

L'autogestió dels centres sanitaris a debat



Silenci



La seva solució professional

La nostra experiència en el sector assegurador sanitari ens permet oferir el millor assessorament integral per a vostè, el seu consultori i els seus col·laboradors.

- Multirisc de la clínica o consultori.
- Responsabilitat Civil per a Administradors i Directius (D & O).
- Responsabilitat Civil Professional per a Societats Mèdiques.
- Cobertura de Responsabilitat per Protecció de Dades.
- Assegurances col·lectives per als treballadors.
- Assegurança de baixa diària per a metges.

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

www.med.es



BUTLLETÍ mèdic

Número 85, novembre 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

Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
Manel Pons Juanati
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Angel Rodríguez Pozo
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

Fotografia: Josep Barbero

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 16% d'IVA

EDITORIAL

Present i futur de la sanitat catalana

Catalunya rep l'any 1981 les transferències en matèria sanitària. La nau de la sanitat comença a navegar. El govern autonòmic crea el model català, que es concreta el 1990 en la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC). Es tracta d'un model sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, ja siguin de titularitat pública o privada.

El model català ha aconseguit un nivell d'excel·lència i ha col·locat la nostra sanitat entre les millors del món. Evidentment, la nau no arribarà mai a port, i durant el llarg viatge haurà d'adaptar-se a les necessitats d'una societat canviant i plural.

En l'actualitat, estem immersos en una greu crisi econòmica de la qual desconeixem el final. Som conscients que els recursos són finits i limitats. Per tant, professionals, gestors, polítics i la ciutadania en general hem de treballar plegats perquè la nau avanci. Perquè la sanitat és el pilar principal i irrenunciable de la societat del benestar.

Esperem que el nou govern de Convergència i Unió continuï insuflant les veles de la nostra nau.



SUMARI

L'autogestió dels centres sanitaris a debat

Professionals de diferents àmbits sanitaris debaten sobre la necessitat o no de l'autogestió dels centres sanitaris. **8 |||**

Implantació d'una unitat de cirurgia mínimament invasiva

L'Hospital de Santa Maria aposta per una nova unitat d'entrenament de cirurgia poc invasiva. **22 |||**



Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions ordinàries del 5 i el 26 d'octubre i del 9 de novembre de 2010, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- Per donar compliment a l'anomenada Llei Omnibus, s'ha acordat implantar la Finestreta Única dins la plataforma tecnològica conjunta dels quatre col·legis de metges de Catalunya, amb procediments adaptables a cada col·legi i amb manteniment dels registres propis. L'accés electrònic es realitzarà a través de la pàgina web col·legial, així com a la web del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. S'ha constituït una comissió tècnica per a la seva implantació.

- Carnets col·legials: s'ha acordat acceptar l'oferta presentada per la Unitat Tecnològica del Consejo General de Colegios Médicos (E-OMC). Aquests carnets amb fotografia portaran incorporat un xip amb certificat per a la signatura electrònica.

- El passat 28 d'octubre va tenir lloc a la seu col·legial una sessió informativa 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 obtinguts en estats no membres de la UE. Es va comptar amb la presència de la senyora Olinda Ania, subdirectora de Desenvolupament Professional; del senyor Joaquim Arranz, responsable del Programa d'Acollida de Metges Estrangers de l'IES, i del senyor Bernat Goula, assessor jurídic.

Uns 40 representants de Medicus Mundi es reuneixen a Lleida

Uns 40 representants de Medicus Mundi es van reunir a Lleida el passat 13 de novembre amb motiu de l'assemblea d'associacions de l'organització. La seu del Col·legi de Metges va acollir la trobada. El fundador de Medicus Mundi, Dr. Miró, va presidir l'assemblea. Miró va explicar els inicis de l'associació a Lleida, els projectes inicials i l'ajuda a la creació de l'Hospital de Beborro, al Txad, així com algunes anècdotes de la seva relació amb el Dr. Cortadellas.



Sessió informativa sobre el reconeixement dels títols estrangers

- Tal com estava previst, el dia 11 de novembre es va celebrar a la seu col·legial una videoconferència sobre actualització en diabetis dins les activitats que organitza la Fundació para la Formació de la OMC.

- S'han adquirit sis abonaments de temporada de concerts 2010-2011 a l'Auditori Enric Granados de Lleida, que s'assignaran mitjançant sorteig entre els col·legiats / des que sol·licitin poder assistir-hi.

- Convocatòria del IX Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari. Termini de presentació de projectes, fins al 30 de desembre de 2010.

- Convocatòria de la tercera edició del Concurs de Felicitacions de Nadal del COMLL, en el qual poden prendre part els fills dels col·legiats/des que cursin estudis fins a segon d'ESO.

- Societats professionals que s'han registrat al Col·legi el mes d'octubre de 2010: Mediar Lleida, SLP (25SP00022). Total de societats registrades el 31/10/2010: 21.

- La Vegueria de Lleida de la Societat Catalana de Pediatria, juntament amb l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida i el Col·legi, ha organitzat el curs de Formació Continuada en Pediatria, amb 10 xerrades que s'impartiran entre els mesos de gener i març.

Moviment col·legial dels mesos de setembre i octubre

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 11 altes durant els mesos de setembre i octubre del 2010: Daymara Suárez Díaz (4489), Eduardo Bodet Agustí (3628), Daniel Montañés Aresté (4490), María Lorena Vela (4491), María Estrella Pérez Vázquez (4492), Silvia García Sánchez (3759), Jorge Henrique Soares Dias (4493), Christine Baschinger (4494), María Rosario Ortas Nadal (2975), Adriana Cecilia Díaz Dawson (4495) i Emery Ernesto Escolar Campo (4496).

El COMLL tanca el mes d'octubre amb un total de 1.688 col·legiats. El Col·legi ha registrat 20 baixes aquests dos mesos. Entre aquestes baixes figuren les dels doctors Fernando Marqués Molias, Khaled Abdul-Ghani, Joan Porta Ros, Fernando Boneu Companys i Enrique Asensi Roldós, per defunció.



El fundador de Medicus Mundi, Dr. Miró, va presidir l'assemblea

Resumen de la tesis doctoral de la Dra. Mireia Lasheras

La Dra. Mireia Lasheras leyó el 7 de julio en la Universidad Autónoma de Barcelona su tesis doctoral titulada *Incidencias de segundas neoplasias en pacientes con carcinoma de vejiga no músculo-infiltrante, implicaciones clínico-asistenciales*. La tesis, que recibió la calificación de excelente, estuvo dirigida por el Dr. Antoni Gelabert Mas.

Introducción

Como se ha observado en diversos estudios, la prevalencia de dos o más tumores malignos en un paciente se ha incrementado en las últimas décadas por diversos motivos. Esto es debido a que la expectativa de vida se ha incrementado, al extenso uso de radioterapia/quimioterapia para el tratamiento del primer tumor, a una vulnerabilidad genética mayor a los factores ambientales y a factores hereditarios. Actualmente, el seguimiento del cáncer está focalizado en la detección de recurrencia local o enfermedad metastásica del cáncer primario en prácticamente todas las áreas de la oncología. Según algunas investigaciones, se ha visto que existe un aumento de incidencia de tumor pulmonar en pacientes que han padecido un tumor vesical previo, lo cual nos ha llevado a formular la hipótesis de si sería pertinente definir una nueva pauta de seguimiento para los pacientes que han padecido un tumor vesical para diagnosticar durante el seguimiento un posible tumor pulmonar en estadio temprano y curativo, y contribuir a mejorar su supervivencia.

Material y métodos

Se recogieron los datos referentes al tumor vesical no músculo-infiltrante del Registro de Tumores del Hospital del Mar (RTHMar) entre los años 1992 y 2005, y se consultaron las historias clínicas informatizadas de los pacientes. La muestra está formada por 579 pacientes.

Objetivos principales

1. Analizar la SIR (riesgo de incidencia acumulada durante el seguimiento) del cáncer de pulmón en los pacien-



Dra. Mireia Lasheras

tes con cáncer vesical no músculo-infiltrante comparado con la población general.

2. Analizar la supervivencia de los pacientes con cáncer urotelial solo versus los que además presentaron cáncer de pulmón.

Objetivos secundarios

1. Analizar el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de tumor vesical hasta el diagnóstico de tumor pulmonar.

2. Analizar la relación del cáncer de pulmón con el grado y estadio del tumor vesical.

Resultados

1. Riesgo de incidencia acumulada de tumor pulmonar en pacientes con tumor vesical. La SIR (intervalo de confianza 4,78-14,67) indica que la probabilidad acumulada en el tiempo de presentación de cáncer de pulmón es 8,75 veces superior en pacientes con cáncer de vejiga que en la población general.

2. Supervivencia de los pacientes con cáncer de vejiga solo versus los que presentaron cáncer de pulmón. Se encontró que la supervivencia de los pacientes de vejiga fue de 138,68 meses, en contraste con los 32,36 meses de los pacientes que, además del cáncer de vejiga, presentaron el

cáncer de pulmón. Estos resultados fueron significativos ($p < 0,001$).

3. Intervalo de tiempo entre el diagnóstico de tumor vesical hasta el diagnóstico de tumor pulmonar. La media de este intervalo fue de 51,70 meses, y este sería el período de tiempo en el que podríamos realizar las pruebas de *screening* para el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón en los pacientes con cáncer de vejiga no músculo-infiltrante.

4. Relación del cáncer de pulmón con el grado de cáncer vesical. Se observó que la mayoría de los tumores de pulmón se presentaron en pacientes con un grado de diferenciación 2 y 3 del tumor vesical no músculo-infiltrante, aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos ($p > 0,650$).

5. Relación del cáncer de pulmón con el estadio del tumor vesical

Se observó que la mayoría de los tumores de pulmón se presentaron en pacientes con un estadio Ta del tumor vesical o músculo-infiltrante, aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos ($p > 1,00$).

Conclusiones

1. Los pacientes con cáncer vesical no músculo-infiltrante constituyen un grupo de riesgo para desarrollar un cáncer de pulmón.

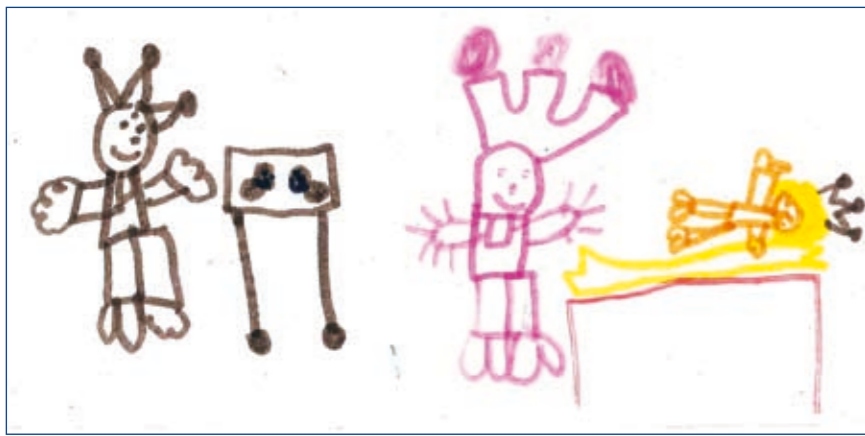
2. Los pacientes con cáncer vesical tienen más riesgo de sufrir durante su seguimiento un cáncer de pulmón comparado con la población general.

3. La supervivencia de los pacientes con cáncer urotelial sólo es mayor que los que, además, presentaron cáncer de pulmón.

4. Existe un intervalo de tiempo entre el diagnóstico de tumor vesical hasta el diagnóstico de tumor pulmonar en el que estaría indicado realizar una prueba diagnóstica para descartar cáncer pulmonar.

5. Actualmente, el *screening* de cáncer de pulmón no forma parte del protocolo habitual en los pacientes en seguimiento de cáncer vesical. Nosotros creemos que el *screening* del cáncer de pulmón sí se justifica para poder diagnosticarlo en estadios iniciales donde la curación es posible, aunque somos conscientes de que no existe actualmente ninguna prueba consensuada que sirva como *screening* poblacional, puesto que la Rx simple de tórax no tiene capacidad de discriminación precoz y el TAC convencional es demasiado invasivo como prueba rutinaria. Sin embargo, los TAC de nueva generación de muy baja radiación, así como los recientes tests genéticos aún no comercializados, podrían ser la prueba que proponemos como *screening*.

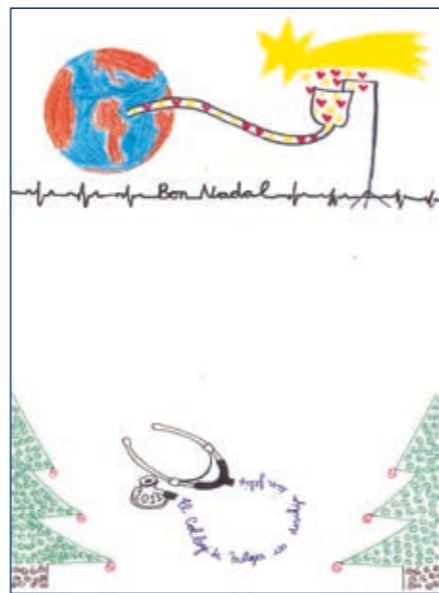
Dra. Mireia Lasheras



Laura Garcia guanya el concurs de Felicitacions de Nadal 2010

Laura Garcia, de 5 anys, ha guanyat el Concurs de Felicitacions de Nadal 2010 del Col·legi de Metges de Lleida. Cristina Montaña, de 10 anys, i Francesc Pifarré, de 9 anys, han aconseguit el segon premi, i Adriana López, de 6 anys, ha quedat en tercera posició. El concurs estava obert als fills dels metges col·legiats que cursin estudis fins a segon d'ESO. La felicitació guanyadora ha estat premiada amb un val de 100 € per gastar en material didàctic a la Llibreria Abacus. Els participants han rebut també un obsequi.

A dalt, a l'esquerra, la felicitació guanyadora. A la dreta, les dues felicitacions que han quedat en segona posició. A sota, la tercera classificada.



L'antipneumocòccica i la vacuna antigripal centren la VII Jornada d'Immunitzacions

L'antipneumocòccica i la vacuna antigripal van ser les protagonistes de la VII Jornada d'Immunitzacions organitzada a Lleida el 28 de setembre. En el primer cas, el Dr. Lluís Urbiztondo, del Servei de Medicina Preventiva del Departament de Salut, va concloure que la càrrega de malaltia pneumocòccica invasora global no s'ha reduït en cap grup de població, però s'ha obtingut una reducció molt significativa en la incidència de la malaltia pneumocòccica causada pels serotips inclosos en la vacuna conjugada. En el segon cas, el Dr. Pere Godoy, cap de la Unitat d'Epidemiologia del Departament de Salut a Lleida, va presentar dades sobre la grip pandèmica a Catalunya que destacaven la intensitat de la darrera activitat epidèmica, tres vegades superior, en comparació a les deu últimes temporades. També va assenyalar la major afectació de nens i joves i la incidència de casos greus similar a l'observada en l'hemisferi sud. El Dr. Godoy va recomanar:



La jornada va comptar amb professionals de diferents àmbits

- Introduir la vigilància de casos greus per valorar la gravetat de les temporades de grip i tenir un referent històric.
 - Incloure en la vacunació sistemàtica les persones amb obesitat mòrbida (IMC > 40).
 - Millorar les cobertures de la vacuna antipneumocòccica i antigripal en els grups de risc.
- La jornada també va incloure una xerrada sobre la vacunació de l'embarassada i la protecció del fetus, i la presentació de l'actual campanya de vacunació de la grip. En una segona part de la jornada es van tractar

aspectes pràctics de logística i administració de les vacunes. L'any 1980 es va implantar el primer calendari de vacunacions sistemàtiques a Catalunya.

Actualment, les vacunes sistemàtiques s'administren majoritàriament en la infància, però cada vegada més s'utilitza en la població adulta, ja que determinats estats fisiològics, condicions mèdiques, tractament, ocupació, estils de vida... poden indicar aquesta necessitat.

Pepi Estany
Comissió de Vacunes SAP PUNSU

Simposi sobre mesotelioma pleural a l'Arnau de Vilanova

El cap del Servei de Medicina Interna, Dr. José Manuel Porcel, i el metge adjunt del servei d'Oncologia, Dr. Diego Márquez, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, van presentar un simposi sobre mesotelioma pleural. Experts pneumòlegs, internistes, patòlegs, oncòlegs i cirurgians toràcics van participar al simposi, celebrat el 8 d'octubre.



De dreta a esquerra, Dr. Porcel, Dr. Light i Dr. Márquez, organitzadors del congrés

La presidenta del COMLL, Dra. Rosa Pérez; el director mèdic de l'hospital, Dr. Alfredo Jover, i el cap del Servei de Pneumologia, Dr. Ferran Barbé, van inaugurar la jornada. La conferència de clausura va anar a càrrec del Dr. Richard W. Light, un pneumòleg americà considerat com la principal autoritat mundial en patologia pleural. Light també va ser investit doctor *honoris causa* per la Universitat de Lleida.

El mesotelioma és un tumor primari de la pleura que s'origina per l'exposició a les fibres d'asbest, una situació comuna en nombroses professions, com la construcció i el manteniment d'edificis, drassanes i desballestament de vaixells, treballadors de trens i treballadors d'uralita i fibrociment. La

lesió es desenvolupa fonamentalment en homes, després d'un període de latència d'aproximadament 20 anys des de l'exposició. No obstant això, en un terç dels casos de mesotelioma pleural no es recull l'antecedent d'exposició ambiental a asbest o a amiant, encara que probablement és perquè aquesta ha passat desapercebuda o ja ha estat oblidada pel pacient. S'espera un pic d'incidència de la malaltia a Europa entre el 2015 i el 2020.



La presidenta lliura el llibre commemoratiu al Dr. Sánchez

La SOLL organitza la conferència "Que sea el ver y quien es el que ve"

La Secció Oftalmològica de Lleida (SOLL) va organitzar el passat 18 de novembre la conferència *Que sea el ver y quien es el que ve*, a càrrec del Dr. Manuel Sánchez Salorio, catedràtic emèrit d'Oftalmologia de Santiago de Compostel·la.

La presentació, que va tenir lloc a l'actual seu de l'Institut d'Estudis Ilerdencs (IEI), va comptar amb una nombrosa assistència. La presidenta del SOLL, Dra. Rosa Maria Roca, va presentar l'acte i va lliurar el llibre commemoratiu del Col·legi de Metges al conferenciant.

Col·legiats de Lleida participen en el XXVI Curs Internacional d'Otorinolaringologia

Una delegació del Col·legi de Metges va participar en el XXVI Curs Internacional d'Otorinolaringologia celebrat a Barcelona del 18 al 20 d'octubre. Amb el títol *Implants i trasplantaments al cap i al coll*, la Societat Catalana d'Otorinolaringologia i Patologia Cervicofacial

va organitzar aquesta trobada, que va comptar amb més de 25 ponents nacionals i 4 professors internacionals de prestigi.

El programa del curs va incloure temes d'actualitat, alguns d'inèdits, com, per exemple, *Fistules fonatòries, tipus d'indicacions i resultats; Transoral Robotic Surgery; Dacriocistorinostomia: estat actual, o Reconstrucció de l'oida mitjançant l'empelt de timpà ossicular complet (trasplantament)*. També es van impartir tallers i sessions quirúrgiques en diferents hospitals de Barcelona.



La delegació de Lleida al curs

La Secció de Metges Jubilats visita els Vilars d'Arbeca

La Secció de Metges Jubilats va visitar, el passat 17 d'octubre, el jaciment ibèric dels Vilars, a Arbeca. La visita va incloure un *tour* guiat pel sistema defensiu format per fer gruixudes muralles, les torres, el fossat i el *chevaux de frise*. Els metges també van gaudir d'un bon àpat al restaurant Càmping Serra de Prades, situat a Vilanova de Prades. A més, el viatge de tornada també va incloure la visita a Poblet.



L'autogestió dels centres sanitaris

Professionals sanitaris de diferents àmbits debaten sobre la necessitat d'autogestió dels centres sanitaris d'Atenció Primària. El projecte pilot d'autonomia impulsat per l'Institut Català de la Salut en alguns centres es mostra com a exemple per a una futura proposta que ha de tenir molt en compte com han d'encaixar totes les peces.

L'autogestió, necessària, però no suficient

A finals dels anys vuitanta, inspirat en les innovacions que Margaret Tacher va introduir al Regne Unit, va sorgir un moviment a favor de l'autogestió a Espanya. Els equips d'Atenció Primària més innovadors d'aquells temps, amb una gran dosi de voluntarisme i fent una lectura generosa de la legislació vigent, vam desenvolupar les primeres experiències d'autogestió dins del mateix Institut Català de la Salut (ICS). S'introduïen incentius grupals que premiaven la utilització eficient del recurs sanitari. Les societats científiques d'atenció primària avalaven la iniciativa⁽¹⁾. En la mateixa línia, a mitjan anys noranta, el Col·legi de Metges de Barcelona va donar un suport decisiu a la creació de les Entitats de Base Associativa (EBA). Es van crear aquestes organitzacions amb entitat jurídica pròpia, habitualment societats limitades i destinades a oferir serveis d'Atenció Primària als ciutadans d'una àrea bàsica de salut. Estan constituïdes totalment o majoritàriament per professionals sanitaris que presten els seus serveis dins de la mateixa entitat. El model afavoreix que els professionals assistencials siguin els que realitzen la gestió clínica i el control dels recursos que utilitzen⁽²⁾. Les EBA poden assumir la prestació de serveis d'Atenció Primària d'un territori si són capaces de realitzar una oferta més atractiva que la resta de metgadors del concurs que organitza el Servei Català de

la Salut. Les deu EBA existents a Catalunya van superar aquest tràmit amb certa facilitat mentre va durar la reforma de l'Atenció Primària. Però des de la seva finalització, l'any 2003, i durant tot el període de govern tripartit, no han obtingut cap altre contracte.

La primera avaluació realitzada a finals dels noranta reflectia l'entusiasme per la innovació. Aquells resultats inicials feien pensar que les EBA eren més eficients que el model tradicional⁽³⁾. L'any 2002 la Generalitat de Catalunya va encarregar a la Fundació Avedis Don Abedian una avaluació del procés de diversificació de la gestió d'Atenció Primària. L'informe va concloure que els diversos models obtenien resultats similars per a la majoria d'indicadors i que cada grup destacava en algun aspecte específic. Les entitats d'integració vertical ho feien per a la seva major coordinació amb l'hospital; l'ICS, per la tasca d'infermeria i d'atenció domiciliària, i les EBA, pels seus indicadors clínics i la seva menor utilització de proves diagnòstiques i de farmàcia⁽⁴⁾.

L'Institut d'Estudis de la Salut va realitzar una altra avaluació l'any 2005. Va fer un abordatge molt més global que els anteriors. L'informe comença assenyalant les dificultats de l'estudi. Indicava que possiblement la variabilitat observada entre els equips d'un mateix grup de provisió podia ser superior a la que existia entre els diferents models. Tampoc trobava gaires diferències entre els resultats dels diferents models. En aquell moment, l'ICS, i posteriorment la resta de proveïdors, havia introduït incentius

econòmics als professionals i havia evolucionat els seus instruments de gestió clínica. Concloïa que els professionals de les EBA estaven més implicats i més satisfets. Si bé és significatiu que el 69% dels metges que treballaven en les EBA no van respondre l'enquesta de satisfacció laboral, el doble de pèrdues que en l'entorn ICS, segurament a les EBA la satisfacció es concentrava en els propietaris, mentre que els empleats preferien reservar-se la seva opinió. Es va veure que aquestes organitzacions comptaven amb menys personal, especialment d'infermeria. També assenyalava que les EBA tenien un consum de farmàcia i de proves complementàries inferior a la resta, segurament vinculat a la gran quantitat d'incentius econòmics a què estaven sotmeses. Finalment, les EBA destacaven per la seva menor continuïtat assistencial i la seva major accessibilitat, tant al centre d'Atenció Primària com a les visites d'especialista, que s'explicava per les seves àmplies possibilitats de gestió⁽⁵⁾.

Quan l'any 2007 la Generalitat va transformar l'ICS en empresa pública va desapropiar l'oportunitat de segregar alguns territoris d'Atenció Primària per donar-los plena autonomia i personalitat jurídica pròpia. Es va perdre una oportunitat per integrar millor l'ICS dins del territori i per afavorir que assumís un rol similar al de la resta de proveïdors davant del Catsalut. En definitiva, per avançar en el model català del qual estem tan orgullosos. Per pal·liar l'oportunitat perduda, en aquests moments l'ICS està desenvolupant aquelles iniciatives d'autogestió iniciades als finals dels vuitanta, encara que, òbviament, de forma més ordenada.

Ens trobem en el que l'economista Uwe Reinhardt denomina "medicina de peixera". Els metges exercim en un entorn controlat i estem dirigits per poderosos incentius. L'experiència de les EBA mostra una vegada més que els incentius econòmics afavoreixen el compliment dels objectius fixats, tot i que és improbable que aquesta excel·lència s'associï a millores en la salut de la població⁽⁶⁾.

La radicalitat de l'experiència de les EBA va servir per sacsejar l'entorn de l'Atenció Primària catalana i per promoure la recerca de l'eficiència d'uns proveïdors instal·lats en la comoditat de l'entorn públic. No obstant això, les EBA no han innovat en la línia que requereixen les necessitats actuals de la salut

de la població. Avui el sistema sanitari hauria d'estar preocupat per atendre l'epidèmia de malalties cròniques que expliquen la majoria de la despesa en un entorn de severa crisi econòmica. Les noves estratègies assistencials passen per integrar les tecnologies de la informació i la comunicació, per aplicar vies clíniques basades en l'evidència en coordinació amb els altres serveis sanitaris i socials i, finalment, per augmentar les competències d'infermeria i potenciar l'atenció domiciliària, una sèrie d'aspectes en què les EBA no han destacat. Moltes d'aquestes reformes necessàries formen les idees força del Pla d'Innovació de l'Atenció Primària, una iniciativa aturada pel conservadorisme de les empreses proveïdores de serveis de salut. En aquesta controvèrsia, les EBA, malgrat que pertanyen a l'Atenció Primària, no van assumir un lideratge de suport de la iniciativa, sinó que més aviat es van alinear amb la majoria refractària al canvi, liderat per les patronals del sector salut, de les quals formen part. Les EBA, com totes les empreses, volen créixer, però temen les reformes que, malgrat que beneficiïn el pacient, puguin perjudicar-les.

L'experiència mostra que les EBA són un instrument molt adequat per executar els objectius que estableix el Servei Català de la Salut. La seva implantació, en un entorn de diversificació de proveïdors, ha reportat dinamisme i eficiència a l'Atenció Primària pública catalana a costa d'augmentar la seva atomització. No s'han d'entendre com un model alternatiu al públic, sinó com un element estimulador de l'eficiència del conjunt. Ara, però, calen innovacions que millorin l'efectivitat del sistema davant les noves necessitats de salut. Precisem líders transformadors, més que disciplinats complidors de l'ordre establert.

Joan Gené Badia
Metge de Família

BIBLIOGRAFIA

Grupo de Trabajo semFYC-SEMERGEM 1996. Autogestión en atención primaria. Aten Primaria 1998; 21: 483-488.
Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial

participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. Rev Adm Sanit 2005; 3(1): 73-81.
Martí LJ, Grenzner V. Modelos de Atención Primaria en Catalunya. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 1999; 5: 116-123.
Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis [informe tècnic] (Barc): FAD; 2002.
Grup de Treball Redactor. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya. Resum executiu. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (accessible a www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf el 17/5/2010).
Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med. 2009; 361(4): 368-78.

Autonomia de gestió per als equips d'Atenció Primària: una aposta de futur

Daniel H. Pink, en el seu llibre *La sorprenent veritat sobre què nos motiva* (ed. Planeta, Barcelona, 2010), defensa que el pal i la pasta són instruments de gestió del segle passat (tot i que hi dedica un capítol a explicar en quines circumstàncies tenen eficàcia), mentre que el que ell anomena Motivació 3.0 es basa en tres elements essencials: l'autonomia o desig de dirigir les nostres pròpies vides, el domini o necessitat de millorar contínuament fins a fer alguna cosa important i la finalitat o anhel de posar el que fem al servei d'alguna cosa que ens transcendeixi.

En efecte, la ciència social està plena d'exemples que ens diuen que les organitzacions que donen més autonomia als seus professionals aconsegueixen resultats millors gràcies, bàsicament, a l'obtenció d'un compromís més ferm de les persones i a la creació d'ambients de treball més favorables pel que fa a la innovació i el desenvolupament personal.

En el nostre entorn, la Comissió

d'Ordenació de la Professió, el Llibre Blanc de les Professions Sanitàries i l'Informe Vilardell aposten per l'autonomia de gestió amb l'objectiu de millorar les organitzacions sanitàries. També el Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i la Salut Comunitària tracta l'autonomia de gestió dels centres com a idea principal.

A l'Institut Català de la Salut —i aprofundint en el procés que va començar amb la llei de l'ICS el 2006 i va continuar amb la publicació dels seus estatuts el 2009— apostem per desenvolupar l'autonomia de gestió dels equips d'Atenció Primària. Cal recordar que els estatuts dediquen tot un article (el 31) a parlar de l'autonomia de gestió, que queda definida en quatre dimensions: autonomia organitzativa, autonomia econòmica, autonomia de gestió de personal i autonomia de gestió assistencial. Per tant, tot i que és un projecte que requereix voluntat directiva per ser desenvolupat, no és més d'aquesta empresa, sinó que és el projecte de canvi més important de l'organització i està basat, a més, en principis que tenen tot el suport jurídic necessari. També és una oportunitat per donar un nou impuls a l'Atenció Primària i situar-la al capdavant de la innovació organitzativa del nostre sistema.

Tot i així, cal fer una reflexió sobre les dificultats que aquest projecte de canvi implica per a l'ICS. En la majoria de països del món occidental, els professionals sanitaris, i específicament els metges, no tenen una relació funcional amb l'administració. Els professionals de l'Institut Català de la Salut, en canvi, sí que la tenen amb la seva empresa, fet que moltes vegades dificulta (quan no s'oposa) els principis d'autonomia de gestió, de forma que molts cops sembla que estem davant d'un veritable oximoron. I això es deu a la quantitat de normatives que els afecten, normes i reglaments destinats a donar seguretat jurídica que poden perjudicar o alentir els processos d'autonomia i que, sovint, fan que els processos de canvi —si bé són impulsats pels òrgans de direcció de les organitzacions i desitjats per la majoria de professionals— avancin molt lentament.

En qualsevol cas, el 2009 vam posar les bases per al desenvolupament del projecte amb una experiència en què, de forma voluntària, van participar deu equips d'Atenció Primària distribuïts per tot el territori. D'aquests deu, dos eren de Lleida,

“Quan la Generalitat va transformar l'ICS en empresa pública va desapropiar l'oportunitat de segregar alguns territoris d'AP per donar-los autonomia”

un a la ciutat mateixa (Eixample) i l'altre al Pirineu (Tremp). Els principis que van servir per desenvolupar el projecte van ser:

- Lideratge professional.
- Empoderament dels equips directius.
- Rendició de comptes.
- Participació i implicació dels professionals.
- Transparència.
- Confiança.
- Compromís corporatiu.

Amb aquest projecte es volia aconseguir una major satisfacció professional, una bona percepció de servei per part dels pacients i uns bons resultats clínics i assistencials. Per aconseguir tirar-lo endavant, es va desenvolupar una sèrie d'instruments que facilitessin les eines per impulsar el canvi i fer-ne el seguiment. En primer lloc, es va dissenyar un acord de gestió específic per posar les bases dels compromisos adquirits tant pels equips com per les gerències territorials. Entre aquests compromisos es va establir la necessitat d'elaborar un pla de gestió del centre i el reglament de règim intern, en cas que no el tinguessin. En segon lloc, es va establir un sistema d'assignació de recursos transparent que permetés no només saber amb quins recursos es comptava, sinó també fer el seguiment de la seva utilització per tal de poder prendre les decisions adequades. Així mateix, es va establir un sistema d'incentivació grupal si s'obtenia un compte d'explotació equilibrat. En tercer lloc, es va revisar tota la normativa vigent per especificar tant aquelles decisions que es podien prendre en l'àmbit dels equips amb autonomia, com aquelles que no es podien prendre, no perquè no hi hagués voluntat de fer-ho, sinó perquè la normativa actual ho impedia. Entre aquestes decisions, es va acordar que fossin els mateixos equips els que s'establissin els seus propis objectius, posant el 80% de les DPO dels professionals o que els equips poguessin disposar d'un fons de maniobra. En quart lloc, es va dur a terme la formació dels equips directius per tal que coneguessin aquests instruments i poguessin posar-los en pràctica. En aquesta formació també es va dedicar una part important al lideratge. I, finalment, es va impulsar una autoavaluació de la qualitat organitzativa d'aquests equips amb l'objectiu de posar-los en punta de llança del procés d'acreditació que està impulsant el

departament.

Tot i les dificultats, l'avaluació que es va fer de l'experiència d'aquests deu equips va presentar resultats prou encoratjadors. La satisfacció dels professionals i dels pacients i els resultats assistencials i de gestió de recursos van evolucionar de forma positiva, de manera que el Consell d'Administració va aprovar l'ampliació del projecte a gairebé 80 equips més, que s'hi han incorporat enguany. D'aquests 80, n'hi ha que pertanyen a Lleida i que han començat aquesta nova etapa.

De totes maneres, cal insistir que no estem només davant d'una nova forma d'organització, sinó d'un projecte de canvi que ha d'afectar totes les parts de l'organització i que ha de passar del control al suport i de la fiscalització a la confiança. Sabem que, com qualsevol projecte de canvi, provoca resistències i pors, i en alguns casos frustracions per la lentitud dels avenços, però creiem que és l'únic camí possible per avançar cap a una organització millor i més compromesa amb les necessitats dels seus professionals i pacients. Una aposta de futur cap al professionalisme del segle XXI.

Jaume Benavent i Areu
Subdirector d'Atenció Primària
i Integració de Serveis
Direcció Adjunta d'Afers
Assistencials
Institut Català de la Salut

¿Dónde se toman las decisiones?: centralización o autonomía en el gobierno de la Atención Primaria

El 30 de abril de 1975 se procedía a la evacuación por helicóptero de los últimos marines norteamericanos en Shaigon. La fuerza militar más poderosa de la tierra había sido derrotada por el Viet Cong tras largos años de conflicto bélico. En la noche del 9 de noviembre de 1989 decenas de miles de ciudadanos de



la República Democrática Alemana atravesaron el muro de Berlín. El sistema económico y político soviético iniciaba su desintegración.

Ambos hechos históricos tienen un punto en común, pues en ambos se enfrentaban dos maneras de gobernar una organización. Frente a la planificación y el férreo control centralizados tanto del Gosplan soviético como del secretario de Defensa Robert McNamara, el sistema económico capitalista y la guerra de guerrillas nordvietnamita ofrecían una estrategia basada en la descentralización del control y la autonomía en la toma de decisiones tácticas.

Cuando se trata de gobernar una organización existen dos planteamientos antagónicos. Por un lado, en el modelo piramidal jerárquico el poder de decisión está concentrado en la cúspide de la organización, que se transmite de arriba a abajo.

Por el contrario, en los modelos de organización red el poder de decisión es transferido a unidades más pequeñas y el papel de la "alta dirección", cuando existe, es establecer reglas de juego generales que aseguren que la organización en su conjunto rema en la misma dirección.

En los últimos años existe un debate importante en el entorno de la Atención Primaria acerca de estas dos formas de gobierno de la organización. La lectura atenta de la declaración de Alma-Ata nos hace comprender que el debate se encuentra en los propios orígenes de nuestra especialidad: "La Atención Primaria exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control..."

¿Qué razones o ventajas tiene un modelo centralizado de control? ¿Qué inconvenientes? ¿Qué puede aportar un modelo de mayor autonomía? ¿Qué barreras existen para la implantación de ese modelo? En este breve comentario trataré de reflexionar alrededor de estas cuatro preguntas.

La toma de decisiones centralizadas ofrece ciertas ventajas, y en ocasiones es la única forma de tomar decisiones efectivas. Pensemos, por ejemplo, en un buque mercante. El gobierno de un buque en medio del océano requiere la toma de decisiones críticas a veces inmediatas. Estas decisiones tienen que ser ejecutadas de manera fidedigna por toda la tripulación. Basta con que un marinero no cumpla con su cometido para que la maniobra naval no pueda realizarse. Una mala ejecución puede incluso poner en peligro a la tripulación, al pasaje o a la mercancía transportada. En esos entornos el poder de decisión está concentrado en un solo individuo, y no importa tanto que la decisión sea la óptima, sino que se tome en breve espacio de tiempo y se ejecute adecuadamente. Un quirófano sería otro ejemplo típico de este tipo de sistemas de gobierno.

En el ámbito de las organizaciones más complejas, la toma de decisiones centralizadas disminuye el coste de control de la organización y permite que el producto o servicio sea más consistente. En ciertos casos facilita, además, las econo-

mías de escala y, por ejemplo, en muchas organizaciones las decisiones de compra se centralizan, con lo que se gana poder de negociación con el proveedor gracias a un mayor volumen. Hay, por tanto, ciertas situaciones en las que la centralización de la toma de decisiones puede ser la única opción válida si queremos que la organización funcione.

Sin embargo, la centralización en el gobierno de la organización genera algunos problemas, principalmente cuando el entorno en el que desarrollan sus actividades es heterogéneo. En el caso de la Atención Primaria, por ejemplo, no es lo mismo un centro de salud con 15 médicos y enfermeras en un cinturón suburbano que un pequeño consultorio rural. No es igual un centro asistencial situado en una zona con gran afluencia de turistas extranjeros durante el verano que otro centro en una ciudad dormitorio. No es lo mismo estar a 15 minutos de un hospital de tercer nivel que a 2 horas por carretera comarcal.

Los sistemas de toma de decisión centralizada tienen dificultades para adaptarse a entornos complejos y heterogéneos, pues el coste de recopilar todos los datos necesarios para tomar la decisión, así como el coste de transmitir la decisión a todas las unidades sobre el terreno, es demasiado alto.

En un modelo de gobierno basado en organizaciones red el poder en la toma de decisión se traslada a las distintas unidades. De este modo, cada unidad puede adaptarse a las necesidades concretas de su entorno local. El coste de transmisión de información a través de la pirámide de la organización desaparece, pues los datos son generados localmente y las decisiones se ejecutan directamente. Como muestran los ejemplos de la guerra de Vietnam y el sistema económico soviético, la toma de decisiones descentralizada facilita una mejor adaptación a entornos heterogéneos y rápidamente cambiantes. Este tipo de gobierno parece sin duda más adecuado a la naturaleza de la Atención Primaria.

Por supuesto, a la hora de dar autonomía en el gobierno de la Atención Primaria surgen importantes barreras que hay que tener en cuenta. La primera es la cultura histórica de la organización. El modelo funcional propio de los servicios sanitarios públicos españoles casa mal con la autonomía en la deci-

“Sabem que qualsevol projecte de canvi provoca resistències i pors, però creiem que és l'únic camí per avançar cap a una organització millor”

sión. En el modelo asalariado, el trabajador gana en seguridad laboral a cambio de renunciar a la autonomía en la gestión. Una organización de este tipo atraerá a trabajadoras que valoren la seguridad que da no tomar decisiones sobre el riesgo que implica la autonomía. Si pretendemos cambiar el modelo de gobierno nos encontraremos con la natural resistencia del capital humano que hemos ido incorporando a la organización.

Otro problema potencial es la tendencia a ofrecer una autonomía "vacía de recursos". En este caso lo que se hace realmente es trasladar el riesgo de la toma de decisión a la base de la organización, pero sin mover a su vez el poder o el control sobre los recursos. La capacidad de autogestión debe incluir no sólo la autonomía en la toma de decisión, sino también la autonomía en el uso de los recursos propios. De lo contrario será una falsa descentralización y fracasará.

Sin embargo, el principal reto en la descentralización es cómo lograr que las distintas unidades funcionen como una organización coherente, es decir, cómo establecer la estrategia global de la organización, y lo que es más importante, cómo implementar esa estrategia para que se refleje en la toma de decisiones tácticas de cada unidad autónoma. En este sentido, no basta con declarar una misión, una visión y unos valores, sino que la organización debe ser capaz de definir una serie de reglas sencillas y de parámetros que orienten a las distintas unidades en una misma dirección, pero sin limitar en la práctica la autonomía de las mismas. Lograr esto último no es tarea sencilla y será el principal reto, a mi juicio, en el camino hacia la autogestión en Atención Primaria.

Dr. Julio Bonis

Médico de Familia

Autor del blog Pella de gofio (<http://pelladegofio.blogspot.com>)

La autonomía de gestió a l'Assistència Primària

El que molts professionals veuen com una porta oberta a moltes possibilitats de gestió, l'autonomia de gestió, per a molts altres sembla un regal enverinat —val a dir que jo em trobo entre els segons i que n'intentaré explicar els motius, tot i que no

“El principal reto en la descentralización es cómo lograr que las distintas unidades funcionen como una organización coherente”

per ordre d'importància.

En primer lloc, cal tenir en compte que és una autonomia relativa, ja que les partides pressupostàries de personal, els productes intermedis i la farmàcia els defineix el departament de forma rígida. En part és raonable, ja que hi ha d'haver una acotació, però sorgeixen alguns dubtes davant de la qüestió. El primer és que per adjudicar un pressupost s'han de basar en l'històric de despesa del centre que es fonamenta en una gestió totalment diferent —la precedent— i pot ser que no s'acosti gaire a la nova realitat. En segon lloc, si es basa en un històric, els centres que més s'hagin ajustat als antics pressupostos estaran en desavantatge comparatiu respecte als que han estat malbaratadors o més generosos amb la despesa o que no hi hagin estat gaire primmirats, segons com es vulgui veure. Aquest fet, des del punt de vista de la justícia distributiva, pot consolidar desigualtats inacceptables entre els centres de cara al futur. Això s'ha de remarcar molt i molt per la històrica tendència de molts professionals a veure aquesta qüestió com un joc de suma zero, és a dir, la teoria que quan més li donin al del costat, menys em donaran a mi; una mirada curta i estreta de la realitat que ha vingut molt bé a l'Administració Sanitària per dividir el col·lectiu professional de la sanitat pública.

El fet que ara es puguin passar diners d'una partida a l'altra sembla que pot donar agilitat a la gestió, però també pot produir desigualtats comparatives entre els centres. Això depèn si els professionals d'un d'aquests centres prioritzen una partida o l'altra o si tenen dificultats per controlar-les. En aquest cas, per a alguns directors l'opció més senzilla de control pot semblar la reducció de personal en nombre o en qualificació, error en què una vegada i altra han caigut els nostres gestors, ja que han generat sobrecàrregues de feina i un empitjorament de les condicions laborals i de la qualitat assistencial, que tenen bona part de culpa que siguem on som ara.

Valorem també què significa l'autonomia de gestió en la compra de

productes intermedis: s'obre un mercat de possibilitats de contractació de proves complementàries o de derivacions a especialistes? I, si es així, quina influència tindrà un CAP, en competència amb un altre, de condicionar el preu del producte? No és més probable que el preu el marqui el sector de l'oferta, com passa tot sovint en sanitat? Com gestionarà aquesta situació el sector de l'oferta si se'n tenen en compte les influències, la força i la capacitat de fer aliances estratègiques? És a dir, si un gran hospital té una àrea d'influència molt definida lluny d'altres ofertadors, podrà marcar un preu no condicionable per al CAP? Si el CAP està sota la gestió d'un hospital, en quin grau l'afecta o pot posar en pràctica aquesta autonomia? A més, en aquest país no són gens estranyes les pràctiques oligopolístiques dels sectors més potents de l'economia i aquest grup empresarial de les grans corporacions sanitàries —no oblidem que dominen el mercat de l'oferta hospitalària i de les proves complementàries entre pocs— ho és, i molt! I segueix creixent gràcies a la consellera actual.

D'altra banda, cal considerar la figura del director del centre, que no oblidem que segueix sent de lliure designació, com un veritable comptable gestor amb un gran volum de feina d'aquest tipus que el sostrau pràcticament de l'assistència als pacients. Podem dir que la majoria ja no ho feien o que aquesta assistència ja era anecdòtica, però ara se'n consolida la separació. Un fet que no dubto que per a molts sigui una visió molt atractiva i que aspirin a fugir de l'assistència, però per al centre no és gens positiu, ja que tots coneixem la dificultat de trobar professionals qualificats per treballar en l'assistència i la sobrecàrrega que avui dia en comporta la manca per als companys. Així mateix, no podem oblidar que un director totalment abocat a la gestió i col·locat per designació directa allunya cada vegada més aquesta figura de la resta de col·legues, o els hem de dir excol·legues?

De tots aquests interrogants de difícil resposta, ara per ara surt un marc en què es dibuixa de forma

bastant clara l'enorme possibilitat que hi hagi una gran diversitat de situacions que es tradueixin en diferències assistencials entre un CAP i un altre, és a dir, de desigualtats assistencials, una qüestió que, per a mi, és inacceptable. Perquè pot trencar el principi d'universalitat en alguns productes i de l'equitat en l'assistència. Tots coneixem casos de llocs on viure en un costat o a l'altre d'un mateix carrer feia que unes famílies fossin ateses al CAP X, gestionat per l'entitat A, mentre les de l'altre costat ho eren al CAP Y, gestionat per l'entitat B. Uns tenien servei de rehabilitació i els altres no, o uns tenien servei de PADES i els altres no. S'accentuarà, això? Alguns podrien pensar, assenyadament, que una cartera de serveis unificada per a tot el territori podria obviar aquest problema, però ara mateix ja sabem que això no és una garantia. Els dictàmens de l'OMS sobre el cas d'Anglaterra i els nous models de gestió han suposat un encariment dels serveis, una disminució encoberta de la seva cartera i de la qualitat assistencial. En aquests moments, s'està produint el mateix fenomen a Catalunya: les llistes d'espera per a algunes visites, proves o intervencions poden ser de períodes de temps totalment inacceptables (fins a dotze, tretze, catorze mesos o més) i que la pràctica habitual d'aquests centres és no facilitar la informació a l'usuari, de manera que ja s'està fent un incompliment encavalcat de la cartera. Si, a més, el pacient busca la solució en un altre mitjà, l'incompliment s'ha executat totalment i *da capo*. Davant d'això, us encoratjo que demaneu al Servei Català de la Salut que us digui quina és la cartera de serveis que té contractada amb el vostre hospital de referència. Des del meu CAP ho hem fet, negatives de la realitat o evasives han estat les respostes, cosa que em porta a pensar que, per algun motiu que ignoro, és un incompliment consentit per qui ha de vigilar i, si és així, no tenim garanties que el poderós sector de l'oferta de productes intermedis respongui adequadament a allò que està obligat. A més, si l'AP ha de gaudir de la mateixa indulgència, la temptació d'ajustar despeses per aquesta via és gran i pot arribar a augmentar tant la variabilitat assistencial entre centres que finalment es faci certa la dita popular que "això sembla Andorra" (dita totalment injusta per als andorrans, tot sigui dit). A més, a la vegada, s'accentua la dinàmica

que el sector polític promet i regala serveis i els professionals assistencials els han de denegar, forçats per les circumstàncies i assumint les responsabilitats i conseqüències que se'n derivin.

Imagineu ara que, a més, els centres puguin llogar despatxos lliures per a activitats privades, tal com proposava la consellera fa un temps, oferir altres serveis com a font de recaptació d'ingressos per al centre o que el director d'un CAP vulgui ajustar el pressupost recaptant més de la part dels productes que es poden cobrar directament a l'usuari, com ara informes, certificats, proves que es puguin cobrar... Això faria que la població del primer centre pagués directament més que la de l'altre.

És per tot això que la proposta de l'autonomia de gestió em sembla una fugida endavant que recorda l'acudit aquell que diu: "Com alimento els porcs?" Miri, jo els dono cinc euros i que es comprin el que vulguin". Però, en aquest cas, amb la intenció clara de derivar el risc de l'estalvi i les possibles conseqüències negatives als centres d'AP i als seus professionals; tot sense tenir en compte en absolut la possibilitat ben certa de generar importants desigualtats en la prestació de serveis sanitaris, la qual cosa acaba generant indefectiblement desigualtats en salut que, no ho oblidem, com que són evitables mereixen el nom d'iniquitats. Tanmateix, ja ens han demostrat que això no ha estat mai una preocupació per a les altes esferes sanitàries. Per als professionals assistencials hauria de ser un tema de primera importància que si no s'és capaç d'albirar pel seu pes social i sanitari *per se* —recordeu que se suposa que l'AP treballa en el marc del model holístic de l'individu, que es veu greument afectat per qüestions d'abast social—, s'ha de mirar des del punt de vista individual/professional/egoista: atès que cada vegada es més escadussera l'estabilitat/permanència laboral en la mateixa plaça (a més, us recordo que a l'articulat del nou estatut de l'ICS es preveu la possibilitat que, si

“L'autonomia de la gestió és relativa ja que algunes partides estan definides de forma rígida”

cal, puguin fer-nos treballar en més d'un centre). Si et desentens d'allò que passa al teu voltant, als altres CAP pot passar que demà treballis al centre que has deixat que estigués precari i hagi d'assistir a una població amb una atenció precària històrica, cosa que t'exigirà un gran esforç personal. Tots coneixem casos així, oi? A Lleida mateix, sense anar gaire lluny.

En resum, davant aquesta proposta, se m'acut la frase que alguns troians (els virus no, els habitants de Troia) van dir en veure el famós cavall d'Ulisses i els seus saquejadors: "Timeo Danaos ferentes", és a dir, desconfieu dels grecs obsequiosos.

Lluís-D. Capacete Novo
Metge d'Assistència Primària

Autonomia de gestió dels sistemes sanitaris

En aquest article tractarem de com hem percebut nosaltres el desenvolupament del Projecte d'Autonomia de Gestió, que no d'autogestió, dels centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (ICS).

Amb l'aprovació de la Llei de l'ICS i dels estatuts que acompanyen el seu desenvolupament, i com ja es reflectia en el Decret 53/2006, del 28 de març, de mesures de reforma de l'ICS, la nostra empresa aposta per la descentralització de la gestió i per avançar cap a l'autonomia de gestió i economicofinancera dels centres, serveis i establiments de l'Institut, seguint sempre les directrius dels òrgans de direcció.

El nostre centre, l'Eixample, va ser un dels deu equips de l'ICS de tot Catalunya que va participar en el procés de pilotatge (fase demostrativa 2008-2009) del Projecte d'Autonomia de Gestió. Va ser la jornada de directius que es va realitzar a Cornellà el 25 de febrer de 2008 el lloc on, per primera vegada, vam sentir a parlar del projecte. La primera reunió es va realitzar el 7 de juliol del 2008. Se'ns va exposar com un canvi cultural en la institució, visualitzada en una nova forma de gestió i organització que permetés als equips d'Atenció Primària tenir capacitat de decisió sobre la gestió dels serveis i recursos en funció de les necessitats assistencials pròpies, que motivés el compromís i la satisfacció dels professionals i s'assumís la responsabilitat en

els resultats assolits en els aspectes assistencials, pressupostaris i de satisfacció dels usuaris. L'objectiu era l'elaboració del document per al desplegament del Projecte d'Autonomia de Gestió, que seria el marc de referència per a la resta dels centres d'Atenció Primària de Catalunya que progressivament s'incorporarien al projecte.

Es va proposar la participació dels equips directius dels centres en la seva elaboració, incorporant-nos en la direcció tècnica del projecte. Aquest fet el vam valorar com un aspecte molt positiu, ja que ens permetia donar la nostra opinió i tenir capacitat de decisió en un projecte innovador de la nostra empresa i en l'àmbit d'interlocució, no territorial, sinó de centre corporatiu.

Personalment, tot plegat ho veïem com una possibilitat d'avançar cap a una Atenció Primària digna i potent, i que el nostre centre hi formés part des del principi. L'increment de feina que implicava la participació en el projecte s'havia de veure compensat per canvis reals en el funcionament del centre, visualitzats positivament pels membres de l'equip, i no quedar com una proposta més que comportés un desencís i una frustració d'expectatives. Teníem, doncs, una actitud expectant a l'espera d'una major concreció.

En la segona reunió del 16 de setembre de 2008, sobre la base d'un document —molt general i obert de possibilitats— presentat pels impulsors del projecte a escala corporativa, es creen cinc grups de treball amb la participació d'altres membres dels deu equips que no pertanyien a l'estructura directiva. Els grups de treball van elaborar una sèrie de propostes sobre pla funcional, acord de gestió i incentius, processos de gestió de recursos humans, processos de gestió econòmica i sistemes d'informació. Les propostes de cada grup van ser presentades en una jornada que va tenir lloc el dia 26 de novembre de 2008 a la seu corporativa de l'ICS, i que van ser analitzades als comitès directius de l'ICS i, finalment, aprovades. Les propostes van quedar recollides en l'Acord de Gestió, signat pels directors dels equips amb les gerències territorials de l'ICS el mes d'abril de 2009. Constava d'una part comuna a la resta dels equips i d'una d'específica per als equips que participàvem en aquesta fase del projecte.

Sense entrar en els detalls, exposarem la nostra visió del projecte



centrant-nos més en el moment en què teníem responsabilitats directives al centre. Som conscients que qualsevol canvi important requereix temps en la seva implantació, i que les circumstàncies actuals de crisi econòmica no hi ajuden.

Hi ha coses que ja estan en marxa en els equips i que s'han de visualitzar positivament; certament, la majoria requereixen pocs canvis a altres nivells de gestió, i si no es té una visió global del projecte es podien haver fet igualment sense participar-hi. Remarcariem els aspectes següents:

- Poder proposar el 80% de les DPO del centre: tenint en compte les línies estratègiques de l'empresa, fer-les des del centre permet que siguin més properes a la nostre realitat, a les inquietuds dels professionals i a les necessitats dels usuaris per augmentar així el grau

de satisfacció envers la DPO.

- Disposar d'un augment d'assignació del fons de maniobra per fer front al pagament de petites despeses en efectiu quan es consideri necessari, sempre que tinguin caràcter d'urgència o d'imprevist.

- Poder efectuar facturació a tercers com a font d'ingressos i que reverteixen directament en el pressupost de l'ABS.

- Disposar d'un incentiu grupal en funció dels resultats assolits en el tancament de l'Acord de Gestió. Ja es veurà si es pot mantenir aquest incentiu a mesura que vagin entrant nous equips en el projecte.

- Elaborar un pla funcional que anés més enllà del Reglament de Règim Intern, on quedessin reflectides, entre altres qüestions, les funcions directives i la relació amb altres nivells assistencials, poblacionals i de gestió, així com la cartera

de serveis del centre. I també definir quin sistema d'organització i funcionament intern hem de tenir per donar una resposta de qualitat a les demandes sanitàries dels usuaris.

- Flexibilitat horària tenint en compte l'horari de funcionament del centre i el contracte laboral dels professionals.

Hi ha altres aspectes, segurament els de més envergadura de tot el projecte, que costa més tirar endavant, ja que suposen canvis i aclariments en altres nivells de gestió, tant en aspectes normatius com en modificacions d'inèrcies estruc-

turals mantingudes en el temps, i que precisament per la seva transcendència, i segons com es vagin concretant, poden crear, en alguns professionals dels equips, desencís per expectatives no cobertes.

En aquesta categoria, inclouríem el següent:

- Gestió pressupostària: s'ha fet un treball important, tant en àmbit corporatiu com territorial, en l'elaboració del pressupost dels centres, s'ha anat més enllà del que es basava en un històric, s'ha avançat cap a un sistema més capitiu, presentat en forma de compte d'ex-

plotació amb ingressos i despeses i amb una previsió de tancament. És primordial que els equips participin en la seva elaboració i seguiment, ja que és el que ha de permetre tirar endavant els objectius assistencials marcats en l'Acord de Gestió, amb la possibilitat de tenir flexibilitat en el moviment de partides gestionables i incidir en la viabilitat d'obtenir ingressos complementaris (facturació a tercers, ampliació de la cartera de serveis i convenis). I tot sempre dins del principi d'eficiència en la utilització dels recursos públics i la responsabilització dels resultats obtinguts. Poder disposar d'un pressupost propi en formació i utilitzar-lo segons les necessitats del personal i de les tasques que es vulguin implantar.

- Gestió de personal: en aquests moments hi ha poc marge d'actuació en la majoria dels aspectes relacionats amb aquest tema sobre la base de la normativa vigent i els acords sindicals, així com per la manca de professionals, aspectes consensuats en el grup de treball, com ara la possibilitat d'instaurar convocatòries específiques per centre similars a les que es fan als hospitals; tenir capacitat de decisió en les comissions de serveis (sempre d'acord amb la persona afectada i amb l'ABS d'origen), i poder fidelitzar i contractar substituïts sobre la base de la disponibilitat pressupostària són aspectes que considerem rellevants per ajudar a tenir uns equips més cohesionats.

- Sistema d'informació integral. Malgrat els esforços fets, no es disposa d'un quadre de comandament com a eina de gestió que aporti informació elaborada que permeti la presa de decisions en aspectes pressupostaris, de personal i clínics a disposició de l'estructura directiva i dels professionals del centre.

- Sembla difícil que es pugui desenvolupar un cartera de serveis addicional o específica fora del que en aquests moments es fa als centres. Seria important mantenir oberta aquesta possibilitat de fer propostes específiques des dels equips i poder ser negociades amb les gerències i reflectides pressupostàriament en l'Acord de Gestió, en cas d'aprovació.

- Tractar el concepte d'assumpció de risc en funció dels resultats obtinguts sempre comporta inquietuds en el si dels equips. Per a aquest any, se'ns ha parlat d'assumir risc en relació amb l'assoliment de la DMA de farmàcia.

“L'Eixample va ser un dels deu equips de l'ICS a Catalunya que van decidir participar al procés de pilotatge del Projecte d'Autonomia de Gestió”

“Aprofundir en la capacitat de decisió sobre la gestió dels serveis i recursos per part dels equips comporta un plus de responsabilitat i compromís”

Entenem que és un projecte que ha d'anar evolucionant, que se n'ha de tenir una visió global a tots els nivells de gestió per veure on hi ha l'horitzó i quins són els objectius finals, sobretot si l'empresa hi continua apostant com el model de gestió dels equips d'Atenció Primària.

Ens sembla que la fase demostrativa o de pilotatge del projecte no està tancada suficientment. Aquest any s'hi han incorporat nous equips, potser encara no era el moment; en tot cas, esperem que sigui un element estimulador, malgrat que, com ara, cada equip tindrà un grau d'implicació diferent en funció, entre altres, del seu històric com a equip i de la situació que es trobi en un determinat moment.

En l'àmbit dels professionals que treballem en un centre de salut, i als quals ens agrada la feina que fem, entenem que la nostra funció és donar assistència sanitària a la població de referència, i que aquesta ha de ser de qualitat. I és per això que necessitem els recursos materials i personals adequats i el suport de les estructures de gestió corresponents. L'empresa ha de tenir els objectius estratègics concretats i comunicar-los als seus professionals, ha d'establir el marc d'actuació (i de gestió) als diferents nivells i els equips han de retre comptes dels resultats obtinguts.

Per donar una assistència sanitària de qualitat, ens hem de dotar d'un sistema de funcionament i organització interns que ens permetin l'assoliment dels objectius sanitaris en el qual ens trobem còmodes, on tots els membres de l'equip s'hi impliquin i hi participin, i això no és gens fàcil.

Aprofundir en la capacitat de decisió sobre la gestió dels serveis i els recursos per part dels equips comporta un plus de responsabilitat i compromís dins de tot l'equip i d'una estructura directiva que, en aquests moments, en general, no és la més adequada ni a escala formativa i ni en la dedicació per tirar endavant aquestes noves funcions.

Roser Granollers Sardà
Miquel Casanovas Gabal
ABS Eixample

Autogestió?... depèn

M'han demanat que escrigui sobre l'autogestió dels equips de professionals en els serveis de salut i, reflexionant sobre el tema i després de múltiples experiències viscudes, no vull caure en els tòpics de sempre (sobretot el que s'ha dit de tot el que cal per canviar la falta d'implicació i compromís dels metges en les polítiques dels seus centres). I ho dic perquè sí que és veritat que, als anys 80, quan es va professionalitzar la gestió en els serveis de salut, el xoc entre la cultura professional dels metges i l'organitzacional dels gestors va ser important. Però en aquests moments, i després dels anys passats, la situació és diferent i, segons estudis recents, podem dir que els metges compatibilitzen de manera majoritària el seu compromís amb la professió i amb l'hospital. En general, els professionals estan mitjanament satisfets amb el treball, actuen de manera organitzativament cívica i estan compromesos amb l'hospital. Hi ha exemples que ho certifiquen, i crec que sense la seva implicació majoritària no haurien estat possibles canvis importants, jo diria transcendents, tant en la forma d'organitzar-se com en la manera de produir els serveis. Penseu en aquests exemples i l'evolució que han seguit: la cirurgia major ambulatoria, la cirurgia mínimament invasiva, els tractaments coronaris mitjançant l'angioplastia, els hospitals de dia, l'atenció domiciliària, els PADES i la política de transplaments, entre molts altres. I, finalment, l'últim seria la informatització de la història clínica.

Em sembla, i la font consultada també en fa referència, que els professionals perceben de forma majoritària que el suport que reben per

“El gestor ha de permetre al professional l'accés fàcil a la interlocució i a la comunicació”

part dels gestors és molt millorable. Potser més que elaborar sofisticats models d'autogestió i participació el que cal és canviar l'enfocament i, per tant, en primer lloc, millorar la nostra comprensió sobre les preocupacions i les motivacions dels metges i, conseqüentment, facilitar el desenvolupament de noves polítiques i pràctiques de gestió dels professionals ajustades a les seves necessitats reals.

Quin és el suport que necessiten per part de la direcció i de l'organització per fer bé la seva feina? Estic convençut que una organització que és capaç de crear un bon entorn de treball, en el qual els professionals puguin fer i desenvolupar adequadament la seva tasca i se sentin recolzats, no hauria de perdre energies copiant models, en tot cas el model és aquest.

Els professionals de la salut són treballadors altament qualificats que utilitzen informació especialitzada, tecnologies sofisticades, equips de persones formades i entrenades, que han de ser sostenibles en el temps perquè donin resultats de qualitat i, finalment, tenen al davant una persona a qui han de guarir. És per això que si quelcom de tot l'esmentat no va a l'hora, els genera molt malestar, sincerament molt més que si l'organització sigui més o menys participativa o hi hagi més grau d'autogestió o menys, simplement és una qüestió de saber on posar l'accent. Em sembla que l'accent s'hauria de posar en una organització que tingui en compte aquestes necessitats.

Per tant, no es tracta d'autogestió “sí” o autogestió “no”, no s'ha de començar la casa per la teulada. El gestor, com he dit, ha de ser capaç de preparar una organització més descentralitzada i amb eines de gestió que permetin al professional l'accés fàcil a la interlocució i a la comunicació amb els àmbits de l'organització que li l'han de donar suport. El gestor ha de participar en la proposta d'objectius estratègics de l'empresa; ha de tenir informació rellevant i fer un seguiment amb els gestors de la seva activitat, de la informació econòmica, de la despesa, de les compres i els consums, de la situació dels recursos humans, de la gestió d'inversions en equipaments i espais; ha de tenir accés a un bon manteniment i una reposició correcta del material; ha de disposar d'accés a uns serveis centrals àgils i fiables, i, globalment, a una bona informació de tot el procés i dels resultats, un bon sistema

d'accés a la seva documentació clínica, etc. Com que la informació i el seguiment sobre les necessitats i els resultats dels equips no es poden fer de forma individualitzada, s'ha de preparar l'organització per a la descentralització i els equips per poder gaudir-ne. Per avançar cap a un model d'autogestió, cal una maduració prèvia, i també una maduresa dels col·laboradors. Cal capacitar, donar suport i delegar (segons Douglas i McGregor, les organitzacions han de crear les condicions amb les quals els seus membres puguin arribar a aconseguir millor els seus propis objectius). Els equips de professionals s'han d'organitzar amb líders i referents capaços d'interlocutar amb l'organització a tots els nivells, i fer el *feedback* que correspon amb els propis equips. Per tant, abans d'arribar a l'autogestió cal planificar bé com es preparen tant l'organització com els equips de professionals per descentralitzar-se. L'autogestió es podrà fer efectiva en el moment en què tant organització com els equips estiguin prou madurs.

Així doncs, una organització, perquè els professionals estiguin satisfets i puguin fer bé la seva tasca i donar els millors serveis, ha de treballar molt els seus processos, tant els de suport com els assistencials. Això requereix temps, paciència i perseverança per part de tothom. Els hospitals són organitzacions complexes amb molts ítems i, per tant, que tot vagi sintonitzat i que els processos de suport i els assistencials s'interrelacionin en forma i temps no és fàcil. En aquest context, i en una fase posterior quan aquest procés ja va madurant, poden ser molt útils els equips autoorganitzats per diferents processos assistencials.

L'autogestió i la participació sense aquesta fase paral·lela de maduració organitzativa, és a dir, sense un contingut real, pot comportar frustració i alentiment en l'assoliment de l'objectiu final. Es pot afirmar que les fórmules de participació dels metges a cada institució estan molt relacionades amb la cultura i els valors de cada una. La reproducció de models, la transposició d'estructures, sense tenir en compte les maneres de fer de l'organització, no només no seria desitjable, sinó que fins i tot pot ser contraproductiu⁴.

Dr. Felip Infesta
Gerent de GSS-HSM

NOTES

- 1 Peiró, Manel. Lleialtats contraposades? El compromís dels metges amb l'hospital i amb la professió. Tesis doctoral. ESADE 2007, p. 217.
- 2 Hersey P, Blanchard K, Jonson D. Management of Organizational Behavior (1969/2007) (9th Edition).
- 3 McGregor, D. The Human Side of Enterprise. McGraw Hill, reedició 2006.
- 4 Quaderns de Gestió Aplicada. El suport de l'organització als metges: experiències que influeixen en el compromís. Barcelona, La Unió, maig 2010.

Els equips de base associativa i l'autogestió

Catalunya va ser pionera a Espanya en la creació dels Equips de Base Associativa (EBA). La primera experiència es va iniciar l'any 1996, i actualment funcionen deu entitats repartides pel territori de Catalunya i, excepte a Lleida, la gran majoria són a Barcelona, una a Girona i una a Tarragona. Tenim, per tant, prou anys i prou experiència per poder valorar el canvi que ha representat aquesta nova manera d'organitzar l'Atenció Primària en la qual l'autonomia dels professionals passa a ser l'element clau.

“La possibilitat de triar l'equip de professionals i d'organitzar-nos per treballar dins el sistema sanitari públic és l'estímul més important per al treballador”

Els EBA són el model de societat de professionals de la salut en la qual metges, infermers i odontòlegs constitueixen una empresa i, a través d'un concurs públic, gestionen l'Atenció Primària d'una ABS (Àrea Bàsica de Salut). Els EBA són empreses amb una dimensió òptima per ser eficients i premiar adequadament els professionals per aquesta eficiència.

L'autonomia en la gestió d'un equip és molt ben valorada pels professionals. La majoria dels metges que treballem als equips autogestionats hem deixat la nostra plaça d'estatutari a l'ICS per començar aquesta nova etapa. La possibilitat de triar l'equip de professionals i d'organitzar-nos autònomament per treballar dins del sistema sanitari públic de Catalunya és l'estímul més important per fer

aquest pas. Cal assumir riscos econòmics, organitzatius i de gestió, però els resultats, avui, després de moltes auditories i avaluacions que han fet tant l'administració que ens contracta com entitats independents, demostren sobretot molts bons resultats en la gestió dels recursos públics, en la satisfacció dels pacients, i també dels professionals.

Però no és una bona estratègia analitzar per blocs de models de gestió, ja que dins de cadascun hi ha una variabilitat que fa difícil agregar-hi resultats que siguin significatius. Ens cal fer estudis per a la unitat natural que és l'ABS.

L'administració sanitària, i especialment el CatSalut com a responsable de la contractació, hauria d'analitzar, com ja ho comença a fer, els resultats assistencials, de satisfacció i econòmics ABS per ABS, i les que presentin dèficits, amb independència de quin sigui el seu propietari, haurien de millorar.

La regió sanitària de Barcelona va iniciar una experiència d'avaluació fa uns anys que pretén buscar els equips que obtenen més bons resultats per tal de generalitzar les bones pràctiques que han mostrat èxit. Aquesta referenciació, o *benchmarking*, amb més de 120

millors que si ho deixem en mans d'altres organitzacions exclusivament.

Alguns autors han buscat diferències segons el model de provisió en termes de resultats en salut dels pacients, però avui tots els estudis fets mostren que les diferències són tan petites que no tenen cap rellevància clínica. De l'anàlisi del conjunt dels resultats de les avaluacions fetes, es demostra clarament que amb una oferta de serveis més àmplia, amb una accessibilitat més important (els centres autogestionats sempre hem fet horari de 8 a 21 h), i sobretot amb uns costos més ajustats, l'eficiència dels EBA supera amb escreix la resta de proveïdors.

Un estudi¹ recent calcula el cost de l'Atenció Primària a Catalunya per a l'any 2008 en 459,3 € per persona a l'any de mitjana; doncs bé, tots els EBA estan significativament per sota d'aquesta xifra, i el diferencial, que ja es va demostrar en l'estudi de la Fundació Avedis Donavedian de l'any 2001, s'ha incrementat en aquests darrers anys d'una manera considerable.

A aquests resultats, cal afegir-hi que molts EBA ofereixen també innovació en noves formes organitzatives, en la relació amb la comunitat, en la recerca i en la docència, i ho fem sense cap cost afegit per al sistema.

Cal dir que el mèrit no és de cap professional en concret, tots els EBA tenen bons resultats, i només cal veure el gràfic adjunt (figura 1), en el qual es presenten els resultats del qüestionari de satisfacció del CatSalut, que compara la mitjana de Catalunya amb la puntuació que han obtingut els EBA, i tots estan per sobre de la mitjana.

Tant l'ICS, que és el principal proveïdor de l'AP (Atenció Primària) a Catalunya, com la resta d'entitats proveïdores tenen bons professionals. La diferència és en els instruments que l'autogestió posa a les nostres mans -poder contractar el personal, organitzar el servei i funcionar per responsabilitat-, i no tant per normes, ser propietari de l'agenda; en definitiva, assumir més responsabilitat i més riscos com-

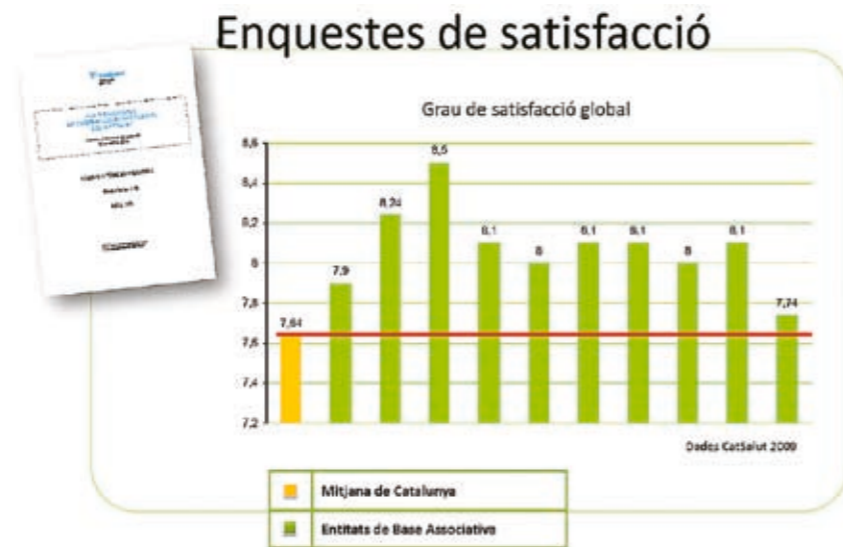


Figura 1. Font: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/experiencies_enquesta.htm i [dolaniscin vulputpat](http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/experiencies_enquesta.htm#dolaniscin_vulputpat).

porta resultats excel·lents.

Durant anys, hem assistit a una politització d'una realitat que era molt tècnica i poc comprensible, si existia la possibilitat que els professionals triessin organitzar-se d'una manera autònoma per prestar els serveis d'Atenció Primària dins del sistema sanitari públic.

Hem sentit discussions interminables en relació amb l'afany de lucre, a l'equitat en la prestació del servei, als riscos potencials, discussions basades en sentiments i no en l'evidència, tant de casa nostra com d'altres països, i mentre ens enredàvem discutint hem avançat molt poc a augmentar l'autonomia dels professionals dins de les organitzacions actuals.

Una excepció lloable és l'experiència que l'ICS està duent a terme en relació amb la descentralització i els contractes de gestió amb els seus equips, una experiència que els professionals han vist amb bons ulls i que ja ha generat resultats objectivables.

En l'entorn actual de crisi i de dificultat per a la sostenibilitat de l'actual sistema sanitari, tots, en els discursos i en els escrits, girem els ulls cap als professionals, a nosaltres ens fan responsables de la solvència futura del sistema, és aquesta una gran responsabilitat i he de dir que les poques vegades

que aquesta responsabilitat ens ha estat assignada, els resultats han estat bons, o molt bons i, per tant, no hem de tenir cap por.

Més aviat són altres, ja siguin els polítics o els mateixos gestors, els que no són capaços de trobar canvis veritablement innovadors.

Algú pot pensar que això dels EBA està bé, però que la immensa majoria de professionals el que volen és ser funcionaris i tenir una plaça en propietat, l'estabilitat laboral per sobre d'altres consideracions. Aquesta és una opinió ben respectable, però el que alguns reclamen és que els professionals tinguin opció i puguin triar; aquells que prioritzin treballar a l'ICS i ser estatutaris, que ho puguin fer; els que vulguin treballar en organitzacions més complexes que gestionen primària, hospitals i sociosanitari, també ho han de poder fer i, finalment, els que volen apostar per organitzacions autogestionades, que també ho puguin fer.

En el futur es podran fer alguns EBA de nova creació, però de ben segur que seran pocs. El futur és estendre el més alt nombre possible d'equips amb tanta autonomia com la seva organització li permeti, i no excloure, sinó fins i tot facilitar que els professionals que ho vulguin puguin tenir la possibilitat de triar com organitzar-se.

L'autonomia de gestió pot tenir moltes variacions. En un dels extrems trobarem els actuals EBA i la seva evolució futura cap a cotes de més autonomia, però han de ser possibles també formes d'autonomia professional dins de les actuals organitzacions proveïdores de serveis d'Atenció Primària.

¹<http://www.gencat.cat/salut/dep-salut/html/ca/dir505/estecosalutiii.pdf>

Dr. Jaume Sellarès
Metge de Família
Director EAP Sardenyà

Projecte d'autonomia de gestió de l'ABS de Tremp

L'any 2009, en el nou marc institucional d'empresa pública de l'ICS, l'ABS de Tremp va estar convidada, conjuntament amb nou equips més, a desenvolupar un projecte d'autonomia de gestió. Després de gairebé dos anys d'experiència, i en el moment de fer balanç, cal diferenciar, segons la meua manera de veure l'impacte del procés sobre els professionals/equip, l'organització i la ciutadania.

Impacte sobre els professionals-EAP

La proposta per part de la direcció de la voluntarietat d'adhesió és fonamental per a la implicació dels professionals en el projecte i un factor clau que cal tenir en compte. Als professionals se'ls planteja participar en un projecte innovador i diferenciador dins de la institució que, des del meu punt de vista, ha servit de revulsiu i fa que ens parem a repensar la nostra forma de treballar i que qüestions com qualitat de l'atenció, responsabilització i utilització dels recursos entrin a formar part del nostre llenguatge com a equip.

L'autonomia de gestió potencia el lideratge dels professionals i ens responsabilitza dels resultats, alhora que aporta una part d'entusiasme i compromís. La signatura de l'acord de gestió amb la formulació d'objectius compartits i propis i l'assignació de recursos ha estat ben valorada pels professionals i fa que es puguin prendre decisions adequades a la realitat de cada equip.

L'autonomia de gestió ha estat també un repte per a l'equip directiu, poc avesat a la gestió econòmica, on el paper de tutoria i suport per part dels serveis centrals ha estat fonamental, així com un bon quadern de comandament on poder monitoritzar els indicadors de seguiment de l'acord de gestió. La formació és un altre dels aspectes clau: hem rebut formació específica i formació en qualitat.

“L'autonomia ha de tenir un marc dinàmic que permeti avançar en noves competències”

Impacte sobre la institució

L'impacte sobre la institució suposa un canvi cultural en l'organització. A més, permet una nova forma de relació entre la direcció i els equips, on la direcció cal que realitzi un paper més de suport que de direcció, i té com a dificultat, per tant, el canvi d'algunes inèrcies corporatives. La institució també ha hagut d'adaptar i revisar alguns aspectes normatius i de funcionament, i cal que continuï avançant en aquesta línia. L'autonomia es pot veure com una pèrdua de “poder” de les direccions a favor dels equips. Cal el compromís ferm en el desplegament i progrés del projecte sota unes condicions de lideratge central potent, clar i engrescador.

Impacte sobre els ciutadans

És el més difícil d'evidenciar en aquests moments. Sí que és veritat que han sortit algunes notícies a la premsa, però penso que la majoria dels usuaris no poden diferenciar els equips amb autonomia de gestió dels que no la tenen. L'autonomia la podem veure com una estratègia per millorar la qualitat i l'eficiència de la nostra feina, que, evidentment, va dirigida a l'excel·lència en els resultats clínics i la millora en l'atenció dels ciutadans.

En aquest moments, el nostre equip, propiciat per l'autonomia:

- Ha aconseguit uns bons resultats i el compliment de l'acord de gestió 2009 que li ha permès tenir l'incentiu grupal.
- Ha avançat en la seva organització interna, amb l'aprovació d'un pla funcional.
- Ha creat una comissió de qualitat que desplega un pla de qualitat.
- Ha incrementat la capacitat docent amb un acord amb la Universitat de Lleida per a la docència pregrau de Medicina i Infermeria.
- Ha elaborat diversos processos de millora i es treballa en l'elaboració de procediments de treball.
- Ha creat convenis amb altres institucions.

• Col·labora en la fase pilot d'acreditació de centres d'Atenció Primària...

La pregunta és: cal continuar amb el procés d'autonomia dels centres d'Atenció Primària? Jo penso que sí, en algunes coses que s'han de tenir en compte. Quina ha de ser la velocitat d'implantació del projecte? És millor pocs i tutoritzats o estendre'l ràpidament? La institució ha de seguir avançant en la nova cultura que representa l'autonomia, però, cal aprimar les estructures de gestió a favor dels equips?

La satisfacció dels professionals i l'increment de la responsabilització no s'ha de trancar amb la valoració de criteris tan sols econòmics. L'autonomia ha de tenir un marc dinàmic que permeti avançar en noves competències i queda pendent valorar el cost/efectivitat i mesurar la satisfacció dels usuaris.

Major autonomia/responsabilització

- Excel·lència clínica.
- Major satisfacció dels ciutadans.
- Major satisfacció dels professionals.
- Millor utilització dels recursos.

1. Consolidar un pressupost adequat a les necessitats i el projecte assistencial del seu EAP.
2. Aconseguir autonomia i flexibilitat en la gestió de RH.
3. Poder establir les DPO a mida.
4. Obtenir i gestionar lliurement l'incentiu grupal.
5. Disposar d'indicadors de gestió veraces, pràctics i puntuals que permetin gestionar apropiadament l'equip.
6. Aprofundir en la capacitat de gestió de compres i infraestructures.
7. Associar la gestió de risc DMA al *pool* d'elements de gestió dels equips.
8. Participar en un projecte d'innovació i diferenciador dins la institució.
9. Establir una relació efectiva i directa amb les gerències i referents territorials.

Dra. M. Teresa Montanuy
Directora EAP Tremp

“L'autonomia de gestió pot tenir moltes variacions i la seva evolució gira cap a cotes de més autonomia professional dins de les actuals organitzacions”

Actualitzacions en la neurobiologia dels trastorns per ús de substàncies

1. Introducció

En la història de la humanitat existeixen nombroses referències vers el consum de substàncies amb capacitat per induir alteracions psíquiques. La majoria d'aquests consums es realitzaven en el context d'activitats socialitzadores molt estructurades o bé dins de rituals d'iniciació o adhesió a una comunitat en concret. Tanmateix, hi ha constància de les alteracions psicopatològiques que produeixen aquestes substàncies en determinades persones. És per tot això que tradicionalment les conductes addictives han estat abordades des del punt de vista sociològic. No obstant això, en les últimes dècades és més consistent l'abordatge com a objecte d'estudi dins el camp de la neurobiologia; de fet la conceptualització actual del tractament dels trastorns per ús de substàncies (TUS) és biopsicosocial. En els últims anys, el coneixement de les bases neurobiològiques dels TUS està experimentant grans avanços, lligats al descobriment i a la descripció del circuit de recompensa cerebral i de reforç fisiològic. Aquests avanços són bàsics perquè el coneixement dels substrats biològics pot facilitar l'abordatge psicofarmacològic més eficaç per als pacients.

2. Epidemiologia

Al nostre país, els patrons de consum s'han anat modificant i en els últims anys ha aparegut amb força el consum de les drogues de síntesi química, especialment en la població més jove. L'emergència del consum i les seves conseqüències és una qüestió de plena actualitat. A més, en algunes regions el consum d'èxtasi genera fins al 5% de les urgències hospitalàries durant el cap de setmana (Jano [en línia] 2002). Pel que fa al consum d'altres drogues, existeix actualment una estabilització en els consums d'alcohol i cocaïna; malgrat això, és cert que des del punt de vista assistencial s'es-

El coneixement de les bases neurobiològiques dels TUS experimenta grans avenços

El consum d'èxtasi genera el 5% de les urgències hospitalàries durant el cap de setmana

Els factors genètics són més importants en la vulnerabilitat a l'abús

La dependència suposa canvis neurobiològics en el sistema nerviós

tà observant un petit increment en el consum d'heroïna per via inhalada en joves. Aquest tipus de consum obeeix als cicles sociodemogràfics i socioeconòmics, de manera que en períodes de baixa bonança hi ha tendència al consum de substàncies depressores del sistema nerviós central i, tanmateix, més econòmiques, mentre que en els períodes d'estabilitat la tendència és el consum de substàncies activadores.

3. Bases biològiques de l'addicció

Es defineix una droga com qualsevol substància que genera necessitat imperiosa de tornar a ser consumida per experimentar sensacions de plaer o benestar (reforç positiu) o per evitar la simptomatologia d'abstinència o d'un altre malestar físic (reforç negatiu).

En l'actualitat, es considera que els factors genètics són més importants en la vulnerabilitat a l'abús o a desenvolupar una dependència i que els factors ambientals creen un paper més destacat en el seu consum i manteniment. La dependència suposa canvis neurobiològics en el sistema nerviós central diferents si el consum és agut o és crònic; aquestes modificacions en la neuroregulació poden ser reversibles o irreversibles (taula 1).

3.1 El sistema de reforç cerebral

Quan arriba una substància amb capacitat addictiva al SNC es produeix una unió amb alguns dels receptors neuronals, apareixen sensacions gratificants i s'activa una reacció neuroquímica que és semblant a la que produeix el reforç. Aquests canvis són, tanmateix, semblants als que apareixen en les activitats de la vida quotidiana, com menjar o mantenir relacions sexuals. Però la gran diferència amb els estats de normalitat és que en aquestes reaccions neurobioquímiques es disparen la intensitat i la durada quan està induïda per una substància addic-

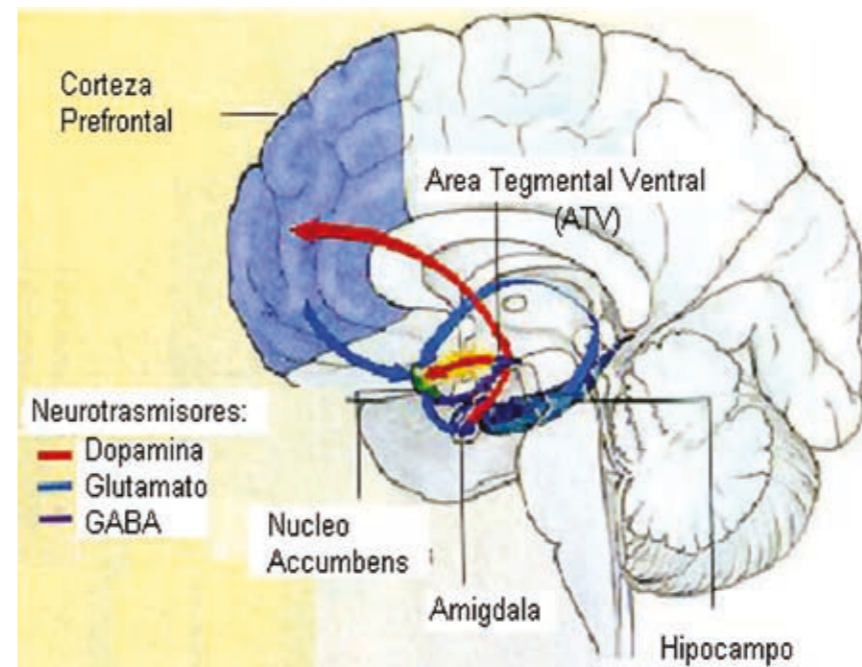


Fig. 1: Esquema de les àrees implicades en el circuit cerebral de recompensa al sistema nerviós central.

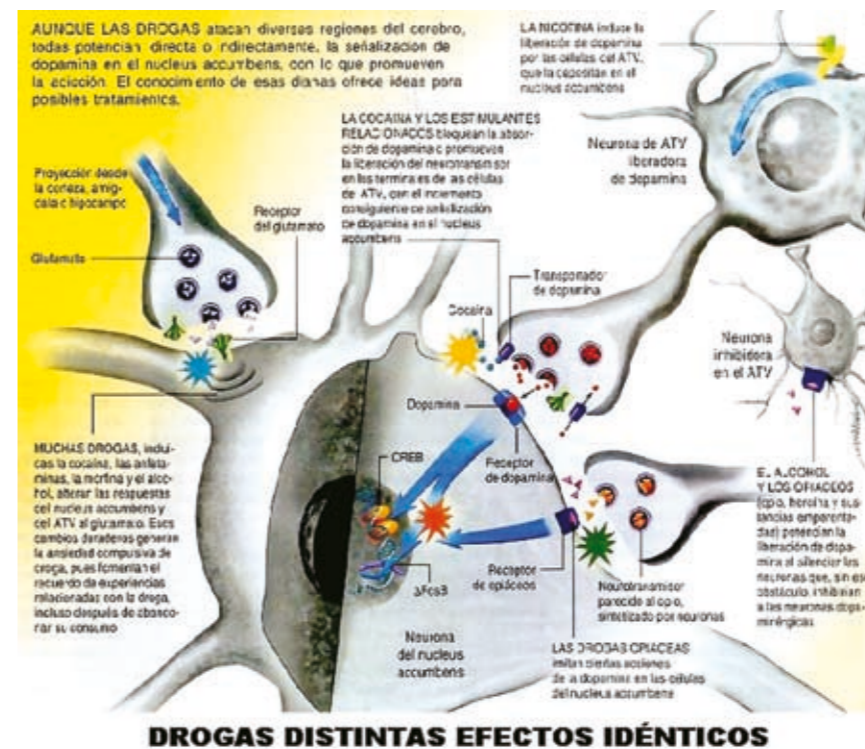


Figura 2: Diferents accions de les drogues i les activacions intracel·lulars.

tiva. Se sap que el consum agut de drogues induïx l'activació de parts del sistema mesolímbic i mesocortical, nuclis del rafe i l'amígdala (fig. 1), però sembla que és d'una importància cabdal l'alliberament de dopamina i l'augment de la seva concentració i disponibilitat en aquestes àrees cerebrals per produir un estat de benestar. El circuit de recompensa actuarà de la següent manera: després d'estimular l'àrea tegmental ventral, aquesta produirà un increment en l'alliberació de dopamina al nucli accumbens. Aquest

canvi s'ha relacionat amb la sensació subjectiva gratificant. Per això es pensa que totes les drogues augmenten directament o indirectament la transmissió dopaminèrgica, tot i que no es descarta la interrelació d'altres sistemes de neurotransmissió (opioide, serotoninèrgic, gabaèrgic, cannabinoides endogen).

El sistema opioide és el segon proposat com a responsable de la producció del reforç. En rates knock-out (rates que no tenen aquest tipus de receptor al SNC per modificació genètica) per

al receptor opioide μ s'ha demostrat que se suprimeix l'efecte reforçant de les drogues d'abús. Un altre sistema implicat és el gabaèrgic. Així, diferents autors (Sander et al. 2000; Loh et al. 2000) i estudis han relacionat el sistema GABA amb la dependència de substàncies, i s'ha proposat que la modulació directa d'aquest sistema per agonistes gabaèrgics i opiacis també pot produir canvis neuroplàstics per al desenvolupament de l'addicció (Kalivas 2002).

En el consum crònic de drogues apareixen fenòmens de neuroadaptació que depenen del tipus de droga consumida. Els canvis induïts produeixen modificacions en el funcionament nuclear que alteren els fenòmens de transcripció cel·lular. Els factors de transcripció estudiats i relacionats són múltiples, però són dos els que estan implicats en el fenomen addictiu: el CREB (cAMP-reponse-element-binding) i el δ Fos B (fig. 2).

El factor CREB s'activa per AMPc i actua alhora activant gens que posseeixen els anomenats CREB Sites. Aquests llocs s'han detectat en gens relacionats amb la producció de neuropèptids, enzims implicats en la síntesi de proteïnes i amb d'altres factors de transcripció. Perquè els CREB estiguin actius i es puguin acoblar als llocs CREB s'han de fosforilar. La fosforilació del CREB es fa mitjançada per la proteïnasa A.

Els efectes del consum de drogues sobre aquest factor difereixen en funció d'un consum agut o d'un consum mantingut i crònic. Posteriorment a un consum agut (per exemple, opiacis) augmenten tant l'AMPc com el factor CREB al nucli accumbens, i el CREB induïx un augment de la producció d'endorfines, que alhora provoca inicialment sensació de plaer, però posteriorment disfòria i malestar en la fase inicial de l'abstinència.

Contràriament, quan es consumeix una droga repetidament es produeixen fenòmens de neuroadaptació en un intent de proporcionar al sistema una homeòstasi. S'inhibeix la via de l'AMPc, fet que produeix disminució de l'activitat de la proteïnasa A i redueix la concentració de CREB fosforilat i augmenta l'expressió del CREB.

L'altre factor implicat és el δ Fos B. S'ha demostrat que després del consum de drogues augmenta ràpidament en el nucli accumbens i a l'estriat dorsal la concentració de famílies Fos, com ara c-Fos, Fos B, Fra-1, Fra-2. Aquest factor intervé en la sensibilització als efectes de les drogues i s'ha conceptualitzat com l'interruptor que pot causar les recaigudes, sobretot després de períodes d'abstinència llargs.

Dr. Xavier Samper

Taula 1: Mecanismes generals de les drogues d'abús		
DROGUES	PROPIETATS	NEUROTRANSMISSORS IMPLICATS EN EL REFORÇ
Cocaïna i amfetamines	Agonistes indirectes dels receptors de dopamina per inhibició del recaptador.	Dopamina i serotonina.
Opiacis	Agonistes de receptors opioïdes μ , δ , κ .	Dopamina i pèptids opioïdes.
Etanol	Facilita la transmissió mitjançant GABA _A i inhibeix la transmissió NMDA.	Dopamina, pèptids opioïdes, serotonina, GABA i glutamat.
Nicotina	Agonista de receptors nicotínics.	Dopamina i pèptids opioïdes.
Cannabinoides	Agonistes de receptors endocannabinoides CB1 i CB2.	Dopamina i pèptids opioïdes.

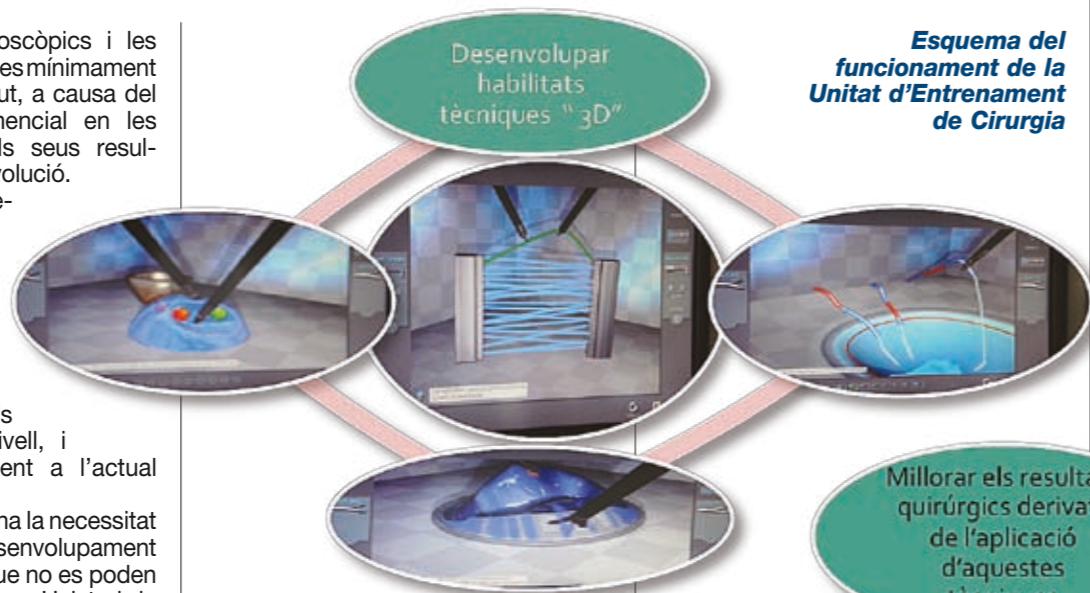
HOSPITAL DE SANTA MARIA DE LLEIDA

Implantació d'una unitat d'entrenament de cirurgia mínimament invasiva

Els procediments endoscòpics i les intervencions quirúrgiques mínimament invasives han esdevingut, a causa del seu creixement exponencial en les últimes dècades i dels seus resultats, una autèntica revolució. Afecten totes les especialitats quirúrgiques, des de la cirurgia general i de l'aparell digestiu, present en qualsevol hospital comarcal, fins a la neurocirurgia o la cirurgia cardíaca dels hospitals de tercer nivell, i suposen un desafiament a l'actual *statu quo*.

Aquest canvi condiona la necessitat de coneixement i el desenvolupament d'habilitats tècniques que no es poden adquirir com preconitzava Halsted, ja que perjudicaria els pacients i el cost econòmic no es podria assumir. La reducció substancial de la jornada laboral setmanal, les importants conseqüències econòmiques i socials dels errors mèdics i el desenvolupament d'alternatives a la formació en el quiròfan assistencial han comportat la potencialització de l'aprenentatge en centres d'entrenament. Una visió predita pels líders dels departaments quirúrgics poc temps enrere. Durant les últimes dècades s'han estat utilitzant maniquins senzills de plàstic, vísceres d'animals, caixes d'entrenament amb visió directa i limitacions de mobilitat de l'instrumental, simuladors virtuals més o menys avançats o animals anestesiats. Tots aquests sistemes, en major o menor mesura, poden reduir els temps d'aprenentatge de les diferents habilitats requerides per a la realització d'aquests procediments.

A més, s'està començant a generalitzar sistemes d'avaluació que permeten valorar les capacitats tècniques adquirides. Sistemes que a la vegada poden ser útils per decidir la superació de determinats nivells de capacitat tècnica. Els requeriments dels programes de formació de cirurgia general i de l'aparell digestiu que s'estan actua-



El propòsit és avançar en el camp tecnològic, docent i d'infraestructura i expandir les seves aplicacions a les diferents especialistes

alitzant exigiran l'assistència a un curs de cirurgia endoscòpica bàsica R3 i a un altre de cirurgia endoscòpica avançada de R5, a curt termini.

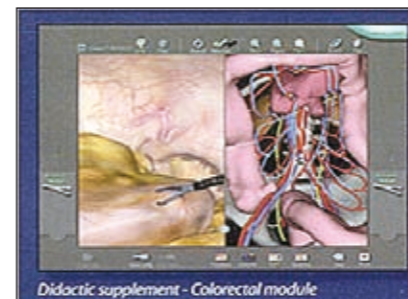
Descripció general de la unitat

El propòsit d'aquesta unitat d'entrenament és avançar en el camp tecnològic, d'infraestructura i docent, de la cirurgia mínimament invasiva, i expandir les seves aplicacions a les diferents especialitats quirúrgiques a través d'un programa de formació que permeti potenciar programes assistencials i de recerca en cirurgia guiats amb nivells de simulador, i fer així del

nostre hospital un centre de referència en aquest camp.

Els objectius de la unitat són:

- Crear un cos de coneixement en el camp de la cirurgia mínimament invasiva i altres tecnologies relacionades, a partir de la realització d'activitats de docència, incloent-hi col·laboració i sinergies entre hospitals, institucions, empreses i professionals a escala nacional e internacional.
- Proporcionar a professionals sanitaris, rotatoris de sisè curs, metges interns residents de cirurgia i especialistes quirúrgics coneixements adquirits sobre tecnologia i tècniques de cirurgia mínimament invasiva.
- Oferir la capacitat humana, física i procedimental disponible a l'Hospital de Santa Maria.
- Facilitar la creació de nous grups i assessorament dels existents en matèria tecnològica o de gestió de la innovació, que sumin esforços i treballin en el desenvolupament de la cirurgia de mínima invasió.
- Difondre els coneixements generats a l'hospital a través de publicacions científiques i orientades a millorar la formació i els resultats de les interven-



Didactic supplement - Colorectal module

cions quirúrgiques.

- Perfeccionar les tècniques quirúrgiques desenvolupades amb un abordatge laparoscòpic, aplicables en el sistema vascular, aparell digestiu, sistema urinari, ginecologia i traumatologia, a través de models experimentals de patologia renal, genital, digestiva, vascular...
- Millorar els resultats quirúrgics derivats de l'aplicació d'aquestes tècniques als pacients amb tutela posterior per part del grup de professors, si s'escau.



Simulation of the surgical surrounding - Hernia module

minso. En els propers anys la responsabilitat per assegurar un entrenament adient dels cirurgians en formació i el perfeccionament dels que tinguin uns coneixements bàsics en cirurgia ha de recaure en els cirurgians amb interès en els procediments laparoscòpics i en les institucions dedicades a la formació quirúrgica.

L'arribada de la cirurgia endoscòpica ha posat a prova el sistema clàssic d'ensenyament de la cirurgia, ja que a la transmissió de coneixements sobre una tècnica quirúrgica s'hi han afegit l'adquisició de noves habilitats, com la coordinació ull-mà, la visualització del camp quirúrgic amb monitors, l'absència de la tercera dimensió i el desenvolupament d'una nova forma de sentir el tacte. Al mateix temps, el desenvolupament tecnològic i la



- Crear un programa de formació continuada en anestèsia per la cirurgia de mínima invasió, control de la via aèria, tractament de la hipertensió pulmonar, actualització en monitorització anestèsica. I analgèsia perioperatoria i postoperatoria.

Aquesta unitat orienta el seu desenvolupament al servei de la societat i, a més dels beneficis directes que es deriven d'una adequada formació i d'un entrenament dels professionals sanitaris, l'R+D+I contribueix a l'augment dels coneixements i a la millora de l'àmbit sanitari.

Barreres i factors clau de l'èxit

La dificultat tècnica d'aquest procediment és presumiblement el motiu pel qual el nombre de facultatius que fan cirurgia laparoscòpica avançada sigui

rapidesa de progressió en l'aplicació clínica de la cirurgia endoscòpica ha produït un decalatge entre la formació de suficients cirurgians experts que poden actuar com a tutors i la demanda de formació i cirurgians novells.

Per això cal crear unitats d'excel·lència quirúrgica i plans docents d'ensenyament d'aquestes noves habilitats quirúrgiques fora del quiròfan. Les unitats han de comptar amb el pacient i ajudar a resoldre un dels obstacles principals que té el desenvolupament de la cirurgia endoscòpica mínimament invasiva: la formació adient i



Noves tecnologies de la unitat

generalitzada, sincronitzada amb els avenços tecnològics i sense cost per a la seguretat dels pacients.

Una de les principals queixes dels MIR és "l'escàs *feedback* que existeix entre els avaluadors de la unitat docent i els metges en formació". L'avaluació continua es materialitza en una suposada entrevista amb el tutor i en el compliment del llibre del resident. El programa formatiu fa referència als cursos i a les rotacions que ha de fer, concreta la quantitat mínima de procediments que ha d'efectuar i presenta un barem orientatiu del grau de complexitat de les intervencions quirúrgiques, però no especifica les opcions metodològiques i pedagògiques que s'han d'utilitzar. A més de garantir tot l'anterior —disposar d'espais d'equipament adequat i formadors qualificats que permetin un entrenament i una avaluació estructurada dels avenços tècnics que es van aconseguint—, serà aviat un dels aspectes que els MIR hauran de

tenir en compte en el moment d'escollir on i amb qui formar-se, perquè, com ja passa en altres àmbits, pot ser que l'avaluació de les habilitats comenci a plantejar-se.

Exigències de la formació

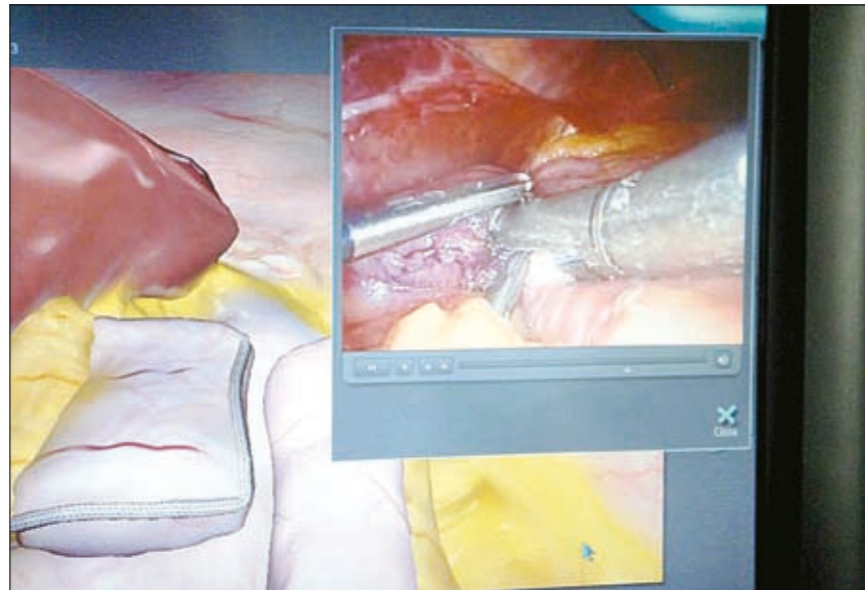
Les habilitats tècniques caracteritzen de forma destacada el cirurgià. A més de coneixement fisiopatològic, clínic i capacitat de comunicació amb els pacients, és sobretot la possibilitat d'utilitzar tècniques i tecnologies innovadores el que s'espera del cirurgià contemporani. El programa inclou nocions teòriques, com presentacions

» audiovisuals i sessions d'e-learning per facilitar l'accés a adreces web d'interès i sessions amb simuladors virtuals. S'utilitza una llista de control de 20 ítems per valorar la realització d'una adequada maniobra laparoscòpica al simulador.

Les primeres eines que s'han utilitzat per a l'aprenentatge de la laparoscòpia són els simuladors laparoscòpics, unes caixes inanimades que permeten la col·locació de trocars laparoscòpics i la fixació de dispositius d'entrenament. A través d'un dels trocars s'introdueix una càmera que projecta les imatges en un monitor, i s'aconsegueix així una representació del que podria ser una cavitat abdominal o pèlvica.

Sobre els dispositius d'entrenament es fan diferents exercicis, primer amb matèria inorgànica i després amb diverses peces de cadàver animal. Un cop superada aquesta fase, es passa a fer pràctiques sobre animals anestesiats (generalment porcs o ovelles), en un ambient que simula un quiròfan, tot supervisat per personal entrenat en laparoscòpia. Això implica una gran infraestructura, una despesa no menyspreable i una utilització de recursos tant animals com de material molt importants.

Actualment, tenim unes eines educatives més avançades per a l'aprenentatge de la laparoscòpia. Es tracta de simuladors quirúrgics basats en la realitat virtual sorgits a partir de simuladors de vol que utilitzen els pilots d'aviació per al seu entrenament. Aquest simulador consta d'un maquinari i d'un programari. Al maquinari hi ha un monitor i una plataforma robòtica que representa un pacient a través de la qual s'introdueixen els elements de treball. El programari incorpora diversos mòduls d'exercicis que van des d'entrenaments bàsics (coordinació ull-mà, comprensió de profunditat, exercicis de sutura, etc.) fins a entrenaments sobre pacients virtuals amb diferents tipus d'intervencions (colecistectomia, funduplicatura de Nissen, nefrectomia, histerectomia, etc.). Les pràctiques en aquest tipus de sistema es poden adaptar a les necessitats de cada alumne, sense pressions externes, es poden repetir tants cops com es vulgui, amb bona seguretat, bona representació sensorial i sense haver d'utilitzar animals d'experimentació. També permet fer una monitorització a individual i objectiva en els progressos del alumne, ja que la mateixa màquina calcula errors, els temps que triga a fer les diferents activitats, etc., i ho emmagatzema a la memòria. A més, s'ha demostrat que els coneixements adquirits en un simulador virtual es poden transferir a l'ambient de treball habitual, o sigui, al quiròfan. Tot en conjunt farà que els mètodes d'aprenentatge clàssics quedin desplaçats



Existeixen eines més avançades per a l'aprenentatge de la laparoscòpia



Les pràctiques es poden adaptar a les necessitats de cada alumne

pels models informàtics.

La incorporació de simuladors com a mitjà complementari de formació permetria una adquisició de coneixements i habilitats més amplis i efectius. Sistemes sanitaris com el National Health System britànic, amb programes com el National Endoscopy Training Programme o l'University of Michigan Health System (UMHS) als Estats Units disposen de centres on hi ha disponibles simuladors i programes *risk free, hands-on* no solament per cirurgians, sinó també per a anestesistes, pediatres... També diferents universitats, com la de Mississipi, o hospitals, com el Huddinge University Hospital, a Suècia, ja disposa de centres de simulació avançades amb programes formatius estructurats per als seus propis cirurgians en formació. A Espanya, la Junta d'Andalusia està posant en marxa el IAVANTE, amb una inversió que ronda els 10 milions d'euros, i d'altres comunitats, amb la col·laboració d'institucions sanitàries, universitats i empreses vincula-

des a les noves tecnologies també estan començant a equipar centres de simulació equivalents. Aquestes noves tècniques estan ja provades i consten d'una àmplia experiència, com ho demostren els diferents estudis. Actualment, estan disponibles per a la seva utilització en els centres d'entrenament més ben dotats del món. Per escollir la millor opció, Schijven i Jakimovicz ofereixen dades relacionades amb els avantatges i les limitacions amb l'objectiu de poder escollir el més adequat a les necessitats de cadascú. Els autors d'aquest article fan constar el seu agraïment a Fernando Moreno Citoler per la seva col·laboració en l'elaboració d'imatges.

Dr. Ricard Batlle Sole, Dra. Àngels Gabarrell Oto, Dr. Pedro J. Massó Allende, Dra. Mercè Pascual Queralt, Dr. Josep Ricard Recasens Guinjuan, director clínic del Servei d'Urologia, Dr. Xavier Rodamilans de la O, cap del Servei de Cirurgia General i Digestiva

Viatges internacionals i salut, una aliança especialitzada i professional

Actualment, el nombre de persones que viatgen a altres països diferents del seu s'ha incrementat espectacularment. Els viatges es fan per turisme, negocis, adopcions internacionals, ajut humanitari i cooperació internacional, immigració, tornar als països d'origen, etc.

Tot això comporta que l'individu entri en contacte amb patologies diferents a les del país d'origen. Es tracta de patologies a les quals es pot ser més o menys susceptible i que es poden prevenir amb vacunes.

S'estima que cada any entre 25 i 30 milions de persones es desplacen al tròpic, de les quals el 33-35% tenen un problema de salut durant el viatge, el 20% el segueixen tenint a la tornada del viatge i un 10% necessitaran assistència mèdica.

Davant la possibilitat de viatjar a països del tròpic, s'ha de fer una planificació acurada i amb temps del

Cada any, entre 25 i 30 milions de persones es desplacen al tròpic

Cal fer una visita a un centre especialitzat de vacunacions amb una antelació mínima de 4-6 setmanes

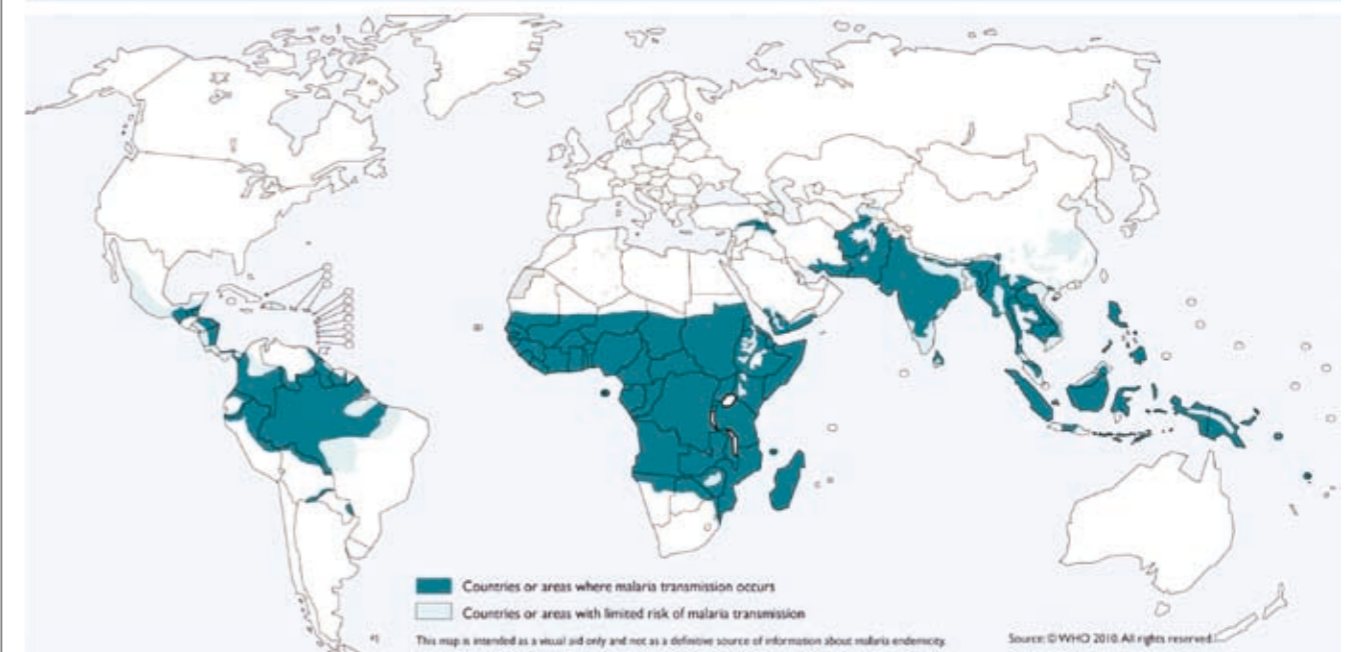
El viatger també ha de rebre recomanacions higienicosanitàries

viatge. Són molts els detalls que cal preparar, però no s'ha oblidar que s'ha de visitar un centre especialitzat en vacunacions internacionals amb una antelació mínima d'entre 4 i 6 setmanes abans del viatge, sobretot si es viatja a un país de risc sanitari mitjà o alt o en vies de desenvolupament. Quan un viatger internacional realitza aquesta visita especialitzada, no ha d'esperar rebre una recepta estàndard de vacunes. El consell sanitari ha de ser personalitzat i les vacunes s'han d'administrar d'acord amb diverses característiques del viatger i del tipus de viatge que realitzarà. També ha de rebre una sèrie de recomanacions higienicosanitàries per tal de garantir un viatge segur i saludable.

Vacunacions

Juntament amb el sanejament i la potabilització de l'aigua, la vacunació

Malaria, countries or areas at risk of transmission, 2009



The boundaries and names shown on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



Mapa dels països o àrees amb risc de transmissió de malària

és una de les estratègies que té un impacte més gran en la salut pública d'un país. Es tracta de la mesura més efectiva i eficient de prevenció primària individual i col·lectiva per controlar la morbiditat i la mortalitat de les malalties infeccioses per a aquelles persones que viatgen a països tropicals.

Les vacunes poden protegir els viatgers de patologies infeccioses i/o malalties endèmiques als països de destinació més freqüents, però també cal destacar que no tots els viatgers tenen el mateix risc de contraure-les.

En l'àrea de les vacunacions, la infermeria té un paper fonamental i clau en la direcció, avaluació i prestació de cures d'infermeria orientades a la promoció, el manteniment i la recuperació de la salut, així com a la prevenció de malalties i discapacitats. La infermeria no només és el professional encarregat d'administrar les vacunes, sinó que també s'encarrega de prendre les mesures necessàries que assegurin l'efectivitat de la vacunació en la

pràctica assistencial, tant pel que fa a les vacunes (conservació, subministrament, manipulació i preparació, registres, etc.) com a la persona individualment (informació, consentiment informat i administració) i a la població susceptible de protecció comunitària (captació, compliment de visites, citacions, notificacions mensuals, etc.).

Consells de salut

Quan un usuari viatger internacional acudeix a una consulta d'un centre de vacunacions internacionals, a més de la vacunació i la quimioprofilaxi de la malària, els professionals de la salut, en especial d'Infermeria, han de dur a terme educació per a la salut perquè abans i durant el viatge segueixi unes mesures higienicosanitàries bàsiques. Riscos relacionats amb els aliments, l'aigua i les begudes:

- Una correcta higiene de mans.
- Aigua i refrescos sempre envasats i precintats.

- Els aliments han d'estar cuinats i calents.
- No s'aconsella menjar peix ni marisc cru.
- No s'aconsellen els glaçons
- La fruita sempre l'ha de pelar un mateix.
- Les amanides poden ser perilloses.
- S'ha de vigilar amb la rebosteria i els gelats.
- S'ha de vigilar amb les salses on hi pugui haver ou cru.
- Riscos relacionats amb l'entorn:
- S'han d'utilitzar cremes de protecció amb filtre solar.
- S'han d'usar barrets i ulleres de sol.
- S'han d'utilitzar repel·lents de mosquits, i si s'escau, mosquiteres impregnades d'insecticida.
- Cal evitar el contacte amb animals.
- Cal evitar el bany en rius i llacs d'aigua dolça.
- Mal d'alçada.
- Trastorn d'horari (*jet lag*).
- Síndrome de la classe turista.

- Mesures de prevenció sexual.
- Ús de roba i calçat adequat.
- Farmaciola de viatge.
- Assegurança sanitària de viatge i documentació identificativa oficial en vigor.

Quimioprofilaxi de la malària

La malària, o paludisme, és una malaltia endèmica a més de 100 països d'arreu del món, especialment en zones tropicals i subtropicals de l'Àfrica, l'Àsia i l'Amèrica del Sud (vegeu mapa). Es tracta d'una malaltia parasitària que es transmet mitjançant la picada d'un mosquit femella infectat del gènere *Anopheles*, que sol picar des d'última hora de la tarda fins a la matinada. És la principal causa infecciosa de complicacions greus i mort en els viatgers internacionals. Aquest mosquit és el responsable de més d'un milió de morts a l'any, tot i que la gran majoria es produeixen en nens menors de 5 anys a l'Àfrica subsahariana.

A les grans ciutats de molts països de l'Amèrica del Sud i l'Àsia, on també existeix la malària, no se'n produeixen, de transmissions, però sí a les zones perifèriques, marginals i/o rurals. Normalment, hi ha un risc menor de malària en altituds per sobre dels 1.500 metres, però si hi ha condicions climatològiques favorables, s'ha trobat que el mosquit arriba als 2.500 metres. El risc augmenta tot just després de l'època de pluges.

Encara que la quimioprofilaxi de la malària no evita la picada del mosquit, sí que pot evitar-ne la infecció. Sobre-tot es recomana prendre-la contra l'espècie del *Plasmodium falciparum*, que és la més agressiva i responsable de les morts.

Les altres espècies *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malariae* i *Plasmodium knowlesi*, provoquen quadres clínics benignes i la decisió de la presa de la medicació profilàctica de la malària s'estableix

conjuntament entre el metge i l'usuari viatger de forma individualitzada, després de rebre la informació en un centre de vacunacions internacionals sobre el tipus de protecció que confeixen i del risc existent allà on viatgi.

D'altra banda, és molt important utilitzar mesures de barrera per evitar el màxim possible les picades dels mosquits i fer ús de repel·lents cutanis amb una concentració mínima del 40% DEET i mosquiteres (impregnades d'insecticida) per dormir a la nit. Com s'ha exposat anteriorment, per poder realitzar una tasca professional i especialitzada en viatges internacionals, el professional sanitari expert

reconegudes al nostre medi sanitari habitual. Així, els centres de vacunacions internacionals, amb professionals formats en salut internacional i que realitzen activitats preventives en un marc de provisió sanitària pública, poden oferir un perfil més eficient i adequat per a les característiques de la població catalana.

Tot i així, la seva implementació, consolidació i estabilització depèn de les premisses següents:

1. La voluntat, el reconeixement i el compromís per part dels responsables polítics i sanitaris.
2. La formació i l'experiència de professionals sanitaris en salut inter-

Per poder realitzar una tasca professional s'ha d'oferir una assistència i una valoració individualitzades

Existeix un dèficit assistencial pel que fa a activitats preventives en viatgers internacionals o immigrants

en salut internacional ha de realitzar una assistència i una valoració individualitzada des de les característiques de cada usuari viatger (edat, sexe, professió, malalties prèvies, història vacunal previ, etc.) i de diversos factors relacionats amb el viatge que farà (país de destinació, tipus de viatge, durada i marge de temps de què es disposa abans de partir), ja que es requereix un temps després de la vacunació per desenvolupar una resposta immunitària adequada.

El paper dels centres de vacunació internacional

Existeix un dèficit assistencial pel que fa a activitats preventives en usuaris viatgers internacionals o en immigrants nous procedents de països de renda baixa i amb alta prevalença de malalties importades que són menys

nacional.

3. L'organització d'una cartera de serveis realista aprofitant els recursos organitzatius i assistencials ja existents i en coordinació amb l'Atenció Primària i l'Atenció Hospitalària.

4. L'aplicació d'un monitoratge de programes de control de qualitat assistencial.

5. Un eficaç i eficient treball en xarxa informàtica d'informació clínica.

*Mariola Espejo Surós
Infermera i coordinadora del Centre de Vacunacions Internacionals
Eixample. Àmbit Atenció Primària de Lleida. Institut Català de la Salut*

*Gemma Parisé Farreny
Infermera del Centre de Vacunacions Internacionals Eixample. Àmbit Atenció Primària de Lleida. Institut Català de la Salut*

Tipus de vacuna i aplicació

VACUNA	DOSIS	TRANSMISSIÓ	DISTRIBUCIÓ	RECOMANACIONS	DURADA
Febre groga	1 dosi	Mosquit	Àfrica i Amèrica del Sud	Tots els països endèmics. Pot ser obligatòria	10 anys
Tètanus-diftèria	Primovacunació fins a 5 dosis. Sinó, 0/1/6-12 mesos	Ferides contaminades	Mundial	Tot tipus de viatge	5 dosis i per a tota la vida
Hepatitis A	0/6 mesos	Orofecal	Mundial	Persones nascudes després del 1948 amb viatge a països de renda baixa	2 dosis i per a tota la vida
Hepatitis B	0/1/6-12 mesos	Rel. sexuals i sang	Mundial	Viatges llargs, professionals i persones de risc	3 dosis i per a tota la vida
Febre tifoide	1 dosi	Orofecal	Mundial, especialment en dèficit d'higiene d'aigua i aliments	Viatge superiors a 15 dies i a zones rurals. A l'Àsia, sempre	3 anys
M Meningocòccica	1 dosi	Aèria	Àfrica subsahariana. Obligatòria per a l'Àrabia Saudita	Viatges a les zones de risc cinturó meningitis Àfrica. Peregrins la Meca	3 anys
Poliomielitis	Primovacunació: 0/1/6 mesos	Orofecal	Països endèmics: Nigèria, Pakistan, Afganistan i Índia	Viatges >15 dies a les zones de risc Viatge no organitzat a zona de risc, sempre	Si es viatja a zona de risc c/ 10 anys
Triple vírica	0/1 mesos	Aèria	Mundial	Si no s'han rebut 2 dosis	Després de rebre 2 dosis, sempre
Ràbia	0/7/21-28 dies	Mossegada d'animal infectat	Mundial	Viatges llargs d'alt risc i professionals de risc	3 anys
Grip	1 dosi	Aèria	Hemisferi nord: hivern Hemisferi sud: estiu	Viatgers amb factors de risc. Viatges a zones de grip aviar	1 any
Pneumocòccica	< 60 anys: 0/5 anys > 60 anys; dosi única	Aèria	Mundial	Viatgers amb factors de risc	Per a tota la vida
Encefalitis japonesa	0/28 dies	Mosquit	Sud-est asiàtic, Índia, Sud del Nepal i Oceania	Viatges llargs a zones rurals dels països endèmics	3 anys
Encefalitis centreeuropea	0/1/6 mesos	Paparra	Europa central i oriental Suècia	Professionals o esportistes de boscos de zones infectades	3 anys

BIBLIOGRAFIA

Articles:

1. Gascón J, et al. Manual de Medicina de Viaje 2009-2010. Ed. Travel Medicine Publishers. Sección Espanyola, 2009.
2. López-Vélez R. Malaria y viajes internacionales. Ed. Marcos Gráfico, 2002.
3. Valerio L, et al. La consulta de medicina tropical. En: An. Sist. Sanit. Navar.; 2006; 29 (Supl. 1): 97-104.
4. Valerio L, et al. Unidades de salud internacional centradas en atención primaria. En: Cuadernos de Gestión; 2001; 7: 100-105.

Internet:

- Generalitat de Catalunya
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/>

- <http://www.msp.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm>
- Sociedad Española de Vacunología
<http://www.vacunas.org/>
- Sociedad Española de Medicina Tropical
<http://www.semtsi.es/>
- Viajar Sano
<http://www.viajarsano.com/>

Publicacions:

1. 50 Casos Clínicos de Salud Internacional. Unitat de Malalties Tropicals i Salut Internacional Drassanes, 2008.
2. CDC. Health Information for International Travel. The Yellow Book. Ed. Elsevier, 2010.

3. López-Vélez R., Martín Echevarría E. Geografía de las Infecciones Tropicales, Guía Práctica por Países (GSK), 2007.

4. International Travel Health 2010. World Health Organization (WHO).

5. Manual de Vacunaciones para Enfermería. FUDEN 2005.

6. Revista Enfermedades Emergentes. Nexus Médica Editores, 2010.

7. Campins Magda, Moraga Fernando A. Vacunas, 100 Preguntas más Frecuentes (Esteve).

8. Pardo José Ramón de Juanes, Arrazola Martínez Pilar. Viajes Internacionales, Recomendaciones Generales y Vacunas (GSK).

La carrera médica en Perú

Cuando recibí la propuesta de redactar unas líneas para compartir cómo es la medicina en otra parte del mundo, me encantó la idea. Considero básico para cualquier persona de este siglo XXI conocer realidades ajenas a aquellas en las que uno se desarrolla, puesto que aporta una mayor experiencia de vida y permite comprender mejor nuestros ya globalizados entornos. Se podría decir que no se alcanza a entender lo que no se llega a conocer.

Soy de Perú y me formé allí. Durante estos años he tenido la oportunidad de desempeñarme en los muchos ámbitos que nos ofrece la carrera médica: la docencia, la investigación y la actividad asistencial en sí (tanto en la parte pública como en la privada), lo cual me permitió obtener un bagaje y una visión muy vasta de la realidad médica de mi país. Centrándome en la medicina pública, he de mencionar que la que se desarrolla allí es muy similar a la de otros países latinoamericanos: muy rica en conocimientos, pero muy limitada en lo referente a los recursos. Algunas veces es frustrante alcanzar un diagnóstico clínico a base de semiología pura y dura o con exámenes auxiliares mínimos para luego no poder tratar al paciente completamente o poder ofrecerle sólo unas opciones terapéuticas reducidas.

Creo que la mejor manera de estructurar este texto e ir profundizando en el tema será seguir un orden cronológico, es decir, relatar el pasar que hace un alumno cualquiera de universidad hasta llegar a su ansiada meta: ser médico.

Una vez terminada la escuela², se postula a una universidad. No existe un examen de selectividad único. Cada universidad crea uno propio y, una vez superado, se accede a la facultad a la que uno postula, en este caso, la de Medicina.

Ya dentro de la facultad, la carrera de Medicina Humana dura siete años, que se dividen en:

(a) Ciencias Básicas (desarrollo de las materias fundamentales para el futuro médico e incluso, según algunos, las más aburridas, como Química, Física, Biología, Histología): durante este período, que dura tres años, la gran mayoría de las clases se dan exclusivamente en las aulas universitarias, salvo una que otra materia que se dicta en el hospital.

(b) Ciencias Médicas per se: las clases se desarrollan en el hospital y se realizan bajo la tutoría de un médico adjunto de una determinada materia. Eso sí, se hace

mucho hincapié en la Fisiopatología y en la Semiología (entre ambas asignaturas se llega a un año de estudios) y se llevan a cabo las prácticas al pie del paciente. En determinadas materias, es obligatorio hacer horas de guardias de presencia e incluso a realizar algunos procedimientos. Este período dura otros tres años.

(c) Por último, la etapa final de la formación médica es el séptimo año, el llamado internado, nombre que no se debe al hecho de que vivamos dentro del hospital en sí, aunque pasemos allí la gran mayoría del tiempo. Dura exactamente un año íntegro, 365 días, sin vacaciones, sin fines de semana, con horario de ingreso mas no de salida y con guardias que incluso llegan a ser cada tres días y sin libranza. Sé que sonará muy fuerte lo que escribo y quizá pueda generar más de una expresión de horror en algunos, pero, sinceramente, es un período en el que uno adquiere no sólo destrezas médicas importantes, sino que también empieza a formar y forjar su estilo propio de hacer medicina. Se pierde el temor a enfrentarse al paciente, se ejercita el ojo clínico debido a la cantidad de gente que se puede llegar a ver (en las guardias, pasando planta...) y se generan lazos y recuerdos imborrables con los compañeros que te acompañan a lo largo de esta gran experiencia. Durante este año de internado, se hacen cuatro rotaciones de tres meses cada una: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General. Se puede decir que el objetivo que se persigue con este período es que el futuro médico sepa y conozca in situ la mayoría de las patologías más comunes de las cuatro especialidades médicas principales, a los troncos, si uno quiere hablar con este término, que está últimamente de moda. En cada rotación, el interno de medicina es el encargado de la logística de la planta y/o de la urgencia, así como de llevar (atender) a los pacientes, es decir, hacerles una historia clínica completa, examinarlos de pies a cabeza y luego encargarse de que las pruebas o exámenes auxiliares solicitados estén listos y hechos. El interno participa y se le pide que identifique los problemas de un paciente, los agrupe en síndromes, llegue a un posible diagnóstico (como ejercicio mental) y, sustentándose en lo pensado, solicite de forma racional y prudente la mejor prueba que permita confirmar o descartar una determinada patología. En lo académico, debe presentar exposiciones sobre diversos temas casi de forma semanal y saber



Perú se caracteriza por su cultura milenaria

El año de internado se hacen cuatro rotaciones: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología

El camino para ser médico es duro y largo, pero con satisfacciones

todo, o casi todo, sobre la patología o patologías del paciente o pacientes que tenga a su cargo. Adicionalmente, está el hecho de hacer procedimientos médicos tutelados de acuerdo con la rotación. Por ejemplo, en Pediatría realiza la atención inmediata al recién nacido, en Ginecología atiende partos, en Cirugía General se encarga de realizar suturas y, en algunos casos y siempre bajo supervisión, algunas cirugías menores o de rutina: drenajes de abscesos y hasta apendicectomías o herniorrafias.

Como se puede ver, al término de este año, el futuro médico consolida los fundamentos teóricos aprendidos en los seis años previos y los vuelca y demuestra en una práctica constante y supervisada, conjugando teoría y práctica al mismo tiempo. Una vez culminado este séptimo año, se da por concluido el período formativo como médico, quedando sólo la obtención del título. A diferencia

de España, donde se obtiene el de licenciado en Medicina, allá se adquiere el de Médico Cirujano. Se accede a dicho título mediante un examen de unas cinco horas que agrupa toda la carrera o por medio de la sustentación de una tesis. Con el título en la mano, uno queda apto para obtener el número de colegiado (en el Colegio Médico de Perú), requisito fundamental y último para poder desempeñarse profesionalmente en todo el territorio nacional sin ninguna restricción.

Estando ya titulado y colegiado, se debe hacer un año (remunerado) de servicios al Estado, requisito obligatorio para poder acceder a la residencia. En este período, se hacen las funciones de médico general en una determinada comunidad del país. Cuanto más alejada la comunidad, pues más remuneración se obtiene. La función, además de asistencial, es preventivo-promocional. Al término de este año de Servicios Rurales (esta es la denominación que recibe) uno emite un informe al Ministerio de Sanidad en el que resume la problemática socio-sanitaria hallada y las soluciones realizadas y/o planteadas para la misma.

Con la emisión de un certificado que avale haber realizado dicho servicio, uno se inscribe para el examen de residencia, una especie de examen MIR, para luego optar por las plazas vacantes que se ofrecen de modo anual. La residencia en general dura tres años para las especialidades clínicas y cuatro para las quirúrgicas. Este sería, a modo de resumen, el desarrollo que se tiene que hacer en Perú para adquirir primero el título de médico y luego el de especialista. Un camino algo largo y sacrificado, pero no por ello exento de satisfacciones. Yo llevo en España casi dos años y en este

tiempo he conocido a gente muy capaz y entregada a su vocación, así como a verdaderos maestros de la medicina. He aprendido muchísimo y sigo aprendiendo, pues aún estoy en un período formativo. Considero idóneo el diseño y la estructura del MIR en España, así como de un nivel académico muy calificado, no en vano ha servido de modelo a muchos países.

Desde que vivo acá, he tenido la oportunidad de conversar e intercambiar opiniones con muchos médicos, tanto adjuntos como residentes, y también con alumnos, y todos me animaban a compartir cómo es la medicina en otras latitudes. ¿Para qué? Pues para poder conocer así realidades ajenas a la propia y, por qué no, enriquecer y complementar sistemas educativos presentes.

Siempre he oído decir que los médicos latinos tenemos más práctica, y en parte es verdad, debido a varios factores (sistemas sanitarios, recursos del Estado, infraestructura social, etc.), pero, fundamentalmente, gracias a ese año extra, a ese famoso internado, un período duro en el que se fundamentan conocimientos, se da pie a la práctica y se consolida la actitud y personalidad del médico.

Soy un convencido de que la medicina no sólo es una bella profesión, sino un arte y una pasión, no un simple trabajo como las otras profesiones —muy respetables. Proviengo de un hogar en el que toda mi familia estaba conformada por profesionales ajenos a la medicina y de los cuales aprendí mucho, empezando por el respeto a otras carreras. Sin embargo, creo que el médico, en cualquier parte del mundo, tiene un plus, unas características especiales que hacen que conjugué en sí ciencia y cariño hacia el prójimo.

Actualmente se dice que vivimos en una sociedad globalizada y de consumo envuelta en una vorágine de conocimientos científicos. No hay día que pase sin que abramos el diario y veamos noticias sobre ciencia y, más aún, en lo referente a la salud. Mis maestros me inculcaron la humildad en la medicina, pues nunca se sabe todo ni se sabrá, y ahí está el quid del verdadero médico: el gusto por aprender cada día más, no por la satisfacción propia, sino por el bien de sus pacientes.

Espero que este texto haya clarificado, en parte, la estructura médica de un país latinoamericano y emergente como Perú. Un territorio que reúne cultura milenaria y calidez humana, así como una escuela médica muy competente.

Dr. Juan Carlos Samamé Pérez-Vargasa¹

¹ MIR de Oncología Médica – Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.

² (6 años de educación primaria, y 5 de secundaria, a diferencia de acá, que es primaria, ESO y bachillerato)

*Más Información: www.peru.info

Las especiales características del país

Perú es un país ubicado en la zona centrooccidental de Sudamérica. Tiene una población de 29 millones de habitantes. Su capital es Lima (8 millones de habitantes), sede de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y de muchas empresas multinacionales —algunas de origen español (Telefónica, BBVA, etc.)— debido a su tan favorable y próspero clima económico actual.

El país se caracteriza por su cultura milenaria. Además de la ya conocida ciudadela inca de Machu Picchu en Cusco (considerada una de las Siete Nuevas Maravillas del Mundo), se puede mencionar la ciudad de Caral (centro de la primera civilización en América, hace cinco mil años), ubicada en Lima, las líneas de Nazca, el Señor de Sipán por el norte, etc.

Además del aspecto cultural, cabe señalar también su cocina (crisol de ingredientes y sabores), su biodiversidad, única en el mundo en parte por su geografía: playas hermosas, cañones profundos, la cordillera de los Andes y una selva amazónica virgen aún en muchas regiones. Todo esto favorece el desarrollo de muchas especies y también de muchas actividades recreativas.

En cuanto al ámbito médico, el 5 de octubre se celebra el Día de la Medicina Peruana en conmemoración del aniversario del fallecimiento de Daniel Alcides Carrión, héroe nacional y mártir de la medicina de Perú y Latinoamérica por su sacrificio al infectarse de la bacteria *Bartonella bacilliformis* y contraer la ahora conocida enfermedad de Carrión o verruga peruana, con el objetivo de poder estudiar su desarrollo y evolución en el infectado.

De las numerosas facultades de Medicina, cabe mencionar la perteniente a la Universidad Mayor de San Marcos (primera universidad de Perú y la más antigua de América), la Facultad de la Universidad Cayetano Heredia y la Universidad de San Martín de Porres.

Como hospitales de referencia, se cuenta con el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, el Hospital Arzobispo Loayza y el Hospital 2 de Mayo. Merecen una mención aparte los institutos especializados en determinadas patologías, como el INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas), centro de referencia a nivel latinoamericano.

El pacient hiperfreqüentador

En els darrers anys s'observa un creixement de la presència reiterada i excessiva de determinats pacients a les consultes sanitàries a Atenció Primària, a Urgències i a especialistes. Es tracta de pacients hiperfreqüentadors, sovint qualificats de pacients difícils, frustrants, anomenats *black holes* o fins i tot odiosos per la resistència que generen. No existeix un criteri uniforme per definir què és una persona hiperfreqüentadora, ja que la conceptualització condensa significats molt dispars i difícils d'estandarditzar.

Diversos estudis coincideixen que seria la persona que utilitza de forma excessiva els recursos sanitaris (va a la consulta mèdica entre 7 i 12 vegades a l'any, 10 vegades més que la resta, o fins i tot el doble que la mitjana de la població) i que aporta sistemàticament queixes físiques sense arribar, malgrat el cas de múltiples exploracions i proves complementàries, a un diagnòstic de dolença orgànica.

Aquests pacients mostren un gran patiment i la necessitat de ser validats i legitimats pels professionals sanitaris, busquen una resposta al malestar en el professional, i d'aquí que s'hagi d'abordar dins el context de la relació professional-pacient. Per tant, la hiperfreqüentació és una categoria relacional on interaccionen els vincles del pacient i els professionals en un

context social.

Des de la perspectiva qualitativa, diferents treballs mostren que els pacients no tenen consciència de la pròpia hiperfreqüentació i el nombre de visites els és irrellevant.

Es detecten tres necessitats de les vivències de malaltia d'aquests pacients:

- Que els símptomes físics siguin reconeguts pels sanitaris.

- Que els símptomes siguin legitimats dins un marc de malaltia.

- Que el seu sofriment sigui únic i difícil de comprendre.

La dificultat d'atenció resideix en el fet que aquests símptomes físics amaguen un sofriment psíquic, no es queixen de tristesa ni d'ansietat, sinó de dolor generalitzat o difós, de molèsties digestives, de problemes cardiològics..., que en l'intent de descartar una malaltia física es deriva a proves complementàries i en l'espai-temps que es requereix es tendeix a la cronificació de l'estat del pacient.

Es complica el fet que la demanda explícita (demanda d'assistència sanitària) i la implícita (ser mirat com a subjecte únic i amb patiment únic) no coincideixen amb l'objectivitat del model biomèdic i la neutralitat científica. El fet de no resoldre aquesta demanda i no trobar un lloc on dipositar-la es repeteix una vegada rere una

altra, i això genera sovint conflictes en la relació professional-pacient. Caldria combinar la mirada clínica amb l'escolta activa, principal instrument terapèutic per a aquests pacients.

Dins del perfil de l'hiperfreqüentador, es troben diferents tipus de pacients:

- Pacients somatitzadors, plurisimp-tomàtics amb afeccions de difícil explicació biomèdica que el pacient atribueix a una malaltia orgànica i que busca un diagnòstic i un tractament de forma persistent. Poden presentar símptomes com dolor (abdomen, articulacions, extremitats, recte...), gastrointestinals (náusees, vòmits, diarrea, intolerància alimentària); sexuals (disfunció erèctil o ejaculatòria, menstruació irregular i polimenorrea) i pseudoneurològics (com ara marejos). Poden ser somatitzacions agudes o cròniques de més de sis mesos d'evolució.

- Pacients hipocondríacs, amb por i preocupació exagerada de desenvolupar una malaltia greu concreta, d'impacte social, i que sol·liciten proves i exploracions innumerables. Aquest perfil pot associar-se a trastorns afectius, crisis d'angoixa, trastorn obsessivocompulsiu i de personalitat.

- Persones amb trastorn de dolor somatoform, que es queixen d'un dolor intens i penós que no es pot explicar completament per un procés psicològic o somàtic. Sembla que aquests pacients estan més interessats a mostrar el seu dolor que no pas en una possible curació.

- Pacients amb trastorn de conversió que presenten símptomes físics pseudoneurològics que consisteixen en pèrdues motores i sensitives, com paràlisis, ceguesa i confusió. S'inicien de forma sobtada i van relacionats

amb esdeveniments emocionalment traumàtics. Solen ser símptomes transitoris que remetent espontàniament.

Els pacients hiperfreqüentadors, a més del sofriment que presenten, ocupen molt temps i desgast al sistema sanitari. L'elevada demanda té greus conseqüències en l'àmbit organitzatiu, administratiu i econòmic, i són també un dels factors identificats com precipitadors de la síndrome *burn out* professional. Les variables associades amb la sobreutilització dels serveis sanitaris són tan de tipus extern com intern. S'han realitzat estudis que relacionen aquests pacients amb perfils de personalitat i malestar psíquic. Entre els trets de personalitat més freqüents es detecten l'obsessivocompulsiu, l'esquizoide i el dependent. Hi ha un risc elevat de presència de trastorn de personalitat, que influeix en les necessitats afectives, així com símptomes d'ansietat i/o depressius.

Un perfil mixt esquizoide-compulsiu respondria a un funcionament perfeccionista i rígid que apuntaria a reaccions demandants i marcada indecisió enfront situacions estressants de l'entorn. Se'n deriva que el sobrecontrol emocional típic d'aquests pacients implica la somatització d'emocions no integrades i, conseqüentment, un augment de la freqüentació a la consulta, tot buscant un marc d'estabilitat i contenció. Aquest patró s'ha vist correlacionat amb trastorns d'ansietat i histeriformes (dificultats psicològiques expressades a través de canals somàtics).

Un altre patró de personalitat destacat en els hiperfreqüentadors és el dependent. Són persones amb baixa autoestima i amb una alta necessitat de vinculació, que busquen benefici en el professional per tal que els guiï i acompanyi permanentment.

El fenomen de la hiperfreqüentació és una amalgama de situacions externes, com la situació vital i els estressors, que juntament a uns perfils de personalitat vulnerables generen els patrons d'aquesta demanda d'ajuda reiterada i repetitiva. Alguns estudis coincideixen en un predomini de població de sexe femení, casades amb una mitjana d'edat superior als 50 anys. Altres afegeixen un perfil familiar en etapa de canvis, niu buit, decaiguda de cicle vital i/o disfunció familiar. Es coincideix que poden ser útils els abordatges en grups terapèutics i la vinculació a l'entorn proper.

Podríem trobar que, sovint, els hiperfreqüentadors:

- Es caracteritzen per alguns trets de personalitat, que poden fins i tot ser patològics.

- Són persones que pateixen, hi ha sofriment, en detectin o no el malestar psíquic i la presència de símptomes ansiosodepressius.

Els pacients hiperfreqüentadors ocupen molt temps i desgasten el sistema sanitari

Cal crear en la relació terapèutica miralls emocionals que permetin reviure i aprendre noves formes de sentir

- Han viscut un esdeveniment de gran impacte emocional (*life-events*), ja sigui un d'estressant o una malaltia orgànica crònica, pròpia o familiar, que modifica la percepció de salut.

- Presenten un estil d'afrontament passiu, amb dificultat de processament emocional, són reactius a l'entorn, amb baix nivell de confiança en les pròpies habilitats i en minven la qualitat de vida.

El fet que el pacient expliqui i relati sistemàticament sempre els mateixos problemes o altres d'igualment inespecífics acaba desencadenant dos tipus d'emocions negatives en els professionals. D'una banda, la impotència i la frustració per a la dificultat resolutiva pel que fa als símptomes i, de l'altra, la ràbia per no poder optimitzar els recursos de temps i treball amb altres pacients que fan un ús més racional. Identificar aquests pacients esdevé important, tant per la salut del professional, ja que eleva el risc d'esgotament emocional, com per la salut del pacient, que assumeix més risc d'iatrogènia per sobreprestació (en la "incerta recerca") o subprestació de serveis (quan el professional ja no fa cas).

No existeix un tractament determinat per a aquest tipus de pacient, més aviat una forma d'aproximació que millori la relació professional-pacient. Malgrat la càrrega que aporta el pacient, la relació terapèutica pot ser una trobada intensament humana, personal i essencialment única. La dicotomia malaltia vs. salut, o vs. curació entesa com l'ideal resolutiu, dificulta l'abordatge d'aquest tipus de pacients. Sovint el pacient diposita transitoriament el malestar perquè el professional el resolgui o el retorni; quan no és així, el professional perd el seu lloc en la relació i es produeixen emocions negatives. L'hiperfreqüentador es mostra desconfiat i apàtic a qualse-

vol explicació o plantejament, no són "bons malalts", perquè es resisteixen a ser curats, i això topa amb les limitacions del mateix professional.

Quant a l'abordatge d'aquests pacients, resulta bàsica l'empatia, la calidesa no possessiva en el tracte, les habilitats comunicatives i la reflexió periòdica per tal de generar una relació clínica amb vincle terapèutic. L'aliança terapèutica fomentarà col·laboració i responsabilitats compartides amb el pacient respecte al seu dolor i sofriment, per evitar així formes generadores de dependència dels pacients cap als professionals. Poden ser útils estratègies com programar amb el pacient visites regulars, planificar consultes breus acordades, escoltar i validar les queixes entenent-les com a part necessària de la presentació formal del pacient, transmetre-li la coordinació i col·laboració entre els diversos professionals i establir en l'acompanyament límits raonables en la capacitat d'ajuda. El professional, amb la voluntat d'integrar el conjunt de demandes explícites i implícites amb el pacient, pot induir a millores funcionals, incloent-hi l'autopercepció del nivell de salut, amb més tolerància i adaptació als esdeveniments vitals interns i externs.

Cal tenir cura de l'abordatge d'aquests pacients, no tan sols a l'hora d'arribar a un diagnòstic i a una terapèutica adequada, sinó considerant els aspectes interpersonals que es desenvolupen durant la relació professional-pacient. No hem d'oblidar que els vincles són la base de la nostra existència biopsicosocial i el seu maneig esdevé una clara eina d'intervenció terapèutica. Per al pacient, interaccionar per rebre un estil de relació que aportí un vincle segur, en què el professional és una figura rellevant representativa de la capacitat de calmar i contenir, pot formar part d'introjectar i "fer una mica seu" el funcionament de l'altre. Esdevindrà nociu si, pel contrari, el pacient rep respostes de rebuig, agressivitat o ignorància que provocaran la compulsió de buscar altres professionals repetint la conducta. Coneixem que en les relacions s'estableix una part d'aprenentatge per imitació. Sabem de l'existència de neurones mirall en els humans. Cada vegada es posa més èmfasi al poder terapèutic de la relació en si mateixa. Es tractaria de reforçar la connexió emocional i de crear en la relació terapèutica miralls emocionals que permetin reviure i aprendre noves formes de sentir. Requereix d'un procés en la vinculació que enfil cap a connectar amb les pròpies limitacions i les que ha de poder tolerar en si mateix l'hiperfreqüentador.

Teresa Barceló Montalà
Psicòloga col. núm. 9665
Hospital Santa Maria - GSS

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**

Només fins al 31 de desembre
o fins a exhaurir-ne les existències

4%
D'INTERÈS
TÈCNIC ANUAL
GARANTIT

pensiones

CALCULE CUÁNTO COBRARÁ CUANDO TERMINE SU VIDA LABORAL

	45 años	50 años	55 años	60 años
Ingresos anuales actuales		80.000		
Último sueldo probable en el momento de la jubilación	144.488	124.617	107.911	92.741
Destase entre la pensión y el sueldo	49.605	44.929	40.693	36.857
Ingresos anuales actuales		70.000		
Último sueldo probable en el momento de la jubilación	126.427	109.057	94.074	81.149
Destase entre la pensión y el sueldo	49.605	44.929	40.693	36.857
Ingresos anuales actuales		60.000		
Último sueldo probable en el momento de la jubilación	106.364,67	93.478	80.634	69.556
Destase entre la pensión y el sueldo	50.761	48.549	39.941	36.857
Ingresos anuales actuales		50.000		
Último sueldo probable en el momento de la jubilación	90.305	78.000	67.000	57.000
Destase entre la pensión y el sueldo	30.305	28.000	17.000	7.000

Pla d'Estalvi i Jubilació 105

A Mutual Mèdica treballem per oferir als metges els productes més exclusius i ara, amb més avantatges fiscals. Amb el nostre Pla d'Estalvi i Jubilació 105, obtindrà una rendibilitat excel·lent: el 4% D'INTERÈS TÈCNIC ANUAL GARANTIT durant tota la vigència del contracte, per a les aportacions efectuades durant el trimestre octubre-desembre de 2010. GRAN AVANTATGE FISCAL: fins a un 100% de les aportacions es poden desgravar de l'IRPF tant si es treballa per compte propi com per compte d'altri. Truqui'ns ara i gaudeixi de les millors condicions per a la seva jubilació.



MutualMèdica

90 anys de metge a metge