats i no en certeses. Tot plegat fa que sigui cada vegada més important reprendre els aspectes relacionals en l'àmbit de les ciències de la salut. La medicina continua sent, en el món de l'alta tecnologia, ciència i art. I cada vegada ho serà més, en models culturals més basats en l'autonomia dels malalts. Com diu William Osler: "La medicina es la ciència de la incertesa i l'art de les possibilitats." Encara que la tècnica hagi reduït força la incertesa, una correcta aproximació a la relació metge-malalt ens permetrà viure amb més tranquil·litat en aquest món d'incerteses i probabilitats.

En aquestes jornades es repassaran aquests punts des d'una visió bioètica, deontològica i legal i, a més, s'estudiaran des del punt de vista dels diferents implicats, incloent-hi la visió del malalt i els familiars.

Les jornades estan adreçades a professionals de l'àmbit de la salut

(metges, infermeres, auxiliars de clínica, zeladors, psicòlegs, treballadors socials, educadors socials, terapeutes ocupacionals, farmacèutics...) i també a estudiants d'aquests àmbits.

Concretament, les jornades tindran lloc els dies 17, 18 i 20 de novembre, a l'aula magna de la Facultat de Medicina, de 18.00 a 21.30 hores. S'ha demanat l'acreditació del Consell Català de la Formació Mèdica Continuada.

Com a altre punt fort, s'ha pensat dedicar aquesta edició de les jornades al professor Moisès Broggi, un dels impulsors de la bioètica en l'àmbit català. Aquest any es compleix el centenari del seu naixement i tindrem l'oportunitat de poder-lo escoltar en persona, ja que ens farà la conferència inaugural de les jornades, amb 100 anys!

Per a més informació: tel. Secretaria del Departament de Cirurgia de la UdL: 973 702202; secretaria@cirurgia.udl.cat

### Moviment de col·legiats

#### ALTES

Mes de juliol: Juan Carlos Rueda Chimeno (4294), Ana Carmen Sariego Rodríguez (3706), Eva Luisa Alcoceba Borràs (4295), Yevgeniya Fadyeyeva (4296), Judit Vilanova Corsellas (4297), Maria Lurdes Canut Esteve (2756), Francisco Fernando Carneiro Dias (4298), Francisco de Borja García Torres (4299), Aida Pareja Mariscal (4300), Bàrbara Plana Tora (4301), Oriol Yuguero Torres (4302), Xavier Fornos Roca (4303).

Mes d'agost: Hernán Alfonso Martínez Osorio (4304), Alberto de Dios Romero (3668), María Ángeles Zarco Gómez (4305), Luz Stella Marín Muñoz (4306).

#### BAIXES

Juliol: 5. Agost: 2

Entre les baixes del mes de juliol figura la defunció del Dr. Joan Montaner Branguli i entre les d'agost la defunció del Dr. Agustí Muxi Olives

**Total col·legiats el 31-08-2008: 1.609**

## Las plazas MIR en Lleida

*En este BUTLLETÍ nos hemos preguntado por qué las plazas MIR están quedando vacantes. Recuerdo perfectamente que, hace unos años, los que queríamos realizar la especialidad de Medicina de Familia tuvimos que estudiar mucho. Algunos conseguimos sacar la plaza en Lleida, pero no hubo sitio para todos, así que otros se tuvieron que marchar a realizar la especialidad a Barbastro, Zaragoza, Logroño, etc.*

En poco tiempo, la situación ha cambiado. Este año han quedado muchas plazas libres en Lleida. Se habían ofertado 14 para Medicina de Familia y sólo se escogieron 4. Además, uno que eligió plaza en Lleida ya ha renunciado a ella. Esta misma situación ha ocurrido en el resto de comunidades españolas. En muchos foros se comenta que la Medicina de Familia tiene poca representación en la formación de pregrado de los estudiantes. Si no conocen una especialidad mientras realizan la carrera, es poco probable que luego la escojan<sup>1</sup>.

Es igualmente sorprendente el número anormalmente alto con el que se han escogido otras especialidades. Por ejemplo, Medicina Interna, Psiquiatría o Intensiva no fueron escogidas hasta los números 3903, 4524 y 5089, respectivamente<sup>2</sup>, puestos con los que hubiera sido impensable realizar estas especialidades hace unos años. Si continúa esta tendencia, cuando empiecen a aumentar el número de plazas de ciertas especialidades también sobrarán. De hecho, el año que viene el Ministerio de Sanidad y Consumo ha propuesto aumentar la oferta de plazas MIR un 3,7%<sup>3</sup>.

En contra de lo que solicitaban los decanos españoles y muchos otros<sup>4</sup>, también se aumentarán próximamente las plazas para estudiar Medicina<sup>5</sup>. La Conferencia General de Política Universitaria, en la que están representadas las comunidades y el Ministerio de Ciencia e Innovación, ha acordado

aumentar las plazas de Medicina un 15,68 por ciento hasta aprobar la creación de 5.821 puestos para el próximo curso. Con esta decisión, la Administración da luz verde a la ampliación más significativa de los últimos tres años, ya que el año pasado el incremento fue del 5,48% y el anterior, del 9,07. En total, desde el curso 2006-2007 los puestos universitarios en las facultades de Medicina han aumentado un 30,23%. Así que hay más licenciados y más plazas para formación especializada. Además, la nota de acceso a la carrera cada vez es más alta y supera el 8 en la mayoría de facultades<sup>6</sup>. Es un hecho conocido que en nuestra facultad entran muchos estudiantes con la única intención de licenciarse y con el título obtenido marcharse corriendo a ejercer a sus países de origen. Esto hace que los estudiantes de nuestra zona no puedan acceder a cursar estudios de Medicina y se vean obligados a estudiar otras carreras. Si esos estudiantes hubieran podido entrar, en un futuro devolverían gustosos los conocimientos recibidos ejerciendo en nuestra provincia al acabar la carrera. Una gran parte de los médicos de mi promo-

ción éramos de aquí y la mayoría de los de Lleida que se marcharon a hacer especialidades a otras ciudades ya han vuelto a trabajar a nuestra zona. Este último año, según publica la prensa local<sup>7</sup>, sólo 24 de los 67 estudiantes que han finalizado sus estudios de Medicina en la última promoción son de Lleida. Por lo visto, en el primer curso empezaron 120 alumnos, pero 58 se fueron trasladando de facultad en cuanto pudieron, así que, de los que empezaron, sólo se han licenciado en torno al 55%.

También se comenta como causa de las vacantes del MIR que la atención primaria está bastante desprestigiada a muchos niveles y eso desmotiva a los estudiantes. Hay autores que afirman que un médico de familia bien formado tiene una capacidad de resolución cercana al 90% de los problemas consultados y, en el 10% restante, debería ser capaz de remitir a los pacientes a otros especialistas coordinando su atención médica<sup>8</sup>. Ese es el facultativo que los médicos de familia vocacionales queríamos ser, y es un médico que muchos estudiantes de Medicina querían ser.

El tema que nos ocupará en el debate de este BUTLLETÍ ha generado mucha polémica en el ámbito sanitario. Un residente de Medicina de Familia, Julio Bonis, ha escrito en su blog las 12 razones para que un recién licenciado no escoja Medicina de Familia<sup>9</sup> y sólo ha necesitado 6 para justificar en qué situación sí debería hacerlo. Entre ellas cita el placer en la alta resolución de problemas, el contacto con el paciente en su entorno habitual, la posibilidad de atender al ser humano en su conjunto, etc. Y es que, leyendo con asiduidad su muy recomendable bitácora, se deduce la gran vocación de servicio que tiene y transmite como médico de familia.

La descripción que se hace en ocasiones de nuestra profesión puede sonar hasta divertida (para evitar el adjetivo patético) y ha ido circulando durante un tiempo por los correos electrónicos una carta que se resume en: "Somos los

médicos de los papelitos." "Vengo a que me dé un volante para el ginecólogo, que me toca revisión", "Vengo a que me mande al traumatólogo, que me duele la espalda", "Mi médico privado me ha mandado una resonancia, pero sale muy cara y vengo a que me haga un volante para que me la hagan", "Vengo a que me dé el papelito de la baja", "Vengo a que me dé la receta de este medicamento que me ha recetado el especialista y que ya he comprado en la farmacia", "Vengo a que me dé un justificante para mi hijo que no puede ir al colegio", "Vengo a que me haga un certificado para ir al balneario / para jugar a fútbol / para apuntarme a clases de baile / para ir a un campamento de verano." O la de esta misma mañana: "Necesito un volante para el especialista en rehabilitación, para que me haga la receta que permita cambiar el cojín de la silla de ruedas de mi madre." Como afirma el autor de la citada reflexión, pon a un médico preparado para manejar situaciones clínicas complejas a dispensar papelitos de ese tipo durante un par de años y tendrás a un médico quemado al que, encima, se le habrá olvidado todo lo que sabía.

Me parece importante añadir que el papel que tiene la sociedad como actor principal dentro del sistema sanitario no es despreciable. Si los usuarios no cuidan a sus cuidadores, a la larga se encontrarán con unos médicos desmotivados, y la motivación es un valor imprescindible para garantizar una buena atención médica. El sistema MIR es bueno, así que no hace falta crear otra vez vías alternativas para poder ejercer en España. En todo caso, habrá que reorganizar el sistema actual y cuidar al cuidador.

Por todo ello, desde el Consejo de Redacción del BUTLLETÍ creemos que el motivo del debate es multifactorial y hemos solicitado que participen en el debate de este número varios profesionales que conocen bien el tema. Nos hemos planteado qué pasará con las guardias hospitalarias, porque no debemos olvidar que históricamente los residentes han tenido un papel importante en su desarrollo. En muchos centros de atención primaria que no tendrán residentes se deberán reorganizar ciertas guardias y consultas, así que hemos consultado a un tutor de residentes. Dentro de unos años, los futuros residentes no tendrán residentes mayores como compañeros. ¿Será

importante para ellos? Para averiguarlo hemos contactado con el actual representante de residentes. También habrá que pensar en las repercusiones que esta falta de médicos en formación tendrá en un futuro. Ahora ya no hay médicos para ocupar ciertas plazas (siempre las poco atractivas, claro). ¿Abrirá esta situación la puerta a los que no tienen especialidad en España, por ejemplo, a los extranjeros? Por ello, hemos solicitado la opinión de los planificadores del Departamento de Salud. Aunque el problema es parecido en toda España, también nos hemos preguntado si tiene que ver la calidad de la zona a la hora de elegir plaza. ¿Es Lleida competitiva? Así que... ¿quién mejor que el coordinador de residentes actual y la anterior para hablar del asunto? Por último, ¿qué opinan de todo esto los actuales residentes? ¿Por qué los nuevos licenciados no quieren ser médicos de familia? ¿Es por falta de prestigio, de retribución económica? Lo único que se puede afirmar con evidencia categórica es que por falta de trabajo al acabar el período formativo no será. De todo ello nos hablará un residente que está cursando la especialidad en Lleida.

Les ofrecemos a continuación el debate. Sin embargo, debo reconocer que, si el papel de la sociedad para ahondar en esta situación es tan imprescindible, la hemos vuelto a dejar de lado. Desconocemos qué piensan hacer los ciudadanos ante el conflicto, así que tomamos nota de ello para tenerlos en cuenta en los futuros debates de nuestra revista. ¿Es la sociedad la culpable?

**Jorge Soler**  
Consejo de Redacción  
del BUTLLETÍ

### NOTAS

- 1 <http://medicablogs.diariomedico.com/medicosjovenes/2008/07/25/planes-de-estudio-doctorados-y-medicos-de-familia/>
- 2 Butlletí Mèdic, número 70. Mayo de 2008. Datos obtenidos del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 3 <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1244>.
- 4 <http://gofiococido.blogspot.com/2008/08/el-rancio-centralismo-y-la-falta-de.html>.
- 5 [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/profesion/es/desarrollo/1138989.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1138989.html).
- 6 [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/profesion/es/desarrollo/1139365.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1139365.html).
- 7 Segre. Sábado, 16 de agosto de

2008. Pág. 3.

8 <http://gofiococido.blogspot.com/2008/04/papelitos.html>.

9 <http://gofiococido.blogspot.com/2008/02/12-razones-para-no-escojer-plaza-en.html>.

## Quan els canvis són necessaris

Els darrers anys, el sistema de salut ha experimentat forts increments de necessitats i demandes per augments poblacionals.

Si revisem les estadístiques des de fa 20 anys, la taxa de creixement des del 1996 fins al 2001 va ser del 7,4‰, mentre que els 10 anys anteriors havia estat del 3,7‰.

Des del 1998 fins ara la població catalana ha crescut, aproximadament, un milió de persones.

No tenim antecedents d'un creixement similar, sobretot fruit del saldo migratori, al nostre país.

Les condicions econòmiques actuals no ens fan preveure un creixement de població com el que observem en el passat.

Ara bé, haurem de tenir en compte altres qüestions, com l'envelliment de la població o les jubilacions dels professionals, així com la previsió de construcció de nous centres, que farà necessària la contractació de nous professionals.

Un altre factor que fa augmentar la necessitat de professionals és la utilització dels serveis de salut al nostre país, molt superior a la mitjana dels països europeus: 9,5 visites al metge per habitant i any (OCDE 2007). Molts problemes que fa uns anys es resolien de forma casolana ara són considerats motiu de consulta. L'accessibilitat que ha de tenir el sistema sanitari ha comportat una medicalització excessiva de processos normals o naturals.

Aquests darrers 10 anys, afortunadament, també hem viscut canvis en els drets i les expectatives professionals dels treballadors, que fan que es necessitin més professionals per fer substitucions en un servei com el de la salut, que cal cobrir les 24 hores del dia durant tot l'any.

Per donar resposta a la pressió de demanda assistencial, el Departament de Salut ha fet un esforç en la política d'incorporació de nous professionals al sistema públic de salut.

Del 2004 al 2006 s'han incorporat 7.879 nous professionals. Això es pot traduir en un increment de les plantilles de la XHUP i de l'ICS d'un

***Es conocido que en nuestra facultad entran muchos estudiantes con la única intención de licenciarse y con el título marcharse corriendo a ejercer a sus países***

10,3%.

L'atenció primària és el nivell assistencial que acumula més necessitats de professionals associats a increments poblacionals, estacionals o progressius.

El primer pla de xoc d'atenció primària va representar la incorporació de 1.039 nous professionals (de l'ICS i altres proveïdors).

Per cobrir demandes en un futur, es plantegen tres vies de solució que assegurin que la prestació del servei es fa amb garanties i per professionals qualificats.

Residents de quart any de Medicina Familiar i Comunitària. Com a part del seu programa formatiu, poden assumir tasques de metge de família al mateix centre on tenen assignada la plaça.

Titulats de la Unió Europea als quals siguin aplicables les directrius europees de reconeixement mutu de títols. Titulats estrangers extracomunitaris que tinguin homologat el seu títol de grau. El desplegament de l'article 18 de la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS), que correspon al Ministeri de Sanitat, ha d'establir un procediment àgil per a l'acreditació i l'habilitació per a l'exercici de l'especialitat que garanteixi la competència dels professionals estrangers.

Aquest article, en el qual encara s'està treballant, proposa una autorització provisional per treballar com a especialistes, condicionada a la superació d'una avaluació de la competència professional per part del servei de salut contractant.

En relació amb el punt anterior, el Departament de Salut ha iniciat, el juliol del 2008, el Programa d'Acollida de Professionals Estrangers. Aquesta proposta formativa consisteix en un curs gratuït sobre aspectes jurídics, legals i del sistema de salut que ha de facilitar el procés d'integració al lloc de treball mitjançant la tutorització activa. Inclou una prova d'avaluació de competències que ha de servir per determinar quines activitats s'hauran de recomanar individualment per millorar la competència.

Es preveu que el 2008 s'hi formin uns 120 metges i que n'hi haurà edicions descentralitzades.

També en l'apartat de formació i millora de la competència professional, l'IES programa un curs, que ja s'ha fet en altres regions sanitàries i del qual es preveu l'edició de Lleida per aquesta tardor. Va adreçat a aquells professionals que, essent metges de família, exerceixen en

## El Govern estudia fer contractacions en origen en universitats concretes de països llatinoamericans

unitats de pediatria. Aquest és un fet que s'està produint des de fa molts anys i el curs té com a objectiu adequar la formació tant d'aquests professionals com d'infermeres de Pediatria.

Les conseqüències de la planificació feta per augmentar el nombre de places a les facultats de Medicina no es veuran fins d'aquí a 10 anys, com a mínim. També cal tenir en compte les places de les nostres universitats que estan ocupades per estudiants estrangers, que molt probablement tenen intenció de tornar als seus països quan acabin.

Una possibilitat que estudia el Govern és fer contractacions en origen en algunes universitats concretes de països llatinoamericans, que impliquin formació en origen i el retorn dels professionals al cap d'un temps, amb una estada limitada al nostre país, que podria ser d'uns 10 anys. Hi ha països amb excedents de metges que podrien ajudar a suplir les mancances del nostre país.

Altres reptes que ens cal plantejar des d'una perspectiva de gestió, dels mateixos professionals i dels ciutadans, i que poden ajudar a compensar la previsible manca de professionals, són:

- Racionalitzar la demanda, educant la població per tal d'atendre els processos necessaris amb qualitat. Es tracta d'una feina de fons i de llarg recorregut, però hem de plantar la llavor per recollir-ne els fruits més endavant.

- Prestigiar les professions sanitàries, començant per la universitat, valorant l'atenció primària com a veritable porta d'entrada al sistema i agent de salut pública o comunitària.

- Redefinir els rols dels professionals, adequant les plantilles en funció de les necessitats. Segons l'OMS (2007), la ràtio europea de metges per cada 100.000 habitants és de 330, mentre que a Catalunya és de 457 (INE), a Lleida, 373 l'any 2005 (Idescat-CatSalut). La ràtio europea d'infermeres és de 808 per

cada 100.000 habitants, mentre que a Catalunya és de 588 (INE).

En resum, hi ha múltiples factors que afecten la situació crítica d'algunes especialitats: la universitat i el nombre de places de grau i especialitat, la normativa d'homologació de títols de grau i especialitat, l'edat mitjana dels professionals, l'edat de jubilació permesa, la situació del mercat laboral en altres països, la formació, el creixement poblacional i els fluxos migratoris, l'accessibilitat mal entesa, etc.

Es tracta de tenir vies previstes, com les esmentades al text, per anar actuant en funció de com vagin concretant-se algunes de les tendències poc previsible, que fins ara ens han estat desfavorables.

**Sebastià Barranco i Tomàs**

Director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida

**Marta Miret i Montané**

Unitat de Planificació. Regió sanitària de Lleida

## Places de MIR vacants a Lleida

Sembla increïble que hagin quedat places de MIR vacants a Lleida, però el més increïble és que n'hagin quedat tantes. Això afecta directament l'estructura de la Unitat Docent, ja que el resident és la matèria primera i sense residents no té sentit tenir tutors, fer cursos de formació, etc. Durant aquesta promoció, en què només hi haurà tres residents, serà una mica complicat organitzar moltes activitats específiques per a aquest grup, encara que algunes es poden fer conjuntament amb residents d'altres especialitats o d'altres promocions. El problema pot venir si, com sembla, l'any vinent la situació no és gaire diferent. Aleshores, l'organització d'aquestes activitats formatives es complicaria, tot i que es podrien fer amb altres unitats docents de Família, com es fa en altres zones de Catalunya. També podria perillar l'acreditació de tutors i la Unitat Docent en general; tot això, sense pensar en les repercussions laborals: menys mà d'obra durant la residència i una mancança posterior de metges de família.

Pel que fa a les possibles causes, no crec que sigui un problema de la Unitat Docent de Lleida, sinó que hi ha una crisi generalitzada motivada per una falta de previsió d'algunes especialitats i de llicenciats en general. Hi ha una discordança

## Hi ha una crisi generalitzada motivada per una falta de previsió d'algunes especialitats i de llicenciats en general

entre les places que es demanen al MIR i les que caldrien en realitat. A les universitats s'estan començant a augmentar les places ara, tot i que ja fa tres anys que sobren places de MIR, i la por és que s'augmentin sense previsió i després es torni a fer una borsa de metges com va passar fa uns anys. Pel que fa a la Medicina de Família, és l'eterna promesa: es diu que és la base del sistema, però ni es potencia des de la universitat, ni és reconeguda socialment o dins de la professió mèdica ni rep el suport que caldria per part de les administracions, cosa que fa que molts metges acabats de llicenciar s'hi pensin molt abans d'agafar l'especialitat de Família.

**Manuel Sarmiento Cruz**

Metge Resident de Medicina Familiar i Comunitària de Lleida de quart any

## Una especialitat desmedicalitzada per a una societat medicalitzada?

Els darrers tres anys s'han deixat de cobrir prop de 500 places per realitzar la formació MIR en l'especialitat de Medicina de Família a tot Espanya. A més, caldria afegir-hi els que no es van incorporar definitivament, els que han optat per canviar en una convocatòria posterior i els que han estat suspesos o han abandonat. A Catalunya, la situació es similar: la darrera convocatòria, amb tots aquests conceptes encara no quantificats en la seva totalitat, s'han deixat sense cobrir el 20-25% de les places. D'altra banda, hi ha la necessitat percebuda, des de tots els actors del sistema sanitari, de la falta de metges de família per poder mantenir el mateix tipus de serveis sanitaris actuals a la població, sigui quina sigui la situació sociodemogràfica i econòmica del país.

L'especialitat de Medicina de Família segueix essent la més nombrosa pel que fa a metges residents, però l'escollida entre les darreres places de cada convocatòria. L'any

1998, la major part dels residents escollien l'especialitat entre els dos mil primers (pel límit total de places convocades); actualment ho fan per sobre del sis mil.

Quan em van demanar que fes un escrit d'opinió sobre la manca de residents a la Unitat Docent de Lleida, en el marc general que s'estava vivint a tot el país, ja havíem generat un procés intern de reflexió i avaluació. Revisant les enquestes del final de la residència de les darreres promocions, entrevistant residents actuals, comparant dades estandarditzades amb altres UD de Catalunya i analitzant-ne els resultats, no hem pogut trobar situacions que expliquin de forma estrictament local aquest fenomen. Ja fa temps que, des de la coordinació general de les UD a Catalunya i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, estem avisant les autoritats polítiques i institucions d'aquest fet com una situació progressiva i general.

S'han sentit moltes opinions, s'han fet judicis i s'han elaborat teories. Passo a comentar-ne algunes.

Falta de metges? Falta de vocació? La carrera de Medicina és una de les més sol·licitades pels estudiants universitaris, amb les notes més altes per poder-hi accedir, fins i tot malgrat que és la més llarga pel que fa a durada, tenint en compte la formació MIR. No hi ha xifres reals del nombre de metges assistencials i per especialitat al nostre país. La vocació no és cap factor determinant per accedir-hi i no hi ha cap element modulador de la territorialitat. El gran cost social en la formació no es veu retornat quan un especialista, acabat de formar-se en un sistema públic, el deixa per anar-se'n a un altre país, a un sistema privat o per no treballar com a metge.

**No hem trobat situacions que expliquin de forma local la manca de residents a Lleida**

Plans d'estudis universitaris allunyats de la realitat social? Sempre s'ha dit que la meitat dels llicenciats en medicina acabaran treballant, d'una manera o altra, en el camp de l'atenció primària (AP), i tot i així hi ha un baix pes específic de la formació en competències pròpies d'aquest àmbit del treball mèdic i s'argumenta la poca participació dels metges de família a la universitat amb la falta de mèrits acadèmics clàssics per incloure's en el seu engranatge tradicional.

Falta del coneixement de l'especialitat? Amb el desplegament de la reforma dels anys vuitanta, el nombre de professionals que hi treballen, la informació que se'n pot trobar a Internet, les societats científiques, el nombre de publicacions i les estades dels estudiants als centres de salut sembla que no hauria de ser un factor determinant.

Crisi del sistema de formació MIR? En un mercat de monopoli és més complex establir el nivell de qualitat, ja que no es pot accedir a estàndards que reuneixin condicions similars. I més si no tenim, de forma clara, un sistema homogeni d'avaluació de la qualitat i de l'impacte formatiu i un sistema coherent de planificació i distribució de les places. En el moment que s'han augmentat totes les places, de forma gairebé indiscriminada i responen majoritàriament a necessitats molt localistes, aquelles amb components predominantment més clínics i relacionats amb les persones (sobretot Medicina de Família, Medicina Interna i Geriatria) són les darreres a completar-se.

Canvis de valors en els aspirants a la nostra professió? Una societat actual on es facilita l'externalització en la solució dels problemes propis, on tenen més reconeixement situacions individualistes (poder adquisitiu, consecució del confort personal, l'esforç com un escull que cal eliminar, etc.) i amb un sofisticat desenvolupament de les eines de satisfacció personal no compartida (informàtica, habitatges unipersonals o situacions noves en l'estructura familiar), posa molt difícil als joves orientar les seves situacions vitals cap a l'ajuda als altres, l'escolta activa i la implicació en els seus problemes, valors inherents a la nostra professió, sobretot en especialitats mèdiques menys tecnificades i properes als pacients. A més, actualment s'atribueix a la població general un augment de la informació i del nivell d'exigència i la informació sense coneixements

## El que hem de fer, per damunt de tot, és ser metges, recuperar el nostre lideratge clínic (...) ningú ha de tornar a dubtar que volem el millor per als pacients

» té un gran nombre de riscos que no podem ignorar.

Desprestigi de l'especialitat? En la darrera dècada, la professionalitat dels metges d'AP ha tingut un augment espectacular: en la gestió, en la recerca, en les publicacions, en l'entrada a la universitat (minsa, però hi és), en els canvis dels models organitzatius, en la introducció a la feina diària de les noves tecnologies, amb la participació en els col·legis de metges, amb la utilització de sistemes punters en metodologia de l'educació mèdica, en els canvis documentats en la situació de salut de la població... Tot i així, penso que encara no hem participat de forma suficient en la política i els mitjans de comunicació, que són els transmissors actuals dels estats d'opinió i reconeixement social.

Desprestigi de la feina que ens veiem empesos a fer? Lacònicament diria que sí. L'estudiant de medicina es prepara per ser i fer de metge. Es capacita per escoltar, reflexionar, prendre decisions i aplicar tècniques. Tot vers la millora de la por, de la incertesa, del patiment i la incapacitat que provoquen els problemes de la salut a les persones. Al seu esquema vital no hi figuren: manca de temps racional per a la feina, fer clic continuadament, usar sistemes de comptabilitat (costos, resultats, percentatges, etc.), elaborar documents sense cap conseqüència clínica reconeguda, sentir en tot moment com tothom gosa parlar de la teva feina, sanitaris i no sanitaris, sense el teu grau d'expertesa, arribant al punt d'establir cada dia com has de fer les coses, assumir feines que pràcticament ja han desaparegut en la societat (la digna figura de les porteries en les comunitats de veïns) i amb uns sistemes organitzatius i del repartiment de la feina molts cops ja caducats.

Falta de reconeixement social? De forma contundent i continuada, totes les publicacions apunten que la societat confia encara molt en els seus metges, molt més que en altres col·lectius amb gran poder de decisió. Quan s'han de negar prestacions administratives, arbi-

trar torns i horaris, fer judicis sobre l'oportunitat de les consultes o actuar de forma exclusiva com a transmissors de drets reconeguts pel poder polític als pacients i per les organitzacions sanitàries per a les quals treballen els metges, o sigui, quan ens allunyen del paradigma de ser metge, és quan trobem més insatisfacció, augmenten els conflictes i podem entrar en una decadència amb moltes respostes emocionals negatives que generen grans situacions defensives (seguim essent animals amb respostes instintives).

Tirem les pedres damunt la nostra teulada? Es fa complex, amb tot l'anterior, transmetre de forma continuada il·lusió, satisfacció de pertinença d'un grup i altres complicitats excessivament optimistes. Però això també genera més deserció, més pèrdua de la il·lusió i més desesperança per als qui ens han de seguir.

I que podríem fer? Per damunt de tot, ser metges, recuperar el nostre lideratge clínic, des del llenguatge fins a la nostra autonomia en les decisions pròpies, ningú ha de tornar a dubtar que volem el millor per als nostres pacients. Reprendre la nostra complicitat amb totes les altres especialitats mèdiques. Aprendre a conviure amb una part del nostre propi món professional, com és la universitat. Assumir el lideratge organitzatiu, amb unes regles clares i transparents, ningú ha de dubtar de les nostres capacitats. Recuperar la nostra il·lusió per la professió i saber transmetre-la als que ens han de seguir. Implicar-nos activament en els punts clau de les decisions, incrementant el nostre rol en la política.

No hem de deixar passar més generacions, aquest és el moment i l'oportunitat que ens ha tocat viure i el nostre compromís hauria de ser aprofitar-ho.

I potser així, els que vindran al darrere voldran ser com nosaltres.

**Eduard Peñascol Pujol**  
Cap d'estudis de la Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària. ICS. Lleida

## Què està passant?

*"No hay ansiedad que adelante acontecimientos deseados, ni impaciencia que haga que el reloj avance más rápido, sino que al contrario, a veces te hace creer que está parado o que anda al revés."*

EL ANILLO. LA HERENCIA DEL ÚLTIMO TEMPLARIO

**Jorge Molist**

Finalista el 2004 del premi de novel·la històrica *Alfons X el Savi*

Em preguntava com es poden canviar les situacions actuals dins de la nostra professió i, fins i tot, en el sistema sanitari. La nostra errada com a metges de família, metges generalistes, metges d'atenció primària o metges rurals és preguntar contínuament als altres com hem de fer les coses. Tenim edat i experiència, formació i història personal. Som experts a prendre decisions davant de qualsevol tipus de circumstàncies. Així doncs, què esperem a pensar i dur a terme aquells canvis que creiem necessaris?

Després d'aquesta reflexió en veu alta, recordo el passat immediat i un futur llunyà de la nostra professió: caldria tenir present el que va succeir en la darrera convocatòria de places MIR (el nostre planter, per als més futbolístics): a la nostra Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària de Lleida tan sols es van arribar a adjudicar un vint-i-cinc per cent de les presentades (4 de 14, presa de possessió 3, una pèrdua més!). Això mereix una reflexió? Sí, i obligatòria. Amb reflexos, amb certa rapidesa. Qui seria el responsable d'aquesta situació? Cap de nosaltres i, alhora, tots. Des de totes les institucions, com la Universitat de Lleida, com a responsable de la formació de grau, les empreses sanitàries amb responsabilitat docent en la formació de totes les especialitats mèdiques, encarregades de la denominada formació de postgrau (serveis hospitalaris i d'atenció primària de la nostra demarcació), i les institucions col·legials (el nostre COMLL), s'hauria d'emprendre un procés conjunt de reflexió i de propostes a fi d'anticipar-se i prevenir la situació futura de manca de professionals en l'atenció primària actual i, sobretot, a mitjà i llarg termini.

Són necessaris canvis de característiques institucionals, des de diversos nivells i apostant pel futur de la medicina primària: fins a l'actualitat

és la nomenclatura de l'assignatura en la formació de grau de 6è curs, com a rotatori pels centres de salut de la ciutat i la província, amb una durada de 30 dies naturals en una carrera universitària de 6 anys, a més de dos cursos opcionals de Medicina de Família i Entrevista Clínica. Amb això, n'hi ha prou perquè els nostres estudiants coneguin el significat i l'atractiu de la nostra tasca diària? Avui dia, sembla que veurem la llum al final del túnel. Amb el nou Pla Universitari Europeu de Bolonya esperem que des de la universitat puguem tenir un major nombre de competències i que des de la docència de grau es pugui conèixer més profundament el significat de la Medicina de Família. O, fins i tot, arribar a impartir una assignatura troncal! Hi ha un equip de professionals que s'estan encarregant de difondre les nostres habilitats, coneixements i aptituds per poder superar aquest repte. Primer pas, aconseguir!

La medicina de família com a especialitat presenta un atractiu definit per un abordatge biopsicosocial de la salut i també de la malaltia amb un concepte ampli i global de la persona: tractem i ens interessen tant les malalties cardiovasculars i els seus factors de risc com la tristor i l'angoixa que poden desencadenar els problemes socials del moment, valorant els vessants laboral, lúdic i familiar i el seu efecte afectiu envers la persona. Però anem més enllà, també estem disposats a tractar de forma eficient el malalt afectat de bronquitis crònica per evitar ingressos hospitalaris innecessaris. I, per què no, a portar a terme activitats preventives en persones de qualsevol edat, no només joves sinó també grans, o altres activitats com les d'atenció domiciliària en malalts que no es poden desplaçar al centre de salut per malalties invalidants o terminals, tumorals o no. Diversitat àmplia! Qui és capaç de cansar-se'n? Hi ha monotonia i repetició de tasques? De totes maneres, no podem oblidar que n'hi ha d'altres que ens provoquen desídia: omplir formularis i informes múltiples i diversos, sense oblidar-nos de la nostra amiga, la recepta. Segon pas, estimulants!

No és el moment adequat per sol·licitar en veu alta canvis també des del punt de vista de la nostra pròpia institució. Ens han cuidat com realment mereixem? Hem de pensar en l'atenció primària com una porta d'entrada al sistema sanitari, amb la gran responsabilitat que això com-

porta, i no només des del punt de vista assistencial, sinó també des de la recerca i la investigació. Falta suport. Falta temps. Som altruistes. Malgrat les adversitats, els nostres residents actuals, tant els que han arribat amb els que encara continuen amb nosaltres o els que ja porten a terme tasques assistencials, creuen en si mateixos i estan motivats per continuar desenvolupant activitats de tot tipus, com demostra el darrer premi en les XII Jornades Nacionals de Residents. Això també és mèrit dels professionals tutors de residents, així com dels tutors col·laboradors rurals i hospitalaris. I continuarem amb aquesta actitud tots plegats. Tercer pas, encoratjador!

És suficientment atractiva, la nostra especialitat? Personalment, crec que sí. És una especialitat jove, amb 25 anys de vida, dinàmica, activa, lluitadora, amb un ampli grup de professionals, amb característiques diverses, però amb un mateix objectiu: la persona i el seu màxim benestar possible.

M'agradaria formular altres preguntes: s'implementaran estratègies formatives i laborals des del grau i les institucions sanitàries responsables per al desenvolupament del professional i per poder fidelitzar el jove metge de família? Seria demanar molt que fossin atractives per poder portar a terme la professió mèdica sense pèrdues de professionals cap a altres àmbits geogràfics? I ens cuidaran, a la resta? Quart pas, extremadament dubitatiu o, millor dit, insegur!

**Antoni Plana Blanco**

Metge de família. ABS Balàfia-Pardinyes. Lleida  
Tutor de residents de MFIC.  
Unitat Docent de Lleida  
Professor associat. Facultat de Medicina. Universitat de Lleida

## Una especialidad desconocida

No resulta fàcil concretar los motivos que inducen a los aspirantes a la formación MIR a escoger, como última opción, Medicina de Familia.

Tras preguntar a aspirantes de la última y anteriores convocatorias cuya intención inicial era formarse en otra especialidad y que, finalmente, han optado por medicina de familia sin esperar a otra convocatoria que les permitiera realizar aquella, cabe concluir que existe la creencia común de que dentro de MF encontrarán, en mayor o menor medida, una parte de su especialidad favorita, como si fuera un cajón de sastre en el que se hallan — comprimidas y un poco revueltas — el resto de especialidades, casi sin entidad propia como especialidad.

Los aspirantes de otras convocatorias con buen número que han escogido MF como primera opción tienen en común el conocimiento de la especialidad por un canal inmediato — un familiar o un amigo que ha estado en contacto directo con un médico de familia —, diferente al resto de sus colegas. De ello cabe concluir que el paso fugaz de los estudiantes de medicina por un CAP o centro de salud no aporta un conocimiento propio y específico de la especialidad.

Pese a que ha transcurrido ya un lustro desde la Declaración de Zaragoza sobre Medicina de Familia y Comunitaria y Universidad de abril de 2003, suscrita por la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina de España, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y que recomendaba "fomentar la incorporación de los contenidos y métodos de la MFyC a la universidad con el objeto de contribuir a la armonización de los objetivos educativos de las facultades de medicina españolas con los del Espacio Europeo de Educación Superior" (semfyc.com), resulta evidente que dista mucho todavía de incluirse, en la práctica, como área específica de conocimiento. El resultado es que la inmensa mayoría de los estudiantes de Medicina desconocen la realidad de nuestra especialidad.

A medio plazo, este desconocimiento se paliará, en parte, si — como han anunciado tanto el ministro de Sanidad, Dr. Bernat Soria, como el Dr. Alfonso Moreno, presidente del

*El paso fugaz de los estudiantes de Medicina por un CAP o centro de salud no aporta un conocimiento propio y específico de la especialidad*

Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud— a partir de 2010 se inicia la formación MIR de forma troncal, con tres ramas: médica, quirúrgica y laboratorio clínico. Inicialmente, todos los que opten por la rama médica tendrán una formación común durante dos años y elegirán al final de ese período una especialidad de las incluidas en esa rama.

Si se siguen las recomendaciones acerca de que las estancias formativas abarquen el medio hospitalario y atención primaria, es posible que mejore el conocimiento de la MF. Dependerá entonces, básicamente, de lo atractiva que pueda resultar a nivel de condiciones de trabajo y de reconocimiento social y salarial, y no de su desconocimiento concreto como especialidad por parte de los estudiantes, que se convierta en una opción prioritaria al elegir la especialidad.

Una especialidad como la de medicina de familia requiere una atención y concentración máximas en su ejercicio diario y, precisamente por ello, resulta necesario e imprescindible asegurar un mínimo de condiciones para que asumir las responsabilidades que se derivan del mismo y que deberían estar concretadas como ocurre en otras profesiones —como, por ejemplo, con los controladores de circulación aérea, con descansos durante la jornada laboral (BOE de 18 de marzo de 1999).

**Tona Navarro Echeverría**  
Médico de familia

## Medicina de Familia: ¿una especialidad en peligro de extinción?

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha contado desde hace años con un importante número de residentes en Lleida, configurando más de la mitad de los residentes que inician cada año su especialización vía MIR en la provincia.

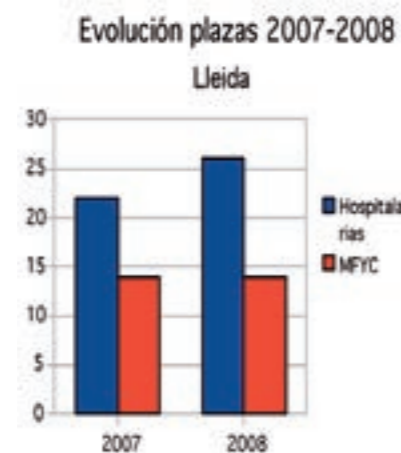
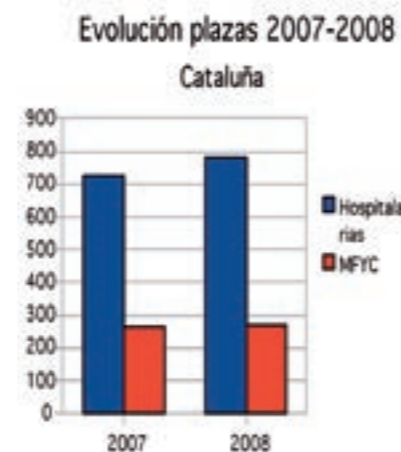
El hecho de que este año únicamente hayan sido adjudicadas 3 de las 14 plazas ofrecidas por la Unidad Docente de Medicina de Familia en Lleida es, cuanto menos, llamativo y obliga a la reflexión, no sólo a los médicos de familia, sino a todo el colectivo. Sorprende el llamativo descenso de las plazas ocupadas (20%), aún más si tenemos en cuenta que se ha producido

de forma brusca. Hace justamente un año se adjudicaron en Madrid el 100%, de modo que se ocuparon las 14 plazas.

Aunque haya sido en Lleida donde se ha notado de forma importante, el fenómeno tiene carácter nacional, puesto que de las 301 plazas que han quedado vacantes este año a nivel estatal, el 84% corresponden a plazas de Medicina de Familia (253), lo que nos indica que no es un problema exclusivo de Lleida, sino que afecta al tronco común de toda la especialidad.

¿Es casualidad? ¿Es la consecuencia de circunstancias concretas que se viven en la provincia respecto a la especialidad de familia? Probablemente la respuesta la tendremos el próximo año, durante los actos de asignación de plazas. Si todo vuelve a la normalidad, quedará en una anécdota; si se confirma la tendencia iniciada este año, se hablará de crisis.

A pesar de lo particular que es el proceso de elección de plazas MIR, donde entran en juego multitud de variantes que hacen que cada elector se decante por una ubicación y



especialidad concretas, es inevitable plantearse cuáles pueden haber sido las causas de este descenso de residentes. No es mi intención en este artículo elaborar una lista de causas, sino más bien plasmar mi opinión sobre la situación que está viviendo la especialidad de Medicina de Familia en distintos ámbitos: en el MIR y en los ámbitos formativo, geográfico, laboral y académico.

Por lo que respecta exclusivamente al examen MIR, se ha hablado del aumento de número de plazas de otras especialidades como justificación. Si nos centramos en Cataluña vemos que, respecto al año anterior, se ha pasado de ofrecer 728 plazas de especialidades hospitalarias a ofrecer 780, lo que supone un 7% más, mientras que, por lo que respecta a Medicina de Familia, se ha pasado de 266 a 269, apenas un 1%. Si analizamos las cifras de Lleida, la situación difiere de forma sensible. El año pasado se ofrecieron 22 plazas de especialidades hospitalarias, mientras que éste han sido 26 (un incremento del 18%), con lo cual se han mantenido las 14 plazas de medicina de familia. Por lo tanto, es cierto que ha habido un aumento del número de plazas de especialidades hospitalarias, especialmente en nuestra provincia.

Asimismo, repasando las plazas ofrecidas a lo largo de la historia se puede observar como la Medicina de Familia ha pasado de representar el 35% de las plazas hace 20 años a tener un 25% en la actualidad. ¿Se necesitan menos médicos de familia? ¿O es un problema de planificación?

Si dejamos a un lado las plazas ofrecidas y evaluamos otros aspectos del examen MIR, nos damos cuenta que el hecho de que no exista una nota mínima convierte a la especialidad de Medicina de Familia en un salvavidas para aquellos que deseaban hacer cualquier otra especialidad pero no tuvieron nota suficiente, e incluso para algunos con nota negativa en el examen. El opositor que obtiene buena puntuación en el examen puede tener la sensación que merece la pena intentarlo con cualquier otra especialidad, puesto que en caso de que posteriormente no esté contento con la elección o no cubra sus expectativas, siempre está a tiempo de escoger familia. Esto contribuye a un desprestigio de la propia especialidad dentro del mismo colectivo médico y, por tanto, para todos

## La falta de médicos en AP es latente y la universidad no está sabiendo orientar a las futuras promociones de médicos a las necesidades de nuestra comunidad

aquellos estudiantes que se la planteen como primera opción.

El marco laboral en el que se encuentra la especialidad es otro de los puntos a tener en cuenta.

La falta de médicos de atención primaria, que ha desembocado en la contratación de licenciados en Medicina, muchos de ellos extranjeros, para cubrir las necesidades, puede hacer que el opositor no le vea sentido a hacer la especialidad de Medicina de Familia. Si es tal la falta de médicos de familia que se tienen que contratar médicos sin especialidad, ¿por qué esperar 4 años teniendo un salario inferior y con cláusula de exclusividad para acabar haciendo lo mismo? Esta situación, junto con las constantes alusiones mediáticas sobre la masificación en consultas y la migración de médicos al extranjero dada la precariedad de los contratos laborales, pueden haber influido en la elección de plaza.

Es en el ámbito académico, en la facultad, donde la situación adopta rasgos surrealistas. Parece paradójico que siendo la atención primaria el destino final de una gran mayoría de médicos que pasan por las facultades, el papel de la

Medicina de Familia en Lleida, y en la mayoría de facultades españolas, se limite a una asignatura durante los seis años, de carácter optativo, y a una rotación en el último año de formación. La falta de médicos en atención primaria es latente y la universidad no está sabiendo orientar a las futuras promociones de médicos hacia las necesidades de nuestra comunidad. Sin duda, uno de los retos del futuro es la potenciación de la especialidad en la facultad. La superespecialización que vemos en el hospital se ha trasladado a las facultades. Es absurdo pretender que los estudiantes de medicina quieran ser médicos de familia, entre otras cosas porque no saben lo que es. La Universidad de Lleida tiene, además, un problema añadido: la cada vez mayor presencia de extranjeros en las aulas de nuestra universidad, junto con el no desdeñable porcentaje de alumnos de otras comunidades. Las características de este alumnado hacen que se esté formando médicos que acabarán, casi en su mayoría, regresando a sus comunidades para hacer la especialización o a sus países de origen.

Es curioso como muchos estu-

diantes en su periplo final, cuando hacen el rotatorio, e incluso algunos residentes, acaban descubriendo la Medicina de Familia, una especialidad que desconocían por completo; lamentablemente, la carga de trabajo, con mucha burocracia, y el poco aprecio social y profesional en el que vive inmersa la especialidad acaban disuadiendo a muchos de ellos.

Concluyo con unas palabras de Barbara Starfield (catedrática de políticas sanitarias de la Universidad John Hopkins de Baltimore) en unas declaraciones hace varios meses a un periódico español de tirada nacional: "La Medicina de Familia es el mayor desafío intelectual en el área sanitaria. ¿Por qué no sacar ventaja de ello y atraer a los profesionales más brillantes?", plantea. "Si reflexionamos seriamente sobre el beneficio y el impacto que tiene su labor, entenderemos que la atención primaria necesita contar con las mejores mentes."

**Andrés Rodríguez Garrocho**  
R2 de Medicina Familiar y Comunitaria - Lleida

### BIBLIOGRAFÍA:

- Boletín Oficial del Estado (BOE), 225 [19 septiembre 2007].
- Boletín Oficial del Estado (BOE), 227 [22 septiembre 2006].
- Perancho Isabel. Primer plano - Barbara Starfield. El Mundo [10/03/2007]. Suplemento Salud, 701.
- Rodríguez, M<sup>a</sup> Carmen. Familia, "la maría" de todas las especialidades. Diario Médico [25/04/2008].

## PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professionals de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs.

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà.

Truca ARA i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 36 24 92**

Telèfon Lleida: **973 27 38 59**



# Formació dels metges de família a l'àmbit rural

Conceptualment, s'anomena metge rural el metge que exerceix en pobles de menys de dos mil habitants i "semi-rural", el que exerceix en pobles d'entre dos mil i deu mil habitants. Però a la pràctica, tots dos conceptes es coneixen com metge rural.

Malgrat la reforma de l'atenció primària, el metge rural encara pateix un cert aïllament geogràfic i professional. Solament per qüestió de distància, el metge té més difícil l'accés a l'hospital, a la Facultat de Medicina i a altres fóruns de debat i opinió mèdica. Això condiciona negativament la seva formació, tant teòrica com pràctica, i les possibilitats de recerca i desenvolupament professional.

En els últims anys, als equips d'atenció primària rurals s'han anat incorporant professionals formats segons el programa de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, que bàsicament es desenvolupava en el medi hospitalari. Això ha permès posar en comú algunes habilitats i competències d'aquest col·lectiu amb la resta del personal que ja exercia les seves tasques, des d'un principi, en el medi rural. Tot això ha estat una experiència enriquidora tant per a uns com per als altres. Però la condició d'aïllament no la determina la procedència, sinó el destí. Així, aquell professional que acabava d'arribar al poble amb tota una constel·lació de vivències, experiències, creences i expectatives hospitalàries veu com, lentament, es van diluint fins al punt que davant un problema mèdic determinat no sap ben bé si les seves expectatives vers un malalt en concret seran les mateixes que les de la medicina especialitzada on l'haurà de derivar en cas de necessitat. Això, freqüentment, és causa d'incertesa i d'inquietud.

Una de les possibles solucions al problema de l'aïllament rural seria la rotació periòdica del personal rural pels centres hospitalaris de referència, però ara per ara no sembla gaire factible. L'altra és la rotació de residents amb una certa experiència en el medi rural. Per això, quan, des de la Unitat Docent, se'ns va oferir la possibilitat de disposar de residents de família, no solament no vam dubtar a acceptar-ho, sinó que, al mateix temps, vam sentir una gran alegria i satisfacció pel compliment d'un

El metge rural encara pateix un cert aïllament geogràfic i professional

Una solució seria la rotació dels residents amb experiència en el medi rural

Per integrar la formació del resident en el medi rural genuí cal ponderar avantatges i inconvenients

desig esperat.

És lògic que les unitats docents i els mateixos residents es preocupin de la seva formació i, per tant, que la seva principal ànsia sigui l'adquisició de competències. I també és evident que els professionals que treballen al medi rural hem de fer un gran esforç per estar al dia i adquirir les habilitats necessàries per transmetre al resident tot el coneixement que el medi rural els pot proporcionar, però sense renunciar als objectius plantejats anteriorment. La relació amb el resident ha de ser una relació simbiòtica, de manera que el resident ha d'accedir al medi rural no només amb la idea de rebre, sinó també amb el propòsit de fer una aportació personal. D'aquesta manera, es reforça la promoció i el reconeixement del resident com a professional qualificat que està a punt d'accedir al sistema amb garantia suficient.

Des del punt de vista dels metges rurals, un cop ja han passat les primeres residents —ja que han estat dues residents, la Dra. Núria Torra i la Dra. Mar Morcillo les que han passat pel nostre centre— hem de dir, de bon grat, que l'experiència ha estat molt positiva, tant des del vessant professional com



**Dra. Sílvia Martín, resident de 4t any, en una entrevista clínica**

personal. Possiblement, la clau de l'èxit han estat les petites coses del dia a dia. Massa sovint l'èxit s'argumenta en grans projectes, en programes complexos i en l'alta tecnologia. És prou conegut que el medi rural no disposa de tot això; per tant, voler triomfar amb aquest pretext, de ben segur, ens hauria conduït al fracàs. Des del primer dia, vam establir amb les residents una relació de tu a tu, no hi havia un professor i una alumna, sinó dos professionals treballant, plegats, per intentar solucionar el problema, o més ben dit, els problemes que plantejava el malalt a la consulta. Això va suposar una relació de confiança i respecte mutus. En cap cas es va utilitzar la resident com a suplent de l'equip mèdic, la qual cosa no vol dir que alguns dels problemes mèdics els solucionessin elles amb absoluta autonomia.

Segurament hi ha una gran heterogeneïtat en el perfil professional dels residents, que pot condicionar les relacions interpersonals amb els tutors, i possiblement en un futur vinguin residents amb una predisposició menys favorable que els actuals que temperin aquesta visió inicial. Però, de moment, podem dir que les residents han contribuït a conferir

una major diligència en el raonament clínic de la consulta, ja que quan un està sol, normalment hi ha una major tendència a la simplificació diagnòstica i terapèutica. Mentre que compartir el cas clínic implica, intrínsecament, una ampliació del ventall en el diagnòstic diferencial, una major seguretat, menys possibilitats d'errar i ajuda a alleugerir l'angoixa que freqüentment genera l'ús de la incertesa, sobretot davant pacients que vénen amb símptomes no específics que poden amagar un quadre important o ser un quadre banal.

No hi ha dubte que la medicina rural té una menor accessibilitat presencial a l'hospital i a la medicina especialitzada. La seva relació amb aquests mitjans bàsicament és a través del full d'interconsulta i alguna trucada telefònica personalitzada, però que no és suficient per tenir un coneixement exhaustiu de la seva capacitat de resolució. Malgrat que la capacitat resolutiva hospitalària es basa, cada cop més, en l'equip, encara hi ha diferències individuals, sobretot en el maneig i el tracte personalitzat del malalt. Els residents tenen una idea molt ben elaborada de quins són els departaments hospitalaris que funcionen millor

i, per tant, tenen la possibilitat de transmetre una idea detallada de l'operativitat interna, tant individual com col·lectiva, dels diferents àmbits: d'assistència, de recerca i docència d'aquest mitjà. Aquesta informació és de gran utilitat per al metge rural perquè, al cap i a la fi, ell és el principal interessat a resoldre els problemes dels seus pacients, independentment del centre o l'especialitat intervencionista. Quan el circuit oficial, per alguna raó, no funciona, el metge de primària té l'obligació moral, si més no, de buscar una alternativa; per tant, aquest coneixement és un dels possibles vectors indicadors d'aquesta alternativa.

Les residents també han servit d'elements d'enllaç entre el medi rural i el servei d'urgències, atès que, simultàniament amb la rotació rural, també fan guàrdies d'urgències hospitalàries. Com que són coneixedores de l'origen del malalt i de la seva malaltia, moltes han actuat com a receptors privilegiades i especialment interessades, perquè, a la vegada, han estat indicadores de la derivació. Aquest és un avantatge quasi exclusiu dels residents, que els permet entendre les formes i els motius de deri-

vació des del medi rural, no sempre ben enteses des del medi hospitalari.

Finalment, les residents han estat elements dinamitzadors de les noves tecnologies de la comunicació, Internet, cercadors, pàgines web, ús de programes, correu electrònic, etc., que han permès una comunicació més àgil i un intercanvi de dades, documents i imatges amb l'equip mèdic que han proporcionat una millor integració de tots els nivells d'informació. Tots plegats hem pogut gaudir d'aquests avantatges que, sens dubte, contribueixen a esmenar les dificultats que encara genera l'aïllament rural.

Bé, el món rural i la seva població tenen característiques pròpies, probablement diferents al medi urbà, que aporten un marc de referència singular per al resident i poden contribuir a complementar la seva formació. Però creiem que és precisament en pobles petits com el nostre on el resident pot trobar l'entorn més adient, perquè encara hi romanen els trets més peculiars de relació amb la comunitat i el seu entorn.

Una de les característiques bàsiques del medi rural és la dispersió geogràfica, i té avantatges i inconvenients. Els avantatges són que els elements conceptuals clàssics de l'atenció primària són més fàcils d'aprendre en una comunitat petita amb accessibilitat, proximitat, confiança i interacció, com són les de caire rural. Hi ha un gran inconvenient, la distància que separa el món rural de la gran ciutat, que obliga a fer desplaçaments relativament llargs als residents. Ni que hi hagi poblets prop de la ciutat, aquests són poc representatius perquè reben més influència del comportament urbà. Per tant, la distància és l'element clau. Si veritablement hi ha la intenció d'integrar la formació del resident en el medi rural genuí, cal ponderar els avantatges i els inconvenients.

Els metges rurals hem iniciat aquesta experiència amb un gran voluntarisme i entusiasme que cal potenciar i aprofundir. Aquesta és una oportunitat històrica que no es pot malbaratar. Cal dotar-la d'infraestructures i mitjans necessaris que permetin la continuïtat del projecte. Sovint, des dels òrgans de direcció, es veu l'assistència en el medi rural amb una escassa relació cost-efectivitat. I probablement sigui així, però si encara queda alguna possibilitat de salvar el món rural abans de ser engolit per l'urbà, cal protegir-lo amb programes integrals que permetin assolir les expectatives de qualitat de vida i d'igualtat en l'atenció mèdica de la seva gent. I aconseguir-ho passa necessàriament per la integració de la medicina rural en els camps de la formació de grau i postgrau, de la recerca i de l'aplicació de les noves tecnologies.

**Dra. Carmen Ciria  
Dr. Joan Clotet  
CAP de Ponts**

# Impresiones de la medicina rural

Hace ya tres años, un grupo muy heterogéneo de catorce personas iniciábamos en Lleida un nuevo proyecto de especialidad de medicina familiar y comunitaria (MFyC). Este nuevo modelo traía consigo muchos cambios estructurales y organizativos. El cambio más conocido del nuevo modelo (o quizás el único) ha sido el incremento en un año más en la formación, conformando así un total de cuatro años. De este modo, dejaba de ser la única especialidad que se alcanzaba tras tres años de trabajo y formación.

Gracias a este cambio se ha conseguido ampliar el tiempo de rotación en los centros de atención primaria y, con ello, una mayor inversión en la formación en medicina primaria del residente. Pero también se han conseguido otros cambios con esta ampliación de tiempo MIR. Así, se ha permitido introducir una nueva rotación en el currículo del residente: la rotación rural. Es de ello de lo que precisamente quería hablar, y se trata del motivo, por tanto, del presente texto.

Y es que esta rotación, a mi juicio, tiene su importancia en nuestro currículo. Y ello es así, no ya por los conocimientos científicos que de ella extraeremos, que también, sino por el descubrimiento directo y en propia mano de un lugar de trabajo tan frecuente como desconocido para el médico de familia.

Cronológicamente, la citada rotación ha pasado por varias etapas y dificultades. Tras varias reuniones de la unidad con el grueso de residentes y médicos de familia (llamémosles "ruralistas") se establecieron las bases de la rotación rural, un calendario para la misma y un listado de ambulatorios rurales donde llevarla a cabo. Así, nombres tan desconocidos para la mayoría de nosotros como La Fuliola o Seròs y otros algo menos ajenos como Ponts, entre otros, se establecieron como lugares donde rotar.

Una de las dificultades con la que topamos inicialmente mis compañeros y yo fue decidir el destino de cada uno de nosotros. Y es que el principal inconveniente era tener que realizar a diario un trayecto de entre una y dos horas a los pueblos seleccionados. Tras algo de buena fe y buena disposición por parte de todos, se resolvió este primer obstáculo. En mi caso particular, finalmente elegí Ponts como destino de rotación.

Lo que posteriormente aconteció en



Mapa dels centres rurals de la província de Lleida que han tingut residents

cada una de las rotaciones pertenece a la experiencia individual de cada uno de nosotros.

No encuentro mejor forma de empezar relatando mi experiencia en esta rotación que destacando la altruista entrega de los tutores rurales de este proyecto. En mi caso, no puedo dejar de nombrar a los médicos ruralistas que conocí en Ponts. Me refiero a la Dra. Ciria, el Dr. Clotet y el Dr. Albalad. Y ese altruismo me gustaría destacarlo, pues estos profesionales no son tutores de residentes, esto es, no ejercen oficialmente como tales, y ello implica que no perciben compensación económica y, por lo tanto, no tienen obligación alguna de hacerlo. Y, sin embargo, ahí estuvieron, desinteresadamente se prestaron a esta experiencia colaborando de forma activa y entusiasta. Y hoy en día, cuando no se agradece nada porque todo se da por supuesto, es importante no dejar nunca de dar las gracias, un hecho terapéutico para el que lo da y el que lo recibe.

En cuanto a conclusiones y experiencias que obtuve de la rotación, hay varios aspectos a comentar. Destacar

que sólo las primeras visitas me bastaron para despojarme de varios prejuicios que sobre esta medicina me había formado.

En primer lugar, descubrí que el quehacer diario de las consultas ruralistas es idéntico al de cualquier otro servicio: las visitas diarias resultaron ser tan rutinarias, sorprendidas, previsibles o intempestivas como lo son en un centro urbano cualquiera.

En segundo lugar, y rompiendo más mitos, el perfil del paciente de medicina rural no resultó ser exclusivamente el del anciano fumador empedernido, rudo, curtido al sol y caracterizado con su impertérrita boina. Tampoco fue el de la mujer añosa, inculta, dedicada a sus quince hijos y entregada al duro trabajo de la tierra. Nada más lejos de la realidad: los pacientes que asistí estaban dotados de iguales características sociales, académicas, ocupacionales, etc. que los usuarios de los centros urbanos.

En tercer lugar, comprobé que el médico y el enfermero ruralista disponen de una formación idéntica a la del sanitario urbano. Así, el manejo del enfermo rural y su patología es muy similar en ambos casos. Y este es otro punto que quizás por ignorancia, o tal vez por despiste, consideraba también distante a la medicina urbana. Y es que hoy en día se dispone de herramientas de comunicación que permiten al sanitario estar constantemente actualizado esté donde esté. Aunque eso, obviamente, depende básicamente de la motivación personal del facultativo.

Así pues, por lo comentado hasta ahora, no puedo decir que descubriera grandes diferencias entre una medicina y otra. Pero alguna había, evidentemente. Así, por ejemplo, para el médico rural que lleva ya un tiempo en el pueblo, sus pacientes son también sus vecinos, su panadero, la maestra de sus hijos o el fontanero que siempre necesitas y que nunca viene... Si bien ellos se desenvolvían muy bien con estos pacientes, en mi caso particular pensé que esto podría ser un inconveniente, al menos inicial, en el momento de ejercer en un medio rural.

En relación con el último punto comentado, hay otro hecho que descubrí esos días. Gestos tan rutinarios como tomar un café o salir a dar una vuelta por el mercado (que también se hace en la rotación rural, por supuesto) constituían todo un ejercicio (más o menos divertido, según se mire) de poner nombre de enfermedades, síndromes y dolencias varias en los rostros de la mayoría de congéneres que se te cruzaban en el camino o te servían el pan. Evidentemente, éste no es un hecho insalvable, pero también me hizo reflexionar sobre el trabajo y la convivencia en el medio rural.

Y si de destacar hechos diferenciales

se trata, quisiera comentar también un tema vital en el ejercicio habitual del médico de familia: la derivación a un centro de mayor nivel asistencial. Ante el médico de familia se presentan multitud de casos en los que, por las características del enfermo, de su enfermedad o de factores ajenos a él, debe solicitar ayuda especializada con mayor o menor premura. Hay casos muy evidentes en los que el médico sabe que debe ser así, pero otros muchos en los que no. Y ante la duda... ¿derivar o no derivar? Chiste fácil, pero si la diatriba ya es peliaguda cuando uno se halla a pocos metros de un hospital, no digamos cuando el centro se halla a decenas o centenares de kilómetros. Si el caso en cuestión es un tema de urgencia médica, la duda del médico puede rallar la paranoia.

A su favor tengo que decir que no fueron demasiados los casos en los que surgieron estas dudas. De todas maneras, el médico rural desarrolla con el tiempo, tal y como pude comprobar, experiencia que le es de gran ayuda en estos casos.

Y si de comentar puntos, llamémosles negativos, se trata, acabaré comentando uno que, si bien no está relacionado directamente con la medicina, sí que tiene traducción inmediata en cuanto a ejercer en un medio rural y que constituyó para mi un *handicap* durante la rotación. Me refiero al transporte diario al pueblo. En mi caso, y no sé si el casual aumento del precio de la gasolina tuvo que ver, no fue más que un mes el tiempo que tuve que sufrir el inconveniente de invertir (en todo su significado) dos horas al volante diariamente, pero entendí que puede ser otro inconveniente para ejercer la medicina rural y que, por ello, merece ser comentado.

En definitiva, este mes de ejercicio en la medicina rural me ha servido especialmente para deshacerme de prejuicios infundados sobre esta medicina y sus circunstancias. Al mismo tiempo, he podido comprobar en propia mano cuáles son, a mi juicio, los pormenores que en el futuro me puedo encontrar si decido hacer de la medicina rural mi medio de vida.

Termino ya, con el ánimo de haber reflejado con claridad mi experiencia en la medicina rural y esperando al mismo tiempo aportar un poco de luz sobre el desconocido y olvidado mundo de esta rama de la Medicina de Familia.

Finalmente, quisiera agradecer de nuevo la colaboración desinteresada de los médicos rurales y demás personal sanitario, así como a la Unidad Docente. Gracias por haber permitido iniciar este nuevo proyecto, irrealizable, sin duda, sin su interés.

**Dra. Mar Morcillo**  
Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria

## Carta europea para el médico rural

Declaración de Intenciones: esta carta persigue "asegurar que todas las poblaciones rurales aisladas de Europa tengan acceso a unos cuidados médicos públicos de alta calidad con independencia de su localización cultural y recursos".

### Introducción

En su discurso inaugural en el Parlamento Europeo, en enero de 1995, Jaques Santer, Presidente de la Comisión Europea, afirmó: "La regeneración de las áreas rurales y las pequeñas ciudades es otra área prioritaria que afecta a la calidad de vida. Deben de ser conservadas por sus propios valores medioambientales y el balance de la vida rural debería ser restaurado en todos los aspectos, tanto económicos y sociales como culturales."

La población de la Unión Europea suma un 6,5% de la población mundial. Más del 20% de los habitantes europeos viven en comunidades de menos de 2.000 habitantes, el 40% de la superficie está clasificada como agrícola y más de un 30% corresponden a bosque. A pesar de eso, muy poco se conoce acerca de las necesidades sanitarias de esta considerable parte de la comunidad.

El incremento de las ciudades se está adueñando de la vida rural tradicional. La emigración de los jóvenes está llevando a un mayor envejecimiento de la población. La agricultura, principal industria de las comunidades rurales está disminuyendo en un 1,15% anual durante los últimos 10 años.

Las investigaciones sobre el trabajo en el medio rural son limitadas, pero existe una evidencia desde toda Europa al resto del mundo de que los problemas son similares, y entre ellos esta la fuerte carga de trabajo, escasas oportunidades de reciclaje, aislamiento, falta de entusiasmo y una disminución de la gente que quiere dedicarse a esta labor.

Los médicos rurales disfrutaban de un estatus muy alto dentro de su propia comunidad, pero, sin embargo, de uno de los más bajos dentro de su profesión. Esto es debido a este perfil caracterizado por el aislamiento, la escasez de recursos y una gran carga de trabajo.

### Características de la medicina rural en Europa

Las características específicas de la medicina rural, que influyen en el manejo de un mayor número de habilidades en sus profesionales, deberían ser reconocidas por las organizaciones profesionales, gobiernos y autoridades de la salud en Europa. La creación de la infraestructura necesaria que permita dotar de una atención global en áreas rurales remotas o infradesarrolladas es una prioridad, ya que los medios rurales asumen un nivel de responsabilidad clínica más alto que sus compañeros urbanos, y en unas condiciones de aislamiento profesional mayores.

### Locales y equipamiento

Los médicos rurales deberían trabajar en locales correctamente diseñados que les permitan dispensar unos cuidados globales de alta calidad a sus pacientes asegurándoles que estos servicios están pensados o centrados en el paciente, reconociendo la importancia tanto de la higiene, como de la confidencialidad e intimidad.

Los locales deben de estar equipados de una forma que el médico pueda realizar en su totalidad las exploraciones físicas que necesite, así como otras investigaciones o procedimientos que se consideren dentro del marco de competencias del médico de familia.

### Las habilidades clínicas

- Serán todas aquellas que realice el médico de familia.
- Habilidades técnicas.
- Emergencias.
- Procesos que de otro modo necesitarían un desplazamiento de los pacientes.
- Habilidades de ámbito hospitalario para aquellos médicos que dispongan de camas hospitalarias.
- Papel en salud pública.
- Cuestiones de medio ambiente.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- El médico rural debe ser capaz, bien de forma individual o en equipo, de proveer en su localidad, con un adiestramiento adecuado, de toda una amplia variedad de servicios que responda a las necesidades de la población.

**Servicios de emergencia y rescate**

Tanto los pacientes como los médicos tienen derecho a un servicio de traslado en emergencias que transporte a los enfermos graves en condiciones de seguridad desde el lugar del accidente hasta el centro de emergencias más cercano que sea apropiado en el menor tiempo posible.

**Promoción y protección de la salud**

Los médicos rurales deberían buscar el desarrollo de servicios, que involucren a la comunidad. La promoción de la salud es una actividad comunitaria, no una parcela de los profesionales de la salud. Las comunidades rurales están emplazadas de un modo privilegiado para el desarrollo de los programas centrados en dicha comunidad que faciliten el desarrollo de los pueblos y ciudades saludables.

**El médico rural dentro del equipo de salud**

Una medicina rural idealmente tendría que ser un esfuerzo en equipo en el cual cada miembro debería tener en cuenta los puntos fuertes y las limitaciones tanto suyas como de sus compañeros. Sería recomendable que los profesionales en todas sus categorías fueran seleccionados y entrenados para trabajar como un equipo que responda a las necesidades de la comunidad. Los profesionales clave como médicos y enfermeros deberían de tener un papel central en los equipos de salud, que se beneficiarían de los conocimientos científicos y de gestión de aquellos profesionales.

**Diseño de los servicios de salud rural en busca de las necesidades de la comunidad**

Los profesionales de la salud en el medio rural deberían ser los asesores de la comunidad en el establecimiento, análisis y desarrollo de los servicios sanitarios en respuesta a las necesidades de la comunidad, sin dejar de lado la necesidad de un enfoque centrado en cada paciente individual.

Estos modelos sanitarios deberán ser evaluados y promovidos por las autoridades sanitarias, ya sean locales, regionales o nacionales.

**Mejora del estatus del médico rural**

Este estatus sólo mejorará mediante un enfoque coordinado que incluya mejoras en la formación y entrenamiento, así como mejorando los incentivos y las condiciones de trabajo, todo esto bajo el apoyo del gobierno y la comunidad que deberán reconocer el papel del médico rural como principal pivote del sistema sanitario.

**Reclutamiento y estabilidad de los médicos rurales**

Es necesario un enfoque integral para el reclutamiento y estabilidad de los médicos rurales; dicho enfoque debe revisarse desarrollando especialmente las siguientes iniciativas:

- Información en las escuelas sobre qué es la medicina rural.
- Especial selección de estudiantes provenientes del medio rural.
- Información precoz y continuada de la medicina rural durante los estudios universitarios tanto en el pregrado como en el postgrado.
- Apoyo a los médicos rurales, incluida su familia.
- Mejora de las condiciones de trabajo y de los consultorios.
- Mejora de la accesibilidad y facilidades para el médico con el fin de que pueda dispensar una atención de calidad en las urgencias fuera de la jornada laboral, pero a la vez asegurando un adecuado descanso o tiempo para que el médico pueda estar tranquilamente con su familia.
- Asegurar una apropiada formación continuada o desarrollo profesional.
- Regulación de una carrera profesional para el médico rural que mejore su calidad asistencial.

**Pregrado**

Todas las facultades de medicina, enfermería y demás instituciones que formen personal sanitario deberían formar a algunos profesionales para el medio rural, incluso disponer de médicos rurales entre el profesorado.

Incluir un período de práctica en el medio rural en el currículo.

Animar a los recién graduados que estén dispuestos a optar por el medio rural.

**Postgrado y formación continuada**

Un entrenamiento para adquirir una competencia flexible y debería facilitarse a los médicos rurales a través de cursos voluntarios y de programas de formación continuada en medicina rural, que deberían ser desarrollados por médicos rurales o por lo menos en colaboración con ellos.

**Información tecnológica**

Las comunidades rurales deberían disponer de las modernas posibilidades de comunicación telefónicas, nuevas tecnologías para el médico rural.

Estas mejoras son esenciales para prestar unos cuidados médicos de alta calidad en las zonas aisladas, así como para la conexión de los sanitarios con el resto de la comunidad médica.

**Investigación**

Los pueblos, con su población definida y estable, ofrecen una posibilidad única para la investigación que debe de ser potenciada para buscar respuestas específicas a los problemas rurales, debería estar basada en hechos evidentes y planteada para los intereses rurales. Deberían establecerse centros marco de investigación en cada país que facilite la tarea.

**Administración y gestión**

Los gobiernos desarrollarán unos directorios que reconozcan las necesidades de salud específicas del medio rural, desarrollando un enfoque especial que intente buscar soluciones. Son necesarias más investigaciones para identificar cuál es el coste extra resultante de proveer cuidados a las comunidades rurales. Este índice de ruralidad será necesario tenerlo en cuenta a la hora de financiar estos cuidados en el futuro.

Los médicos rurales deberían tener el apoyo de expertos administrativos, así como cursos de dirección, con el fin de proveer unos servicios efectivos y eficientes que respondan a las necesidades de los pacientes en el desarrollo del sistema sanitario.

**Los médicos rurales y sus familias**

Deben desarrollarse mecanismos de apoyo para los médicos rurales y su familia, incluso el establecimiento de sociedades familiares de médicos rurales. Tanto las comunidades rurales como las autoridades deberán contemplar las necesidades y problemas específicos de los médicos rurales y de sus familias.

**Cursos y congresos**

Los médicos rurales deberán tener la posibilidad de asistir a congresos o cursos, tanto nacionales como internacionales, en donde sean informados, cooperen y colaboren en la mejora del estado de salud de sus respectivas comunidades.

**La Unión Europea**

Esta carta va dirigida a los países miembros de la Unión Europea y a los otros países europeos con el fin de que reconozcan los problemas encontrados por las personas que viven en el medio rural y sus médicos, para alcanzar una igualdad en los cuidados sanitarios.

Esta carta llama a esos gobiernos a mejorar la atención sanitaria en el medio rural en cualquier forma posible, siempre que los recursos lo permitan.

Europa, junio de 1997  
(Tomado de Documentos SEMFIC nº 11. "El medio rural : una visión mirando al futuro")



Carolina Moreno, Cristina Soler, Lorena Villalba, Núria Torra, Núria Farranblandre

# Programa de rotació específica en el medi rural

El programa actual de la Medicina de Familia en el programa MIR ha obert noves expectatives en la formació dels residents de la nostra especialitat. Un dels objectius s'estableix en el sentit de formar-los cada cop més en el seu medi natural, fent un anàlisi individual de l'adquisició de les competències essencials, pròpies de l'especialitat, tot valorant en cada territori el lloc amb més impacte formatiu on es podran adquirir. A més, es pretén aconseguir que el resident les adquireixi i les aprengui a desenvolupar en les mateixes situacions on després les haurà de portar a terme en la seva pràctica professional.

Per això es va dissenyar en el programa una rotació específica en el medi rural, perquè durant el període formatiu poguessin conèixer un medi tan propi del nostre treball com els centres i consultoris de poblacions rurals.

El primer problema va ser definir justament aquest concepte. A la nostra província, amb el desenvolupament dels equips d'AP, les vies de comunicació i els sistemes d'informació s'han perdut moltes de les característiques que històricament definien aquest entorn. A més, els desplaçaments dels residents i un cert desconeixement dels objectius específics d'aquesta rotació van suposar uns inicis difícils. Els coordinadors de les unitats docents (UD) de Catalunya, de forma conjunta amb el grup rural de la CAM-

Un objectiu és identificar els punts primordials que afecten la salut dels habitants del nucli

FiC, van iniciar un disseny d'aquesta rotació i les diverses UD el van adaptar a diferents possibilitats territorials.

A Lleida, de forma consensuada amb la comissió assessora de la nostra UD i les direccions de les SAP, es va oferir aquesta activitat a diferents metges, dotze dels quals van acceptar participar-hi. Es van fer reunions informatives i sessions formatives amb una gran implicació i il·lusió per part de tothom, i fins i tot altres professionals van mostrar interès per poder-ho fer. No obstant, a causa del nombre de residents (que en aquesta promoció van ser nou) i en ser una nova situació que s'obria, es va decidir, de moment, no incloure'n més.

Els metges i les metgesses residents van escollir el centre on volien desenvolupar aquesta activitat i el tutor que desitjaven que els supervisés i es va optar per oferir opcionalitat en la seva durada (d'un a dos mesos), tenint en compte circumstàncies individuals i formatives (hi ha residents que ja faran

el quart any en un medi rural i que han estat fent la rotació a Artesa de Segre, Ponts, Seròs, Maials i Maldà).

Objectius específics del resident:

1. Conèixer l'entorn geogràfic i social de la zona de treball del metge.
2. Conèixer i, si cal, aprendre a usar els aparells mèdics i saber portar-ne a terme el manteniment necessari per desenvolupar la majoria de les tasques d'un metge d'AP en un consultori local.
3. Identificar els punts primordials que afecten la salut dels habitants d'aquell nucli. Planificar almenys una proposta de millora per algun punt feble que faci referència a la salut d'aquella població.
4. Participar activament en algunes activitats diferencials que realitzi el seu tutor (residències geriàtriques o de salut mental, tasques de salut pública, medicina del treball, activitats comunitàries, visites a diferents nuclis, atenció domiciliària...).
5. Identificar les activitats que realitzi el seu tutor per coordinar-se amb la resta del seu EAP (reunions, sessions, torns de guàrdia durant la jornada habitual, etc.) i participar-hi.
6. Fer una memòria de les activitats realitzades durant aquesta rotació.

Les funcions dels col·laboradors docents en la rotació rural:

- Presentar el resident a la resta de l'EAP i facilitar-li la informació necessària del seu funcionament.
- Conèixer el programa de l'especialitat i assolir de forma progressiva la comprensió dels objectius docents.
- Tutelar el resident tot facilitant-li l'assumpció progressiva de responsabilitats, ajudar-lo a incrementar el seu grau d'iniciativa i autonomia.
- Avaluar aquest període amb els models facilitats per la coordinació de la UD i remetre els informes a la UD.
- Participar en les activitats formatives dirigides i/o organitzades des de la UD i adreçades als aspectes formatius que hi facin referència.

Actualment, els tutors i residents estan avaluant, de forma individual, aquesta rotació. Al mes de setembre hi havia prevista una trobada de totes les parts per compartir els resultats, intercanviar experiències i veure els punts que cal millorar.

Les opinions i valoracions que ens han fet arribar fins ara són molt positives per part de tots, i amb els canvis que convingui ens animen a seguir endavant en aquest projecte.

Des de la comissió assessora de la UD volem donar les gràcies a tots els que hi han participat i als que han mostrat interès per fer-ho, i deixem oberta qualsevol porta en el futur.

**Eduard Peñascol Pujol**  
Cap d'estudis de la UD de Medina Familiar i Comunitària ICS. Lleida

# Trastornos por ansiedad

El concepto ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa "estado de angustia o aflicción producido por temor ante una amenaza o peligro".

La ansiedad puede ser normal, si el estado del sujeto se modifica como respuesta a un estímulo (incluimos contexto, persona u objeto) interpretado como amenazante. La ansiedad será patológica cuando la respuesta se produzca sin que exista realmente ese estímulo, o bien cuando éste se interprete de modo exagerado y, además, dicho estado de activación se mantenga de forma temporalmente crónica en la persona, pudiendo tener consecuencias negativas tanto a nivel físico como emocional.

Si partimos del enfoque sindrómico, que se explica según el paradigma de "entidad patológica independiente al sujeto" (DSM-IV-TR), probablemente no podamos recoger toda la información que necesitamos como terapeutas. Por ello, posicionarse en el modelo dimensional, que parte de una visión más global, sin abordar al sujeto como independiente a su patología, podrá beneficiarnos a nosotros y a nuestros pacientes.

Existen varias clasificaciones de los trastornos de ansiedad. Una de las más utilizadas en el ámbito de la Psicología Clínica es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), en el cual se recogen un total de 11 trastornos de ansiedad (ver fig. 1).

Datos publicados por el *Epidemiological Catchment Area* (ECA) en 1982 revelan una prevalencia del 11,3% en la población general estadounidense de trastornos por ansiedad.

Estudios epidemiológicos realizados a través de encuestas a médicos de primaria revelan que el quinto diagnóstico más frecuente a este nivel asistencial es el de ansiedad más depresión.

Echeburúa, en 1995, publica unos datos donde obtenemos la prevalencia en población española: Echeburúa, 1995. Tasas prevalencia en la población:

Algunos pacientes describen la ansiedad como: "Miedo... al miedo..., a la vida..., a hacer cualquier cosa... Es... no sé... te bloquea..., no te deja vivir tranquilo... Yo no sabía lo que era. Pensaba que esto era una tontería y ahora... veo que la gente no me entiende. Me dicen que debería trabajar, que no me pasa nada... Me siento incomprendido." (testigos reales).

La ansiedad, en sí, es una respuesta necesaria para nuestro organismo, ya

"Miedo... al miedo... a la vida... a hacer cualquier cosa"

El ataque de pánico es una sensación intensa y dura unos 10 minutos

Palpitaciones, taquicardias, temblores, mareos (...) son síntomas físicos comunes

que nos ayuda a movilizarnos para poder realizar los objetivos diarios. Por ello, tiene una funcionalidad adaptativa en nuestras vidas, pues nos permite pasar a la acción.

Como se ha mencionado anteriormente, el DSM-IV clasifica once trastornos de ansiedad. Entre ellos, vamos a prestar especial atención al ataque de pánico y al trastorno de angustia.

El ataque de pánico, o crisis de angustia, consiste en la aparición súbita de pánico. Es una sensación muy intensa y dura aproximadamente unos 10 minutos. A lo largo de ese período, la persona activará su SN y se disparará el paradigma lucha-huida, que se explica del siguiente modo: nuestro organismo está preparado fisiológicamente para huir o luchar frente a una señal interpretada como amenazante y, al realizarse tal interpretación de amenaza, nuestro organismo genera energía para responder, se activa el SN simpático y



se producen palpitaciones, taquicardias, temblores, mareos, sensación de náusea, dificultades para tragar, hormigueo en las partes distales del cuerpo (parestias), presión torácica, etc. Estos son los síntomas físicos más comunes en las crisis de ansiedad. Cuando sentimos miedo, fisiológicamente se activa en nuestro cuerpo el mismo sistema, pero cuando hay miedo es porque realmente existe algo que lo genera. En el caso de las crisis de ansiedad, esto no es así, pues la señal amenazante o no existe o es interpretada de modo exagerado.

Las crisis de angustia pueden presentarse de tres modos distintos: condicionadas a una situación u estímulo, predisuestas a una situación u estímulo o inesperadas. Entre ellos, los que más asustan a los pacientes son los últimos.

Una persona, cuando tiene una crisis de angustia, no sólo presenta síntomas físicos, sino que también se manifiestan

a nivel cognitivo, con sensaciones de preocupación, miedo, inseguridad o pérdida de control. Chambless y cols. (1994) reúne los más frecuentes en el ACQ (escala de autoevaluación que permite conocer las cogniciones más frecuentes en el paciente, como pensamientos del tipo "Voy a perder el control", "Voy a tener un ataque al corazón", "Me voy a morir", etc.).

Por último, los síntomas motores son entendibles como factores de seguridad, pues en un principio ayudan a reducir el nivel elevado de ansiedad, pero después se instauran y actúan como reforzadores negativos. Se trata de conductas del tipo: evitar las situaciones temidas, inquietud motriz con movimientos repetitivos, fumar o beber en exceso, llorar, etc.

Por lo general, el primer ataque de pánico o subtipo significativo que vive una persona suele ser de carácter inesperado. Sabemos de la capacidad pensante del ser humano, que nos lleva a buscar explicaciones constantemente a todo —o casi todo— lo que nos acontece a lo largo de nuestras vidas. Por ello, cuando una persona tiene y siente los síntomas físicos, aparecen en espiral los síntomas cognitivos (la persona empieza a pensar que algo malo está sucediendo), cuyo contenido es de carácter amenazante, característica que se expande

tanto a la integridad física como mental. Estos pensamientos negativos explican lo acontecido. Si se trata de un ataque de pánico, los síntomas suelen remitir en 10 minutos aproximadamente, aunque la persona, en un intento por tratar de racionalizar lo que sucede, podrá condicionar la/s situación/es u estímulo/s a esos pensamientos amenazantes iniciales, lo que probablemente vaya a durar más tiempo en sus vidas. Haber vivido o vivir después situaciones parecidas a ello generará una asociación y un estado de hiperalerta que podrá ser crónico (con respuestas excesivas, mantenidas a lo largo del tiempo, con un componente de agotamiento emocional significativo). Así, puede llegar a no ser necesaria la asociación entre estímulo amenazante real y respuesta de alarma, viviendo en un estado crónico de ansiedad.

El trastorno de angustia se explica como la aparición repentina de crisis de ansiedad o un miedo muy intenso a que se reproduzcan las mismas, limitando a quien lo padece en su vida y generando un malestar muy significativo.

La ansiedad patológica, en esencia, es interpretada como temor ante un peligro real o imaginario (se incluye también un temor anticipado a padecer un daño o desgracia futuros). Sus consecuencias son perjudiciales para la vida de quien la

## TIPO DE TRASTORNO Y POBLACIÓN QUE LO SUFRE

TIPO DE TRASTORNO	PORCENTAJE POBLACIÓN
T. pánico sin agorafobia	0,8% - 1%
T. pánico con agorafobia	1,2% - 3,8%
Fobia específica	4,1% - 7,7%
Fobia social	1,7% - 2%
TOC (t. obsesivo-compulsivo)	1,6% - 2,5%
TAG (t. ansiedad generalizada)	6,4% - 7,6%
TEPT (t. estrés postraumático)	1%

# Joies úniques

De la sèrie "Piràmide",  
anell d'or groc i d'or blanc amb safir blau  
i dos diamants de talla princesa.

## PERETENA

JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · [www.peretena.com](http://www.peretena.com) · Pàrquing Blondel Gratuït

padece, tanto a nivel fisiológico (debido a la sobreactivación crónica de los ejes endocrino y neuroendocrino) como psicológico, ya que si ésta se cronifica pueden aparecer conductas desadaptativas o desorganizadas, a la par que pensamientos distorsionados, algo que, sin duda, repercutirá en el malestar de la persona. Además, deberemos tener en cuenta la comorbilidad con otros trastornos, que suelen presentarse básicamente en el espectro afectivo unipolar.

Sabemos que los factores de vulnerabilidad individual (ya sea predisposición genética y/o factores educativos o familiares) juegan un papel básico en el posible desarrollo de cualquier psicopatología. Por ello, deberemos conocer otros aspectos de nuestro/s paciente/s cuando acude/n a nuestras consultas, ya que conocer los acontecimientos vitales estresantes será muy importante. Esto nos lleva a conocer qué cambios ha tenido recientemente esta persona en su vida. Además, deberemos analizar el modo en que el paciente ha afrontado tales cambios con el fin de entender lo sucedido. Estaremos aplicando lo que terapéuticamente conceptualizamos como análisis funcional. A grandes rasgos, se trata de partir de hipótesis explicativas (mediante la información recogida en las primeras entrevistas —anamnesis—) que nos permiten obtener un análisis global de la situación. Una vez realizado, se lo podremos explicar a nuestros pacientes y empezar el tratamiento.

“Las personas construimos e interpretamos el mundo de manera diferente” (prólogo DSM-IV). Por ello, los trastornos por ansiedad podrán aparecer en personas distintas con situaciones vitales estresantes y/o factores de vulnerabilidad individual parecidos o similares.

La ansiedad puede tratarse con psicofármacos. Las benzodiazepinas (BZ) son los más utilizados a nivel médico, aunque también se utilizan barbitúricos, propanodiolos u otros. Las BZ suelen ser bien toleradas por los pacientes, rápidas en acción y seguras. Su acción farmacodinámica genera un efecto miorelajante, sedante, anticonvulsivante. Existen BZ de acción ultracorta, como el midazolam o el triazolam, y otras de acción corta, como el lorazepam, el alprazolam o el lorazepam. También las hay de acción intermedia, como el bromazepam, el pivacepam, y de acción prolongada, como el diazepam, el clonacepam o el cloracepato dipotásico.

A nivel terapéutico, los trastornos de ansiedad se trabajan desde diferentes modelos. El psicodinámico se basa en conocer la causalidad, centrando la atención terapéutica en el pasado y en lo no resuelto, ya que, según este modelo, la ansiedad es un síntoma de un sustrato inconsciente del yo en conflicto.

El modelo cognitivo-conductual centra su atención en el ahora, analizando algunos aspectos de la historia del sujeto para abordar el presente. El esquema básico

### Figura 1: Clasificación de los trastornos de ansiedad. DSM-IV-TR

#### T. de ansiedad- DSM-IV- TR:

- Ataque de pánico o crisis de ansiedad sin agorafobia.
- Ataque de pánico con agorafobia.
- Agorafobia sin ataque de pánico.
- Fobia específica.
- Fobia social.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

que explica este modelo es el A-B-C, entendiendo A como situación, B como pensamiento y C como conducta. La base del tratamiento son los pensamientos de la persona, que le llevan a interpretar la realidad y a generar conductas, y que también pueden trabajarse mediante su modificación. Técnicas como la reestructuración cognitiva (consultar bibliografía de Beck o Ellis) nos permiten trabajar *in situ* pensamientos y creencias irracionales que la persona adquiere a lo largo de su vida. Otras técnicas que proponen este modelo son de relajación, como las de respiración o relajación muscular progresiva (consultar bibliografía de Jacobson), o de visualización, que permiten exponer al sujeto a esas situaciones temidas de modo simulado siguiendo las pautas facilitadas por el terapeuta.

A lo largo del tratamiento, las visitas a los familiares son muy importantes, pues nos aportan información complementaria que, sin duda, resulta muy útil en nuestro trabajo. Además, nos permiten realizar psicoeducación si es necesario, pues podremos tratar de explicar qué le sucede a su familiar directo (marido, mujer, hijo/a, etc.)

Cuando un paciente acude al médico sabemos que, por lo general, necesita ser escuchado en la acogida terapéutica inicial. Así, en ese primer contacto le explica a su médico cómo se siente, explorando síntomas tanto físicos como emocionales. Quizás, si el tiempo y el contacto terapéutico lo permiten, el paciente podrá explicarle cómo está interfiriendo ello en su vida, tanto en el ámbito personal como

en el laboral y/o social.

Los pacientes, por lo general, necesitan pautas médicas para realizar su tratamiento con el fin general de curarse. Seguramente tengan la misma percepción con el síndrome ansioso, y es aquí donde debemos incluir la mencionada fórmula mágica. El primer paso para tratar de ayudar a estos pacientes es hacerles entender que deberán aceptar la ansiedad para trabajarla y que tal fórmula no existe, aunque podremos ayudarles a que disminuyan tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas.

Otro punto muy importante para el tratamiento es explicar al paciente qué le pasa. Aunque ello parezca lógico, son muchos los pacientes que se cronifican por no entender lo que les sucede. Recordemos el reloj en una sala de urgencias de cualquier hospital: el mismo tiempo pasa de modo muy distinto para quienes están trabajando dentro y para quienes están esperando fuera con el fin de saber qué les sucede, es decir, obtener una respuesta.

Por ello, cuando el paciente solicita ayuda, probablemente los síntomas se estén expandiendo en su vida y debemos intentar darle pautas para ayudarle, pero no para curarle.

La mayoría de estos pacientes presentan unos rasgos de personalidad comunes: un elevado perfeccionismo, una necesidad de mantener el control de factores externos, una tendencia a minimizar o emitir sentimientos propios y las señales corporales (de cansancio o fatiga, por ejemplo). Dichos rasgos ejercen la función de reforzadores negativos, pues persistirán en el intento de no aceptar la ansiedad y buscar una solución mágica para su problema.

Podremos guiarles para que traten de entender su proceso de cambio, los conflictos y problemas e intentar darles pautas de afrontamiento adaptativas, reestructurando pensamientos distorsionados, estableciendo otras prioridades o poniendo nuevos límites en sus relaciones interpersonales si el paciente así lo decide. Sin obviar el trabajo dirigido a la falta de confianza en sí mismo, que suele generar sentimientos de inferioridad, desánimo o vergüenza o una sensación de autoincapacidad resolutoria, generando un caos y una desorganización en una o varias áreas de la persona.

Una vez un sabio dijo: ¡Ay, si pudiéramos eliminar las emociones...! Sabemos que eso es imposible si hablamos del ser humano.

En conclusión, el camino se emprende cuando se inicia el trabajo para reaprender a contactar con las emociones y sentimientos propios para poder buscar respuestas y/o estrategias para llegar a afrontar lo temido.

**V. Serrano de la Cruz Melero**

Psicóloga col. nº 14100

Psicóloga adscrita a CSMA-Segrià Hospital Santa Maria de Lleida

# La incapacitat

Des del mateix moment del naixement, l'ésser humà adquireix la personalitat, que és la conseqüència jurídica de llur qualitat de persona, i així ho diposa l'art. 29 del Codi Civil espanyol i que diu que “el naixement determina la personalitat”. El concepte personalitat equival a tenir drets, a ésser titular de drets, i comporta el reconeixement de la capacitat jurídica de la persona.

Però també és ben sabut que no totes les persones tenen la capacitat necessària per actuar o exercir els drets dels quals són titulars. Els manca la capacitat d'obrar.

Tot això és molt tècnic, i segurament es fa difícil d'entendre per als no juristes, però crec que és imprescindible de fer-hi referència si volem parlar d'incapacitat.

En resum, la personalitat, que comporta la capacitat jurídica, la té tothom, però no tothom té capacitat d'obrar o d'actuar, i, en aquest cas, estem parlant de la incapacitat.

Les diferents societats han seguit models diferents per determinar la capacitat d'obrar. En el nostre àmbit prenem com a referència l'edat, i tenim establert que, quan s'arriba a la majoria d'edat, en complir el 18 anys, tothom adquireix la plena capacitat d'obrar i les actuacions que hom realitzi des del moment d'adquirir la condició de major d'edat tenen plena validesa jurídica.

Per tant, els menor d'edat (menors de 18 anys), per disposició legal, no tenen capacitat d'obrar i són, jurídicament incapaces.

Faig aquesta afirmació tenint en compte que no té validesa absoluta, com passa sovint en l'àmbit jurídic. Sense anar mes lluny, la Llei 41/02, del 14 de novembre, estableix la majoria d'edat a efectes sanitaris en els 16 anys, i des de llavors, llevat dels supòsits d'avortament, reproducció assistida i participació en assajos clínics, els majors de 16 anys són plenament capaços per consentir les actuacions sanitàries.

Tornant al punt anterior, diem que, per norma general, donem per fet que les persones, a partir dels 18 anys, tenen la plena capacitat d'obrar (és a dir, consentir, contractar, disposar, actuar en judici, etc).

Però l'experiència ens ensenya que, de fet, hi ha moltes persones majors de 18 anys que, malgrat que tenen reconeguda legalment la plena capacitat, de fet, i per diverses circumstàncies, no estan en condicions per exercir els seus drets. Dit, ras i curt, són incapaces.

Aquesta circumstància, la incapacitat sobrevinguda a les persones majors d'edat, esdevé un problema per a la constitució normal i ordenada de les

## Quan és incapaç una persona? Quines són les causes d'incapacitat? La resposta no és fàcil

relacions social i jurídiques, que el dret ha solucionat amb la declaració judicial d'incapacitat.

Hem dit “declaració judicial d'incapacitat”, atès que en un estat de dret, la salvaguarda dels drets individuals de les persones correspon als jutjats i als tribunals, que actuen amb imparcialitat i independència, i està establert que només una sentència judicial dictada després de seguir un procés contradictori, i amb intervenció del Ministeri Fiscal, que actua en defensa de la legalitat i dels interessos dels ciutadans, pot declarar la incapacitat d'una persona.

És així com, només quan hi ha una sentència que ho declara expressament, una persona és considerada incapaç i privada de la capacitat d'obrar o d'actuar. La declaració d'incapacitat comporta, automàticament, el nomenament d'un tutor, que actua en representació de l'incapaç i, a més, té l'encàrrec de vetllar per la seva persona i els seus béns.

I la pregunta que ens fem ara és: Quan és incapaç una persona? Quines són les causes d'incapacitat?

La resposta no és fàcil. El legislador, després de moltes voltes, finalment, en l'art. 200 del Codi Civil, disposa que “són causes d'incapacitat les malalties o deficiències persistents, de caràcter físic o psíquic, que impedeixen a la persona governar-se per si mateixa”.

El legislador fa una mena de joc de paraules, o de joc de mans, i malgrat que parla de causes d'incapacitat, en realitat no en parla, i ho deixa molt obert, de manera que pot ser qualsevol malaltia o deficiència física o psíquica, i el que realment ens permet conèixer les causes són els efectes, que no són més que la incapacitat o impossibilitat d'autogovernar-se, la pèrdua de l'autonomia personal.

La declaració d'incapacitat és la conseqüència de la constatació en un procés judicial de la desaparició de la capacitat d'autogovern de la persona.

Però cal fer constar també un altre requisit, el caràcter persistent (durador, indefinit) de la malaltia o de la deficiència, que és causa de la desaparició de la capacitat d'autogovern.

I els metges tenen un paper fonamental a l'hora d'acreditar davant els

tribunals les deficiències i/o les malalties, de caràcter persistent, que afecten una persona i que són causa que impedeixi llur autogovern. Cal ser molt curós i molt prudent, tant en el reconeixement mèdic com en el diagnòstic, en la redacció dels informes, atès que la plena capacitat és la norma, i la incapacitat és la excepció, pel fet que limita l'exercici dels drets i, d'alguna manera, retorna la persona a una minoria d'edat imposada per la força.

Però al metge també se li presenten més problemes, especialment a l'hora de lliurar informes sobre el diagnòstic i l'estat del malalt a llur parents, tenint en compte que la declaració d'incapacitat rarament es tramitarà a petició del mateix interessat. Les normes sanitàries i les de protecció de les dades personals imposen als professionals de la medicina l'obligació de guardar en secret les dades referides a la salut de les persones que atenen, llevat que el mateix malalt n'autoritzi la comunicació a un tercer.

La normativa legal no permet lliurar informes sobre la salut d'una persona a tercers, i cal tenir-ho en compte. Només l'autoritat judicial pot dispensar de l'obligació de guardar secret, i en el curs del procés pot demanar dades sanitàries i, de la mateixa manera, per la seva condició de defensor de la legalitat, el Ministeri Fiscal pot demanar que li siguin comunicades dades sobre la salut dels ciutadans.

I, per no allargar-ho més, només una pinzellada sobre els internaments urgents i involuntaris, regulats en l'art. 763 de la Llei d'Enjudiciament Civil de l'any 2000. Quan es donen situacions puntuals d'urgència, amb transtorns psíquics que posen en perill la integritat del mateix malalt i/o terceres persones, hom està autoritzat a demanar autorització judicial per a l'ingrés del malalt en un centre sanitari, i en altres casos, procedir a l'internament per decisió mèdica, demanar posteriorment, en un termini no superior a 72 hores que el jutjat ratifiqui la mesura, i lliurar-li, un informe detallat sobre l'estat del malalt ingressat.

La decisió sobre l'alta del malalt és competència exclusiva del metge, que ho notificarà al jutjat. En qualsevol cas, el metge informará cada dos mesos el jutjat sobre l'evolució i l'estat del malalt, per confirmar o revocar la mesura d'internament.

D'aquesta forma, posat sota control judicial els internaments involuntaris per causa de transtorns psíquics, es protegeix el dret fonamental a la llibertat personal.

Els internaments urgents no comporten, per si mateixos, la declaració d'incapacitat, però tot sovint són les primeres mesures per iniciar un procés d'incapacitació.

**J. Corbella i Duch**  
Advocat

# Els comitès d'ètica assistencial (CEA)

Com diu el professor Diego Gracia, la medicina ha avançat més durant els últims 25 anys que en els 25 segles anteriors. Possiblement, el canvi que vivim actualment en la medicina sigui un veritable canvi de paradigma, fins i tot un canvi d'època.

En aquest context de canvi, apareixen tota una sèrie d'interrogants en el món de la bioètica, com, per exemple: tot allò tècnicament possible està èticament permès?, On són els límits de la vida (inici, fi)?, Com podem adaptar-nos als nous models més basats en l'autonomia dels malalts?, Hi poden haver mínims comuns denominadors èticomorals en una societat cada vegada més pluricultural?, On és l'equilibri ètic entre una demanda sanitària gairebé il·limitada i uns recursos, en canvi, limitats?

La presència de tots aquests interrogants i molts d'altres va fer que sorgís, durant la dècada dels 70 del segle passat, inicialment als Estats Units d'Amèrica, tota una sèrie d'institucions i pensadors (metges, altres professionals sanitaris, altres científics i també filòsofs) que es dedicaven a reflexionar sobre aquests nous reptes i que aparegués formalment la bioètica. Aquest estudi ja va ser de caràcter multidisciplinari des del principi, basat en el diàleg i molt sensible als diferents valors, filosofies i valors que estan presents en la societat.

Així, la bioètica es constitueix com a espai imprescindible en la reflexió i clarificació, tant pel mètode de treball emprat com per l'aproximació multidisciplinària i interdisciplinària. En els nous reptes que ens presenten els avenços de les ciències de la salut i els canvis socials, la bioètica ens ajuda a repensar aspectes importants de la relació sanitària.

En aquest nou context van sorgir els diferents comitès de bioètica, que es podrien resumir en tres grans grups.

Comitès d'ètica assistencial (CEA): són comitès d'àmbit sanitari que procuren resoldre els problemes ètics que es poden plantejar en l'assistència sanitària diària i que elaboren protocols assistencials per a aquells casos en que és necessari fer-ho. També s'ocuparien de fomentar la formació i la sensibilització en bioètica entre tots

els professionals sanitaris de la institució que representen.

Comitès ètics d'investigació clínica (CEIC): la seva finalitat principal es vetllar per la qualitat de la investigació realitzada amb humans, així com protegir-la. A Lleida hi ha dos CEIC, el d'àmbit hospitalari i universitari, ubicat a l'HUAV, i el de la Fundació Gol i Gurina, que té com a àmbit d'actuació l'atenció primària de salut.

Comitès nacionals: en aquest grup s'hi podrien incloure totes les institucions, tinguin o no reconeixement estatal, que, per la qualitat de les seves reflexions, directrius ètiques i jurídiques, exerceixen o han exercit una influència en la configuració de valors socials i professionals en l'àmbit biomèdic. En el nostre medi entrarien dins d'aquest grup, per exemple, els observatoris de bioètica i dret, el Comitè de Bioètica de Catalunya, els comitès d'algunes institucions pioneres, com l'Institut Borja de Bioètica, i els comitès de bioètica de Sant Joan de Déu (tant de maternoinfantil com de salut mental), entre d'altres.

Entre aquests diferents tipus de comitès, ens centrarem a desenvolupar la tasca i funcions dels comitès d'ètica assistencial (CEA).

Els CEA es podrien definir com un grup multidisciplinari de persones

que, dins d'una institució sanitària, han rebut oficialment la missió d'aconsejar els professionals sanitaris en les decisions sobre les qüestions ètiques plantejades en el curs de la seva pràctica clínica. La seva constitució i funcions a Catalunya estan regulades per una ordre publicada al *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (Ordre del 14 de desembre de 1993 del DOGC).

Els CEA tenen tres funcions bàsiques:

- Formació ètica, tant dels mateixos membres del CEA com, sobretot, de tots els professionals del centre.
- Anàlisis de casos. Si un professional té algun cas complex que comporti un dilema ètic, el pot enviar al CEA perquè aquest comitè l'estudiï i doni una recomanació sobre la conducta que cal seguir.
- Donar directrius sobre aspectes relacionats amb la bioètica i la revisió de protocols.

En canvi, no són funcions del CEA: el suport jurídic dels professionals sanitaris, el judici sobre la conducta ètica dels professionals del centre, la substitució dels clínics en la presa de decisions (els CEA són comitès consultius: el que dicten són recomanacions, però l'última decisió en un cas concret és responsabilitat del facultatiu responsable i, en el cas de directrius generals, de la direcció del centre) ni l'anàlisi dels problemes socioeconòmics.

Les premisses per entrar al CEA són: la voluntarietat dels membres, la interdisciplinarietat (hi participen clínics de diferents professions, metges, professionals d'infermeria, treballadors socials, juristes, ciutadans no relacionats amb la salut i representants de diferents sensibilitats religioses...), la formació dels membres i la confidencialitat d'allò que es tracta a les reunions.

Lleida és un lloc pioner en el camp de la bioètica a Catalunya. Per exemple, la Facultat de Medicina de Lleida és una de les poques que té des de fa anys com a assignatura obligatòria la bioètica, avançant-se així en quasi dues dècades a allò que serà obligatori a partir de Bolonya. En el cas concret dels CEA, el de l'HUAV va ser el segon Comitè d'Ètica Assistencial hospitalari públic que es va crear a tot Catalunya. Actualment, a Lleida hi ha dos CEA, l'ubicat a l'HUAV, que inclou l'assistència hospitalària pública i concertada de la regió sanitària, i el de la Fundació Gol i Gurina, ubicat a Barcelona dins d'aquesta fundació i que inclou l'àmbit de l'atenció primària de salut.

Amb tot, cal anar avançant i continuar mantenint el lideratge que vam tenir, especialment al principi, en l'àmbit català.

Concretament, considerem que tenim tres reptes importants:

- Consolidar la funció dels CEA dins

de les institucions, mitjançant:

- Un augment de les anàlisis de casos. Així doncs, cal que els professionals sanitaris, especialment els metges com a últims responsables dels malalts, enviem casos per debatre als CEA.
- La realització d'accions formatives en el camp de la bioètica, adreçades als professionals sanitaris de la regió.
- La revisió i creació de nous protocols i recomanacions en relació amb aspectes propis del camp de la bioètica.
- Impulsar la creació de nous comitès més propers als professionals, especialment en l'àmbit dels hospitals comarcals, i també en els àmbits d'atenció primària, de salut mental, sociosanitari i de discapacitat intel·lectual. Aquest fet afavoriria més sensibilitat i més capacitat d'anàlisi de casos.
- Valorar la creació d'un comitè de bioètica a nivell de regió sanitària (fet contemplat en l'ordre de creació dels CEA).

Com sempre, malgrat que s'hagi avançat molt, encara queda molt per fer. Però per avançar en el camp de la bioètica no només és necessària la creació de les institucions i els

Per avançar, cal treballar en la sensibilitat dels professionals cap a la bioètica

Un dels grans reptes de la bioètica actual és transcendir el món del debat teòric

comitès pertinents, sinó que el més important és treballar en la sensibilitat dels professionals pel que fa als aspectes relacionats amb la bioètica. De poc serveix que hi hagi comitès si els professionals no ens plantejarem que hi poden haver casos complexos en què els comitès puguin aconsellar els professionals, després d'un diàleg i una deliberació multidisciplinària i pluridisciplinària, en les seves decisions últimes. Com diu la dita popular, l'hàbit no fa el monjo.

Un dels grans reptes de la bioètica actual és, potser, transcendir el món del debat teòric, en què hi ha hagut un enorme desenvolupament i elaboració dels temes, i que tot aquest vessant més teòric faci el salt a la consulta i l'activitat professional diària. Per fer-ho, cal una formació adequada dels professionals i una inclusió sistemàtica de les qüestions ètiques en la rutina diària: el fet de plantejar-nos tenir en compte les decisions del pacient o valorar si és competent o no, per exemple, no són actes anecdòtics o ocasionals, sinó que són qüestions que se'ns plantegen molts cops en el dia a dia.

I, d'altra banda, agafant el títol d'un llibre de Teodor Suau, en què parla sobre Itaca, "més important que la meta és el camí." Malgrat que tinguem la meta final ben delimitada, la nostra feina serà anar construint el camí per apropar-nos a l'objectiu final, que, possiblement, quedarà en el món de l'ideal platònic i no serà mai del tot assolible.

**Josep Pifarré**

President del CEA de l'HUAV

**Montse Esquerda**

Membre del CEA de Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental

## Al mal temps... bona casa

Vallehermoso, amb tu des de 1963

independitza't

• T'ajudem amb la teva hipoteca

canvia de casa

• T'ajudem amb la venda de casa teva

I a més a més

inverteix

• Et garantim una renda mensual

• Entrada a mida • Preu mínim garantit • Ajuda mensual a la hipoteca • Assegurança d'atur •

## Arcadia Residencial

A LA ZONA DE CIUTAT JARDÍ

- Habitacles de 3 dormitoris amb grans terrasses
- Piscina i zona enjardinada comunitària
- Dúplex de 4 i 5 dormitoris de més de 150 m<sup>2</sup>
- Acabats de qualitat

Oferta vàlida del 02/06/08 al 31/07/08 per a les 4 primeres unitats

CONSULTA ELS BENEFICIS DEL TEU PLA A LA NOSTRA OFICINA DE VENDES

• Avda. Blondel, 11 (LLEIDA)

Vallehermoso

902 269 100

www.vallehermoso.es

# Avances en el diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas

## Test combinado bioquímico-ecográfico del primer trimestre

El cribado de poblaciones para la detección de anomalías o enfermedades consiste en la aplicación sistemática de métodos que permitan seleccionar a los individuos aparentemente sanos con mayor riesgo de padecerlas. Por lo tanto, no son procedimientos diagnósticos, sino métodos para cuantificar el grado de riesgo de presentar dicha anomalía.

En el diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas fetales, se trata de obtener información que permita establecer con la mayor certeza posible el riesgo de afectación fetal en una determinada gestación.

La OMS establece los requisitos que debe cumplir una prueba de cribado: inocuidad, fácil realización, bajo coste, buena aceptación y, por supuesto, una elevada sensibilidad (pocos falsos negativos) y especificidad (pocos falsos positivos).

Hasta hace unos años, los criterios utilizados para seleccionar gestantes de riesgo para realizar procedimientos invasivos de diagnóstico prenatal (amniocentesis) eran epidemiológicos: mayor riesgo por edad materna avanzada, antecedentes de aneuploidía en gestación previa o presencia de anomalías cromosómicas estructurales en un progenitor. Sin embargo, en la práctica, el aplicar estos criterios de riesgo presenta una escasa efectividad, ya que excluyen a la población de gestantes menores de 35-38 años, que, con menos riesgo de aneuploidía fetal, constituyen la mayoría de las gestantes y, en cifras absolutas, presentan más de dos tercios de las anomalías cromosómicas en recién nacidos.

En este sentido, los esfuerzos se dirigen a la búsqueda incesante de marcadores que puedan ser aplicados a todas las embarazadas y que tengan la capacidad de discriminar, de manera adecuada, a la población con o sin riesgo de padecer una cromosomopatía que justifique la realización de procedimientos invasivos. Al principio, se desarrollaron diversos programas basados en la medición de ciertos parámetros bioquímicos en sangre materna (alfafetoproteína, -hCG, estriol...). Posteriormente, se combinaron con la aplicación de diversas fórmulas matemáticas de cálculo de riesgo, lo que permitió aumentar su sensibilidad y disminuir los falsos positivos. En los últimos años, se han descrito ciertos parámetros marcadores ecográficos de aneuploidías que, combinados con los bioquímicos, han mejorado los resultados en los programas de detección poblacional. Entre ellos destaca la medición de la sonolucencia nucal.

La posibilidad de poder realizar el cribado de aneuploidías en el primer trimestre ha supuesto un aumento en la capacidad de detección y también poder realizar el diagnóstico citogenético fetal de una manera más precoz a través de la biopsia corial en casos de riesgo elevado. De este modo, se reduce la ansiedad materna, ya que, ante un caso de aneuploidía en el que se opte por una interrupción de la gestación, ésta se realizaría en una edad gestacional con menor impacto psicológico y con menor morbilidad materna.

### Criterios para la estimación del riesgo de aneuploidía fetal

- Edad materna avanzada (mayor de 38 años).
- Antecedentes de gestación previa con aneuploidía.
- Anomalías cromosómicas estructurales en progenitores.
- Marcadores bioquímicos de anomalía cromosómica.
- Marcadores ecográficos de anomalía cromosómica.
- Detección de anomalías estructurales ecográficas asociadas a cromosomopatía.

### Marcadores bioquímicos de aneuploidía fetal

Desde el primer trimestre, la placenta y/o el feto sintetizan proteínas específicas de la gestación y hormonas que pasan a la circulación materna. Algunas de estas sustancias se encuentran significativamente elevadas o disminuidas en presencia de fetos con síndrome de Down (trisomía 21) y otras aneuploidías menos frecuentes, como el síndrome de Edwards (trisomía 18), por lo que son consideradas como marcadores bioquímicos de aneuploidías. Aunque se conoce el origen de estas sustancias y la localización cromosómica de los genes que codifican su síntesis, aún no están establecidas las razones que expliquen las variaciones en el suero materno en presencia de fetos con aneuploidías.

Marcadores bioquímicos del primer trimestre: fracción beta libre de la gonadotropina coriónica (f-hCG) y la proteína placentaria A asociada al embarazo (PAPP-A) entre la 9ª y la 13ª semana de gestación.

Marcadores bioquímicos del segundo trimestre: alfafetoproteína (FP) y la fracción beta libre de la gonadotropina coriónica (f-hCG) entre las 14 y 19 semanas de gestación.

En gestaciones con feto afecto por síndrome de Down, la alfafetoproteína (FP) se encuentra reducida, la fracción beta libre de la gonadotropina coriónica (f-hCG) está elevada y la proteína placentaria A asociada al embarazo (PAPP-A) se encuentra reducida en el primer trimestre, pero no presenta un cambio sustancial en el segundo trimestre.

La producción y las concentraciones séricas de estos marcadores varían a lo largo de la gestación, por lo que es esencial determinar con precisión la edad gestacional por ecografía (en un 10-15% de gestaciones existe discordancia), establecer valores de referencia de normalidad en cada laboratorio durante las consecutivas semanas de gestación y expresar los resultados no en cifras absolutas, sino como múltiplos de la mediana (MoM).

Asimismo, se deberán aplicar sobre

los valores absolutos de estos marcadores diferentes factores de corrección, como la raza, el peso y la presencia de tabaquismo, gemelaridad o diabetes insulino dependiente.

Estos marcadores presentan la gran ventaja de no ser dependientes del operador y, por lo tanto, tienen muy buena reproducibilidad.

Se establece un grado de riesgo o punto de corte (*cut-off*) para la indicación de realización de prueba invasiva para estudio citogenético fetal, de una manera arbitraria, en 1:270.

### Marcadores ecográficos de aneuploidía fetal

#### 1. Translucencia nucal (TN)

Es el marcador ecográfico más sensible y específico en el cribado de trisomías autonómicas.

La translucencia o pliegue nucal es un acúmulo fisiológico y transitorio de líquido en la región de la nuca fetal. El término fue introducido por Nicolaides et al. El líquido nucal fetal procede embriológicamente del sistema linfático paracervical, que desemboca en la vena yugular interna y puede encontrarse en forma de acúmulo fisiológico de grosor menor de 3 mm en el 40% de fetos en el primer trimestre.

Un incremento anormal de este líquido puede producirse por diferentes mecanismos etiopatogénicos (displasia congénita del sistema linfático, alteraciones en el drenaje en vena yugular, alteraciones cardiovasculares, insuficiencia cardíaca...) y se relaciona con diferentes anomalías fetales: aneuploidías, malformaciones estructurales (cardíacas, SNC, body stalk anomaly, onfalocelo, hernia diafragmática, músculo-esqueléticas, megavejiga, atresia gastrointestinal...), síndromes genéticos o enfermedades monogénicas (sd. de Noonan, sd. de Smith-Lemli-Opitz, pterigium múltiple, artrogriposis, sd. de Stickler, sd. de Jarcho-Levin, sd. de Zellweger, atrofia muscular espinal...), infecciones (parvovirus B 19, coxsackie B, toxoplasmosis) o en el síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) en el caso de gestaciones gemelares monocoriales. Su aumento en ausencia de alteraciones estructurales y con un cariotipo normal también se relaciona con resultado perinatal adverso y aumento de la morbilidad (abortos, muerte intraútero, muerte neonatal, parto inmaduro o prematuro...).

Existen una correlación positiva entre el valor de la TN y la incidencia de cromosomopatía, de forma que, a medida que aumenta el grosor, se incrementa el riesgo, y también una correlación estadísticamente significativa entre la TN y la edad gestacional. Se puede establecer un nivel de corte de normalidad único en 3 mm en el primer trimestre y 6 mm en el segundo trimestre, pero es mejor utilizar un *cut-off* progresivo variable en

función de la edad gestacional en lugar de un valor único.

Desde el punto de vista metodológico, es muy importante su medición (la ecografía es dependiente del operador; así, para obtener resultados óptimos se exige el cumplimiento de varias condiciones: manejo de ecógrafos de alta resolución, buena formación teórico-práctica del ecografista, realización de la ecografía en el momento gestacional adecuado y condiciones maternas favorables —la obesidad dificulta su medición). Se realizará en gestaciones de 11 a 14 semanas con valores de CRL de 45 a 84 mm. Puede realizarse por vía transvaginal o abdominal, ampliando la imagen de modo que el polo cefálico ocupe un 75% de la pantalla, lo que mejora la resolución de la medición expresada en décimas de milímetro. El feto debe visualizarse en un corte sagital y en posición neutral. Se efectuarán varias mediciones consecutivas y se considerará el máximo valor obtenido.

#### 2. Otros marcadores ecográficos:

- Onda de velocidad de flujo del ductus venoso anómala (flujo ausente o reverso en la contracción auricular) en las semanas 10-14.
- Frecuencia cardíaca embrionaria anómala.
- Resistencia arterial umbilical aumentada en el Doppler (aumentos en el índice de pulsatilidad).

Los resultados publicados no son concordantes y aún no es posible establecer conclusiones definitivas en cuanto a estos tres parámetros como marcadores de aneuploidía (es posible que la asociación del estudio Doppler del ductus venoso y la medición de la TN mejoren las cifras de sensibilidad y VPP).

### Cribado durante el segundo trimestre

Consiste en la determinación en suero materno de FP y -hCG combinado con la edad materna en, aproximadamente, la semana 15 de gestación (se puede llevar a cabo entre la 14ª y la 19ª semana).

### BIBLIOGRAFÍA

Wald N, George I, Smith D y cols. Serum Screening for Down Syndrome Between 8 and 14 Weeks of Pregnancy. Br J Obstet Gynecol 1986; 103: 407-412

Wald N, Hackshav AK. Combining Ultrasound and Biochemistry in First Trimester Screening for Down Syndrome. Prenat Diagn 1997; 17: 821d-829

Brambati B, Macikntosh MCM, Tisner A y cols. Serum PAPP-A and Free -hCG Are First Trimester Screening Markers for Down Syndrome. Prenat Diagn 1994; 14: 1043-1047.

na).

El índice de detección es de un 60-65% (si sólo se considera el factor de la edad materna, la sensibilidad es de un 20-25%). La cifra de falsos positivos es del 5%.

También se utiliza como método de cribado de defectos del tubo neural (DTN), considerando aumento del riesgo con cifras de FP superiores a 2,5 MoM.

En el caso de riesgo bioquímico elevado (> 1:270) se ofertaría la amniocentesis como método diagnóstico.

### Cribado durante el primer trimestre

Consiste en un test combinado de parámetros bioquímicos f-hCG y PAPP-A, la edad materna y un marcador ecográfico de translucencia nucal en la 10ª-13ª semana de gestación.

Dicha combinación eleva la sensibilidad a un 90%, sin aumentar la tasa de falsos positivos del 5% (que incluso podría disminuir ligeramente si se realiza el test combinado en dos fases: la determinación analítica en la semana 10, aproximadamente, y la ecográfica en la semana 12).

No permite el cribado de defectos del tubo neural.

En el caso de riesgo elevado (> 1:270) se realizaría la biopsia corial como método de diagnóstico.

En el ámbito metodológico, exige una gran coordinación obstetra-ecografista-bioquímico. Es muy importante la datación de la gestación y se precisa un inicio del control gestacional temprano, así como que exista posibilidad de realizar biopsia corial.

### Conclusiones

1. La combinación de marcadores ecográficos y bioquímicos de primer trimestre en el test combinado es el método de elección recomendado en la actualidad, dado su alto índice de detección (90%), realizándose el triple cribado bioquímico en segundo trimestre para aquellos casos de inicio tardío de control gestacional (después de la 14ª semana).

2. La importancia de la translucencia nucal, no sólo como marcador ecográfico de aneuploidías, sino también como marcador de otras posibles alteraciones fetales: estructurales, genéticas... que obligaría a la puesta en marcha de un protocolo de diagnóstico y seguimiento en aquellas gestaciones en las que se encontrase engrosado.

3. La búsqueda de otros parámetros ecográficos o fluxométricos que también puedan establecerse en un futuro como marcadores de aneuploidías fetales (alteraciones en la onda de velocidad de flujo del ductus venoso...).

**Berta Montero Lago**  
Ginecóloga

## Qui ha de prescriure un tractament? La visió del pacient expert

En el darrers anys s'ha generat una falsa controvèrsia sobre qui ha de diagnosticar i prescriure tractaments en medicina. Aquesta controvèrsia s'ha produït entre diferents professions sanitàries, bàsicament les elits directives de les professions, sense que s'hagi posat atenció als desitjos dels malalts o de la ciutadania. Abans de valorar les necessitats de la població general, val la pena recordar que la confiança en les diferents professions sanitàries a l'Estat espanyol i a Catalunya és molt elevada, tal com es va valorar en l'estudi dut a terme per la Fundació Josep Laporte i la Universitat de Harvard (www.fbjoseplaporte.org). Tot i així, queda clar que la població necessita identificar les diferents professions sanitàries amb rols específics i funcions definides i no com a professions enfrontades que creen dubtes sobre la seva funció social. Tanmateix, les persones, quan estan malaltes, van a veure un metge i confien en els facultatius com a persones que diagnostiquen malalties i prescriuen teràpies específiques. Altres professions tenen altres funcions socials, que s'han de respectar, però no han de generar confusió a la població.

En aquest sentit, el recent informe Delpi, promogut per Fundsis, CEOMA, el

Fòrum Espanyol de Pacients i la Universitat dels Pacients, va assenyalar que la majoria dels líders de les associacions de jubilats, de voluntaris i de pacients no donaven suport a les prescripcions d'infermeria.

Val a dir que el tema de la prescripció mèdica feta per no metges ha generat una falsa controvèrsia i una certa alarma social, la qual cosa reforça les posicions extremes. Això és així per diferents motius. En primer lloc, perquè per prescriure fàrmacs OTC no cal ser un professional de la salut. Accedir a aquests fàrmacs és un dret adquirit per la ciutadania. En segon lloc, sorprèn que hi hagi persones que, en lloc d'aprofundir en la millora de les competències de la seva professió, intentin adquirir competències pròpies d'altres professions. Això és sorprenent i confon el conjunt de la població. Encara és més sorprenent el fet que aquesta demanda de competències pròpies d'altres professions es produeixi en un context de disminució d'efectius professionals. Obviament, no hi cap dubte que un professional de la salut pot adquirir les competències d'altres professionals si fa l'esforç d'acreditar-se mitjançant la formació corresponent i si hi ha un consens entre els diferents agents

de salut, inclosos els pacients.

El tema de la prescripció també s'ha d'entendre des d'un altre vessant. Així, és cert que, per a determinades qüestions i en situacions determinades, seria bo consensuar protocols específics de coordinació i de compartició de responsabilitats en la prescripció entre els professionals de la medicina i d'altres àmbits sanitaris. Això és viable i necessari, i s'ha de plantejar des d'una atenció centrada en els interessos dels pacients i no en la defensa dels interessos d'una minoria elitista que dirigeix certs col·lectius professionals i que, per cert, no fa pràctica professional.

Soprèn que en aquest debat es parli més d'allò que es demana i es vol que d'allò que s'ofereix. No es tenen en compte ni la visió dels pacients ni les implicacions en temes de seguretat i protecció que suposa el fet d'ampliar el nombre de potencials prescriptors. En aquest sentit, cal recordar que els metges prescriptors —que no són tots, ni per a tot— acrediten una formació específica tutelada i paguen una assegurança de responsabilitat civil. Aquestes garanties de qualitat i de seguretat són les que els pacients demanen en les prescripcions mèdiques. Que les professions sanitàries s'entenguin entre elles, defineixin els seus rols i se situïn al servei de la societat és el nostre desig com a pacients. Les falses i interessades controvèrsies, si us plau, seria bo que es mantinguessin en privat. De confusions, les que produeixen les malalties; cap més. De les professions sanitàries, els pacients n'esperen que s'entenguin. Però això pot ser una qüestió de lideratge.

Albert J. Jovell



Un donatiu, sovint, no és més que un pedaç. Si de veritat vols col·laborar amb els més necessitats, fes-te soci/a de medicus mundi. Amb la teva aportació es faran realitat molts programes sanitaris. Retalla aquest cupó, omple'l amb les teves dades i envia'l a l'adreça de medicus mundi.

**Fes-te soci. Faràs bé**

**medicusmundi**  
catalunya

C/Elisa 14 baixos 08023 - BARCELONA  
Tel: 93 418 47 62  
La Caixa 2100 9101 91 0000065471

Nom: \_\_\_\_\_  
Cognoms: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_  
Telèfon: \_\_\_\_\_  
Adreça: \_\_\_\_\_  
Població: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Entitat Bancària: \_\_\_\_\_

Desitjo col·laborar com a soci/a  
de medicus mundi amb la quota de:

25.000  mensual   
10.000  bimestral   
5.000  trimestral   
\_\_\_\_\_  anual

FIRMA: \_\_\_\_\_

## ¿Vols tenir-ho tot per a la teva salut i la dels teus?

**Adeslas**  
és prevenció.

És el que vols. Tenir-ho tot per a la cura de la teva salut i la dels teus, des de l'atenció primària fins a la més especialitzada. I com que l'important és prevenir, amb Adeslas tens la tranquil·litat que necessites. Perquè ens preocupem per tu, fins i tot quan estàs bé.

**profesionales.adeslas.es**

Recorda que tens a la teva disposició un nou canal de comunicació interactiu que permetre un contacte directe amb Adeslas: consultar liquidacions, formalitzar dades administratives, disposar d'una formació mèdica continuada i de totes les eines de gestió clínica que siguin d'utilitat.



**ADESLAS A LLEIDA**  
Vallecaient, 1 - 2º edif. Trading - Balmes  
Tel.: 973 27 83 81

**adeslas**

902 200 200 • www.adeslas.es



## Pla d'Estalvi i Jubilació 105

A Mutual Mèdica treballem per oferir als metges els productes més exclusius i amb més avantatges, a la mida de cada persona. Ara li oferim el nostre Pla d'Estalvi i Jubilació 105, amb una excel·lent rendibilitat: 6,10% INTERÈS TÈCNIC ANUAL GARANTIT durant tota la vigència del contracte, exclusivament per les aportacions realitzades durant el trimestre octubre-desembre 2008. GRAN AVANTATGE FISCAL, fins a un 100% de les aportacions es poden desgravar de l'IRPF, tant si treballa per compte propi com per compte d'altri. No deixi passar aquesta oportunitat. Truqui'ns ara i gaudeixi de les millors condicions per a la seva jubilació.



**MutualMèdica**

De metge a metge

**6,10%**  
**INTERÈS**  
**TÈCNIC ANUAL**  
**GARANTIT**