

El programa de salut dels partits amb actual representació parlamentària





Pel que pugui passar...

Medicorasse li ofereix una assegurança de vida que li ajudarà a fer més còmodes els moments delicats, proporcionant estabilitat econòmica davant de situacions difícils.

La pòlissa de vida de Medicorasse li assegura tranquil·litat, perquè passi el que passi el benestar de la seva família és el primer.



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 84, octubre del 2010

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: butlletimedic@comll.cat
http://www.comll.cat

Consell de Redacció:

Tomás Alonso Sancho
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Xavier Matias-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
Manel Pons Juanati
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Mercè Pascual Queralt
Josep Maria 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

Correcció: Torsitrad

Publicitat: COML

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 €
Preu total insercions:	2.404,06 €

OPCIÓ 2

ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	1.803,06 €

OPCIÓ 3

ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
Preu total insercions	901,50 €

Els fotolits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen el 18% d'IVA

EDITORIAL

25 anys del Servei d'Alcoholisme i altres Toxicomanies

El Servei d'Alcoholisme i altres Toxicomanies de l'Hospital de Santa Maria ha complert 25 anys. És una excel·lent notícia per al territori lleidatà. Aquest servei, avui consolidat, va obrir davant l'augment de la problemàtica associada a l'alcohol, a la proliferació de l'heroïna i a l'increment de delinqüència lligada al seu consum. Va ser el primer centre especialitzat en una ciutat pobra aleshores en recursos sanitaris, on la gent que podia "anava al metge a Barcelona".

Durant aquests 25 anys hem passat de l'estigma al concepte de malaltia crònica i recidivant. S'han desenvolupat campanyes de prevenció i normalitzat els tractaments. I aquell recurs que va néixer entorn de l'alcohol i d'unes drogues concretes s'ha transformat en la Unitat de Conductes Addictives, que integra, fins i tot, addicions no tòxiques com el joc patològic.

La consolidació de l'antic servei –ara unitat– d'alcoholisme i toxicomanies i la seva capacitat d'adequació a les demandes creixents i canviants de la ciutadania és tot un exemple. És, a més, un exemple de servei al territori des del mateix territori i dels avantatges de la descentralització dels recursos sanitaris. "Anar al metge a Barcelona" és una frase cada cop menys pronunciada pels homes i les dones de Lleida, la excepció de casos justificats.

Els promotors d'aquesta iniciativa, que van anar més enllà del seu compromís professional, mereixen el nostre reconeixement. La xarxa sanitària de Lleida evoluciona en bona mesura gràcies a professionals com elles i ells.



SUMARI

Injeccions intravesicals de toxina botulínica aplicades a la urologia

La Dra. Mercè Pascual realitza una aproximació al nou tractament amb toxina botulínica per pal·liar els efectes de la incontinència urinària. **19** |||

L'hallux valgus, la deformació més freqüent de peu

El traumatòleg Josep Maria Florista parla dels galindons i el seu tractament. **23** |||



Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les sessions ordinàries del 14 i 21 de setembre de 2010, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- S'està treballant per posar en funcionament els procediments per a la validació periòdica de la col·legiació al Consejo General de Colegios Médicos, amb participació activa del nostre Col·legi en el grup de treball corresponent. En una primera fase, hi haurà un programa pilot voluntari per als col·legis que hi vulguin participar.

- S'ha informat de la campanya de control de la Seguretat Social als mitjans col·legials en activitats de medicina privada.

- S'han iniciat els tràmits i gestions per a la implantació de la finestreta única en la pàgina web del Col·legi per donar compliment a les disposicions de l'anomenada Llei Omnibus.

- S'han renovat tots els càrrecs al Pleinari del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. La presidenta del Col·legi, la Dra. Rosa Maria Pérez, ostenta el càrrec de vicepresidenta del Consell.

- S'han concedit ajuts econòmics i en serveis a determinades activitats formatives per a la seva organització (cursos, congressos, jornades, etc.).

- Es realitzarà el proper dia 11 de novembre una videoconferència sobre actualització en diabetis, que tindrà lloc a la seu col·legial en el marc de les activitats de la Fundació para la Formació de l'OMC.

- El Col·legi s'adhereix al document de posicionament del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya sobre l'objecció de consciència i es crea una comissió específica en l'àmbit col·legial per estudiar les situacions que se'n generen. Així mateix, el Col·legi s'adhereix al document de posicionament sobre la delegació de funcions per part del metge.

- S'estan fent gestions per realitzar al Col·legi i durant el mes d'octubre una sessió informativa adreçada al col·lectiu afectat sobre l'aplicació del Reial Decret pel qual es regulen les condicions per al reconeixement d'efectes professionals a títols estrangers d'especialista en Ciències de la Salut que han estat obtinguts en estats que no són membres de la UE.

Moviment col·legial dels mesos de juliol i agost

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 11 altes durant els mesos de juliol i agost del 2010: Edgardo Adolfo Von Euw (n. 4480), Alejandro Andrés Gracia (n. 4481), Sílvia Alejandra Paoloni (n. 4482), Juan Pedro Lafuente (n. 4483), Helder Filipe Romao Dos Santos (n. 4047), Ricardo Jorge Teixeira Areal (n. 4484), Irina Ileana Cotirto (n. 4485), Edgar Nery Villavicencio Chávez (n. 4486), Maria José Díñez Villabona (n. 3200), Rita Maria Maciel Soares Pereira (n. 4487) i Maria Francisca Fernández Fernández (n. 4488).

El COMLL tanca el mes d'agost amb un total de 1.697 col·legiats. El Col·legi ha registrat la baixa del Dr. Emilio Reimat Montull per defunció i tres baixes més. A banda, passen a col·legiats honorífics el Dr. Manuel Rubio Caballero (n. 962), la Dra. Hortènsia Alonso Álvarez (n. 1092), el Dr. Guillermo Hervera Coll (n. 973) i el Dr. Humberto Marín del Saz (n. 943).



D'esquerra a dreta, Rosa Pérez, Sebastià Barranco, Àngel Ros, Rosa Palau, Manuel Campo Vidal i Marina Geli

Marina Geli presenta el seu primer llibre a Lleida

La Consellera de Salut, Marina Geli, va presentar el 14 de setembre el seu llibre *Endreçar l'ànima. Dona, salut i política a la Catalunya del segle XXI*. Manuel Campo Vidal, president de

l'Acadèmia de les Ciències i les Arts de Televisió, va conduir l'acte, que va tenir lloc a la Canonja de la Seu Vella.

Van intervenir en l'acte el director dels Serveis Territorials de Salut a Llei-

da, Sebastià Barranco; la secretària general d'UGT a les Terres de Lleida, Rosa Palau; la presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, Rosa Pérez, i l'alcalde de Lleida, Àngel Ros.

El llibre, editat per Plataforma Editorial, inclou un pròleg de José Montilla i un epíleg de Pasqual Maragall. A més, incorpora reflexions de Marina Geli, metgessa i política, sobre el paper de la dona, el futur de la política, el sistema de salut i la posició de Catalunya en la conjuntura actual.

Més de cent vint assistents al seminari sobre la responsabilitat criminal i el fingiment en l'avaluació forense

Més de cent vint persones van assistir el dia 22 de setembre al seminari *La responsabilidad criminal y el fingimiento en la evaluación forense*, que va tenir lloc a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de Lleida. El seminari va anar a càrrec del professor Vicente Garrido Genovés. El Servei de Psiquiatria, Salut Mental i Addiccions de l'Hospital de Santa Maria de Lleida va organitzar el seminari, que va comptar amb assistents procedents de tot Catalunya titulars d'una gran varietat de professions.

L'objectiu general d'aquest seminari

va ser fer una revisió del fenomen de la simulació, principalment en l'àmbit de l'avaluació forense i en el context de la responsabilitat criminal. Els objectius específics van ser conèixer els diferents tipus de fingiment i les seves motivacions, informar-se sobre les estratègies forenses per analitzar-lo i conèixer aquest fenomen en l'àmbit de la psicopatia.

Vicente Garrido Genovés és professor titular de la Universitat de València, doctor en psicologia i criminòleg per la Universitat de València i la Universitat d'Ottawa. Uneix l'especialitat forense a

la seva formació en pedagogia preventiva en l'àmbit familiar i social. Vicente Garrido és autor de nombroses obres tècniques i de divulgació, entre les quals hi ha el seu darrer llibre titulat *Mientras vivas en casa: habilidades y práctica de la inteligencia educacional*.

El seminari s'adreçava a professionals de tots els àmbits que poguessin estar directament o indirectament relacionats amb l'avaluació forense de la simulació, així com als estudiants o personal en formació en aquests àmbits. Aquesta activitat va estar acreditada pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries.

Dra. Iolanda Batalla

Psiquiatra de l'Hospital de Santa Maria
Coordinadora de la línia de
recerca en psicopatia

Josep Manuel Casanova, membre de la Reial Acadèmia de Medicina

El dermatòleg Josep Manel Casanova va ingressar com a membre de la Reial Acadèmia de Medicina el 9 de març passat. L'acadèmic numerari Dr. Manel Camps va presentar i acollir el Dr. Casanova a la institució. El Dr. Casanova va pronunciar la conferència *L'aprenentatge de la dermatologia*.

Josep Manel Casanova i Seuma va néixer a Lleida i es va llicenciar en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Es va especialitzar en Derma-

tologia a l'Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Actualment és el cap de la Unitat de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i és professor titular de Dermatologia de la Universitat de Lleida. És el president de la Societat Catalana de Dermatologia i forma part de diverses societats científiques, com l'Academia Española de Dermatología y Venereología, la European Academy of Dermatology and Venereology i l'American Academy of Dermatology.



El dermatòleg Josep Manel Casanova

L'Hospital Arnau de Vilanova acull el IX Curs d'Aproximació a la Medicina Tropical

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida acollirà, els propers dies 21 i 22 d'octubre, el IX Curs d'Aproximació a la Medicina Tropical. El Centre de Vacunacions Internacionals Eixample (CVIE), juntament amb Medicus Mundi Catalunya-Lleida, organitzen l'activitat que se celebrarà a l'aula de Grauss de la Unitat Docent de la Facultat de Medicina de Lleida.

El Dr. Jorge Soler, de l'ABS Rambla Ferran, i el Dr. Albert Roca, de la Universitat de Lleida, impartiran el dia 21 d'octubre les dues primeres conferències: *Per què ploren els immigrants?* i *Perspectiva antropològica de la salut a l'Àfrica*, respectivament. Després d'una pausa, serà el torn del Dr. Juan Cabezas, de la Unitat de Malalties Tropicals i Salut Internacional del CAP Drassanes de Barcelona, i del Dr. Martí Vall, de la Unitat d'Infeccions de Transmissió Sexual del mateix CAP, amb les conferències *La malària* i *Malalties de transmissió sexual a l'Atenció Primària*, respectivament.

El Dr. Julià González, de l'Hospital Clínic de Barcelona, encetarà les conferències del dia 22 d'octubre amb *Tuberculosis, una malaltia reemergent?* El seguirà la Dra. Mercè Almirall, de l'HUAV, amb la conferència *Salut al Txad. Experiència d'una metgessa*. El Dr. Lluís Valerio, de la Unitat de Salut Internacional Barcelonès Nord de Santa Coloma de Gramenet, impartirà la darrera conferència, *Diària del viatger*.

El Taller de Salut Internacional, que clourà el curs, constarà de tres parts. La primera, *Previatge*, anirà a càrrec de la DI Mariola Espejo i la DI Gemma Parisé, del CVIE. La Dra. Elena Simó, del CVIE, impartirà la segona part, *Quimiopprofilaxi de la malària*. I, finalment, el Dr. Ramon Dalmau, la DI Regina Capdevila i la DI Anna Hernández, del Centre de Vacunacions Internacionals Santa Caterina de Girona, realitzaran la darrera part, *Patologia importada*.

El preu del curs és de 20 € per a estudiants i aturats i de 30 € per als professionals. Per inscriure-s'hi, cal realitzar el pagament al número de compte 2100-0508-02-0105056244 de La Caixa de Pensions, indicant-hi: Curs Tropical, nom, cognoms i DNI. A més, cal omplir també la butlleta d'inscripció i enviar-la, juntament amb el comprovant del pagament, al fax 93 418 48 66 o a l'adreça catalunya@medicusmundi.

IV JORNADA D'ENDOCRINOLOGIA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Se celebrarà al novembre i tractarà la dieta per a diabètics

El tema central de la quarta edició de la Jornada d'Endocrinologia a l'Atenció Primària serà la dieta per a pacients amb diabetis i patologies afegides. La jornada se celebrarà el proper 16 de novembre de 2010 a l'Auditori del Centre de Cultures i Cooperació Transfronterera del Campus de Capponet de la UdL.

La primera part de la jornada compartirà amb dos mòduls, un per a professionals de medicina i l'altre per a infermeria. En el primer mòdul, es tractaran els temes de valoració del peu del pacient diabètic, les dietes per a pacients amb diabetis i patologies afegides i els circuits de cures i seguiment de PEG, recanvis de PEG i SNG en el domicili; al segon, es parlarà sobre la patologia endocrinològica en la gestació, la revisió actualitzada de combinacions de fàrmacs en el tractament de la diabetis i validacions i usos pràctics dels paràmetres analítics en pacients amb risc cardiovascular.

La jornada conjunta per a metges i infermeres tindrà lloc després de la defensa dels pòsters. El tema serà la revisió de l'efecte dels nous tractaments hipolipemiant i les seves indicacions, la prescripció de l'exercici físic i el tractament de la urgència dia-

betològica. La conferència "L'hemoglobina glucosilada en el diagnòstic de la diabetis mellitus" clourà la jornada.

Els membres del comitè organitzador són Marta Hernández, metge del Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'HUAV; Àngels Costa, coordinadora d'Infermeria del SAP PUNSU; Dídac Mauricio, metge del Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'HUAV; Núria Nadal, coordinadora mèdica del SAP Segrià-Garrigues; Astrid Navarro, del Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'HUAV, i Antonieta Vidal, metge de l'ABS Eixample. El comitè científic està format per F. Xavier Maravall, metge del Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'HUAV; Mònica Solanes, coordinadora mèdica del SAP PUNSU; Maria Oró, DUI de l'ABS Eixample; Carmen Ciria, metge de l'ABS Ponts; Marta Ortega, metge de l'ABS Capponet; Cristina Farràs, coordinadora d'Infermeria del SAP Segrià-Garrigues, i Carmen Álvarez, DUI del Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'HUAV.

La jornada s'adreça a professionals sanitaris i estudiants de Ciències de la Salut. La inscripció és gratuïta i es pot fer al web <http://lleida.cpd1.grupics.intranet/> o a l'ICS Lleida a través de rcalderom.lleida.ics@gencat.cat.

LES XXV JORNADES DE BIOÈTICA TRACTARAN ELS NOUS REPTES DE LA MEDICINA ACTUAL

Tindrà lloc a Lleida el 25 i el 27 d'octubre

Les XXV Jornades de Bioètica, que se celebraran el 25 i 27 d'octubre a Lleida, tractaran els nous reptes de la medicina actual. Les jornades tindran lloc a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina, a l'avinguda Rovira Roure núm. 44, de les 16.00 a les 21.00 hores. El Departament de Cirurgia de la Facultat

de Medicina de la Universitat de Lleida organitza les jornades juntament amb l'Institut Borja de Bioètica.

El temari de les jornades inclou els títols següents: *Nous reptes, velles qüestions*; *Reptes de les noves tecnologies: la confidencialitat i el tractament de dades en la història clínica en xarxa*; *La distribució de recursos escassos en Sanitat, cal un copagament?*; *L'ètica dels incentius i l'objecció de consciència: com garantir el dret dels professionals i dels pacients*.

La inscripció està oberta fins al 22 d'octubre i el preu serà de 20 euros per a estudiants i aturats i 25 euros per a professionals. Per inscriure's, cal anar a la Facultat de Medicina i recollir un rebut per poder fer el pagament. Per rebre més informació, cal adreçar-se a mesquerda@cirurgia.udl.cat.

Els diferents programes polítics de salut

El proper 28 de novembre se celebren eleccions al Parlament de Catalunya. BUTLLETÍ MÈDIC vol difondre el posicionament dels partits amb representació parlamentària sobre determinats temes de salut. Principalment, finançament, cartera de serveis i model sanitari per a les regions sanitàries de Lleida i de l'Alt Pirineu i l'Aran.

Quins són els criteris de finançament previstos?

Hem demanat als partits que expliquin els canvis que caldria realitzar al sistema actual de finançament i el percentatge proposat per a l'Atenció Primària, per a l'Atenció Hospitalària i per a recerca.

Ciutadans



De este cuestionario nos sorprende, entre otras cosas, la necesidad de concretización de los porcentajes dedicados a las diferentes atenciones: primaria, hospitalaria, etc. para este próximo período 2010-2014. Cuando aún no se ha ejecutado el presupuesto actual y, por tanto, no conocemos si ha habido desviaciones del mismo o no, no podemos cuantificar el efecto producido por los recortes salariales en los profesionales sanitarios y su repercusión en la calidad y cantidad de atención al paciente, y menos aún en las externalizaciones de servicio.

La actual crisis económica añade nuevas dificultades al ya complejo escenario de la sanidad pública. La irreflexiva política de utilización de los presupuestos públicos para conseguir objetivos partidarios o ideológicos nos ha llevado a una situación de déficit económico que obliga a importantes recortes presupuestarios, negados reiteradamente hasta hace muy poco. En la delicada situación económica actual, nadie puede creer que las prestaciones sanitarias no sufrirán recortes. Las recientes afirmaciones

de la consellera de Salut en sentido contrario podemos calificarlas, siendo extremadamente generosos, de utópicas.

Convergència i Unió



Convé, en primera instància, donar compte del fet que la precisió i concreció de les preguntes plantejades (percentatge d'inversions i despeses que es destinaran a l'Atenció Primària, per exemple), demanen un detall en les respostes que no és possible donar sense un coneixement molt profund de la situació economicofinancera del sistema català de salut i, en general, del sistema, que no és avui a l'abast de CiU, com és natural.

Per tant, les respostes, de caràcter global, s'adrecen a traslladar als lectors de la revista la filosofia dels plantejaments de CiU, que requeriran una concreció força més alta en el moment en el qual els ciutadans amb el seu vot encomanin a CiU la responsabilitat de govern, en cas que així sigui.

Tot i que en termes de despesa pública Catalunya encara està lleugerament per sota de la mitjana dels països del nostre entorn, si les dificultats del moment i l'estat de les finances de la Generalitat no permetessin incrementar els recursos disponibles, caldria mantenir i garantir, en termes reals, els recursos econòmics dedicats al sistema sanitari. En aquest context, som conscients que no es poden donar expectatives als ciutadans de noves prestacions o nous equipaments que no vagin acompanyats dels recursos necessaris, tant d'inversió com de despesa de funcionament.

Convergència i Unió es compromet a l'objectiu de fer sostenible el sistema sanitari català. Per aquest motiu, es garantirà, com a mínim, el manteniment en termes reals dels recursos econòmics destinats al sistema sanitari.

Esquerra Republicana



Continuar en l'increment constant de la despesa (45% en els últims 7 anys de govern catalanista i d'esquerres). Apostem per un pacte nacional de salut en què la transparència sigui la clau de tot el procés.

Per tant, intentarem incrementar el pes de l'Atenció Primària, principal factor de salut dels ciutadans, sense deixar de banda l'hospitalària. Encara hi ha zones rurals amb cobertura deficient en l'Atenció Primària. Buscarem fórmules per incrementar la recerca no només en l'àmbit hospitalari, que està força desenvolupada, sinó també en l'Atenció Primària, on costa molt fer investigació en condicions.

Esquerra defensa que el finançament sanitari ha de venir a través dels impostos directes proporcionals (IRPF) i no d'impostos indirectes no progressius.

Cal augmentar la despesa sanitària fins a assolir en els propers quatre anys el percentatge de la mitjana del PIB destinat a la sanitat pública en els països de la UE 15.

Iniciativa per Catalunya-Verds



A Catalunya "tenim bons indicadors de qualitat, però els tenim d'equitat?"

Avui la principal manca d'equitat en els serveis de la sanitat finançada públicament rau en l'accés als serveis de salut". Tenim una bona proximitat del serveis, però uns accessos efectius i una distribució territorial del pressupost poc equitatiu. El finançament i la prestació s'han de centrar en el "valor de l'equitat: que vol dir equitat efectiva en l'accés als serveis sanitaris, sense diferències en funció de la renda dels pacients, ni de gènere, ni d'edat, ni en el temps d'espera, ni en la qualitat dels serveis disponibles". Per això, implantaríem, en primer lloc, un "pla per a l'equitat en els recursos per a l'assistència i per a la promoció de la salut, tant per a grups socials destinataris com per a territoris, per pal·liar les desigualtats en l'accés efectiu als serveis". Sobre la base d'aquest "pla per l'equitat s'ha d'avançar cap a un efectiu sistema de finançament capítatiu, és a dir,

el finançament dels serveis de salut de cada territori de forma equitativa en funció de la població del territori, i considerar les diferències en factors que incideixen en la salut (socials, ambientals, laborals...), i no pas basat en l'activitat dels centres del mateix territori" a la qual s'estan aplicant, pels mateixos serveis, tarifes diferents que responen a factors històrics o discrecionals i no de salut de la població concreta. Segons el tipus d'hospital(s) que hi ha a cada territori, els recursos que s'hi destinen actualment són molt diferents per a una població o una altra. Aquest és el camí i compromís que proposem seguir, un camí que estimem que beneficiaria les regions de Lleida i Alt Pirineu-Aran, un camí que creiem millor que parlar exclusivament de xifres concretes de pressupost que, en tot cas, dependran de molts altres factors.

Partit Popular



El Partit Popular de Catalunya ha denunciat en diferents ocasions que el Departament de Salut perd pes any rere any en el conjunt del pressupost de la Generalitat i a ningú no se li escapa que qualsevol diferència —per molt petita que sigui— en aquestes xifres totals tan grans són molts diners.

La fita de la Conselleria és assolir la mitjana europea, objectiu lloable si no fos perquè a l'hora de la veritat estem per sota de diferents comunitats autònomes espanyoles.

El percentatge de pressupost destinat a sanitat és d'un 24,89% del total pressupostat, la mitjana d'altres comunitats autònomes està al voltant d'un 32%.

Partit Socialista de Catalunya



El Partit Socialista de Catalunya (PSC) reivindica un finançament capítatiu per regió sanitària. Això significa arribar en aquesta legislatura als 1.800 €/habitant com a finançament mitjà, però amb els factors correctors segons l'índex d'envelliment, dispersió geogràfica, etc. Aquestes correccions suposen que la mitjana de finançament de les dues regions sanitàries Lleida i Alt Pirineu-Aran haurà d'apropar-se als 2.000 €/habitant.

El pressupost de la regió sanitària de Lleida el 2003 era de 231 milions d'euros i el 2010, de 375 milions, és a dir, ha passat d'una càpita de 748 €/habitant a 1.039 €/habitant, xifra que suposa un increment del 36,39%. Aquest pressupost, que ha



El Partit Socialista defensa que la mitjana de finançament de les dues regions sanitàries Lleida i Alt Pirineu-Aran haurà d'apropar-se als 2.000 €/habitant

de donar resposta a tota la cartera de serveis de Primària, hospital, sociosanitari, salut mental, salut pública i recerca, creiem que no s'ha de seccionar excessivament en aquests apartats, perquè cada cop més el pressupost ha de referir-se a tot un territori i preveure tots els àmbits assistencials.

Per al PSC, els hospitals lleugers de Balaguer o Tàrraga —el primer, en construcció, i el segon, pendent d'adjudicar— són centres d'alta resolució de l'Atenció Primària i faciliten l'atenció ambulatoria dels hospitals. El cost només en inversió d'aquests dos centres és de 12 milions d'euros a l'hospital de Balaguer i de 40 milions a Tàrraga i no té cap importància incloure aques-

tes xifres a Primària o a Atenció Especialitzada.

El finançament ha de ser de base capítatiu amb els factors correctors que, com hem dit, garanteixin l'equitat i la cohesió social. El Departament de Salut ha elaborat els set últims pressupostos d'acord amb aquests criteris.

Pel que fa a l'Atenció Primària, el PSC destaca el paper importantíssim dels consultors locals, ja que faciliten l'accessibilitat i donen seguretat als ciutadans de les poblacions més petites. No obstant això, convé redistribuir càrregues assistencials en el cas de municipis on és molt petita i, en canvi, en poblacions veïnes superen la mitja-

na de l'EAP.

Els CAP han de convertir-se progressivament en centres de salut que, a més dels serveis d'Atenció Primària i Comunitària, concentren els de salut pública i emergències. Així ja es fa als nous CAP de Cervera, les Borges Blanques, Balaguer, Artesa de Segre, Agramunt (en obres) i Alcarràs (en projecte). També cal executar-ho en els altres centres que figuren en el Pla d'Infraestructures publicat per CatSalut, d'acord amb les previsions del mapa sanitari.

En l'àmbit hospitalari, la màxima aplicada per la conselleria socialista ha estat aconseguir més resolució i evitar els trasllats dels pacients, sempre que es pugui garantir l'expertesa dels equips que hi ha al territori. El PSC defensa que s'han d'obrir nous serveis a Lleida quan el nombre de pacients els justifiqui, és a dir, quan siguin sostenibles des del punt de vista qualitatiu. Hem reiterat, fins i tot, davant de veus professionals que reclamàvem nous

El grup de Convergència i Unió es compromet a garantir, com a mínim, el manteniment en termes reals dels recursos destinats al sistema sanitari

serveis, que no podem sacrificar uns professionals per intervenir només 200 pacients a l'any.

Quants serveis estan previstos prou per als nostres hospitals? Finalitzar l'ala est de l'Hospital Santa Maria i iniciar les obres de l'edifici de Geriatria. Concentrarem, a més, la Rehabilitació Ambulatoria a Lleida en el futur CAP Onze de Setembre i en els dispositius que tenim a la capçalera de comarca a la resta del territori.

A l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova posarem el desembre vinent a disposició una gran zona per a hospitals de dia. Prèviament, a l'octubre, Salut escollirà l'equip d'arquitectura que projectarà les noves consultes externes, els laboratoris, etc. Aquesta important actuació buidarà l'actual hospital de les activitats ambulatories per emprendre la construcció del nou bloc quirúrgic i la reforma de les unitats d'hospitalització. La nostra voluntat és que un 30% de les habitacions siguin individuals per millorar l'estada dels malalts ingressats que necessiten més atencions (malalts terminals, oncològics, etc.), tot seguint el model aplicat a les habitacions dels serveis d'obstetrícia i ginecologia.

Els socialistes creiem que la despesa farmacèutica encara és excessiva i que podem fer més esforços per disminuir-la. Per això, la nostra proposta de pressupostos conté aquesta partida tant en els medicaments hospitalaris d'ús ambulatori com en cost que representa la medicació per recepta. Les mesures per aconseguir-ho són pactar amb els metges prescriptors i les que ja hem dut a terme amb la indústria farmacèutica i els farmacèutics.

Referent a la vostra primera pregunta sobre el finançament de la recerca, creiem que ha de ser l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRB Lleida) qui concentri les línies de recerca (hospitalària, primària, salut pública, etc.), perquè actualment el seu àmbit està acreditat com un dels instituts més eficients. La comparació de les memòries del 2003 i del 2004 amb les dels anys 2008 i 2009 evidència el gran i positiu canvi de l'IRB

Lleida, que ha estat possible gràcies a l'esforç dels professionals, però també de la Universitat de Lleida i del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Però no hem d'abaixar la guàrdia. Tot i que les instal·lacions han crescut al mateix ritme que les publicacions dels nostres investigadors, ara cal crear més sinergies amb els investigadors de les rames alimentàries del Parc Científic i Tecnològic Agroalimentari de Gardeny a fi de convertir Lleida en un referent internacional d'excel·lència.

Quina és la cartera de serveis proposada?

BUTLLETÍ MÈDIC ha demanat als partits que expliquin quins canvis realitzarien respecte al model actual i el posicionament respecte a la planificació familiar.

Ciudadans



En Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía entendemos la sanidad como uno de los pilares básicos del estado de bienestar; como un sistema al servicio de la sociedad que debe mantenerse ajeno a las disputas partidarias si queremos que cumpla con eficiencia su importante papel en el cuidado de la salud, un derecho reconocido en el artículo 43 de la Constitución española y en el artículo 23 del Estatuto de Cataluña.

En Cataluña, el modelo sanitario, heredero de una tradición histórica que incluía una variedad de entidades dedicadas a la atención a la salud (mutualidades, fundaciones, centros dependientes de la Iglesia, centros de titularidad pública y otros), se caracteriza por la separación entre la prestación de servicios por diferentes proveedoras y la planificación y financiación gestionadas por el Servei Català de la Salut (CatSalut).

Este modelo ha facilitado la privatización de la gestión de centros sanitarios o la flexibilización de plantillas pero, contrariamente a lo deseable, no sólo no se ha mostrado más efectivo ni más eficiente,

sino que, además, ha disminuido su equidad. Por otra parte, ha permitido el mantenimiento de consorcios sanitarios de ámbito territorial reducido sin justificación por problemática sanitaria diferenciada ni por mejora de la gestión.

El Decreto 38/2006 ha sido el último intento de reorganizar esta compleja estructura. Permite la creación de los llamados gobiernos territoriales de salud, consorcios a los que se otorgan funciones de ordenación, priorización y coordinación de los recursos sanitarios de sus territorios de referencia. Después de veinte años desde la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (Ley 15/1990), seguimos sin haber conseguido la estabilidad necesaria en los órganos de gestión y control de la prestación de los servicios sanitarios. Tan sólo se han creado nuevas estructuras que se superponen a las precedentes y cuya principal utilidad es multiplicar el número de cargos de carácter burocrático.

En el ámbito del Instituto Catalán de la Salud (ICS), la mayor entidad pública catalana en cuanto a número de trabajadoras, la situación tampoco es alentadora. Resultaría tedioso recordar los frecuentes cambios en su organigrama, los continuos ajustes en su organización territorial o los cambios constantes en algunos servicios, como las urgencias de Atención Primaria. En el año 2007 se aprobó la Ley 8/2007 del Instituto Catalán de la Salud con la abstención de nuestro grupo parlamentario al haberse retirado la mención al carácter preferente del ICS en la contratación de servicios sanitarios por parte del CatSalut. Esta ley tenía como objetivo la modernización de la gestión del mayor proveedor de servicios sanitarios de Cataluña pero, tres años después, sus trabajadoras aún están esperando ver alguna mejora de las condiciones en las que desarrollan su tarea.

Los principales síntomas de que el sistema sanitario catalán no goza de una buena salud son su saturación y el desgaste de los profesionales.

Las necesidades sanitarias de la población se van incrementando progresivamente conforme el avance tecnológico ofrece nuevas técnicas de exploración, nuevos diagnósticos y nuevos tratamientos, y aumenta la esperanza de vida. Ante esta realidad, la actuación de los sucesivos gobiernos ha seguido

ERC aposta per la continuïtat de l'ICS com a principal proveïdor de serveis i creu que cal vetllar per la seva indivisibilitat i la condició d'ens públic

la còmoda però alocada línia de lo "políticament correcte" con una imprudente escalada en la oferta de serveis.

La ecuación "necesidades percibidas" más "oferta imprudente" más "publicidad embaucadora" de nuevos servicios o tratamientos ha provocado una sobreutilización del sistema que no se ha visto compensada por el necesario incremento de medios humanos y materiales. En consecuencia, la capacidad resolutoria del sistema se ve comprometida y se llega a la saturación actual, que provoca la creciente insatisfacción de los ciudadanos y el desgaste añadido de los profesionales.

Dichos profesionales (sanitarios y no sanitarios) son los principales responsables de que el funcionamiento del sistema sanitario siga siendo correcto, tapando con su vocación y dedicación muchas de las lagunas provocadas por una gestión manifiestamente deficiente. Aunque el Departament de Salut reconece públicamente el papel capital de los profesionales en el funcionamiento del sistema, la política de recursos humanos llevada a cabo durante la pasada legislatura ha mantenido la calamitosa tradición de la discrecionalidad en las contrataciones, la precariedad en el empleo, los contratos basura, la limitación de cobertura de las sustituciones o el mantenimiento de contratos por una categoría inferior al trabajo que realmente se realiza.

Este cúmulo de despropósitos, unido a la arraigada falta de previsión y planificación adecuadamente orientadas, ha provocado una carencia de profesionales sanitarios de todas las categorías. En una muestra más de improvisación, tuvimos que asistir al desalentador espectáculo de la consellera de Salut, en el que sugería como solución la contratación de médicos extranjeros, aunque no estuvieran homologados, o de residentes que no hubieran acabado su formación. Estas injustificables actuaciones provocan un efecto negativo en los profesionales, incrementan el riesgo de desgaste (*burn-out*) y repercuten, nuevamente, en la calidad de

las prestaciones que reciben los ciudadanos.

Convergència i Unió



El centre del sistema català de salut ha de gravitar a l'entorn del pacient i dels professionals, que s'han d'implicar i interactuar de manera preventiva uns, i proactiva, els altres. El sistema s'ha d'organitzar al voltant de la relació personal entre els professionals i el pacient i no atenen només els interessos de les mateixes organitzacions.

El sistema català de salut

L'objectiu és que tots els recursos,

ICV creu que cal una reducció del nombre de territoris de salut perquè s'hi pugui portar a terme una atenció integral vertebrada per l'Atenció Primària

tant públics com privats, estiguin al servei del pacient i de la seva assistència.

L'Atenció Primària haurà de ser l'entrada preferent al sistema. En aquest sentit, aplicarem els mecanismes adequats per tal de minimitzar l'entrada al sistema a través de les urgències hospitalàries si no cal.

Els pacients podran triar el metge d'Atenció Primària.

Ampliem la possibilitat d'elecció del metge als pediatres i als ginecòlegs. Facilitarem de manera progressiva la llibertat d'elecció d'hospital, en l'àmbit de la Xarxa

Hospitalària d'Utilització Pública, en els casos d'ingrés i cirurgia electiva.

L'accés al centre triat pel pacient s'haurà de produir en els temps de garantia establerts d'acord amb la capacitat disponible. En cas contrari, s'oferiran recursos alternatius en el marc de la Xarxa. Els hospitals seran compensats en funció de l'activitat realitzada als pacients.

Donarem un nou impuls a la història clínica compartida, per la seva importància en la coordinació en els serveis i per a la millora del temps de resposta i la qualitat en les decisions clíniques.

Qualitat i transparència del sistema

Definirem uns estàndards de qualitat obligatoris per a tot el sistema. L'avaluació serà objectiva, periòdica i buscarà la millora dels processos interns. Aquesta avaluació es basarà primordialment en la eficiència en l'atenció als malalts i no tant en criteris econòmics.

Crearem un registre de declaració d'incidents i efectes adversos d'acord amb l'experiència dels països europeus per tal de fer-ne un estudi multidisciplinari.

Esquerra Republicana



Hem de continuar apostant per l'ICS com a principal proveïdor de serveis. Esquerra sempre ha apostat per la llei de l'ICS perquè no fos possible trossejar-lo en cap modalitat, desmembrament o privatització, i n'ha fet bandera la seva defensa.

Intentarem continuar el posicionament del nostre partit d'intentar donar el màxim de cobertura en el nou catàleg de prestacions, garantir-les amb efectivitat demostrada, ampliar l'esmentat catàleg en els àmbits bàsics que no cobreixi i limitar les incorporacions de noves prestacions fins que no n'hagin demostrat l'efectivitat a través d'agències d'avaluació sanitàries.

· Amb un nou catàleg de prestacions que cobreix el sistema sanitari públic en funció de les necessitats reals actuals. Garantir les prestacions amb efectivitat demostrada, ampliar-lo en els àmbits bàsics que no cobreixi i limitar les incorporacions de noves prestacions fins que no hagin demostrat la seva efectivitat a través d'agències d'avaluació sanitàries.

· Amb el català com a idioma propi del sistema sanitari català. S'establiran les polítiques adients per facilitar la comunicació lingüística idònia entre els elements del sistema sanitari i la persona atesa, independentment del seu origen.

Iniciativa per Catalunya-Verds



Modificació de la cartera de serveis en els punts: "Establiment d'una sistemàtica i explícita utilització d'estudis de cost-efectivitat de productes i tractaments, previs a la incorporació al catàleg de finançament públic, seguint d'altres experiències internacionals i amb seguiment estricte d'un codi ètic en relació amb interessos particulars."

"Incorporació de nous tractaments



Una de les principals propostes del PP per a la província de Lleida és l'ampliació de l'oferta de places de metges a hospitals i centres d'Atenció Primària

i prestacions que prioritzin les necessitats dels pacients, i les teràpies psicològiques, ocupacionals i comunitàries, incloent-hi les teràpies complementàries acreditades, des d'una perspectiva biopsicosocial.”

Prestació de la cartera de serveis

Assolir l'equitat en el finançament i en la provisió vol dir que tota la ciutadania disposi de la mateixa cartera de serveis, però perquè la qualitat sigui també equitativa cal ser estricte en l'aplicació del primer principi informador de la LOSC, la “concepció integral i integrada del sistema sanitari”. Per assolir al mateix temps una sanitat equitativa, integral i integrada creiem que cal una “reducció del nombre de territoris de salut perquè s'hi puguin portar a terme una atenció integral vertebrada per l'Atenció Primària (mínim d'una vegueria o de més de 100.000 habitants)” o, en qualsevol cas, una dinàmica d'obligades aliances estratègiques hospitalàries interterritorials (tal com va proposar el Consell de la Professió Mèdica de Catalunya) per assegurar una eficient i equitativa qualitat per a la ciutadania i per fer també efectiva “l'elecció d'especialista i d'hospital per acord entre pacient i metge o metgessa de família”. Creiem que és convenient la proximitat a la ciutadania dels responsables sanitaris i representants municipals, però que per davant d'aquesta proximitat cal situar-hi tant l'equitat dels recursos que es destinen a cada grup poblacional com la proximitat efectiva entre pacient-metge d'AP i especialistes (atenció integral), i que, per tant, no és positiu per a la ciutadania d'alguns territoris actuals amb poca població que un volum significatiu dels especialistes depenguin dels responsables d'un altre territori.

Partit Popular

Una de les principals propostes a la província de Lleida fa referència a l'ampliació de l'oferta de places de metges a hospitals i centres d'Atenció Primària.

Els hospitals i centres d'Atenció

Primària (CAP) de Lleida tenen un dèficit global de metges per arribar a la mitjana europea. Segons les dades de l'INE, Lleida té un total de 1.623 metges col·legiats a la província (910 homes i 713 dones), xifra que representa 3,77 facultatius per cada mil habitants. Per arribar a igualar la mitjana catalana de 4,78 metges per cada mil habitants, a la província de Lleida s'haurien d'incorporar 434 metges més. Aquesta falta de personal obliga a sotmetre els professionals sanitaris a sobreesforços.

Tanmateix, per pal·liar el dèficit de metges, la UdL ha proposat ampliar la seva oferta de places dels estudis de Medicina, petició que sempre ha topat amb la negativa de la Generalitat. L'excomissionada d'Universitats, Blanca Palmada, va descartar l'ampliació de places per a aquest curs perquè es posaria en dubte la qualitat dels estudis, mentre que el centre lleidatà argumentava que si s'ampliaven de 120 a 160 les places al primer curs de Medicina es podrien desdoblar les classes en dos grups i millorar d'aquesta manera l'oferta formativa.

Per aquests motius, proposem l'increment de 400 places als hospitals i CAP a la província de Lleida.

Atès el dèficit de facultatius que obliga a contractar metges d'altres zones del país i fins i tot de l'estranger i donades les reiterades reivindicacions de la UdL, ampliarem les places per al primer curs de Medicina.

Partit Socialista de Catalunya

El PSC considera que Catalunya disposa de la cartera de serveis adequada. Una cartera que es basa en la diagnosi i la planificació (mapa sanitari de Catalunya) i defuig la improvisació i les pressions

PSC vol augmentar la resolució dels CAP i centres d'alta resolució com el de Tàrrrega i el de Balaguer



interessades i puntuals. En aquest sentit, hem incrementat al llarg de l'última legislatura la cartera de serveis per apropar-los als ciutadans i una bona mostra n'és la nova Unitat de Diàlisi de l'Hospital Comarcal del Pallars.

Reiterem que hem d'augmentar la resolució dels centres d'Atenció Primària i dels centres d'alta resolució com són els de Tàrrrega i Balaguer. Aquests centres i els de capçaleres comarcals han de tenir radiologia digital en xarxa i amb la història clínica única, que ja hem posat en marxa recentment i amb la qual hem aconseguit una eficiència més elevada i menys maldecaps per als usuaris i els professionals.

Referent a la pregunta concreta dels centres de planificació familiar, considerem que aquesta assistència s'ha de donar en el marc del programa ASSIR d'atenció sexual i reproductiva. Un programa estès a tota la Primària amb consultes específiques de llevadores a tots els CAP i de ginecologia en cada comarca, que complementa la feina de la unitat bàsica d'assistència i que es reforça amb el programa Salut i Escola en l'àmbit adolescent.

És cert que els centres específics de planificació familiar van fer una

gran labor en el seu moment. Els socialistes els vam incentivar des dels ajuntaments, perquè la seva funció estava exclosa aleshores de la cartera de serveis. Ara, en canvi, que ja hi està plenament integrada, és inoportú fer passos endarrere.

Pel que fa a la xarxa hospitalària, quina postura defensen respecte a la fusió de centres?

Concretament, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital de Santa Maria. Quina és la política de concerts amb els centres privats?

Convergència i Unió

Plantejarem la viabilitat de revisió del sistema sanitari de les terres de Lleida, que haurà de fonamentar-se en criteris de millora, qualitat, especialització, innovació i generació de coneixement i atracció de recursos. Estimulem la connexió de recursos entre els diversos hospitals de les comarques de Lleida, Pirineus i Aran per tal de millorar els

serveis als usuaris i convertir l'Arnau de Vilanova en el centre de referència i motor hospitalari de la nostra demarcació. L'eventual fusió de centres s'analitzarà des d'aquesta perspectiva.

El paper del sector de l'assegurament privat d'assistència sanitària

En un moment en què el sistema sanitari de provisió i finançament públic es troba immers en les dificultats pròpies d'una situació econòmica i pressupostària complicada, cal prendre mesures que permetin el manteniment d'un sistema complementari, no alternatiu, d'assegurament privat. Aquest sector permet mantenir un equilibri sobre la pressió assistencial, a partir d'una elecció lliure per part del ciutadà. Cal preservar un espai per a aquesta decisió personal.

Preveurem un tractament fiscal favorable, en forma de desgrava-

ció, per la subscripció de pòlisses d'assegurament privat d'assistència sanitària.

Afavorirem el paper complementari al sistema sanitari públic que desenvolupen les entitats d'assegurança lliure i donarem suport a les iniciatives empresarials sorgides en el sector sanitari.

Treballarem per reduir la morositat pública existent en el sector socio-sanitari concertat.

Potenciarem la col·laboració públicoprivada en matèria sanitària mitjançant la configuració d'una xarxa de recursos al servei del ciutadà amb indiferència de la seva titularitat patrimonial.

Dotarem els ens públics sotmesos a dret privat i consorcis amb participació pública dels mateixos mecanismes, flexibilitat i elements de gestió dels quals disposen la resta d'entitats que operen en el conjunt de la xarxa.

Esquerra Republicana



Creiem que l'Arnau i el Santa Maria han de treballar conjuntament, evitar duplicitats que provoquin malbaratament i buscar fórmules de cooperació, però no creiem en la participació ni en el trossejament de l'ICS, com seria aquesta anomena da fusió que, d'altra banda, veiem impossible tal com està formulada la nova llei de l'ICS.

Iniciativa per Catalunya-Verds




Creiem que l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital de Santa Maria han de formar un únic hospital, dotat de suficient autonomia de gestió i sense cap servei assistencial o de gestió duplicat. De fet, propugnem “l'aplicació, també als centres concertats, de les pautes d'acció sobre fusions d'entitats sanitàries previstes en el pla de racionalització aprovat pel Govern l'1 de juny de 2010, als efectes de reducció del nombre d'entitats membres del Sistema Nacional de Salut, així com una exigència de fusió de serveis administratius, de compres i logística, generals i informàtics, dels centres concertats que disposin de més d'un 80% de

CiU preveu un tractament fiscal favorable, en forma de desgravació, per la subscripció de pòlisses d'assegurament privat d'assistència sanitària

finançament públic”.

“Per a una diferenciació clara entre els centres amb control demogràfic i contractualment compromesos amb l'equitat i sostenibilitat del sistema i aquells altres concertats, no compromesos o simplement amb ànim de lucre i que, per tant, tenen interessos en què es prestin serveis innecessaris o injustificadament més cars i, al mateix temps, deixar fora del Sistema Nacional de Salut de Catalunya empreses privades amb ànim de lucre, encara que podran ser contractades excepcionalment per serveis complementaris o molt especialitzats (no d'internament ni d'Atenció Primària) i per períodes d'una durada que no podrà ser superior ni prorrogable als dos anys.”

Partit Popular

 Pel que fa a les fusions de centres hospitalaris, han d'estar basades en l'assoliment de la màxima eficiència i integritat en els processos dels diferents àmbits assistencials.

En tot procés de fusió les polítiques de recursos humans han de ser curoses i tenir en compte que els professionals de la sanitat són un dels principals actius de la sanitat pública catalana.

Pel que fa a una fusió de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital Santa Maria, el nostre partit hi està d'acord, ja que seria una manera d'optimitzar recursos. Proposem que les proves, intervencions quirúrgiques, etc. no s'hagin de fer per duplicat, sinó que els processos comencin en un centre i, si s'escau, finalitzin a l'altre, però que en cap cas s'hagin de duplicar les actuacions.

Política de concerts amb els centres privats

Per tal de tractar la sostenibilitat i la qualitat de la sanitat pública catalana, cal tenir en compte la necessària col·laboració i coordinació amb la sanitat privada, ja que no es pot oblidar que un de cada quatre catalans ha contractat una mútua privada de salut, fet que suposa una important descongestió de la sanitat pública. No obstant això, pensem que la concertació de serveis permet optimitzar tots els recursos assistencials.

Les característiques que conformen el model de sanitat pública a Catalunya, com són la diversitat de proveïdors, siguin o no de titularitat pública, i la separació de funcions, d'una banda finançament, planifi-

Els populars pensen que la concertació de serveis permet optimitzar tots els recursos assistencials

ció i compra de serveis, i d'altra banda, la provisió dels serveis, han permès la integració en una sola xarxa d'utilització pública (XHUP) que engloba tots el recursos sanitaris, com per exemple, les mútues, les fundacions o ordes religioses que anteriorment ja es dedicaven a la sanitat.

Per tant, creiem que és un bon model i, en qualsevol cas, si alguna cosa qüestionem no és el model, sinó la gestió que han dut a terme els dos governs tripartits.

Partit Socialista de Catalunya

 Referent a la vostra pregunta sobre fusió dels dos hospitals públics de Lleida, els socialistes sempre hem defensat que les dues empreses públiques de Lleida, gestores de l'Hospital Arnau de Vilanova-ICS i de l'Hospital de Santa Maria-GSS, han de treballar juntes en un consorci d'àmbit territorial, al qual s'associïn, a més, altres centres hospitalaris del Pirineu com l'hospital de Tremp, que començarà a ser gestionat per GSS el gener del 2011. Abans hem comentat que el pressupost ha de ser territorial, perquè també ho és la prestació de serveis. Per aquest motiu, continuaran defensant les mesures que faciliten aquest acord: el consorci de Lleida ha de tenir un únic NIF i un únic consell d'administració que representi el conjunt del territori. Aquest tema comportarà, probablement, modificar la Llei de l'ICS, un canvi que proposem.

Pel que fa als concerts amb altres centres, creiem que són útils per fer sostenibles tant els centres actuals públics com els privats, bo i assenyalant que aquests últims realitzen

Per C's s'imposa un pacte global amb la participació de tots els agents implicats en l'àmbit de la salut

menys del 15% de l'activitat. Però també proposem fórmules consorcials per als tres centres privats que hi ha a la ciutat de Lleida. Si es construeix un nou centre privat, convé que s'hi concentri la màxima activitat privada, sigui d'una o altra mútua. Les propietats actuals (Aliança, Adeslas i Asisa) caldrà que concertin serveis per fer més sostenibles els seus centres.

Finalment, quin model de sistema sanitari proposen a Catalunya?

BUTLLETÍ MÈDIC ha demanat conecreixi respecte a les mesures de regulació d'ús i abús dels serveis sanitaris, la formació i el desenvolupament professional dels metges i el copagament.



Ciudadans



En este punto, tras exponer los problemas de nuestro sistema sanitario, sería el momento de presentar nuestras propuestas para su solución. Como corresponde a todo partido político con aspiraciones a influir en la sociedad, tenemos diseñada toda una serie de actuaciones. Algunas, hemos de confesarlo, no son realmente novedosas. Sus recetas son conocidas y, con diversos matices, ya han figurado en otros programas electorales pero, lamentablemente, los sucesivos gobiernos han incumplido sus promesas de forma sistemática, con lo que hemos llegado a un punto de inflexión en el que se impone abrir los ojos a la cruda realidad. A medio plazo, el sistema sanitario público no es viable, ni sostenible, en las condiciones actuales. La aplicación de parches, curas paliativas, remedios tópicos o tratamientos sintomáticos sólo conseguiría alar-

ERC creu que és necessari oferir transparència en la contractació dels professionals de tots els àmbits i en els mèrits dels nomenaments dels càrrecs de gestió

gar su agonía y provocar que cualquier solución futura sea todavía más traumática.

Con independencia de las actuaciones necesarias para solventar situaciones urgentes, si deseamos garantizar, a largo plazo, un sistema sanitario público de calidad y con cobertura universal, necesitamos su reformulación en profundidad. Se impone un pacto global con la participación de todos los agentes implicados: partidos políticos, agentes sociales, organizaciones profesionales, titulares de los centros sanitarios y asociaciones de enfermos.

Pero para que este pacto tenga posibilidades de conseguir sus objetivos ha de sustentarse en dos

pilares básicos. En primer lugar, ningún tema debe ser tabú. La adecuación de las carteras de servicios a la realidad actual, las ventajas e inconvenientes del copago de algunas prestaciones, la mejora de la productividad de los profesionales o la devolución de competencias al gobierno central en busca de una mayor eficacia y eficiencia son algunos de los puntos que deben valorarse sin prejuicios ni corsés previos.

En relación con el copago sanitario, consideramos que con las medidas de ahorro y aumento de ingresos que proponemos se garantizan la continuidad y calidad del sistema sanitario de Cataluña y del resto de España sin necesidad de recurrir al copago. En todo caso, únicamente aceptaríamos una modalidad que no perjudicara a las personas con menos recursos, ya que de ningún modo puede la menor capacidad económica convertirse en una barrera o un obstáculo que suponga un impedimento o un retraso en el uso de los servicios sanitarios que se necesiten.

En segundo lugar, debe realizarse un debate sereno y ajeno a intereses partidarios. Los protagonistas del diseño, desarrollo y control del futuro pacto deben ser profesionales de reconocido prestigio, alejados de intereses políticos o ideológicos. Los partidos políticos debemos limitarnos a impulsar y colaborar en su ejecución, ya que, si deseamos que el futuro pacto tenga verdaderas opciones de estabilidad, no puede estar sujeto a intereses políticos subordinados a las expectativas electorales de cada momento.

En Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía seguimos apostando por una sanidad pública de calidad, viable y sostenible. Las actuaciones orientadas a su consecución tendrán nuestro apoyo. Que no esperen nuestra aquiescencia para actuaciones cosméticas. Nuestro compromiso es claro y sabremos mantenerlo.

Convergència i Unió es compromet a racionalitzar la quantitat de personal dedicat a la gestió donant tot el protagonisme i recursos als treballadors assistencials

Convergència i Unió



La salut i l'atenció sanitària són dos elements essencials per a la cohesió i el benestar d'una societat, que s'han de mantenir i potenciar. Des de Convergència i Unió continuem creient com a valors preferents del sistema de salut en la universalitat, l'accés a una assistència de qualitat, l'equitat i la solidaritat.

Apostem, doncs, per un sistema integral de qualitat que prevegi el tractament de la malaltia, però que inclogui també la prevenció, la promoció de la salut i d'hàbits saludables, la rehabilitació, l'assistència i la recerca. Un sistema més àgil en què les noves formes de gestió i més col·laboració entre el sector públic i privat hi tinguin cabuda.

La demarcació de Lleida, per la seva dimensió i estructura poblacional, permet que es pugui abordar una dimensió social i ètica de la salut, alhora que es facilita la responsabilitat social.

Cal millorar la gestió amb l'objectiu d'obtenir més qualitat en els serveis de salut. No es poden retallar ni prestacions ni qualitat. Per tant, la millora de l'eficiència es fa imprescindible per obtenir uns resultats millors amb els mateixos recursos.

Reforçarem la separació de funcions entre el govern del sistema i la seva gestió.

Durem a terme accions per conscienciar la ciutadania en la millor utilització dels serveis sanitaris, com ara l'ús de les urgències, la freqüentació o els ingressos hospitalaris. En aquesta tasca, els professionals dedicats a la salut pública seran una eina bàsica.

Racionalitzarem la quantitat de personal dedicat a la gestió i donarem tot el protagonisme i el màxim de recursos als que treballen en l'assistència.

Promourem fórmules d'autogestió en la prestació de serveis sanitaris de titularitat pública.

Per Convergència i Unió són els professionals que treballen en l'àmbit de la salut els que fan possible que el sistema públic tingui un alt i reconegut nivell de qualitat. Per tal de mantenir el seu lideratge impul-

sarem les mesures següents:

Més participació dels professionals

Potenciarem el Consell de la Profesió Mèdica com a òrgan de participació, consulta i recerca de consens en el desenvolupament de les polítiques adreçades al col·lectiu mèdic.

Promourem mecanismes efectius per tal que els professionals participin en la presa de decisions i gestió a les organitzacions sanitàries integrades, a l'Atenció Primària i als hospitals.

Revisarem i desenvoluparem, d'acord amb els metges, infermeres i personal sanitari, les iniciatives incloses al Llibre Blanc de les Professions Sanitàries.

Reconeixerem la figura del professional sènior i de les aportacions que pot fer al sistema.

Promourem i potenciarem l'autonomia professional en institucions com l'ICS. Donarem un nou impuls a la creació i implantació de serveis gestionats per entitats de base associativa (EBA).

Millor formació per als professionals

Promourem la formació continuada de qualitat dels professionals, així com l'intercanvi de coneixements entre els professionals de la salut amb estades de formació a l'estranger.

Reformarem, d'acord amb les competències del nou Estatut, la formació de pregrau de medicina i de les diverses especialitats mèdiques i d'infermeria, tant quantitativament com qualitativament, per tal d'adaptar-les a les noves necessitats.

Es prioritzarà la docència en l'àmbit hospitalari de pregrau i postgrau amb fórmules de col·laboració amb l'Atenció Primària, així com la recerca en centres hospitalaris mitjançant la creació de fundacions i la seva col·laboració amb universitats i empreses del sector.

Sol·licitarem el traspàs a la Generalitat del programa de formació postgraduada d'especialistes (MIR i d'altres especialitats sanitàries) per tal d'ajustar la seva gestió a la realitat operativa amb especial

incidència en el nombre de places convocades i en la qualitat de la formació potenciant l'estímul a tutors i residents.

Exigirem controls de qualitat en la regularització i convalidació de les titulacions de medicina dels professionals formats fora de l'Estat.

Garantirem que l'oferta de places de medicina a les universitats catalanes doni resposta a la demanda i a les necessitats de la població catalana, i impulsar, si s'escau, mesures que evitin l'actual situació d'existència de molts sol·licitants d'estudis de medicina sense plaça i de creixement constant d'estudiants d'altres països i zones de l'Estat a les facultats catalanes.

Suport a l'activitat i a la recerca dels professionals

Promourem els mecanismes d'acreditació i recertificació dels professionals sanitaris.

Impulsarem un nou sistema de motivació i incentivació professional segons objectius i esforç relatiu.

Establirem mecanismes per tal de lluitar contra la síndrome d'esgotament professional, les agressions i actituds de pressió sobre els professionals.

Potenciarem el paper dels professionals de la infermeria tant en l'àmbit hospitalari com en l'Atenció Primària de salut, amb especial èmfasi en les tasques de prevenció de la malaltia, protecció de la salut i en l'atenció domiciliària. Recuperarem per a les infermeres els llocs de presa de decisió en l'estructura sanitària catalana. Reduirem el dèficit de places en les facultats d'infermeria pública.

Esquerra Republicana



Sistema Nacional de Salut (SNS):

- Basat en els principis d'equitat i universalitat de l'assistència sanitària per tal que les prestacions sanitàries siguin accessibles a tota la ciutadania.

- Nascut a partir d'un pacte nacional de salut.

- Aquest nou SNS ha d'implantar una nova organització del sistema i del funcionament del model sanitari, amb un engranatge més integrat i resolutiu per poder donar una millor resposta.

- Cal que sigui transparent en el seu funcionament per a tots els nivells i en tots els nivells:

- Transparència en la gestió dels recursos esmerçats en la sanitat pública.

- La sanitat pública i la sanitat privada han de col·laborar i relacionar-se amb total transparència.

- Transparència en l'assignació i la despesa que es realitza en les partides per a les proves intermèdies diagnòstiques i del transport sanitari, i en la contractació d'empreses i serveis externs.

- Transparència en la contractació dels professionals de tots els àmbits i en els mèrits dels nomenaments dels càrrecs de gestió.

- Transparència en les llistes d'espera, cosa que permetrà que els ciutadans i els professionals coneguin les dades actualitzades i l'espera real en cada prova diagnòstica, en les visites als especialistes i en les intervencions quirúrgiques.

- Creació de l'Agència de la Qualitat i d'Informació del Sistema de Salut, que entre altres funcions sigui un registre públic actualitzat dels contractes i centres assistencials amb finançament públic per tal de garantir la transparència en la contractació de serveis.

- Foment de l'equitat territorial a partir de la descentralització i la definició de xarxes d'atenció coordinades. El SNS arriba a tot el territori.

- Treballarem perquè el personal d'infermeria col·labori d'una manera molt més activa en la realització de proves diagnòstiques, i alliberar així hores de metge per poder diagnosticar i planificar tractaments, així com en el seguiment del pacient crònic, que donarà al metge un caràcter de consultor i, per tant, li permetrà optimitzar la seva formació i experiència.

- Els ciutadans i ciutadanes com a subjectes informats coresponsables en la seva salut i en la correcta utilització dels recursos sanitaris.

- Caldrà instaurar mesures de moderació de la demanda que no afectin l'equitat d'accés als serveis sanitaris públics.

- Un sistema que donarà resposta a l'evolució dels requeriments dels ciutadans i de la societat, i discriminarà els diferents tipus de necessitats segons les seves respectives complexitats:

1. El progressiu envelliment i les seves conseqüències pel que fa a l'increment de la pluripatologia i l'augment de la cronicitat.

2. Abordatge en l'àmbit de la infància i de l'adolescència dels temes específics assistencials i preventius.

Esquerra vol crear l'Àgència de la Qualitat i d'Informació del Sistema de Salut, que serà un registre públic de contractes i centres assistencials

3. Atenció a les necessitats dels nouvinguts, dels quals es considerarà la diversitat cultural que s'expressa en la diversitat de valors i necessitats.

4. Introducció de noves estratègies en el capítol de l'usuari i aplicar plans de formació i competència (a l'estil del Regne Unit en el que es denomina "pacient expert").

- El SNS fomentarà que els professionals puguin accedir a una retribució digna, a una única carrera professional dins del sistema públic i a una formació continuada de qualitat.

- Potenciarà la participació ciutadana a través dels consells de salut.

- El SNS és solidari en l'àmbit internacional, ja que ajuda a la formació dels professionals de salut dels països en vies de desenvolupament perquè exerceixin al seu territori en les millors condicions i s'estableixin relacions bilaterals d'informació i coneixements que beneficiaran les dues parts.

- Fomentarà el camp de la cooperació en salut internacional, i reordenarà l'oferta sorgida dels mateixos professionals sanitaris i de la societat civil, motiu pel qual és cabdal la coordinació entre tots els organismes involucrats.

Iniciativa per Catalunya



Pel que fa al rol del metge com a puntal del sistema sanitari, i per a un ús adequat dels serveis, les nostres propostes són:

- "Creació del Consell de Participació en el Sistema Nacional de Salut de Catalunya dels professionals assistencials, proporcional per territoris i àmbits."

- "Potenciació efectiva de l'Atenció Primària i la Salut Comunitària, del protagonisme dels seus profes-

nals per la relació amb la ciutadania i de l'ús intel·ligent dels sistemes i tecnologies de la informació, que són els tres instruments clau per a una resposta a les demandes de serveis orientada a la cohesió, l'equitat i la sostenibilitat del sistema i no pas una resposta basada en el mercat, és a dir, les respostes que es basen en la informació interessada i en el copagament."

"Revisió del desplegament del Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària, segons el qual s'adequaran els recursos sanitaris i s'hi oferirà una atenció integrada als pacients que tinguin en compte la relació amb altres serveis sanitaris i socials."

"A cada territori de salut un o una responsable de la coordinació de tots els equips d'Atenció Primària (EAP) del territori, elegit per aquests, responsable de les relacions amb les associacions de malalts i entitats cíviques. En cada regió sanitària un òrgan col·legiat integrat per aquests coordinadors i directius del CatSalut per potenciar el paper de l'Atenció Primària i la seva capacitat de vertebració del sistema."

"Creació dins de l'ICS o del CatSalut d'un òrgan de suport, promoció i generació de sinergies entre tots els centres d'Atenció Primària de Catalunya."

"Democratització efectiva dels òrgans de representació dels centres sanitaris: representació proporcional al pes dels professionals sanitaris, no dels seus gerents."

"Potenciació de les relacions personalitzades: desburocratització, telèfon, missatges personals, paper de psicòlegs i assistents socials; compliment controlat del drets d'autonomia i de protecció de dades personals."

"Compromís del Parlament d'incrementos futurs de les retribucions dels professionals assistencials per equiparar-los als de la UE-15, que tingui present factors de poder de compra." Voldríem assenyalar que si hem preferit parlar d'aquest compromís en lloc del compromís d'elevat el total del pressupost sanitari públic respecte al PIB és perquè creiem que centrant el compromís en les retribucions als professionals

assistencials ens centrem en l'aposta de futur més convenient pel sistema sanitari públic.

“Ampliació dels fons públics destinats a formació dels professionals sobre nous tractaments i en avenços tecnològics i organitzatius.”

Partit Popular

Des del PPC pensem que els centres sanitaris han de ser més propers als ciutadans i prestar una atenció sanitària integral que garanteixi la continuïtat del procés assistencial amb més coordinació entre els diferents àmbits assistencials.

Amb aquest objectiu dotarem els centres d'Atenció Primària de més capacitat resolutiva. Per això, cal incrementar els recursos humans i tecnològics, de manera que descongestionem els serveis d'urgències hospitalàries. Cal establir polítiques consensuades amb els professionals de la sanitat per adequar els horaris a la realitat ciutadana.

Els professionals de la sanitat han perdut reconeixement social i institucional, cosa que ha causat la seva insatisfacció professional i que ha deteriorat les relacions de feina.

Els metges han patit de manera molt directa les actuacions erràtiques del Departament de Salut, les quals han provocat la primera vaga de la sanitat pública catalana, manifestacions davant de les portes de l'Institut Català de la Salut (ICS) per l'ampliació dels horaris dels centres d'Assistència Primària (CAP) o l'aprovació per part del Govern de dos decrets que han estat anul·lats pels tribunals de justícia, concretament, el decret que determina la integració dels professionals coneguts com a contingent i zona i el que estableix les jubilacions forçoses dels metges als 65 anys. Aquest últim decret ha suposat que al voltant de 700 metges, molts d'ells d'especialitats deficitàries, es jubilessin de manera obligada amb plenes facultats per seguir exercint.

És obvi que aquesta decisió ha suposat un cost econòmic per al Departament de Salut i, per tant, per als catalans, a banda d'allò que és més important: la pèrdua de coneixement i experiència.

Davant d'aquest escenari cal dignificar els professionals de la sanitat, han de recuperar l'autoritat i la confiança en el sistema. Algunes de les mesures que caldria posar en marxa són:

- Establir mecanismes per aconseguir més implicació en la presa de

Els populars proposen, en lloc del copagament, una millora en la gestió i el control de la despesa

decisions per incrementar el rendiment i l'eficiència dels centres sanitaris mitjançant la gestió clínica.

- Fomentar el treball en equip i la col·laboració entre els diferents professionals de la sanitat, així com entre els àmbits assistencials d'Atenció Primària, especialitzada i sociosanitària.

- Establir un pla estratègic de recursos humans planificat d'acord amb les necessitats reals.

- Promoure la formació continuada dels professionals sanitaris en funció dels objectius de cada organització sanitària.

- Derogar de manera definitiva el decret que obliga a les jubilacions forçoses dels professionals que siguin plenament competents per fer la seva feina i així ho sol·liciti el metge afectat.

- Equiparar definitivament el salari dels professionals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública amb els professionals de l'ICS, aplicant les bases del model retributiu acordat pel Consell de la Profesió Mèdica de Catalunya, consell creat arran de la primera vaga que va patir la sanitat pública catalana

- Impulsar l'Observatori de la Profesió Sanitària com a referent del sector pel que fa al desenvolupament, planificació, ordenació i seguiment en totes aquelles qüestions que afecten els professionals de la sanitat i, per tant, també els usuaris de la sanitat catalana. Cal constituir una comissió específica dins de l'Observatori de la Profesió Sanitària que s'ocupi de la carrera professional i del seu desenvolupament.

El copagament dels serveis sanitaris

El copagament en els serveis sanitaris ja existeix en el copagament

dels medicaments, i no es tracta d'una competència autonòmica, el Govern de l'Estat és l'únic que pot modificar la llei. Una altra qüestió són les taxes creades per recaptar, si són competència autonòmica, amb l'excusa de “reordenar” el sistema i evitar “la hiperfreqüentació” de les visites mèdiques.

No estem d'acord a establir el copagament dels serveis sanitaris perquè allò realment necessari és racionalitzar la despesa, el seu control, gestionar amb la màxima eficàcia i eficiència.

Centrar els problemes de la sanitat pública en el copagament farmacèutic per part dels jubilats i pensionistes és un greu error, justament és la gent gran qui més necessita, en la majoria dels casos, aquesta assistència. A banda, es trencaria amb la gratuïtat, equitat i universalitat, bases de la sanitat pública espanyola.

La solució no passa per carregar en el ciutadà la mala gestió dels que governen.

Partit Socialista de Catalunya

Finalment, referent a les mesures per fer sostenible el sistema, som partidaris, com ja hem expressat

públicament, de regular la demanda en el marc del Consell Interterritorial amb l'objectiu de donar la mateixa cartera a tot arreu i a tothom.

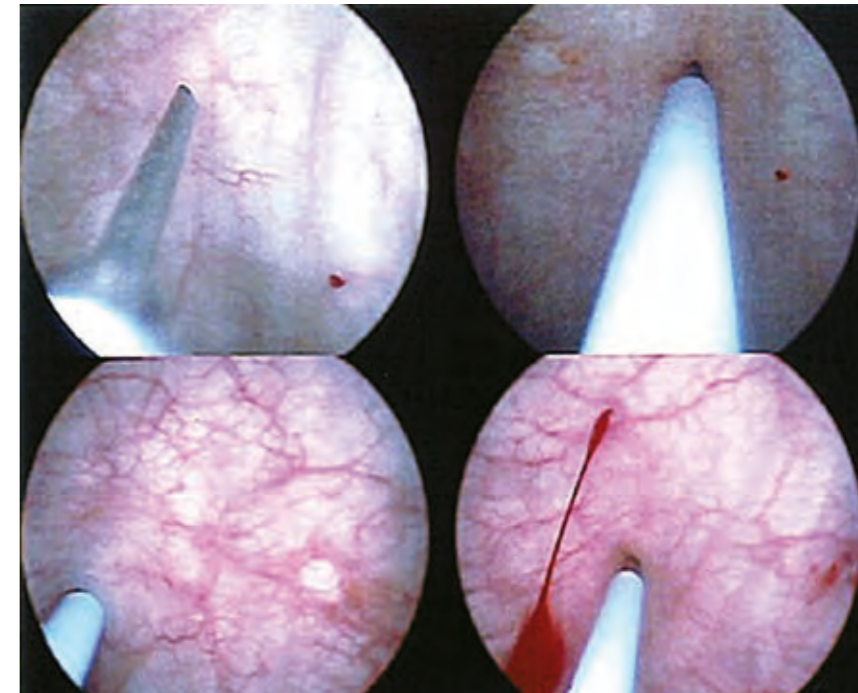
Som partidaris que aquelles actuacions d'abús que coneixem tots els professionals siguin regulades a fi de penar-ne el mal ús. El criteri per aplicar és reconduir als CAP l'assistència que no requereix serveis d'àmbit especialitzat o que utilitza, excessivament, els serveis d'urgència quan pot utilitzar la visita concertada. Gràcies a la història clínica única i informatitzada, podem analitzar aquest excés de demanda que pressiona les especialitats i les urgències.

Com es posa en marxa i quan? Reiterem que ha de ser una mesura que s'ha d'acordar en l'àmbit del consell que acull totes les comunitats autònomes que tenen les competències de l'atenció sanitària.

El Partit Socialista advoca per reconduir als CAP l'assistència que no requereix serveis especialitzats o la que utilitza urgències quan pot concertar visita

Toxina botulínica: una eina terapèutica en la urologia

La incontinència origina un problema higiènic o social i, en ocasions, redueix l'autoestima i la qualitat de vida



Injeccions intravesicals de toxina botulínica

La incontinència d'orina és la pèrdua involuntària d'orina objectivament demostrable que origina un problema social o higiènic i que en ocasions redueix l'autoestima i la qualitat de vida de la persona afectada¹. En funció dels símptomes que presenta el malalt, la podem dividir en tres grups:

- Incontinència urinària d'esforç.
- Incontinència urinària d'urgència.
- Incontinència urinària mixta (mescla de les dues anteriors)².

La incontinència urinària d'urgència sol estar causada per una hiperactivitat del detrusor (contraccions involuntàries del múscul de la bufeta urinària). La seva prevalença varia entre el 17-55% de la població, en funció de les sèries analitzades³, i s'ha demostrat que està associada a una important despesa tant a nivell sanitari com laboral (fins a 262 € anuals per persona afectada)⁴.

La causa d'aquesta hiperactivitat del detrusor pot ser idiopàtica, secundària a neuropatia diabètica i també és molt comuna entre pacients que presenten afeccions neurològiques com lesions medul·lars, mielomeningocele

o esclerosi múltiple, entre les més destacables. La incontinència d'orina en aquest grup de pacients amb trastorns neurològics, a més de reduir la qualitat de vida, pot ocasionar a llarg termini danys renals a causa de l'augment de

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**

la pressió intravesical.

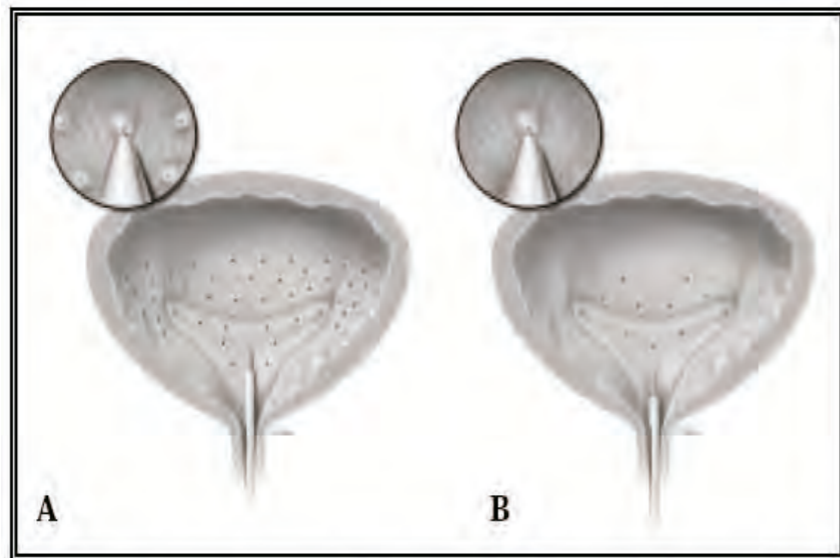
Enfront d'una incontinència urinària per hiperactivitat del detrusor, ens podem beneficiar dels esglaons terapèutics següents:

Tractament amb anticolinèrgics: és la primera opció terapèutica. Són fàrmacs que inhibeixen les contraccions involuntàries del detrusor. En alguns pacients tenen una eficàcia i una tolerància limitada, associada a alguns efectes secundaris com boca seca, constipació i visió borrosa, sobretot en els casos en què s'han d'administrar dosis més altes.

Injecció de toxina botulínica: la toxina botulínica és la toxina biològica més potent coneguda per a l'ésser humà. Actua inhibint l'alliberament d'acetilcolina a nivell de la unió colinèrgica presinàptica (placa motora) i ocasiona una relaxació de la musculatura estriada⁵. La utilització d'injeccions intravesicals de toxina botulínica es considera un tractament de segona línia en pacients amb hiperactivitat del detrusor que presenten intolerància o mala resposta als anticolinèrgics⁶. L'índex de resposta amb la toxina botulínica oscil·la entre el 65-94% segons les sèries i el seu efecte té una durada d'un màxim de nou mesos aproximadament, moment en què s'ha de repetir la injecció. Fins a dia d'avui no s'ha comprovat resistència a les injeccions repetides, per la qual cosa s'ha demostrat una bona resposta a aquestes⁷.

Altres: neuromodulació, ampliació vesical. Opcions terapèutiques que es deixen per fer de forma personalitzada en casos seleccionats.

La toxina botulínica es va començar a utilitzar en el camp de la urologia el 1999⁸. És un fàrmac d'ús compassiu en el marc d'aquesta especialitat, és a dir, encara està pendent d'aprovació per part de la FDA, però que, amb l'autorització adequada del pacient i del personal facultatiu, es pot administrar gràcies als bons resultats que se n'han demostrat. La indicació principal



A) Esquema de punts d'injecció de toxina botulínica a nivell del trigon i parets laterals de bufeta urinària.
B) Tècnica modificada d'injecció de toxina botulínica a nivell de trigon i base vesical (algun cas de bufeta hiperactiva idiopàtica).

La toxina botulínica és un fàrmac d'ús compassiu en aquesta especialitat

La indicació principal és el tractament de la hiperactivitat del detrusor

Fins a dia d'avui no s'ha comprovat resistència a injeccions repetides

de la toxina botulínica en la urologia és el tractament de la hiperactivitat del detrusor, però té altres aplicacions dintre d'aquesta especialitat en patologies com la dissinergia vesicoesfinteriana, la cistopatia intersticial (opció terapèutica de tercera línia) i la hiperplàsia benigna de pròstata (en estudi)⁹. A més, té indicacions ja establertes en altres àmbits de la medicina per al tractament de patologies com: estrabisme (ús aprovat per la FDA des del 1979) blefaroespasme (utilitzat des del 1982 i aprovat per la FDA set anys més tard), distonia cervical, hiperhidrosi axilar, retracció palpebral en context d'hipertiroidisme o per a la realització de lipoescultura¹⁰ i tractament d'arrugues facials¹¹ en cirurgia plàstica.

Dra. Mercè Pascual Queralt
Uròloga de l'Hospital Santa Maria de Lleida

Servei d'Alcoholisme i altres Toxicomanies: 25 anys de treball

Els antecedents

Als anys 70 es va iniciar el consum de drogues al nostre país. Principalment, l'heroïna és la substància que va provocar més malestar i inquietud. Aquesta substància genera un important neguit social per la por al consumidor i, també, preocupació d'ordre públic, ja que es relaciona massa sovint el consum amb la delinqüència. També provoca un gran desconcert i dolor entre les famílies que pateixen el problema, tant als pares i mares que es troben desorientats i incapaces de trobar respostes adequades a un problema que els ve de nou, com als joves consumidors mateixos, que es troben atrapats en un món aparentment feliç en els seus inicis, però malauradament tràgic per les seves conseqüències finals. Aquesta situació també va provocar una gran desorientació entre els professionals sanitaris i socials, que van haver de fer front a una circumstància que no s'aprèn ni s'ensenya en els diferents plans d'estudis. Això comporta avançar de

manera lenta i indecisa i aprendre del pacient mateix, amb encerts i errades.

A Lleida no hi havia recursos específics per atendre els problemes d'addicció a l'heroïna, excepte en algunes clíniques privades. L'Associació Lleidatana d'Ajut al Toxicòman (ALLAT) va aparèixer als anys 80 i estava formada per un grup de pares motivats i interessats a trobar una sortida al problema dels seus fills i filles. La seva funció era, bàsicament, derivar els casos a la comunitat terapèutica, especialment al Patriarca, una associació que va desaparèixer amb el temps i que en aquells moments oferia un servei de distància, mentre cap institució s'havia implicat encara a resoldre aquest problema.

L'Àrea de Serveis Socials de la Diputació de Lleida va crear el 1985 la Unitat de Toxicomanies dins l'Hospital Provincial de Santa Maria per paliar la manca de recursos assistencials públics, professionals i amb criteris terapèutics.

En els primers temps de funcionament del ja constituït Servei d'Alcoholisme i altres Toxi-

comanies, la pressió era gran. D'una banda, els pacients hi acudien amb unes problemàtiques difícils d'atendre i, de l'altra, els pares i mares es mostraven molt exigents. I això sense comptar la manca d'experiència i de no motivació, del reduït grup de professionals del Servei. L'experiència, la documentació específica, les evidències científiques i la mateixa experiència professional sobre les drogues, els seus efectes i la seva terapèutica no tenen res a veure amb el que avui en dia sabem i tenim. Els tractaments es basaven en l'alta exigència, és a dir, en una abstinència total i absoluta. La majoria de vegades això implicava una baixa adherència o retenció dels tractaments. Era el moment també de l'aparició de l'epidèmia del VIH. Des del 1981 fins al 2004 els pacients afectats per aquesta patologia representaven el 55% del col·lectiu toxicòman. Tanmateix, el canvi més dràstic es va produir quan els professionals dels centres de tractament de les drogodependències vam haver de cedir en aquests objectius tan estrictes envers uns de més generalistes, basats a aconseguir uns mínims de salut i adherència. Calia que el pacient drogodependent, poc acostumat a preocupar-se per la seva salut física i mental, trobés en els serveis de tractament un espai on això fos possible. El criteri prioritari i únic ja no era l'abstinència, sinó un de més proper al pacient: apropar-lo a la xarxa assistencial al marge del seu consum.

En aquest moment, els tractaments de manteniment amb metadona (PMM) van mostrar la seva efectivitat, malgrat el rebuig social inicial i dels professionals mèdics.]]



BIBLIOGRAFIA

1 Martínez Agulló E. Terminología de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol (Esp)* 2005; 29 (1): 5-7.
2 P. Abrams, K.E. Andersson, L. Birder. Evaluación y tratamiento de la incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos e incontinencia fecal. *Guía ICI* 2009.
3 Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence *Obstet*

Gynecol. 2001 Sep; 98 (3): 398-406.
4 Irwin DE, Mungapen L, Milsom I, Kopp Z, Reeves P, Kelleher C. The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries. *BJU Int.* 2009; 103: 202-9.
5 Montecucco C, Schiavo G. Structure and function of tetanus and botulinum neurotoxins. *Q Rev Biophys* 1995; 28: 423-72.
6 Karsenty G, Denys P, Amarengo G.

Botulinum toxin A (BotoxW) intradetrusor injections in adults with neurogenic detrusor overactivity/neurogenic. *Overactive bladder: a systematic literature review. European Urology* 53 2008; 275-287.
7 Corcos J, Schurch B. Use of botulinum toxin in overactive bladder. *European Urology supplements* 5 2006; 667-669.
8 Stohrer M, Schurch B, Kramer G. Botulinum A toxin

in the treatment of detrusor hyperreflexia in spinal cord injury. A new alternative to medical and surgical procedures? *Neurourol Urodyn* 1999; 18: 401-2.
9 De Miguel F, Chancellor MB. Experiencia de Pittsburgh con la toxina botulínica A inyectable. *Actas Urol (Esp)* 2006; 30 (3): 310-314. Pelin Kaynak-Hekimhan. Noncosmetic periocular therapeutic applications of botulinum toxin. *Middle East Afr*

J Ophthalmol 2010 Apr-Jun; 17 (2): 113-120.
10 Chichery A, Mojallal A, Voulliaume D. Contributions and results of liposuction and rejuvenation of frontal anatomical unit. *Ann Chir Plast Esthet.* 2009 Apr; 54 (2): 93-102. Epub 2008 Nov 29.
11 Gassia V, Michaud T. Injection techniques for the upper part of the face: forehead and periocular region.

» Semblava que només els pacients, les seves famílies i els professionals de primera línia entenen la filosofia de la següent estratègia útil: "Deixa de consumir en condicions d'elevat risc, nosaltres et facilitem la substància (medicament) mentre en parlem, què et sembla?" Els professionals dels centres de tractament de les addiccions vam haver de fer un enorme esforç per entendre aquesta nova dinàmica. Havíem de prioritzar la qualitat a la quantitat. El temps ens ha donat la raó: els programes de disminució de danys, la disminució de la mortalitat per VIH, l'elevada retenció de pacients, l'aparició d'altres programes de manteniment i de qualitat de vida i, especialment, la pèrdua d'interès social i sanitari per considerar el fenomen de la toxicomania com l'origen de tots els mals del món.

No centrar-se en la substància, sinó especialment en l'individu, va facilitar també l'interès en aspectes com l'entrevista motivacional, la dinàmica familiar o sistèmica en el drogodependent, el fenomen de la comorbiditat, etc. Apareixen altres punts de vista i maneres d'entendre aquest fenomen tan complex: la toxicomania era un problema o esdevenia la solució amb què el consumidor resolva els seus problemes?

A finals dels anys 90 i principis del 2000 s'observen més canvis. Així, va

L'Associació Lleidatana d'Ajut al Toxicòman va aparèixer als anys 80

Els tractaments es basaven en l'alta exigència, és a dir, en l'abstinència total

El repte continua sent l'apropament al pacient més enllà del símptoma

disminuir la demanda d'inicis de tractament d'heroïna. Les causes poden ser diverses: la mala imatge aconseguida per la substància i els consumidors, la pròpia experiència dels efectes, el ràpid deteriorament dels consumidors, l'aparició d'altres substàncies aparentment més netes i efectes més estimulants i perturbadors, enlloc de depressius com els opiacis, etc. En aquest sentit, drogues com l'èxtasi i la cocaïna van

tenir un camp abonat per a la seva expansió i difusió. El fenomen de les drogodependències és constituït per un entramat de xarxes amb components biològics, psicològics i socials. A més, el moment econòmic i social del país acompanyava. Els 90 eren anys de creixement, d'efecte ràpid i de disponibilitat més fàcil. Les drogues també han seguit sempre els cicles humans.

Els nous reptes

Malauradament, les drogues mai no desapareixeran. Amb els anys coneixem substàncies noves, noves maneres de prendre'n, de fugir, de celebrar i guarir. La indústria farmacològica descobrirà nous fàrmacs agonistes i antagonistes. Bloquejadors, recaptadors i inhibidors. Els abordatges psicològics oferiran noves perspectives i maneres d'entendre i atendre aquesta situació tan complexa. Les noves metodologies científiques oferiran nous paradigmes, models i corbes de regressió per explicar el perquè i el com de tot plegat.

En un moment determinat només quedaran el professional i el pacient sols, cara a cara, de ben segur amb perspectives diferents i experiències vitals oposades. Aquest continua essent, encara, el veritable repte: l'apropament al pacient més enllà del símptoma. Per això, fan falta elevades dosis de motivació, inquietud i llibertat.

Dr. Francesc Abella Pons
Psicòleg
Teresa Garriga Ramon
Infermera

Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències (CASD) de l'Hospital Santa Maria de Lleida



El hallux valgus

El hallux valgus (HV) es la deformidad más frecuente del pie y del aparato locomotor en el adulto, y presenta un claro predominio a favor del sexo femenino. El HV es la desviación lateral (valgo) del dedo gordo (*hallux*) que ocasiona una subluxación articular y deja al descubierto la porción medial de la cabeza del metatarsiano, que se hipertrofia apareciendo la llamada exostosis (*bunion*) que protuye debajo de la piel y que, con el roce del calzado, ocasiona cambios locales en forma de *bursa* (higroma), que puede inflamarse (bursitis).

El HV también es conocido vulgarmente como *juanete*, aunque no son sinónimos. El HV es la deformidad que aparece en la primera articulación metatarsofalángica del pie y que se caracteriza por la desviación lateral del primer dedo.

El *juanete* o *bunion* hace referencia a la protusión subcutánea de la cabeza hipertrofiada del primer metatarsiano. Suelen darse ambos a la vez, pero pueden verse por separado. En francés, el término es *oignon*; en inglés, *bunion*; y en catalán, *galindó*.

La etiología del HV es multifactorial, pero existen unas causas intrínsecas y extrínsecas que contribuyen a la formación del HV. Entre los factores intrínsecos, contamos con una fórmula *index minus*, factores hereditarios, cabeza 1MT redondeada, articulación 1ª cuña-1 MT curvada, pasa elevado y suele asociarse a pie plano, rotación tibial externa, desaxaciones de pie y tobillo, hiperlaxitud, entre otros.

Entre los factores extrínsecos, nos encontramos con el más importante de todos ellos como es el calzado inadecuado. La forma congénita, que suele ser excepcional, aparece en la infancia.

No hay predominio de sexo y suelen existir alteraciones anatómicas en la cabeza del primer metatarsiano o en la base de la primera falange.

Las formas juveniles predominan en el sexo femenino con un pie egipcio. El grado de deformidad suele ser menor que en las formas adultas y la prominencia ósea o exostosis es menor, no suele aparecer bursitis y la pronación del primer dedo se ve en pocos casos. Suele existir un factor hereditario.

El HV es padecido por una de cada cinco mujeres en la edad adulta y suele darse alrededor de la etapa de la menopausia.

En los varones, la incidencia es de uno por cada diez mujeres. La incidencia de bilateralidad oscila entre el 60 y el 70%.

En las formas adultas, el uso de un

calzado inadecuado con un tacón alto y puntera estrecha suele ser el factor extrínseco desencadenante en un pie con una combinación de una fórmula digital egipcia y metatarsal tipo *index minus*. El HV es un tributo que paga la sociedad actual.

La exploración clínica preoperatoria es muy importante. No se operan ni radiografías ni pruebas complementarias, se operan pacientes.

Por este motivo, una buena anamnesis y una exploración exhaustiva son necesarias a la hora de tomar decisiones.

El estudio radiológico debe ser realizado de manera estándar. Se deben realizar en carga para que se acentúe con el soporte del peso el hallux valgus y se precisa una proyección dorsoplantar, una lateral y, opcionalmente, una axial de Roig-Puertas o de Walter-Müller para valorar las sobrecargas de los metatarsianos.

La goniometría nos permitirá la obtención de determinados valores numéricos angulares que debemos comparar con unos valores de referencia que cumplen los criterios de normalidad.

Ángulos de interés para la cirugía del HV

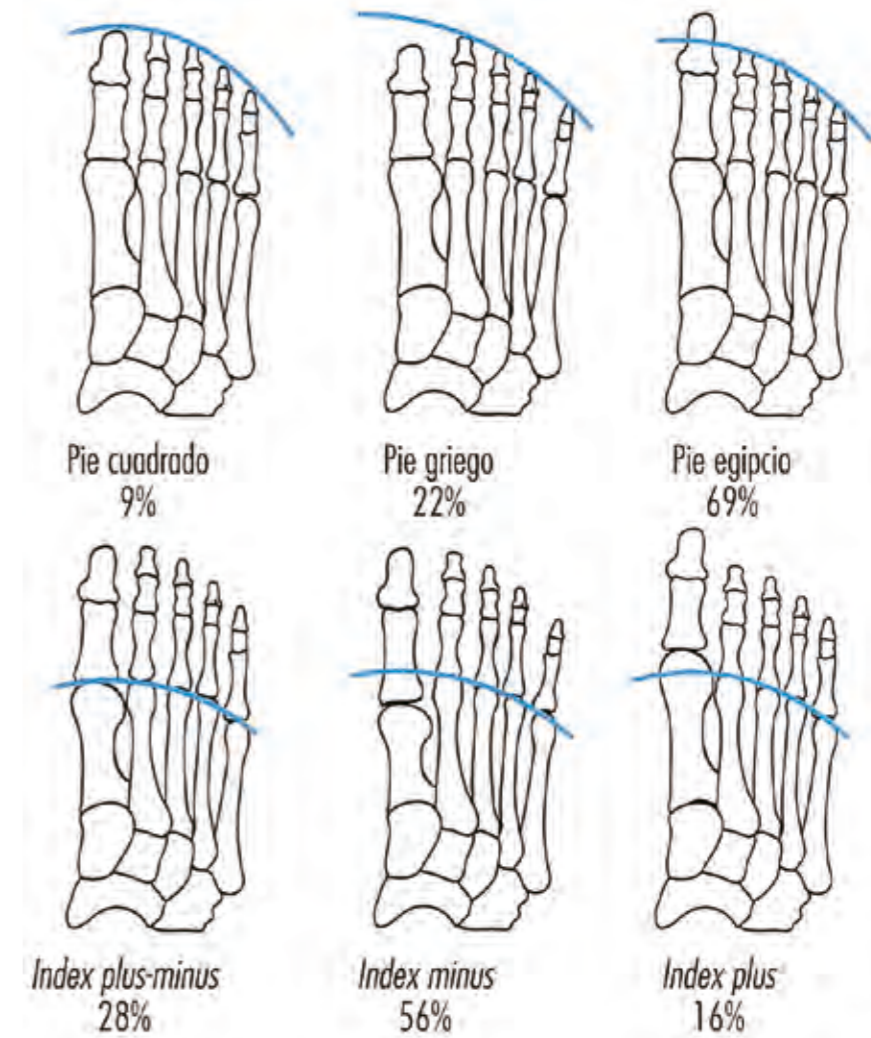


Figura 1. Arriba, la fórmula digital. Debajo, la fórmula metatarsal

- » hallux valgus:
 - Ángulo metatarsofalángico: v. n. < 15°.
 - Ángulo intermetatarsiano 1°-2°: v. n. < 10°.
 - PASA (*proximal articular sect angle*): v. n. < 9°.
 - DASA (*distal articular sect angle*): v. n. < 6°.

Índice de protusión metatarsiana. Es la fórmula metatarsal.

Atendiendo a los valores angulares podemos clasificar el HV en leve si el ángulo MTF es inferior a 20° y el ángulo 1MT-2MT es inferior a 15°; moderado si está entre 20° y 40°, y 15° y 20°; y severo si es superior a 40° y 20° respectivamente.

En el momento de planteamiento del tratamiento, se debe valorar la edad, las tareas profesionales del paciente, las actividades deportivas y de ocio, los requerimientos físicos y adaptativos del pie, así como sus expectativas personales.

La indicación quirúrgica es el dolor, el aumento progresivo de la deformidad y la incapacidad. En la literatura especializada, existe consenso en que los motivos estéticos no son una indicación quirúrgica. Se puede transformar un pie feo, pero funcional y asintomático, en un pie bonito, pero

en base a la información recibida, proceda a firmar el consentimiento informado. Debemos tener presente que no existe intervención quirúrgica exenta de riesgos, vengan derivados de la técnica anestésica empleada, de la técnica quirúrgica realizada o por los antecedentes patológicos del paciente.

Entre ellas, cabe destacar la infección de la herida, las hipocorrecciones o hipercorrecciones, la no consolidación de las osteotomías, las fracturas óseas, la rigidez articular, el dolor y el edema residual, la patología cicatricial, etc.

En estas dos últimas décadas, los nuevos conceptos anatómicos y biomecánicos han experimentado un giro importante en la concepción del pie y en cómo tratarlo.

Se ha pasado de la excesivamente utilizada técnica de artroplastia de resección de Brandes-Keller, que se indicaba sin tener en cuenta ni la edad ni la actividad del paciente y que sacrificaba la base de la primera falange, a nuevas técnicas más anatómicas y funcionales que conservan la articulación.

Se han descrito más de 130 técnicas distintas para el tratamiento del HV. Los procedimientos quirúrgicos pue-

La indicación quirúrgica es el dolor, el aumento progresivo de la deformidad y la incapacidad

álgico e incapacitante. La dificultad para calzarse sería una indicación relativa de cirugía siempre que a criterio médico esté justificado.

Cuando hablamos del tratamiento a seguir, debemos tener presente que la primera opción terapéutica es la conservadora. Sólo cuando ésta falle optaremos por las medidas quirúrgicas.

El tratamiento conservador consiste en recomendar al paciente el uso de un calzado cómodo, de punta ancha y dorso flexible, suela dura y de tacón bajo que no debería sobrepasar los cinco centímetros.

Las órtesis plantares pueden aliviar el dolor en caso de metatarsalgia asociada, pero es poco eficaz para la corrección del HV. Los dispositivos correctores tanto diurnos como nocturnos, al igual que los separadores interdigitales de silicona, las cinchas metatarsales o los ejercicios posturales, son de escaso valor y han demostrado poca o nula eficacia.

Cuando se realiza la indicación quirúrgica por parte del facultativo, se procede a informar al paciente sobre los beneficios y posibles riesgos quirúrgicos de la técnica que se va a emplear a fin de que el paciente,

den efectuarse sobre partes blandas y sobre partes óseas realizándose habitualmente formas combinadas.

La satisfacción posoperatoria del paciente y las expectativas del cirujano dependen en gran medida de los criterios de selección del procedimiento a seguir. El cirujano no debe imponer una técnica, sino adaptar la más adecuada a la anatomía del paciente. La experiencia del cirujano marcará el tipo de técnica a emplear.

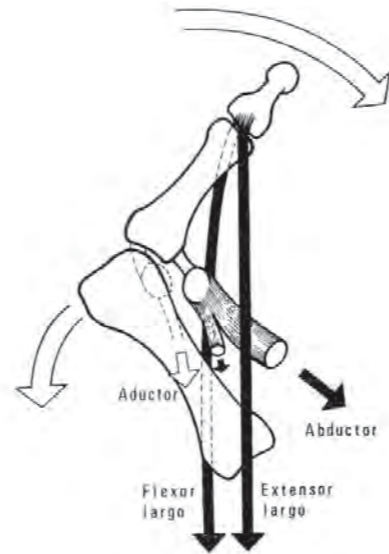
Los procedimientos sobre las partes blandas suelen ser la sección del tendón abductor del dedo gordo y la capsulorrafia medial o cerclaje fibroso (retensado de la cápsula medial). Sobre las partes óseas es común en todas ellas la exéresis de la prominencia ósea (exostectomía medial o bunionectomía) de la cabeza del primer metatarsiano, siendo opcionales según los casos las osteotomías proximales, distales o mixtas del primer metatarsiano y las osteotomías de la primera falange.

Otras opciones son la artroplastia de resección de la primera MTF (Brandes-Keller), que tiene unas indicaciones muy específicas, y la artrodesis de la primera MTF, que es excepcional.

Para pacientes de edad avanzada,



Arriba, figura 3. Caso 1, hallux valgus bilateral. Debajo, figura 2. Desequilibrio musculoligamentoso. A la derecha, figura 4. Caso 1, estudio Rx hallux valgus



sedentarios, con pocas demandas funcionales y cambios degenerativos artrósicos, sigue vigente la artroplastia de resección de Brandes-Keller, consistente en reseccionar la exostosis de la cabeza del metatarsiano y el tercio proximal de la primera falange. Hasta hace poco tiempo era una de las técnicas más utilizadas, pero en estas dos últimas décadas, a raíz de la aparición de nuevos conceptos biomecánicos, ha sido sustituida por técnicas que conservan la articulación metatarsofalángica sana.

La cirugía mínimamente invasiva (MIS, del inglés, *minimal incision surgery*) es un procedimiento quirúrgico, a través del que se realizan cirugías mayores sin necesidad de hacer incisiones amplias.

Se adaptan los procedimientos clásicos mediante pequeñas variaciones técnicas. La cirugía MIS es distinta a la cirugía percutánea.

La cirugía percutánea del pie se realiza a través de pequeños orificios de cinco milímetros y, utilizando instrumentos especiales, se obtienen los mismos beneficios terapéuticos que con las operaciones abiertas tradicionales. La visualización de los actos realizados se hace mediante control radiológico. También se la conoce como microcirugía o cirugía láser del antepié.

El término "láser" es totalmente erróneo, dado que no refleja la realidad de esta técnica. El láser no tiene uso en la cirugía del antepié y su aplicación en la medicina se centra en los campos de la dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y como fotocoagulación endoscópica, entre otras.

Se lleva a cabo mediante un sistema motorizado al que se acoplan las fresas de corte a una terminal de mano. Las fresas son de distintas formas y tamaños y son introducidas por pequeñas incisiones.

Su misión es realizar el limado del hueso en las exostosis y el corte en el hueso para la corrección de las deformidades. Las osteotomías se fijan de forma externa con un vendaje especialmente diseñado, con lo que se elimina la necesidad de colocación de material de síntesis (agujas, tornillos). Presenta las siguientes ventajas:

- Es un procedimiento rápido. El tiempo quirúrgico es de aproximadamente quince minutos. Se realiza de forma ambulatoria. No requiere ingreso.
- Se utiliza generalmente anestesia local o bloqueos.
- Evita grandes incisiones.
- Las cicatrices son mínimas.
- No requiere material de síntesis (clavos o tornillos) para fijar los fragmentos óseos.
- No necesita yeso, sólo se utilizan vendajes blandos.

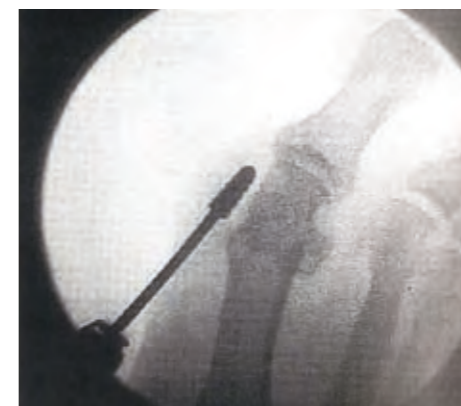
- El paciente puede caminar apoyando completamente el pie operado mediante el uso de una zapatilla especial y la deambulacion es inmediata.
 - Presenta menor dolor posquirurgico.
 - El tiempo de recuperacion es más precoz y tiene menor tasa de complicaciones.
 - El riesgo de infecciones es menor.
 - Los resultados son comparables a la cirugía abierta.
 - Permite una incorporacion rápida a la vida normal y al trabajo.
- Las desventajas son:
- No toda la patologia del pie y sus formas pueden ser operadas con esta técnica. Las indicaciones son muy precisas.
 - Esta técnica no es inocua.
 - Se dan casos de ruptura del material de corte, quemaduras cutaneas, infecciones y lesiones de

consistente en la administracion de antibioticos con el fin de disminuir las complicaciones inherentes al procedimiento quirurgico.

Una vez acabada la intervencion quirurgica, se procederá a la inmovilizacion posoperatoria del antepié, que puede ser mediante un vendaje blando o inmovilizacion con férula de yeso o yeso completo. Dependerá de si la intervencion ha sido sobre partes blandas, sobre partes óseas fijadas o no con tornillos o grapas o según la complejidad de la técnica.

Cuando la técnica quirurgica empleada permita la deambulacion en carga total o parcial, se recomienda el uso de una zapatilla de marcha específica para el posoperatorio, de suela dura y antideslizante, con un sistema de cierre tipo velcro y sin puntera, y que está diseñada de manera que permite ajustarse al vendaje.

Según el proceso quirurgico realiza-



A la izquierda y arriba, figura 5. Cirugía percutánea. Bunionectomía. A bajo a la izquierda, figura 6. Caso 2, control preoperatorio. A bajo a la derecha, figura 7. Caso 2, control postoperatorio

En la cirugía percutánea se introducen fresas de corte por pequeñas incisiones

partes blandas.

- Puede presentar complicaciones tardías como los retardos de consolidación y la movilidad de los fragmentos óseos.
- Con el tiempo puede reaparecer el hallux valgus.
- Los resultados son menos predecibles que los de las técnicas abiertas.

En la actualidad, los avances científicos en el campo de la anestesia nos permiten realizar actos quirurgicos con fácil control analgésico posoperatorio, que permiten una alta clínica inmediata y sin ingreso con importantes beneficios económicos para la sanidad, mayor comodidad para el cirujano, un alto grado de satisfacción por parte del paciente y una recuperacion funcional más rápida.

Con respecto a la conveniencia de intervenir la bilateralidad del hallux valgus en un mismo acto quirurgico, ésta va a depender de la complejidad de los trastornos anatómicos que tenemos que tratar.

Si sólo se precisa de gestos quirurgicos sencillos que no impliquen grandes inmovilizaciones ni gran pérdida de autonomia, se pueden intervenir los dos pies a la vez.

Una gran complejidad del acto a realizar y unos cuidados posoperatorios estrictos nos obligan a realizar intervenciones unipodales. Se realiza profilaxis antibiótica preoperatoria



do, la carga será inmediata o incluso se podrá salir del quirófano o del hospital andando o por lo contrario, se deberá evitar durante un tiempo prudencial. En la mayoría de los casos no se precisan ayudas para la deambulacion como pueden ser los bastones ingleses. Éstos sólo se utilizan en aquellos casos en los que no se permita la carga sobre el pie operado o cuando, por las características físicas del paciente, como la edad o sus antecedentes patológicos, lo requieran para mayor comodidad y seguridad.

Una vez el paciente es dado de alta y puede volver a calzarse con zapato normal, éste debe ser nuevo para evitar posibles deformidades antiguas que vicien la forma obtenida del antepié. La incorporacion al puesto de trabajo dependerá de la técnica empleada y sobre todo del requerimiento físico y funcional del profesiograma del paciente. Puede oscilar en trabajos sedentarios desde los diez días hasta los dos o tres meses en trabajos activos.

El ritmo del día a día nos obliga a cumplir con múltiples ocupaciones, a la vez que nos exige un rápido control de nuestra propia autonomia. La conducción del vehículo debemos retomarla pasadas seis semanas en el caso de cirugía del pie derecho, dado que la reacción del paciente al frenado y sus tiempos de respuesta transcurrido este tiempo se ha demostrado que son similares a los de antes de la intervencion.

Dr. Josep Maria Florista
Cap de la Unitat de Cirurgia del Peu de l'Hospital de Santa Maria

BIBLIOGRAFÍA:

- Progresos en Medicina y Cirugía del pie. Pasado, presente y futuro. Libro Conmemorativo de la Asociación Española de Medicina y Cirugía del pie; Espinar E [edit]. Salamanca, junio 2000.
- Actualizaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Actualizaciones SECOT 5. Editorial Masson.
- El pie. Monografías médico-quirurgicas del aparato locomotor. Editorial Masson.
- Clínica OsteoArticular. Hallux Valgus. Vol. IV, n.º 1/2001. Publicaciones Permanyer.
- Arthros. Recopilación artículos de revisión 2004 a 2007. Publicaciones Permanyer.
- Viladot Voegeli A, Viladot Pericé R. 20 lecciones sobre patologia del pie. Editorial Mayo.
- Viladot A, colabs. Quince lecciones sobre patologia del pie. Ediciones Toray.
- De Prado M, Ripoll PL, Golanó P. Cirugía percutánea del pie. Editorial Masson.

Nou circuit del pacient afectat per raquiàlgies cròniques

La raquiàlgia és un problema de salut important entre la població dels països industrialitzats, causa important de despesa mèdica, absentisme laboral i discapacitat. S'entén per raquiàlgia crònica aquella amb durada dels símptomes superior a les dotze setmanes. La prevalença total de lumbàlgia excedeix el 70% en el grup de població d'edat compresa entre els 35 i els 55 anys. D'altra banda, s'estima que entre un 10 i un 20% dels pacients evolucionen cap a la cronicitat.

En el tractament d'aquestes patologies intervenen el metge d'Atenció Primària i diversos especialistes com el reumatòleg, el traumatòleg, el metge rehabilitador i el fisioterapeuta. Al Servei de Rehabilitació de l'Hospital de Santa Maria, durant l'any 2009, s'hi van tractar 1.395 pacients que patien cervicàlgia i 1.284, lumbàlgia, que van realitzar 15.894 i 14.059 sessions de fisioteràpia respectivament.

El model assistencial vigent ha comportat duplictat de visites: freqüentment, pel mateix procés dolorós el pacient és visitat pel metge de Primària i diferents especialistes mèdics, fet que genera temps d'espera innecessari per, finalment, arribar al Servei de Rehabilitació on serà sotmès a un tractament de fisioteràpia. Les tècniques utilitzades a rehabilitació no compten amb una evidència científica suficient en l'eficàcia de curació com l'electroanalgèsia, per exemple l'estimulació elèctrica transcutània o TENS, o tècniques manuals com la massoteràpia. Aquestes últimes no estan recomanades com a tractament de primera elecció.

Tots aquests factors han creat la necessitat d'implementar un nou model assistencial per al tractament de les raquiàlgies cròniques amb l'objectiu de disminuir el temps de resolució d'aquestes patologies, evitar duplictat assistencial i proves complementàries, obtenir una coordinació i optimització tant dels recursos com de les tècniques terapèutiques existents i promoure l'educació per la salut

en aquest col·lectiu. Aquest procés comprèn la prevenció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de pacients amb àlgies vertebrals inespecífiques en Atenció Primària i atenció especialitzada: cervicàlgies i lumbàlgies.

Actualment, el Servei de Rehabilitació de l'Hospital de Santa Maria i Atenció Primària estem treballant per definir un nou model i establir les competències dels professionals implicats en la teràpia d'aquestes dolences, les proves diagnòstiques oportunes i uns criteris de derivació a les diferents especialitats.

Dins d'aquest marc es defineix un grup de raquiàlgies que seran tributàries de rehabilitació i que es derivaran directament d'Atenció Primària al servei de fisioteràpia.

El metge d'Atenció Primària realitzarà la història clínica, el diagnòstic, la informació al pacient, les proves diagnòstiques establertes i el tractament



Al Servei de Rehabilitació el pacient serà sotmès a un tractament de fisioteràpia



El model assistencial vigent ha comportat duplictat de visites: pel mateix procés dolorós el pacient és visitat pel metge de Primària i diferents especialistes

farmacològic. A més, prendrà mesures generals i farà la derivació del pacient al metge rehabilitador o al fisioterapeuta en funció dels criteris consensuats i definits en aquest model assistencial. Al servei de fisioteràpia es realitzaran dos tipus d'actuacions:

Tractament en grup: existeix un nivell d'evidència A. Consisteix en cinesiteràpia, higiene postural i educació sanitària amb l'objectiu d'ajudar el pacient a reincorporar-se a la seva activitat normal i reduir la incidència de recidives. És més eficaç que l'atenció habitual del metge de Primària.

Escola d'esquena: existeixen nivells d'evidència moderada. L'educació en àmbits ocupacionals sembla ser més efectiva en pacients amb lumbàlgia recurrent crònica que d'altres tractaments. Aquesta efectivitat es tradueix en una millora funcional i reintegració

laboral precoç.

Com a criteris d'exclusió d'aquest procés no s'inclouran els pacients menors de 18 anys, amb antecedents traumàtics, patologies específiques inflamatòries, tumorals o sistèmiques, radiculàlgia amb signes de dèficit neurològic o dolor radicular, antecedents de cirurgia de columna o mielopatia.

Es consideren signes d'alarma: edat del pacient menor de 18 anys, antecedents personals de neoplàsia maligna, pèrdua de pes inexplicable, immunodepressió, tractaments crònics amb corticoteràpia, malaltia inflamatòria o sistèmica greu, insuficiència vascular, mielopatia, deformitat vertebral congènita o adquirida, història de traumatisme significatiu, infecció urinària, presència de febre o signes d'afectació neurològica. Un cop finalitzada l'elaboració d'aquest model, es farà

extensiu als facultatius mitjançant accions formatives i difusió de protocols d'actuació.

Dra. Carme Campoy Guerrero
 Coordinadora del Servei de Rehabilitació de l'Hospital de Santa Maria de Lleida
Dra. Elena Hijós Bitrián
 Metgessa Rehabilitadora de l'Hospital de Santa Maria de Lleida
Dr. Luis Mambroña Girón
 Cap de Servei de l'Hospital de Santa Maria de Lleida

BIBLIOGRAFIA:

- De Castro Ortega M, Toribio Solás MP, Navarro Fernández FJ, Arroyo Morales M, Alamo Alamo E, Sánchez Bautista AB, Peñas Maldonado M, Castro Sánchez AM, Martín García V. Anàlisi del nivell de evidència científica en Fisioteràpia: dolor lumbar. A: Fisioteràpia, ISSN 0211-5638, vol. 24, n. 1; 2002. p. 10-13.
- López A, Blasco A. Cervicalgia aguda. Educació mèdica continuada en atenció primària. Jano 1999; 1312: 48-50.
- Martín R. Dolor originat a l'aparell locomotor. A: Manual d'abordatge del dolor a l'atenció primària. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. EdidE (Barcelona) 2006.
- Oliver M, Alemany X. Cervicalgia aguda. Una de las consultas más frecuentes en urgencias. Educació mèdica continuada en atenció primària. Jano 2000; 1332: 54-5.
- Roig D. Reumatologia en la consulta diària. Espaxs 1987.
- Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Unidad Funcional de coordinación entre atención primaria y atención especializada de patologías del aparato locomotor. Servicio Extremeño de Salud 2008.
- Área 5. Protocolo de derivación y actuación en las unidades de fisioterapia de atención primaria. Servicio de Rehabilitación del CEP de Alcobendas/San Sebastián de los Reyes (Madrid) 1997.
- Carrion F, Rodríguez J, Quintana F, Zúñiga L, Villar E, Lopez A, del Olmo L, Castro B. Pautas de actuación conjunta de los equipos básicos de Atención Primaria y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación. Patología del Aparato Locomotor. Servicio Andaluz de Salud; 2002.
- Areatres. Protocolo de Actuación en las Patologías del Aparato Locomotor. Gerencia de Atención Primaria. Insalud Zaragoza; 1998.
- González Viejo MA, Oyarzabal A, Fernández Fernández de Leceta Z, Rotinen J, Arrizabalaga N, Ibáñez de Garayo E. Satisfacción de los pacientes con cervicalgia y lumbalgia en un servicio de rehabilitación. Anales Sistema del Sanitario de Navarra, v. 28, n. 3, Pamplona sept./dic.
- Departament de Salut. Pla Director de les Malalties Reumàtiques i de l'Aparell Locomotor. Generalitat de Catalunya; 2010.

COMENTARI SOBRE L'ARTICLE 156 BIS DEL CODI PENAL

Ampliació de la protecció penal dels trasplantaments

El proper 23 de desembre de 2010 entrarà en vigor la darrera modificació del Codi Penal que incorpora importants novetats en la sanció de les conductes no tolerades socialment, entre les que cal assenyalar, especialment, la regulació de la responsabilitat penal de les persones jurídiques que, fins ara, mai s'havia establert, i la incorporació de la llibertat vigilada, amb la imposició de determinades normes de conducta, dintre del catàleg de mesures de seguretat.

Però, més enllà d'aquestes disposicions de caràcter general, la reforma penal incorpora també un nou delictes que afecta directament l'àmbit sanitari. És l'article 156 bis, que amplia la protecció penal de la legalitat dels trasplantaments d'òrgans. La nova norma castiga expressament l'obtenció i el tràfic il·legal d'òrgans humans aliens o el seu trasplantament.

El nou article 156 bis tanca el Títol III del Llibre II del Codi Penal, dedicat a tipificar i sancionar els delictes de lesions, en general, la qual cosa pot desconcertar. Cal veure que l'article anterior, el 156, en el primer paràgraf, eximeix de responsabilitat penal les lesions causades en supòsits de trasplantament d'òrgans realitzats d'acord amb la llei, esterilització i cirurgia transsexual practicades amb el consentiment vàlid, lliure i manifestat conscientment pel lesionat, i, en el segon paràgraf, l'esterilització d'incapaços practicada prèvia autorització judicial. Aquesta disposició, que continua vigent, castiga penalment els trasplantaments d'òrgans fets al marge o en contra de la legalitat. Ara, amb la incorporació de l'article 156 bis, el legislador amplia l'àmbit de prohibició a les activitats de promoció, afavoriment, facilitació i la publicitat per a l'obtenció d'òrgans, així com el tràfic il·legal d'òrgans humans aliens.

Són actes diferents als previstos en l'anterior article 156, que limita la sanció al trasplantament estricte i, així, s'amplia la sanció a determinades actuacions prèvies, així com el tràfic il·legal dels òrgans, seguint les recomanacions de l'OMS, i amb la voluntat d'impedir l'anomenat turisme de trasplantaments d'òrgans.

La nova disposició sanciona el tràfic il·legal d'òrgans humans, per la qual cosa, i als efectes de conèixer l'abast

La reforma incorpora un nou delictes que afecta l'àmbit sanitari

Es regula el consentiment i la forma d'expressar-lo

de la norma, cal determinar prèviament el concepte "il·legal", en tant que se sancionen els actes de promoció, afavoriment, facilitació, publicitat i tràfic il·legal d'òrgans humans.

I, en aquest sentit, és il·legal tota aquella activitat relacionada amb la promoció, obtenció i tràfic d'òrgans humans per el trasplantament feta al marge i/o en contra de les disposicions de la Llei 30/1979, de 27 d'octubre, i del Reial Decret 2070/99, de 30 de desembre, que regulen el trasplanta-



COMENTARI SOBRE L'ARTICLE 156 BIS DEL CODI PENAL

S'imposen les obligacions de secret i el principi d'altruisme

Se sancionen els actes de promoció, afavoriment, publicitat i tràfic il·legal d'òrgans

Augmentarà i reforçarà els principis ètics en l'àmbit de la biomedicina

ment d'òrgans humans, i on s'imposen les obligacions de secret i el principi d'altruisme –gratuitat–, es regula el consentiment i la forma d'expressar-lo, l'acreditació dels centres autoritzats, i totes les qüestions relatives al tràfic i/o transport dels òrgans.

Entrant una mica més en l'anàlisi de la nova norma, cal veure:

1.- Que el nou article 156 bis no es limita a castigar "el receptor" de l'òrgan, per a qui preveu una possible rebaixa de la pena, segurament contemplat que actua mogut per un impuls natural amb la finalitat de conservar la pròpia salut. Castiga en primer lloc, i directament, aquells que realitzen les activitats de promoure, afavorir, facilitar o publicitar l'obtenció o el tràfic il·legal d'òrgans humans o el seu trasplantament.

2.- Aquestes activitats de publicitat, afavoriment, promoció les pot fer qual-

sevol persona, ja siguin professionals de la sanitat o no, i es poden dur a terme dintre del territori de l'Estat espanyol i a l'estranger, i, com a tals castigats, estan castigades.

Per dir-ho d'una altra manera, pot ser constitutiva de delictes la conducta d'aquell, professional sanitari o no, que informi un malalt que pot obtenir el ronyó que necessita, a la clínica X, de la ciutat Y, on els obtenen fàcilment dels nens que viuen al carrer, i també aquell o aquells que gestionin i organitzin el viatge i l'estada del malalt en la clínica X, de la ciutat Y, per tal de rebre el trasplantament d'un òrgan humà obtingut de nens que viuen al carrer.

L'Administració de Justícia espanyola no podrà actuar a l'estranger, ni castigar els trasplantaments il·legals que s'hi hagin fet, però pot perseguir i castigar aquelles actuacions il·legals desenvolupades en el territori de l'Estat.

3.- L'atenció de les persones trasplantades a l'estranger no ha de plantejar cap problema de legalitat, sempre que els professionals sanitaris espanyols no hagin promocionat, afavorit ni publicitat el trasplantament il·legal a l'estranger, amb actuacions adreçades directament a la seva preparació i/o realització.

4.- El nou article 156 bis castiga expressament les conductes de promoció, afavoriment, publicitat per a l'obtenció o trasplantament d'"òrgans humans aliens".

Per tant, s'ha d'entendre que no castiga la promoció, publicitat, afavoriment i obtenció d'òrgans propis, i s'ha d'entendre que queden al marge de la sanció penal aquelles persones que anuncien o publiciten llur disponibilitat a la donació d'òrgans propis.

Cal veure que la paraula "aliens" fa referència a les a activitats de promoció, afavoriment, publicitat i tràfic il·legal d'òrgans, i que no inclou l'activitat de trasplantament. Segurament perquè no és possible el trasplantament d'un òrgan propi però, en tot cas, no s'esmenta i, per tant, està castigat, sempre que sigui il·legal, en el sentit que s'ha comentat més amunt.

Donant per suposat que els nostres metges i els altres professionals de la sanitat respecten la legalitat en les actuacions relacionades amb trasplantaments d'òrgans i que la vigència de la nova disposició no ha de suposar cap modificació dels comportaments actuals, estic segur que, al mateix temps, l'ampliació de la protecció penal de la legalitat dels trasplantaments augmentarà i reforçarà el respecte dels principis ètics en l'àmbit de la biomedicina.

J. Corbella i Duch
Advocat

90 anys
de compromís
amb el metge

Si ets dona i ets metge, a Mutual Mèdica estaràs segura

A Mutual Mèdica dissenyem serveis per al metge pensant en les seves necessitats concretes. Per això, li oferim la protecció i assessorament que necessiten vostè i la seva família; baixa per maternitat, premi natalitat, assegurances i plans de jubilació a la seva mida... I tot això a un sol clic, per a que dediqui el seu temps a vostè i a la seva professió. Més de 14.000 doctores ja confien en la seva mutualitat.



MutualMèdica

De metge a metge