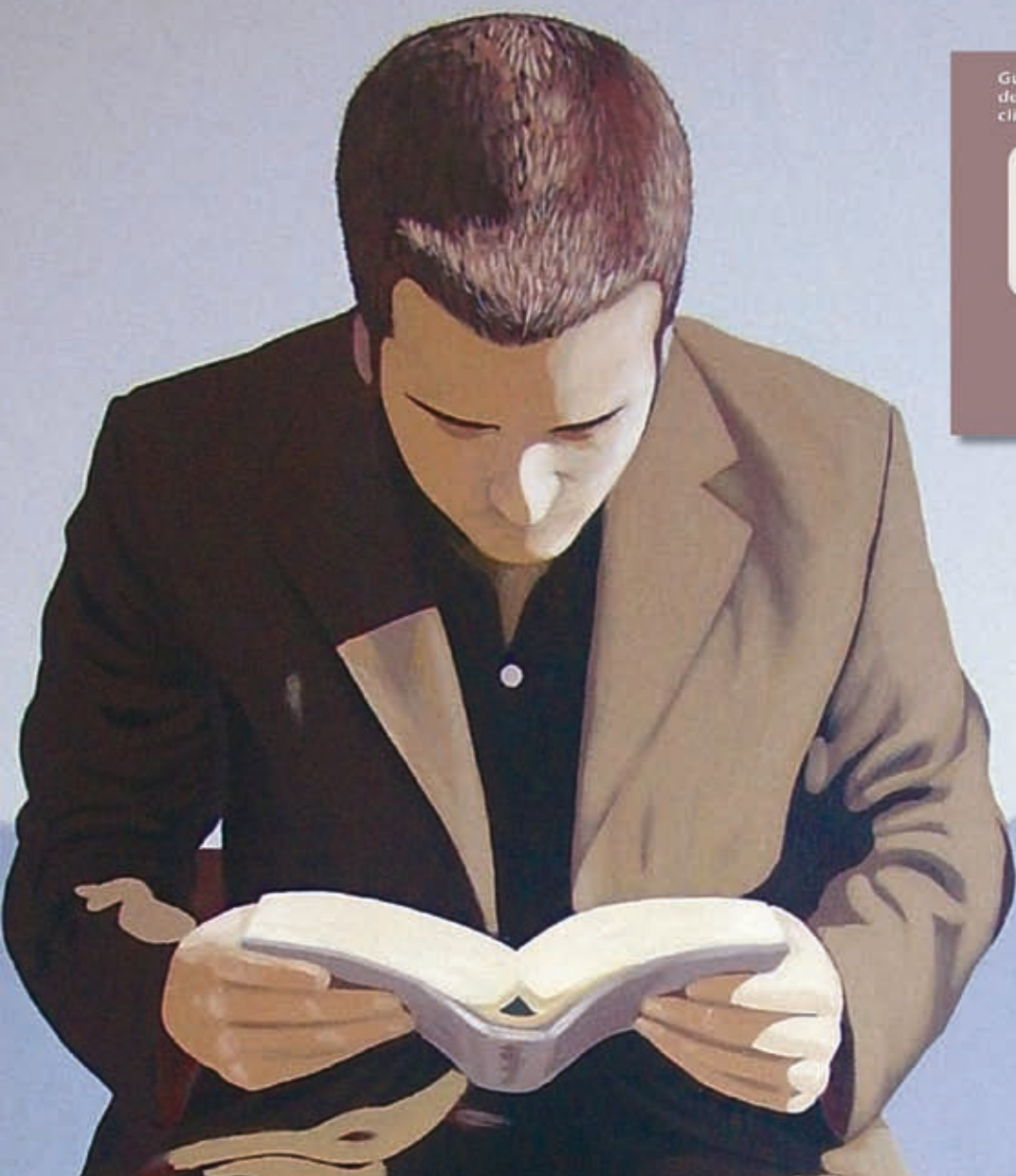


# El món sanitari presenta noves publicacions mèdiques



L'assegurança del seu vehicle cobreix el més important al millor preu?



*Demani  
pressupost i  
comprovarà els  
nostres preus*

## Alguns dels motius per escollir l'assegurança d'automòbil de Medicorasse\*:

- 100% del valor de nou els primers 3 anys en cas de danys propis.
- Assistència en viatge de les persones assegurades encara que el desplaçament es faci en un vehicle diferent a l'assegurat.
- Cotxe de substitució durant un màxim de 14 dies per reparacions en taller de més de 15 hores reals, en cas d'accident o robatori.
- Cobertura de defensa en multes.

\*Aquestes són algunes de les cobertures disponibles segons modalitat i packs contractats. El producte MediMotor (zmp) és fruit de l'anàlisi objectiva de les assegurances d'automòbil realitzada per Medicorasse i es tracta d'una assegurança amb garanties especials.

## BUTLLETÍ mèdic

Número 87, abril del 2011

**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 Esqueda 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  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep Maria Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Jorge Soler González  
Jose Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González

**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i maquetació:**  
Baldo Corderroure

**Correcció:** Torsitrad

**Publicitat:** COML

**Fotomecànica:** Euroscript, SL

**Impressió:** Artgràfic 2010, SL

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

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

### TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06 €</b>

OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06 €</b>

OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50 €</b>

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

## Seguretat dels pacients: la gestió de l'error mèdic

La qualitat i la seguretat són actualment aspectes prioritaris del nostre sistema sanitari. La seguretat dels pacients és un component essencial de la qualitat assistencial dins d'un sistema sanitari que, com el nostre, és molt complex en la seva organització, en els mitjans i procediments emprats i en l'exercici professional.

Sabem que dels actes sanitaris poden derivar-se situacions que ocasionin riscos, efectes adversos, accidents i danys als pacients. Tot i això, també coneixem que l'error mèdic és consubstancial amb l'assistència mèdica. Una altra cosa ben diferent és la mala praxi professional, tot i que s'identifica de vegades amb l'error mèdic.

Establir les causes immediates en situacions d'error mèdic, trobar i identificar els efectes adversos i la seva incidència resulta fonamental per definir situacions evitables i conèixer l'impacte que ocasionen. No obstant això, la prevenció té una importància cabdal en la gestió d'aquest tipus d'error.

L'activitat preventiva comença per establir quins són els procediments clínics diagnòstics i terapèutics més segurs i eficaços, assegurar que s'apliquin a qui els necessita i realitzar-los correctament. Cal dissenyar i implementar programes de vigilància que minimitzin el risc d'aparició de l'error, amb un sistema de notificació i registre dels ocorreguts i de comunicació per part del professional amb el suport de l'organització de la situació i dels efectes al pacient.

Convé utilitzar la detecció i identificació d'errors i la seva anàlisi com a eina de millora, sobretot com a eina de treball per millorar la seguretat dels pacients. Per aquest motiu, BUTLLETÍ MÈDIC publica en aquest número la reflexió de diferents professionals sobre aquest tema.

### SUMARI

## Aproximació a la donació de sang de cordó umbilical

BUTLLETÍ presenta una aproximació a la història de la donació de sang de cordó umbilical, els seus beneficis i controvèrsies. **17**

## El Biobanc de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida

L'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida) presenta el seu Biobanc. **22**



Fotografia portada: ELBLOGDEPABLOGALLO.BLOGSPOT.COM

# V Congrés de la Societat Catalana de Medicina de l'Esport a Lleida

Fisiologia de l'esforç, activitat física, revisions esportives, malaltia cardiovascular en l'esport, traumatologia de l'esport, dòping, casos clínics de medicina de l'esport, biomecànica de la marxa, fisioteràpia de l'esport i l'estat actual de la investigació en condrocits van ser els temes del V Congrés de Medicina de l'Esport a Lleida, que va comptar amb més de 170 congressistes. Un ambiciós congrés que va comptar amb la important col·laboració de diferents especialistes de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i de l'Hospital Santa Maria, com el pediatre Jordi Bosch, el pneumòleg Ricard Pifarré, els traumatòlegs Victòria Altemir, Sara Gros, Francesc Pallisó i Àlex Puertas, i el reumatòleg Lluís Rosselló. El congrés, de celebració bianual, va tenir lloc el 18 i 19 de març a l'edifici del Centre de Cultures del Campus de Capfont.

El rector de la Universitat de Lleida, el Dr. Joan Viñas; la professora i presidenta del Col·legi de Metges, la Dra. Rosa Pérez, i el president de la Societat Catalana de Medicina de l'Esport, el Dr. Daniel Brotons, van presidir la inauguració del congrés, que a part de les ponències i taules rodones també va comptar amb dos tallers pràctics,

La jornada va comptar amb dos tallers pràctics, un de mesoteràpia i un d'embenatges

El nou president de la societat és el Dr. Juan García Nieto

un de mesoteràpia i un d'embenatges funcionals per a la pràctica esportiva.

Durant els dos dies del congrés, els ponents i participants van debatre l'amplitud de temes d'anàlisi. En la primera sessió del congrés, l'equip liderat pel Dr. Lluís Rosselló va presentar les conclusions de l'estudi, fet l'any passat a Lleida, en pacients afectats de fibromiàlgia amb teràpia amb cavalls. La segona taula rodona de les jornades va tractar el paper de l'activitat física en l'obesitat infantil. Altres temes que es van celebrar en la primera jornada van ser l'homologació dels centres de



El congrés va permetre la demostració pràctica dels estudis realitzats

medicina de l'esport, la malaltia cardiovascular en l'esport i actualitzacions en el control antidopatge, traumatologia i medicina de l'esport. El segon dia van tenir lloc les comunicacions lliures, la sessió de biomecànica i diverses xerrades sobre l'esport.

En el transcurs del congrés, va tenir lloc l'assemblea de la Societat Catalana de Medicina de l'Esport. Els membres van escollir com a nou president el Dr. Juan García Nieto en lloc del Dr. Daniel Brotons i la Dra. Maite Doñate com a tesorera en lloc del Dr. Jordi Ardèvol. El proper congrés se celebrarà a Ter-

rassa. Abans de la cloenda, es van entregar els premis a la millor comunicació i al millor pòster. "Agraeixo als residents de medicina de l'esport, la Dra. Anna Pifarré i Roger Poblet, així com els becaris d'INEFC Lleida i els membres de la Fundació de la Universitat de Lleida que s'han encarregat de la logística del Congrés (Maribel Palau, Mariona Puigdevall i Salvador Compte) la feina feta. També agraeixo el suport econòmic que hem tingut del Col·legi de Metges de Lleida i de la Diputació de Lleida, gestionat d'una forma molt eficient per Divina Farreny, i de totes les cases comercials que han participat en aquest congrés."

No voldria oblidar fer dues referències: una a la col·laboració del catedràtic de Biologia Cel·lular de la Facultat de Medicina de Lleida, el professor Dr. Josep Enric Esquerda Colell, pel suport que ens va prestar a l'hora de tramitar ajuts econòmics al Ministeri d'Educació, i molt especialment a la Clínica ILO Oftalmologia de Lleida, tant al Dr. Rafael Ferreruela com al Dr. Xavier Caufapé, per l'aportació desinteressada que van fer per a aquest congrés.

**Dr. Fernando Pifarré**  
Membre del Comitè Organitzador del V Congrés de Medicina de l'Esport de Lleida

## 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 8 i el 22 de febrer i el 8 i el 29 de març, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- Convocatòria d'assemblea de col·legiats per al proper dia 29 de març de 2011.
- S'ha obert el termini per a la presentació de sol·licituds d'ajustaments

econòmics per a l'organització de cursos i congressos, jornades, etc., amb càrrec al pressupost col·legial de 2011. El termini finalitzarà el 30 de maig.

- El Consejo General de Colegios Médicos està elaborant un nou Codi de Deontologia a escala nacional, al qual el Col·legi de Lleida ha presentat suggeriments i al·legacions.

- Societats professionals que s'han registrat al Col·legi el mes de febrer de 2011: F. Pérez Villar, SLP (25SP00023). Total de societats registrades: 22.

- S'han actualitzat, en funció de l'IPC, els honoraris de l'assessoria fiscal Comlleida Serveis, SLU.

- En dates immediates es procedirà al lliurament dels nous carnets col·legials, que incorporen la signatura digital. A més, el Ministeri d'Indústria i Turisme ha reconegut els certificats digitals de metge que subministra el Consejo General.

- La Junta de Govern ha aprovat, de forma provisional, la Secció Col·legial de Metges Pediatres.

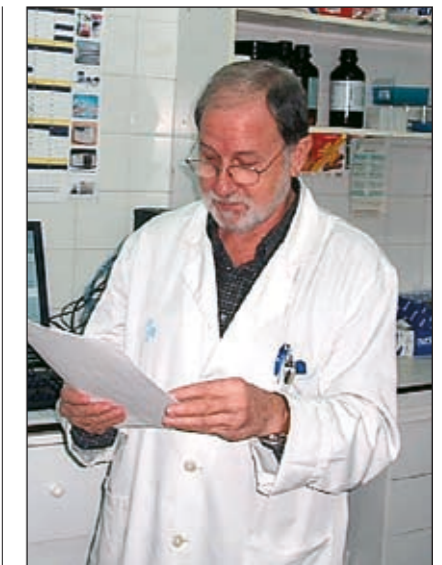
## Jubilació del Dr. Nogués, cap de Microbiologia de l'HUAV

El 31 de desembre passat, es va jubilar el Dr. Nogués, i ho va fer tan discretament com ha exercit la seva activitat professional com a cap de la secció de Microbiologia de l'Hospital Arnau de Vilanova.

El Dr. Nogués és un home discret i molt especial. Filòsof i metge, pediatre i microbiòleg, la seva inquietud l'ha portat a estar sempre al dia en els últims avenços en el camp del diagnòstic microbiològic de les malalties infeccioses. Ha estat el primer microbiòleg que va arribar a Lleida i, des d'aleshores, tots aquests anys ha demostrat una extraordinària capacitat de gestionar un equip amb cordialitat i il·lusió, qualitats que l'han fet una persona estimada i respectada per tot el personal de Microbiologia, tant com a cap, com a mestre i, sobretot, com a company.

"Dr. Nogués, ha estat un privilegi i un honor compartir aquests anys amb tu."

Anton, Jesús i Mercè



Dr. Nogués

## Moviment col·legial dels mesos de gener i febrer de 2011

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat tres altes durant els mesos de gener i febrer de 2011: Agnès Huguet Feixa (4503), Jaime Rodríguez Bolaños (4504) i Pilar Boto López (4505). El COMLL tanca el mes de febrer amb un total de 1.685

col·legiats. El Col·legi ha registrat nou baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de gener hi figura la del Dr. Salvador Ayneto Amat (699), que ho ha estat per defunció. Pel que fa als canvis de situació, passen a col·legiats honorífics Mohamed Alí Chaer (1335), Pilar A. Granés Ibáñez (1291), Antoni Nogués Biau (1464), Fernando Batlle Farran (1173), Aurora López Gil (1194), Magí Palau Gras (978) i Juan José Marco Pérez (1349).



La trobada va comptar amb diferents xerrades sobre la malaltia cardiovascular en l'esport o la traumatologia

## VI JORNADA DE TABAQUISME

# Recursos, estratègies i habilitats dels professionals

Per sisè any consecutiu, des de la Unitat de Tabaquisme de l'Hospital de Santa Maria s'ha organitzat una jornada de tabaquisme que s'ha convertit en un punt de referència per als professionals implicats en el tabaquisme de tot Catalunya. Aquests anys, s'ha comptat amb l'assistència de 180 professionals, la majoria infermeres i metges d'Atenció Primària.

El tema monogràfic escollit en aquesta ocasió s'ha centrat en els recursos, habilitats i estratègies que els professionals poden utilitzar en tractar els pacients fumadors, al marge dels fàrmacs que ja han demostrat la seva elevada eficàcia. Hi ha un moment, en el procés d'acompanyament del pacient, en què el professional troba a faltar eines concretes que l'ajudin a aconseguir la màxima eficàcia del tractament. Fem un breu resum de les comunicacions presentades.

**Teràpia de grup en pacients des de la Primària.** Rosa Roure, Peña Navarro i Àngels Navarro, infermeres del CAP Balàfia de Lleida. Parteixen de la premissa següent: la majoria de fumadors que han intentat deixar de fumar pels seus propis mitjans i sense suport específic no aconsegueixen el seu objectiu. En aquest sentit, proposen la teràpia de grup com a estratègia terapèutica efectiva, ja que potencia i afavoreix els processos de canvi (a), activa la identificació amb els altres membres del grup (b) i amplia les possibles solucions (c).

**Punts clau de "coaching" per a l'abordatge del tabaquisme.** Dra. Jaci Molins, cap del Servei de Rehabilitació de la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla de Tarragona. Parteix d'aquesta afirmació: "Si seguim fent les mateixes coses, seguirem obtenint els mateixos resultats. Si volem nous resultats, cal que experimentem amb noves opcions, com el *coaching*". Fer-ho així ens ha de permetre una nova metodologia per aconseguir millores (a) i una alternativa per a aquells casos en què el que fem no funciona (b). Coaching entès com a procés de canvi, on el pacient aconsegueix els seus objectius de manera ràpida i eficient mitjançant autoconsciència, responsabilitat i compromís. La ponent va presentar també el seu llibre *Coaching y salud. Pacientes y médicos: una nueva actitud*.

**Programa de suport i detecció de**



La jornada va comptar amb l'assistència de 180 professionals

El tema monogràfic escollit va ser els recursos habilitats i les estratègies dels professionals en els tractaments

Es va presentar el programa de suport i detecció de risc en pacients en deshabitació mitjançant SMS

**risc en pacients en deshabitació mitjançant SMS.** Francesc Abella, psicòleg de la Unitat de Tabaquisme, i Josep Cuadrado, enginyer informàtic de Hesoft Group. Es va presentar el projecte que els dos grups de treball han iniciat recentment. Es tracta de complementar el seguiment que es

fa a pacients que deixen de fumar mitjançant missatges al telèfon mòbil. El pacient que inicia un tractament va rebent una sèrie de missatges d'ànim i reforç a la seva decisió de no fumar. Paral·lelament, rep també una pregunta sobre l'estat actual de la seva situació pel que fa a deixar de fumar (malament, regular, bé o molt bé). Això permet al professional que el tracta conèixer la seva evolució i intervenir-hi, si és el cas. Ja s'ha fet una primera avaluació sobre l'efectivitat del programa i s'obté que la majoria de pacients que hi estan inclosos ho valoren positivament, reconeixen la seva efectivitat en el procés de deshabitació tabàquica i admeten que els permet estalviar temps i desplaçaments.

La segona taula va tractar sobre tabac i patologia dual. Es va decidir incloure aquest tema davant l'evidència del moment actual en els tractaments de deshabitació, en què cada cop són més els pacients que sol·liciten deixar de fumar i que presenten patologies mentals.

**Psicopatologia i tabaquisme.** Dr. Eugeni Bruguera, de la Unitat de Conductes Addictives del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Va presentar algunes dades per a la reflexió. El consum de tabac

entre fumadors amb trastorns psiquiàtrics és major que entre la població general. Fumadors amb antecedents de trastorn psiquiàtric tenen més probabilitat de síndrome d'abstinència greu. Els fumadors que presenten major gravetat d'abstinència tenen més símptomes de depressió. Els malalts mentals que fumen tenen més incidència de consum d'altres drogues (a) i pitjor compliment dels tractaments (b). De mitjana, els malalts mentals moren 25 anys abans que la població general. La majoria d'anys perduts es deuen a malalties relacionades amb el tabac. Seguint les paraules de Hugues (1998), tractar el tabaquisme és una de les activitats més importants que pot fer un clínic.

**Abordatge del fumador amb trastorns mentals.** Antònia Raich, psicòloga de la Fundació Althaia de Manresa. Es dona una relació directament proporcional entre la intensitat de la clínica psiquiàtrica i la gravetat de la dependència nicotínica. Clàssicament, s'han distingit diferents nivells d'intervenció en tabaquisme: breu (a), dirigida a qualsevol fumador; intensiva (b), dirigida a qualsevol fumador que vulgui deixar de fumar, i intensiva (c), dirigida a fumadors amb característiques especials, com ara és el cas. La ponent passa revista a les diferents patologies mentals i les seves característiques. Així, per exemple, s'explica que en l'esquizofrènia fumen entre el 88 i el 90% dels pacients. També en aquesta comunicació es fan propostes d'intervenció. S'aprofita per presentar la *Guia Clínica en el Consum de Tabac amb Trastorn Mental* (Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum).

**Les polítiques de control del tabaquisme: on som i què ens caldria fer.** Aquesta va ser la conferència de cloenda impartida pel Dr. Joan Ramon Villalbi, de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i membre del Consell Assessor de Tabaquisme. El Banc Mundial proposa les següents intervencions cost-efectives: més impostos que facin pujar el cost (1), prohibir o restringir fumar en espais públics i de treball (2), prohibir la publicitat o promoció (3), millorar la informació del consumidor (4), afegir advertències (5) i ajudar els fumadors que volen deixar-ho (6). Des de l'any 2007, hi ha hagut alguns canvis importants: han augmentat els preus (a), hi ha més accés als tractaments (b), el maig d'aquest any tindrem advertències amb imatges (c), hem fet net als bars i restaurants (d) i, de pas, millorat en altres llocs com els hospitals. I, tot això, amb la pressió de la indústria de l'hostaleria que no deixa d'anunciar pèrdues als negocis.

Francesc Abella i Asun Vilarasau



Àngels Teixidó va guanyar el premi al millor pòster de la jornada

## II Jornada d'Actualització en Multiculturalitat i Salut

El Centre de Vacunacions Internacionals Eixample (CVIE), Medicus Mundi Catalunya-Lleida, la Facultat d'Infermeria, la Facultat de Medicina i l'Oficina de Cooperació i Solidaritat (OCIS) de la Universitat de Lleida i l'Àmbit d'Atenció Primària Lleida de l'Institut Català de la Salut han organitzat la II Jornada d'Actualització en Multiculturalitat i Salut. Es tracta d'una jornada intensa i enriquidora per la qualitat dels ponents i dels treballs presentats, que mostren una sensibilitat intercultural. La jornada ha tingut lloc el 16 de març a l'Auditori Centre de Cultures i Cooperació Transfronterera del Campus Universitari de Cappellet de la Universitat de Lleida. També han col·laborat en la jornada la Xarxa d'Unitats de Salut Internacional de l'Institut Català de la Salut, el Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria i el Col·legi Oficial de Metges de Lleida. L'objectiu era el coneixement sociocultural i sanitari de la població immigrada, així com veure i analitzar mesures de gestió en la relació assistencial sanitària amb l'usuari immigrant i presentar i analitzar diferents estratègies i programes d'intervenció sanitària amb el col·lectiu immigrant. La jornada estava dirigida a professionals i estudiants i a professionals relacionats amb la immigració. La jornada ha abordat cinc eixos:

1. La competència intercultural dels professionals de la salut.

L'objectiu era el coneixement sociocultural i sanitari dels immigrants

2. La realitat de l'assistència sanitària a l'usuari immigrant des de diferents perspectives: Salut Mental, Atenció Primària i Unitat de Medicina Tropical.

3. Estratègies de treball en la gestió de la relació assistencial sanitària amb l'usuari nouvingut: la mediació intercultural en el món sanitari, la Xarxa d'Unitats de Salut Internacional de l'ICS i la reflexió ètica entorn de la relació assistencial multicultural.

4. Presentació de diferents estratègies i programes d'intervenció, promoció i educació per a la salut en contextos multiculturals: eines per afavorir la comunicació en la consulta de pediatria, presentació de la *Guia Clínica d'Acollida a l'Immigrant, reflexions al voltant de l'alimentació lluny de casa*.

5. La multiculturalitat i la salut des de la perspectiva de gènere: visió antropològica del tema, la mutilació genital femenina i la salut maternal.

Eva Miquel  
Metgessa de família ABS Balaguer  
Medicus Mundi Catalunya



Profesionales de diferentes ámbitos, como internistas o cardiólogos, entre otros, han trabajado en la guía

## Presentación de la “Guía práctica de síndromes clínicos complejos”

El incremento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad acontecidos en las últimas décadas han provocado en nuestra sociedad un aumento importante de personas mayores. En el ámbito sanitario, ello conlleva, necesariamente, un incremento en la prevalencia de enfermedades de carácter crónico, un mayor uso de la asistencia sanitaria y una mayor frecuentación hospitalaria. Son pacientes que presentan simultáneamente dos o más patologías que afectan varios órganos o sistemas y que a menudo tienen problemas de movilidad y dependencia. En algunos trabajos se ha constatado que este colectivo alcanza el 40-50% de los pacientes que acude a un servicio de Medicina Interna, pero evidentemente dependerá de la organización y las características de cada hospital y de cada servicio en concreto. En nuestro caso, la proporción que representan es mucho mayor. El especialista en Medicina Interna está familiarizado con este tipo de paciente; se ha formado en la visión integral del mismo, lo cual le



permite, con la ayuda de los compañeros de otras especialidades, intervenir sobre este colectivo de manera eficaz. Es “la medicina dirigida al enfermo, no a las enfermedades”. En esta era de la información, tenemos acceso rápido a multitud de manuales, revistas y artículos donde podemos revisar el manejo de las enfermedades que atendemos con mayor frecuencia (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, insufi-

ciencia renal, EPOC, neumonías, anemias, hepatopatías, demencias, ictus, síndromes febriles, síndromes tóxicos, dolor, etc.). Sin embargo, es bastante más complicado encontrar respuesta a algunas preguntas que con frecuencia nos hacemos cuando diagnosticamos o tratamos a pacientes con 2 o más de esas patologías, preguntas habituales como qué tratamientos del EPOC pueden perjudicar a su corazón o qué podemos hacer cuando un enfermo con insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal deja de responder a los diuréticos del asa. Este libro surge con la intención de dar respuesta a algunas de estas preguntas. En su edición hemos trabajado internistas, pero también, como no podía ser de otra manera, colegas de Atención Primaria, cardiología, neumología, neurología, digestivo, anestesia y cuidados intensivos. Está pensado como una guía práctica y sigue en todos los capítulos la misma sistemática: una introducción al tema, el planteamiento de los problemas más frecuentes que nos plantea la práctica habitual y los puntos clave. Esperamos que sea de utilidad y un elemento de soporte en la práctica clínica diaria, y que nos ayude a responder preguntas que muchas veces se echan de menos en las publicaciones de los estudios clínicos.

**Óscar Sacristán García, Gerard Torres Cortada y Jacint Cabau Rúbies**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de Santa de Maria, Lleida

## Jornades sobre el Pla d'Atenció Sanitària de l'Ictus

La Unitat Ictus de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, conjuntament amb el Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, han organitzat unes jornades sobre el Pla d'Atenció Sanitària de l'Ictus (PASI). Les jornades tindran lloc els propers 14 i 15 d'abril al Palau de Congressos La Llotja de Lleida. Les inscripcions es poden fer per correu electrònic a [mla-fuente@ferrergrupo.com](mailto:mla-fuente@ferrergrupo.com).

Els objectius de la jornada són:

- Sensibilitzar les autoritats sanitàries i els diferents professionals sanitaris sobre la importància de l'ictus.
- Analitzar els avenços diagnòstics i terapèutics per al maneig precoç dels pacients amb ictus en fase aguda i la seva aplicació en la pràctica clínica.
- Contribuir a l'adequada coordinació dels hospitals per a l'atenció al pacient amb ictus.
- Debatre possibles controvèrsies entre els diferents professionals impli-



cats en l'atenció urgent del pacient amb ictus.

- Contribuir a augmentar la qualitat en la prestació sanitària i l'equitat en la provisió de serveis per al pacient amb ictus en les diferents fases de la malaltia.
- Actualitzar el coneixement per a una correcta aplicació de les mesures de prevenció secundària, de rehabilitació

integral i de maneig de les seqüeles i/o complicacions.

- Fomentar la continuïtat de cures per al pacient amb ictus entre els diferents nivells assistencials.

La història de la fibrinòlisi cerebral i el codi ictus a les nostres contrades es remunta al març de 2006. Des de llavors s'han tractat un total de més de 100 pacients i s'han activat més de 400 codis ictus. Creiem que el maneig multidisciplinari és clau en aquests pacients. Tant els metges d'Atenció Primària, com infermeria, metges rehabilitadors, neuròlegs, neurocirurgians, urgències extrahospitalàries, cirurgians vasculars, intensivistes, logopedes, treballadors socials, urgències hospitalàries, metges de

medicina interna i professionals sociosanitaris tenen un paper important en la prevenció, identificació, maneig, tractament o recuperació dels pacients amb malaltia cerebrovascular.

**Dr. Francesc Purroy**  
Neuròleg, Unitat d'Ictus  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

## La II Jornada de Fibromiàlgia se centra en el dolor

La II Jornada de Fibromiàlgia organitzada a Lleida va tenir com a protagonista el dolor en tots els seus formats. Més de 160 persones van assistir a la trobada que, va tenir lloc a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida el 4 de març passat per fomentar la investigació i l'educació en aquestes malalties.

En aquesta ocasió, la jornada va presentar tres novetats importants. D'una banda, els organitzadors van escollir el dolor en tots els seus formats com a tema principal. Per això, es va parlar de l'etiopatogènia

a càrrec del Dr. Antonio Montero i el Dr. Gregorio Marco; del seu diagnòstic, a càrrec de la Dra. Núria Montalà, i del seu tractament, per part del Dr. Lluís Rosselló. De l'altra, una altra novetat va ser l'explicació de diferents estratègies sobre el tractament del dolor en la fibromiàlgia i des dels seus diferents vessants, però en aquest cas per a pacients, a càrrec de la Dra. Elena Hijós, la terapeuta ocupacional Laura Ortega, la psicòloga Laura Bosa, la infermera Mercè Serra i la fisioterapeuta Carme Campoy.

La tercera novetat va ser que es va donar el primer Premi de Fotografia sobre el Dolor. Un total de 60 fotografies van participar en el premi i dos experts en fotografia i la fisioterapeuta de la unitat van decidir els tres premis guanyadors.

## El Col·legi de Metges organitza l'onzena edició del Concurs CAPAM

El Col·legi de Metges de Catalunya organitza l'onzena edició del Concurs CAPAM dirigit a conèixer les opcions artístiques i culturals dels metges o dels seus cònjuges. La convocatòria inclou cinc modalitats de premis diferents: fotografia, cinema, poesia, narrativa i pintura. D'altra banda, la demarcació de Lleida convoca el concurs de poesia per commemorar l'Any Màrius Torres. Les bases del concurs es poden consultar a la pàgina web del col·legi: <http://www.cmc.cat/concursosartistics/concursos2010.pdf>. La demarcació de Lleida s'ha encarregat de

l'organització del concurs de poesia per commemorar l'Any Màrius Torres.

Els premis dels cinc concursos rebran el guardó en un acte que enguany serà el dia 11 de maig de 2011 a la ciutat de Tarragona i que porta per títol Jornada Cultural del Consell de Metges de Catalunya. El premiat i un acompanyant seran convidats pel col·legi organitzador a assistir a la jornada cultural amb les despeses de transport i del dinar pagades. El COMLL posarà a disposició dels col·legiats de Lleida i els seus familiars un autocar per al desplaçament gratuït a la jornada. Les persones que, a més, vulguin assistir al dinar que s'ha organitzat hauran d'adquirir a la seu col·legial els corresponents tiquets a la jornada. Les persones que, a més, vulguin assistir al dinar que s'ha organitzat hauran d'adquirir a la seu col·legial els corresponents tiquets a un preu de 25 euros per persona. Tant la reserva de la plaça d'autocar com dels tiquets del dinar caldrà fer-les com a màxim fins al dia 3 de maig.

## Primer aniversari de la Unitat del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat

La Unitat del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat (TDAH) va celebrar el 22 de març passat el primer aniversari amb un monogràfic a la Sala Jaume Magre organitzat pel centre Sant Joan de Déu Lleida. La jornada va comptar amb la presència dels directors dels Serveis Territorials de Salut, Dr. Antoni Mateu, i Ensenyament, Miquel Àngel Cullerés, que van donar suport al TDAH com una patologia mèdica i la voluntat de treballar conjuntament entre els departaments per identificar casos a les aules i diagnosticar-los i tractar-los amb rapidesa.

La jornada va començar amb dues taules rodones. La primera es va centrar a presentar el TDAH des de l'inici de la patologia en nens i nenes, valorant-ne la repercussió en l'aprenentatge i acabant en l'edat adulta, amb les seves característiques i les comorbiditats. La Dra. Luisa Moreno, pediatra del CAP



La jornada va comptar amb dues taules rodones i diversos casos clínics

Eixample; el Dr. Fernando Paredes, neuropediatre de l'HUAV; la Sra. Iolanda Montero, psicopedagoga EAP de la Noguera; la Dra. Maria Jesús Luna, psiquiatra de l'Hospital Santa Maria, i el Dr. Xavier Samper, sotsdirector de la Unitat d'Addiccions i Patologia Dual Ambulatoria de l'Hospital de Santa Maria, van ser els ponents de la taula que va coordinar el Dr. Miquel Sisteré, psiquiatre de Sant Joan de Déu Lleida.

La segona taula va explicar el funcionament de la unitat, les proves que es realitzen, el seguiment, els grups (també de pares) i les perspectives de

futur en aquest trastorn. També es va aprofitar per fer la presentació de l'Associació de TDAH de Lleida. L'equip de Sant Joan de Déu Lleida; la Sra. Lara Batlle, psicòloga; la Sra. Rocío Mangués, psicòloga, la Sra. Maria López, infermera; el Sr. Retamero i la Sra. Clara González, presidents de l'Associació TDAH, i el Dr. Miquel Sisteré, psiquiatre, van ser els ponents d'aquesta taula coordinada per la Dra. Esther Gené, psiquiatra i directora del servei.

El monogràfic es va acabar a la tarda amb la presentació de diferents casos clínics.

## Medicina Interna i Psiquiatria de l'Hospital de Santa Maria editen un llibre sobre la interrelació entre les malalties mentals i la patologia orgànica

Professionals dels serveis de Medicina Interna i Psiquiatria de l'Hospital de Santa Maria han preparat un llibre sobre la interrelació entre les malalties mentals i la patologia orgànica. Aquest llibre, del qual s'editaran 15.000 exemplars en una primera edició, estudia punts de trobada entre malalties mal anomenades "orgàniques" i altres de mal anomenades "mentals". En la lectura del llibre es constata que molts trastorns mentals tenen patologia "orgànica" associada i, a l'inrevés, que molts trastorns propis del camp de la medicina interna tenen repercussions en símptomes psicopatològics. També dona



L'equip de professionals que ha editat el llibre

consells pràctics i guies d'actuació sobre què s'ha de fer davant situacions freqüents d'interrelació. Cada capítol està revisat com a mínim per un internista i un psiquiatre, fet que assegura l'enfocament interdisciplinari.

El dualisme cartesà entre ment i cos dins la medicina ha fet que durant els dos últims

segles s'hagin separat artificialment les malalties del cos, camp de la medicina interna, de les malalties de la ment, l'ànima o l'esperit, camp de la religió primer i més tard de la psiquiatria i de la salut mental. En canvi, la realitat és única, les persones som úniques i no divisibles en cos i ànima. Les diferents dimensions de la persona, tant biològica, psicològica, social com espiritual, s'interrelacionen per donar una única manifestació clínica, diferent també en la suma de les parts.



## Lleida reúne a 70 neurólogos en la Jornada de Biomarcadores en EM

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad heterogénea en la que predomina la incertidumbre respecto a la presencia de discapacidad futura, altamente variable entre pacientes con esta enfermedad. Los tratamientos son caros y no son inocuos: pueden desde disminuir la calidad de vida por reacciones no graves, hasta provocar una toxicidad grave, afortunadamente poco frecuente. Identificar nuevos marcadores biológicos que permitan prever cómo va a responder a un determinado tratamiento un paciente de esclerosis múltiple es uno de los retos que se plantearon los neurólogos especializados en esta enfermedad en el congreso médico que se celebró en La Llotja de Lleida el 4 y 5 de marzo y que reunió a unos 70 especialistas de España y Estados Unidos.

Nuestras herramientas para predecir la agresividad de la EM, tratar precozmente a aquellos enfermos con alto riesgo y mejorar la selección de fármacos de forma individualizada han mejorado. Algunas características de la enfermedad son marcadores de mal pronóstico, como, por ejemplo, la elevada frecuencia de brotes y el acúmulo precoz de discapacidad en los primeros años, la presencia de síntomas motores y/o cerebelosos, la elevada carga lesional en la resonancia magnética craneal al inicio de la enfermedad y su progresión acelerada en los primeros cinco años. Hay una disociación entre reducción de brotes y progresión de la discapacidad, dos caras de la EM unidas desde el inicio y que corresponden a mecanismos patogénicos diferentes: inflamación al inicio y neurodegeneración progresiva que se hace más patente conforme avanza



Los neurólogos trabajan para identificar nuevos marcadores biológicos

Los fármacos son claramente beneficiosos en la fase inflamatoria. Es necesario identificar cuál es la mejor opción de cambio

la enfermedad. Los fármacos utilizados en EM son claramente beneficiosos en la fase inflamatoria y reducen la tasa de brotes. Hay evidencias de su efecto

protector sobre la fase degenerativa, pero no curan la enfermedad. Hay un período de ventana terapéutica tras el cual los tratamientos son escasamente efectivos. Dado que la EM activa refractaria al tratamiento puede llevar rápidamente a la discapacidad neurológica irreversible, hay una necesidad urgente de estrategias eficaces en el escalado terapéutico. No sólo es necesario reconocer a tiempo una respuesta subóptima, sino también identificar cuál es la mejor opción de cambio. Los marcadores biológicos expuestos en la reunión tratan de identificar diferentes perfiles de EM, ayudar en la toma de decisiones basadas en la evidencia y mejorar el diseño de futuros ensayos clínicos, entre otros.



Los marcadores expuestos en la reunión mejoran el diseño de futuros ensayos clínicos

# Èxit de l'XI Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular

L'XI Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular va tenir lloc el 26 de febrer passat amb un gran èxit de participació. Un any més, la jornada, patrocinada per la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial, va ser un èxit per l'assistència de 190 professionals, per la qualitat de les ponències i per l'interès pràctic dels tallers.

El Dr. Ramon Piñol, en representació del director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida, Dr. Antonio Mateu; la Dra. Rosa Pérez, presidenta del Col·legi de Metges de Lleida; el Dr. Joan Ribera, degà de la Facultat de Medicina, i el Dr. Felip Infesta, gerent de GSS, van inaugurar les jornades, que van homenatjar el Dr. Helios Pardell per la seva tasca científica i humana durant l'exercici de la seva professió tan lligada a les terres de Lleida.

La primera taula rodona va tractar l'actualització sobre l'obesitat. La Dra. Virginia Sánchez va destacar la importància de l'obesitat en la definició de la síndrome metabòlica que configura un factor de risc vascular de primer ordre, amb una prevalença a la nostra província d'un 22,5%, com l'obesitat abdominal està present en un 50% de la població de Lleida, amb una relació clara respecte a la diabetis i la hipertensió.

El Dr. Vidal, cap de Servei d'Endocrinologia de l'Hospital Clínic de Barcelona, va parlar sobre el tractament de l'obesitat i va mostrar com totes les dietes fan perdre pes, però que posteriorment es pot recuperar amb molta facilitat, amb la qual cosa resulten bàsics la dieta i l'exercici físic en el seu control.

Respecte a les dietes hiperproteiques,



Els assistents van destacar la qualitat de les ponències i els tallers

va precisar que s'ha de tenir cura per les complicacions cardiovasculars que pot comportar la seva instauració i que únicament la cirurgia bariàtrica ha demostrat una reducció de la mortalitat cardiovascular del malalt obès.

En la segona taula rodona, el Dr. Armario va respondre unes preguntes realitzades pels participants i va puntualitzar que en els pacients amb prehipertensió el tractament farmacològic no està justificat, i s'ha de tenir cura d'un seguiment més estricte i amb la instauració de les mesures higiènicodietètiques habituals.

Respecte als objectius terapèutics en el control de la HAT, que són < 140/90 mm Hg com a objectiu general, < 130/80 mm Hg en els pacients diabètics o amb malaltia cardiovascular i < 125/75 mm Hg en pacients amb insuficiència renal i proteinúria per sobre d'un gram en 24

hores, va precisar que els estudis realitzats no confirmen que reduir la PAS per sota de 130/80 mm Hg en els diabètics aporti milloria en els esdeveniments cardiovasculars. També va confirmar que cal utilitzar el gruix íntima-mitja en l'estratificació del pacient amb un risc cardiovascular mitjà.

Posteriorment, es van fer els tallers, que tant èxit tenen en la jornada. I tot seguit es va lliurar el premi al millor pòster per *Prevalença de la malaltia arterial perifèrica subclínica en una cohort hospitalària de pacients amb accident vascular cerebral transitori respecte a una cohort de control d'atenció primària*, de Capdevila JM., Purroy F., Vilanova MB., Rodríguez A., Falgueira M., Sánchez V., Pena M. i Calderó M., en col·laboració amb l'ABS del Pla d'Urgell i l'Hospital Arnau de Vilanova.

Dr. J. Cabau

## Anàlisi dels errors mèdics

*BUTLLETÍ MÈDIC* proposa un debat sobre els errors que es produeixen en el món sanitari. Tres professionals exposen els seus punts de vista sobre aquest tema, així com els orígens, les causes i les possibles solucions. Una aproximació a un tema d'actualitat que preocupa la societat en general per les seves conseqüències.

### Els errors mèdics. Una aproximació a una qüestió d'actualitat

*"No podem canviar la condició humana, però podem canviar les condicions en què els humans treballen"*

L'interès en els errors mèdics com a matèria d'estudi es va iniciar als anys 80 i des de llavors aquest camp no ha deixat de configurar-se com un títol d'interès creixent i mereixedor de generar una literatura i nombrosos treballs de recerca.

#### Definició

Definir els errors mèdics no és fàcil i no existeix una definició comuna. Per als primers estudis de 1982, el *Harvard Medical Practice Study* i l'*Australian Health Care Study*, es va utilitzar la definició que podríem anomenar legal i que considera error mèdic aquelles actuacions que no s'ajusten als estàndards de la comunitat. El que es va mesurar aquí van ser els efectes adversos causats per l'atenció mèdica subestàndard.

Una definició que pretén ser més completa és considerar l'error una desviació de la conducta, així com l'omissió o addició d'accions en relació amb l'estàndard de la unitat que presta l'assistència. Alguns complementen la definició afegint-hi les característiques que siguin pre-

venibles i/o que ocasionin un perjudici. Però el problema sempre serà complicat si considerem el que es podria anomenar accidents normals o accidents inevitables i que sempre existiran.

#### Impacte

Es valorarà millor si considerem diverses perspectives:

La percepció dels errors mèdics pels ciutadans de la Unió Europea va estar recollida en una European Survey el 2005. El 78% dels europeus creuen de mitjana que els errors mèdics són un problema important (curiosament en aquest aspecte Espanya estava a l'extrem dels més baixos, en un 61%). El 53% dels europeus refereixen que han experimentat almenys un error mèdic. També el 51% dels europeus creien que els hospitals no podien fer res per evitar-los.

La web ha passat d'1.500.000 entrades en aquest tema a 9.420.000 en el conegut cercador Google en els últims 4 anys i han aparegut nombrosos blogs i portals específics.

Disposen també d'estudis espanyols fets per professionals de la medicina, com el de J. M. Aranz-Andres, del desembre de 2007, que situa la incidència per a 1.000 pacients/dia als hospitals d'Alacant en un 8,4% (95% CI 7,7 a 9,1%).

No gaire diferent dels estudis d'altres països com el Regne Unit, els EUA, el Canadà, etc. Segons quina sigui l'aproximació al tema, centrada en les persones o centrada en el sistema, donarà lloc a diferents estratègies per gestionar els errors.

#### Aproximació personalitzada

*"Culpar els individus és emocionalment més satisfactori que culpar les institucions"*

L'aproximació personalitzada focalitza en els errors de les persones es culpa d'oblits, inatencions, motivació pobre, etc. En general, els seguidors d'aquest corrent tendeixen a tractar el tema com una qüestió moral.

Així, si quelcom va malament, sembla evident que un individu o grup d'individus en són els responsables. També el fet de deslligar les persones de les institucions pot interessar els directius.

En contra d'aquesta postura tenim el que hem après de l'àmplia experiència del sector de l'aviació. En el seguiment sistemàtic d'errors en aquest camp, el 90% dels errors es consideraven sense culpables. D'altra banda, una gestió efectiva dels errors requereix una cultura per reportar-los. Si no es fa, es poden arribar a situacions com Txernòbil, on tothom sabia el que passava, però ningú no deia res.

Una cultura d'airejar els errors està cimentada en la confiança.

L'aproximació personal té també l'inconvenient que en aïllar els individus del seu sistema no es permet millorar el sistema.

Per reconduir millor socialment aquesta aproximació, algunes creences o expectatives en general faldes haurien de ser eliminades o no airejades pels mitjans de comunicació que inicialment editen la notícia: "Si el pacient experimenta un efecte advers durant el procés d'assistència, és que ha tingut lloc un error..." (en general, la major part del procés comporta algun risc, considerar l'estat previ del pacient, etc.).

També per part dels metges: "Per què destapar l'error? El pacient s'hauria mort, de tota manera..."

Per evitar el problema que parlar d'un error pugui afavorir un procés per mala praxi, algunes legislacions ja contemplen que una disculpa donada per un metge sobre un error no pugui ser utilitzada judicialment. Però això queda lluny a hores d'ara i encara cal avançar molt en aquest aspecte.

#### Focalitzar en el procés

Avui, per poder tornar a la qüestió operativa, la major part de persones estan d'acord a despersonalitzar la culpa i a centrar-se en el procés i l'estructura.



## La Secció de Jubilats visita la Floresta

La Secció de Metges Jubilats del Col·legi de Metges de Lleida va visitar el 10 de febrer passat el conjunt històric de la Floresta. La sortida va incloure la visita al castell, l'església, el pou de gel i la sala d'exposicions del treball de la pedra. Posteriorment, els metges i familiars van fer una calçotada plegats.

Per això, cal aplicar una aproximació epidemiològica al tema el més rigorosa possible.

D'entre els diversos mètodes per identificar errors, destacarem:

- 1- Informes de mortalitat, mobilitat i autòpsies.
- 2- Anàlisi de les reclamacions per mala praxi.
- 3- Errors en els sistemes de registre.
- 4- Revisió d'històries.
- 5- Anàlisi de dades administratives.
- 6- Història clínica informatitzada.
- 7- Observació de l'atenció al pacient.
- 8- Supervisió de la clínica.

Cada mètode té els seus avantatges i els seus inconvenients, però tots són complementaris. En relació amb les causes dels errors, aquestes poden ser dividides en:

- Errors en el disseny del sistema i dels processos, principalment en el camp de la comunicació.

- Errors en competència, educació i ensinistrament.

- Factors humans i ergonòmics, fins ara poc reconeguts en la línia de considerar els professionals més que humans. En aquest aspecte, recientment el New England Journal of Medicine porta un excel·lent article sobre errors en cirurgians per falta d'hores de son a causa de les excessives hores de feina en les guardies.

La gestió de l'error hauria de formar part d'un projecte dins del marc més ampli de la gestió de qualitat. L'error ha de ser considerat condició latent dins del sistema o, en altres paraules, com patògens oportunistes que actuaran quan les defenses no siguin les correctes.

**Manel Pena**

*Metge de Família. ABS Pla d'Urgell. Mollerussa*

## Tractament jurídic de l'error mèdic

Tothom coneix l'expressió llatina "*errarum humanum est*", que ens recorda la limitació intrínseca de l'ésser humà i la imperfecció de qualsevol obra que surti de la mà de l'home. I enfront d'aquesta realitat, ens trobem avui una societat consumista que no admet el fracàs i exigeix la perfecció en els serveis.

Dit això, és fàcil veure la facilitat amb què poden sorgir els conflictes cada vegada que ens trobem davant

## L'obligació del metge és prestar un servei i aplicar-hi tots els mitjans disponibles en el lloc de la prestació

d'un resultat no desitjat o inesperat, especialment si es dona en l'àmbit de l'assistència mèdica i/o del tractament sanitari. Costa molt admetre la possibilitat d'un error mèdic i costa més encara entendre la seva realitat.

Per intentar esbrinar la transcendència jurídica de l'error mèdic, ens cal agafar el diccionari per tenir clar el concepte d'error i després fer un pas més per veure'n el tractament en l'àmbit jurídic. La Gran Enciclopèdica Catalana defineix l'error com "tenir per veritable allò que és fals o a l'inrevés". També el podem definir com a concepte o coneixement fals o equivocat i com a disconformitat entre les idees de la ment i l'ordre de les coses. En definitiva, i per abreujar, l'error és un judici equivocat i conforma un coneixement que no correspon a la realitat de les coses.

Podem distingir entre l'error propi, o espontani, i l'error provocat. En aquest cas, entrem en l'àmbit de les actuacions doloses o malicioses, que poden tenir transcendència jurídica d'abast diferent, fins a arribar a la infracció penal.

Si passem del concepte general, aquí només apuntat somerament, a considerar els aspectes jurídics de l'error, podem trobar fins a 21 definicions o conceptes diferents, que van des de l'error en el nom, en la declaració, en la qualitat i en la quantitat de la cosa, i ens adonarem que els efectes de l'error han estat especialment estudiats diu de la teoria del contracte i de la conformació del consentiment, atès que és un dels elements essencials per a la seva validesa.

Així doncs, hem de considerar que l'error té una gran transcendència jurídica, especialment en les relacions contractuals privades, que són la gran majoria, i que construir normalment, i quasi sempre sense acompanyar-les de solemnitat especials, però com a relacions jurídiques que són, se subjecta a les normes establertes i als efectes derivats de l'error, en cas que s'hi faci present. Penseu, sinó, les vegades que hem tornat a la botiga per canviar un producte perquè ens vam equivocar en comprar-lo (volíem un

pot de pintura blava i en vam agafar un de pintura verda, per posar un exemple).

Tanmateix, les conseqüències de l'error no són sempre tan simples com les de l'exemple anterior i ens preguntem què es pot derivar d'un error en l'exercici de la medicina. Què passa quan hi ha un error en el diagnòstic o en el tractament d'un malalt?

Per respondre aquestes preguntes, cal tenir en compte dues coses. La primera és que la medicina no és una ciència exacta, que el resultat no sempre és previsible, perquè depèn de molts factors, i la segona, que és conseqüència de l'anterior, es concreta en el fet que al metge, en l'exercici de la seva activitat, no se li exigeix un resultat (com se li pot exigir al paleta que construeix una casa), sinó l'aportació de mitjans. L'obligació del metge és prestar un servei i aplicar-hi tots els mitjans al seu abast. Al metge se li exigeix actuar segons les normes de l'anomenada "*Lex artis ad hoc*", això és, segons les circumstàncies de cada cas, i emprant tots els mitjans disponibles en el lloc de la prestació.

En altre cas, estarem davant una actuació negligent o imprudent, definides per la manca de previsió, la precipitació, l'omissió o l'incompliment de les obligacions pròpies de la professió.

L'error en medicina tindrà transcendència jurídica quan sigui de "notòria gravetat". No s'espera que sempre s'obtingui la curació. El que s'exigeix al metge és la diligència en l'aplicació dels mitjans disponibles. Això ho ha manifestat reiteradament la doctrina jurisprudencial, entre la qual hi trobem les sentències de la sala civil del Tribunal Suprem de 15 de febrer de 2006, i de 23 de setembre de 2004, en què es diu: "Si el médico ha realizado las comprobaciones necesarias, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles".

En aquesta línia es mouen altres

resolucions judicials de les quals, recentment, s'ha fet ressò la premsa especialitzada i, així, podem llegir a l'edició de *Diario Médico* del 26 de gener de 2011 que un jutjat de Valladolid ha desestimat una demanda per error de diagnòstic entenen que per determinar l'existència d'un error inexcusable no es pot considerar aïlladament el resultat final, sinó que cal tenir en compte el quadre clínic que presentava el malalt, que, en aquest cas, no es corresponia amb el de l'infart que va patir.

Sense negar les implicacions jurídiques que pot tenir l'error mèdic, hem d'entendre que per a la seva valoració no ens hem de centrar, exclusivament, en el propi error.

Cal fer-ho tenint en compte totes les circumstàncies que l'envolten, tot recordant que el simple error científic o de diagnòstic no és equivalent a imprudència, i que tampoc s'exigeix al metge una habilitat extraordinària, sinó una actuació al nivell propi de la seva formació acadèmica i professional. Segons la gravetat de l'actuació imprudent o negligent del metge, que sigui la causa de l'error en el diagnòstic i/o en el tractament del malalt, la responsabilitat s'exigirà en l'àmbit civil, i en el penal.

Només les actuacions personals extremadament greus, totalment inexcusables, són objecte de responsabilitat penal, que pot comportar la imposició de penes de presó i inhabilitació professional. Aquells errors, conseqüència d'actuacions negligents o imprudents que, tot i la seva gravetat, no se situen en els nivells màxims, generen responsabilitat civil i comporten l'obligació d'indemnitzar els danys que se'n derivin.

Les actuacions imprudents o descuidades, la negligència, la mandra, les presses o les distraccions poden generar errors en la percepció de les malalties, en la determinació del seu diagnòstic i en l'aplicació del tractament, de la qual cosa s'en derivarà responsabilitat civil o penal, segons la gravetat. La naturalesa humana conviu amb l'error, però el podem reduir fins al mínim inevitable si ens esforcem a posar l'atenció en totes les actuacions professionals, des de les més senzilles fins a les més complexes, perquè se'ns demana responsabilitat pel actes i, al capdavant, més que el mateix error, haurem de respondre per què i com hem hi hem arribat.

**J. Corbella i Duch**  
Advocat

## Els errors mèdics a debat

De fet, els metges poden errar. Ja ho diu la nostra saviesa popular amb l'expressió que val més sentència de metge que de jutge. Ningú no dubta que els metges poden errar en la seva activitat de diagnosticar, pronosticar i tractar malalts. No són excepcionals les vegades que els metges pronostiquen la mort del pacient i aquest, al cap dels anys, veu la mort d'aquell metge que l'havia sentenciat a mort. En canvi, quan un jutge dicta la sentència, aquesta sempre es compleix.

Molt abans de l'època en què els llibres de medicina comencessin a dissertar sobre els errors mèdics, els nostres tribunals de justícia ja resolien casos de queixes que els reclamaven malalts que s'havien sentit perjudicats per l'error del metge que els havia atès.

## Els metges poden errar en la seva activitat de diagnosticar i tractar

Aquí a Lleida, un diumenge del mes de juny de l'any 1407, els amics del malalt Berthomeu de Santa Fe, atesa la complicació que va sofrir la malaltia que li portava el metge Francesch de Queralt, van sol·licitar consulta als mestres en arts i en medicina Martí de Cabanyes i Johan Magnesa.

Acabada la consulta, els doctors Queralt i Cabanyes van abandonar la casa del malalt, on aquest va quedar sol amb els seus amics, el doctor Magnesa i el barber Pascual Sentís que l'acompanyava. Va ser aleshores quan aquest metge els va manifestar que el flux de sang que l'havia posat en perill de mort havia estat provocat pel medicament que li havia prescrit el doctor Queralt.

L'endemà els tres metges es van tornar a reunir amb el malalt. El doctor Queralt i el doctor Magnesa es van posar a discutir. Magnesa li va dir que el flux de sang no havia estat causat per cap de les causes raonables que indicava Galè, sinó per alguna cosa que el pacient havia pres per via oral i li havia obert les

venes del fetge. Els assistents van insistir que declarés això. Magnesa va especificar que la causa de la complicació havia estat un electuari calent prescrit pel doctor Queralt.

El doctor Queralt es va irritar molt i va manifestar que això era una gran falsedat i traïdoria, ja que el pacient no havia pres de l'electuari més que la quantitat d'una ametlla i que no era calent, sinó fred i temperat, a més de molt útil i profitós.

La discussió va continuar adornada per cànons d'Hipòcrates sobre la matèria que cadascun dels dos metges recitava.

Sobre un dels cànons que va al·legar el doctor Magnesa i que tractava del flux esmentat, el doctor Queralt el va contradir dient: "No, aqueix no, sinó l'altre." Aleshores, un escuder alemany, també metge, que servia i acompanyava el doctor Queralt, li va dir al mestre Magnesa: "Per Corpus Dey, vos allegatis cano-nem falsium."

Malgrat tot, Magnesa seguia insistint que l'electuari havia estat molt perjudicial pel fet de ser calent, ja que el fetge és calent per naturalesa i necessita coses fredes. Amenaçava també que denunciaria el cas als paers i portaria Queralt a la Cort (tribunal de justícia) i que davant d'aquesta ho fonamentaria.

En sentir això, el doctor Queralt es va aixecar i li va dir que mentia i gairebé li va posar els dits als ulls. Guillem de Botella, un dels testimoni presents a la consulta, es va posar entremig dels dos metges en veure que el macip de Queralt havia aixecat del mantell i feia el gest de posar-se la mà a l'espasa. Entre un altre macip que també acompanyava el doctor Queralt i l'esmentat testimoni van aconseguir convèncer el doctor Magnesa que abandonés la casa del malalt.

Es van quedar amb el pacient els doctors Queralt i Martí de Cabanyes i aquest va dir que el pacient estava bé i no estava en perill de mort, que per 10 florins el curaria. El testimoni va acceptar l'oferta. El doctor Queralt també li va dir que no en tingués cap dubte i que coneixien amb tots els senyals que la malaltia estava declinant. Completament convençut, el testimoni va acceptar que el curessin entre els dos, que no l'abandonessin i restessin prop d'ell.

Aquest és el primer cas documentat de responsabilitat mèdica portat al tribunal de justícia de Lleida i per això hem considerat interessant relatar-lo.



**Com se solucionen aquests casos un cop ha arribat la denúncia al jutjat?**

L'estructura antiga i tradicional del procés judicial que s'ha seguit per a la seva resolució es basava en quatre parts: el "pervenç a audiència o a notícia", per mitjà del qual el tribunal de justícia coneixia el motiu de la queixa; la confessió del terapeuta inculpat; les declaracions dels testis; les declaracions dels perits, que es basaven en la confessió de l'inculpat i en l'examen directe del malalt perjudicat, en cas que no hagués mort, i, finalment, es dictava la sentència.

Amb el pas del temps, s'han intentat descobrir elements que aportessin una objectivitat superior al peritatge, entre els quals cal destacar l'aparició de textos i tractats de medicina, inclosos els de medicina legal, i la importància creixent, des de finals del segle XIX, de la història clínica.

Una de les primeres obres d'aquesta naturalesa va ser el *De relationibus medicorum de Fortunatus Fidelis*, publicat a Palerm el 1602. En una de les seccions tractava els errors que els metges fan en medicina. Aquest autor ja recomanava reconstruir una història completa de la malaltia per solucionar el cas davant els tribunals de justícia.

Avui en dia, l'estudi de la història clínica constitueix la part percentualment més important de la valoració mèdica i legal, ja que el seu estudi permet descriure l'activitat dels sani-

**El metge forense ha d'estudiar l'activitat assistencial prèvia i la coetania**

taris implicats en el procés judicial.

El pas següent serà comprovar si l'actuació del sanitari s'ha adaptat a les normes dictades per la *lex artis* o experiència.

Aquestes normes es condensen avui dia en els protocols clínics, documents que influeixen en els actes de conciliació previs al judici, però que, de moment, només constitueixen una prova complementària dins del procés judicial.

El metge forense ha d'estudiar tant els documents anteriors a l'activitat assistencial (ingressos previs, intervencions quirúrgiques, història d'al·lèrgies, etc.) com els coetanis, que se subdivideixen en primaris o directes, o pròpiament dels actes mèdics, i en secundaris o indirectes, o immediats als actes mèdics.

Els primaris es van redactant mentre succeeixen els fets clínics, generalment sense aturar-se a reflexionar. Aquesta espontaneïtat imprimeix al document un caràcter de veracitat, sense gairebé possibilitat pràctica de manipulació intencional o simulació. Un exemple en són els fulls de seguiment d'infermeria.

Els secundaris són sempre posteriors a l'acte mèdic que s'està

valorant com a possible causa de mala praxi, però són molt pròxims a aquest acte. Generalment, es redacten els dies següents, quan ja es dóna per acabat l'internament. S'hi fa constar el que ha passat al malalt i no el que li està passant com en els anteriors. El seu contingut s'ha de basar ineludiblement en els documents primaris, que eren purament descriptius, però ara s'hi afegirà un element de reflexió, pensament i anàlisi. Són documents més elaborats que els anteriors i, per tant, amb més possibilitat de manipulació intencional.

Salvada aquesta possibilitat, que, d'altra banda, crec excepcional, aquests documents són un bon indicador del grau d'eficiència assistencial de l'hospital, sempre que el seu contingut estigui correctament correlacionat amb els documents primaris.

Aquests documents secundaris estan constituïts fonamentalment pels fulls de curs clínic i, sobretot, pels informes d'alta que es donen al malalt i per les valuoses reflexions epicrítiques de les històries clíniques.

**M. Camps Surroca**

**NOTES**

AML, reg. 803, folis 70-74.

CAMPS SURROCA, M. El peritatge en matèria de responsabilitat sanitària. Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, volum 12, número 1, 1998, 27-34.

**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**

**El papel de la sangre de cordón umbilical**

En los últimos años se ha generado una intensa controversia sobre el papel de la sangre de cordón umbilical (SCU) en el tratamiento de diversas enfermedades, así como la conservación de este producto en bancos privados y públicos.

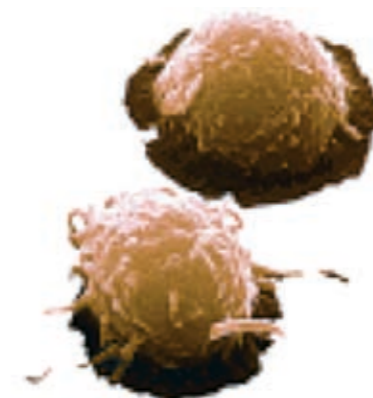
Esto ha venido generado por la existencia en la SCU de células madre. Una célula madre (fig. 1) es una célula que tiene capacidad de autorenovarse mediante divisiones mitóticas o bien de continuar la vía de diferenciación para la que está programada y, por lo tanto, producir células de uno o más tejidos maduros, funcionales y plenamente diferenciados en función de su grado de multipotencialidad. La mayoría de tejidos de un individuo adulto poseen una población específica propia de células madre que permiten su renovación periódica o su regeneración cuando se produce algún daño tisular. Existen diferentes tipos de células madre. Algunas células madre adultas son capaces de diferenciarse en más de un tipo celular, como las células madre mesenquimales o las células madre hematopoyéticas (multipotentes), mientras que otras son precursoras directas de las células del tejido en el que se encuentran como, por ejemplo, las células madre de la piel (unipotentes).

Las aplicaciones de la SCU se podrán centrar en el trasplante de SCU (plenamente establecido) y la terapia regenerativa (en fase experimental).

**Trasplante de SCU**

Hace más de 20 años que la doctora Eliane Gluckman, una de las figuras más importantes de la hematología moderna, realizó en el Hospital de Sant Louis de París el primer trasplante de SCU a un niño afecto de una anemia aplásica de Fanconi. Fue en 1988 y se utilizó la SCU de su hermano menor(1). Desde entonces la misma doctora ha cifrado en más de 20.000 las unidades de sangre de cordón transplantadas en el mundo (2) y se estima que existen más de 600.000 unidades almacenadas.

Los primeros trasplantes hematopoyéticos se llevaron a cabo 20 años antes de ese primer trasplante de sangre de cordón. Las células madre hematopoyéticas (también se utiliza el término de progenitores hematopoyéticos o *stem cells*) se obtenían de la médula ósea y los trasplantes



**Fig 1. Células madre de cordón umbilical**

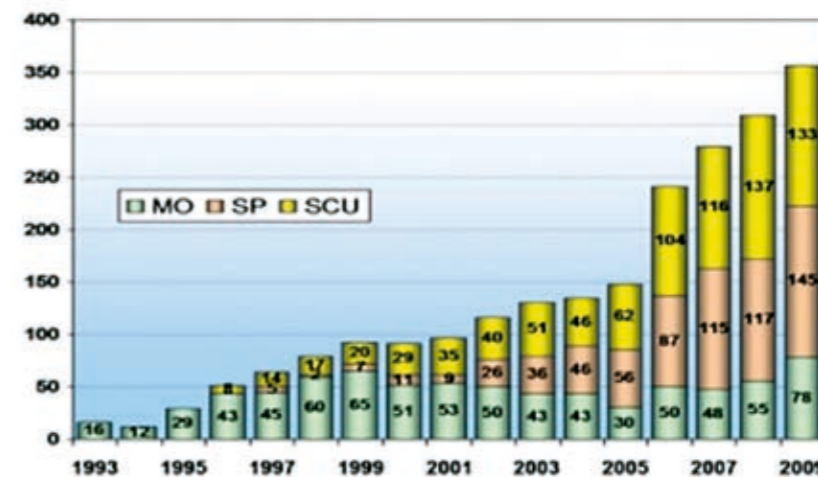
Actualmente se utilizan tres fuentes de células madre

El uso de la SCU ofrece ventajas respecto a la de médula ósea o sangre periférica

recibieron el nombre de trasplante de médula ósea. Posteriormente, fueron las células madre existentes en la sangre periférica las que se emplearon con éxito para la realización de los trasplantes hematopoyéticos. Se sustituyó el término de trasplante de médula por el de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Al descubrirse hace unos años la existencia en la SCU de células madre, esa sangre de cordón se empezó a utilizar para la realización de los TCPH. Por tanto, actualmente se utilizan tres fuentes de células madre: la médula ósea, la sangre periférica y la sangre de cordón (tabla 1).

Los TCPH se clasifican en autólogos o alogénicos, en dependencia de que los progenitores sean del propio enfermo o de un donante sano. Los trasplantes alogénicos pueden también subdividirse en los realizados a partir de donantes familiares o donantes no emparentados. La gran mayoría de TCPH de SCU pertenece a este último grupo.

La utilización de la SCU ofrece algunas ventajas respecto a la de médula ósea o sangre periférica, y también alguna desventaja. Entre las ventajas más importantes se halla la inmediata disponibilidad, que hace posible tener una unidad para ser trasplantada en prácticamente un par de semanas, mientras que la médula o sangre periférica requeriría un par de meses o más. Otra ventaja a tener en cuenta es la escasa alorreactividad, permitiendo trasplantes con menor grado de compatibilidad HLA y existiendo un menor rechazo y complicaciones. La médula y la sangre periférica, además, pueden conllevar complicaciones en su obtención (anestesia, hospitalización, etc.). Entre las desventajas más importantes



*Trasplantes de donante no emparentado realizados en España desde 1993 hasta 2009*

**Tabla 1. Evolución de los TCPH según la fuente de progenitores en España. REDMO**

### El cordón umbilical salva vidas

La sang del cordó umbilical té unes característiques úniques que el fan útil per a moltes malalties i en moltes situacions, després del naixement i fins i tot al llarg de la vida.

#### Una sang que pot tornar a donar vida

El cordó umbilical és la sang que connecta la mare amb el fetus i que té unes característiques úniques que el fan útil per a moltes malalties i en moltes situacions, després del naixement i fins i tot al llarg de la vida.

El trasplantament de sang de cordó umbilical, conegut com a sang de cordó umbilical, és un tipus de sang que pot salvar la vida d'un nadó amb diverses malalties, com ara la leucèmia, el càncer de sang i altres malalties que afecten el sistema immunitari.

#### El Programa CONCORDIA

CONCORDIA és un programa cooperatiu internacional per a la donació de sang de cordó umbilical, que ve organitzat pel Banc de Sang i Teixits per tal que les gestants de territoris geogràfics sense bancs propis puguin fer donació.

### Per ser donant de sang de cordó umbilical

1. Comprovar que la mare és mare i que el nadó no ha patit cap malaltia important durant els primers mesos de vida. En cas afirmatiu, començar al banc de sang de cordó.
2. Identificar l'origen genètic de la mare.
3. Recollir l'història dels viatges realitzats per la mare.
4. Crejar i registrar el consentiment abans de néixer tota la informació sanitària.

### On pot realitzar la donació?

Les unitats acreditades on es pot fer la donació són cada dia més nombroses. Consultar a la web [www.bst.cat](http://www.bst.cat) per més informació.

**Documento informativo sobre la donación de cordón umbilical**

se encuentra la más lenta recuperación hematoimmunológica. El potencial terapéutico del TCPH consiste básicamente en tres aspectos:

- La sustitución de la hematopoyesis insuficiente o defectuosa del receptor por la de un donante sano.
- El empleo de dosis elevadas de quimioterapia que impedirían la recuperación de la función medular en ausencia de un rescate con progenitores hematopoyéticos.
- La existencia en determinadas neoplasias de un "efecto de injerto contra leucemia", por el cual el sistema inmunitario del donante reconoce como ajenas y destruye las células tumorales del receptor.

adrenoleucodistrofia o el síndrome de Hurler.

#### Terapia regenerativa

Como comentaba anteriormente, en la SCU se encuentran células madre multipotenciales mesenquimales que pueden amplificarse y diferenciarse en otros tipos celulares (osteoblastos, cartílago, grasa, células neuronales, células musculares cardíacas, etc.) y teóricamente podrían utilizarse en medicina regenerativa(2). Actualmente, existe una intensa experimentación para aplicar la medicina regenerativa en diferentes patologías: infarto de miocardio, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, artrosis... Toda esta experimentación se halla en una fase muy inicial y actualmente no puede considerarse como establecida. Se plantea entonces la primera duda sobre si merece la pena criopreservar SCU autóloga para un hipotético uso en alguna de las anteriores enferme-

Atendiendo a estos tres principios, sólo determinadas enfermedades y en determinadas fases de su evolución serían aptas para ser tratadas con TCPH.

Las enfermedades que actualmente se tratan con un TCPH incluyen las enfermedades neoplásicas mayoritariamente hematológicas como las leucemias agudas, tanto linfoblástica como no linfoblástica, los síndromes mielodisplásicos, la leucemia mieloide crónica, la leucemia linfocítica crónica, el linfoma de Hodgkin y no Hodgkin o el mieloma múltiple, pero también otras enfermedades neoplásicas no hematológicas como el neuroblastoma o el tumor de Ewing.

También se debe señalar otro grupo de enfermedades, aquel en el que existe un trastorno a nivel medular como la aplasia medular o hemoglobinopatías como la talasemia.

Asimismo, existen un grupo heterogéneo de enfermedades como las inmunodeficiencias, por ejemplo la inmunodeficiencia combinada severa y el síndrome de Wiskott-Aldrich, o enfermedades metabólicas como la

Actualmente existe una intensa experimentación para aplicar la medicina regenerativa. Las expectativas de uso de la SCU han creado en la población en general muchas esperanzas y numerosas dudas

dades dentro de 40 ó 50 años. Hay que recordar que dichas células madre también se encontrarían en la edad adulta, y no sólo en la médula ósea o en la sangre periférica, sino también en otras localizaciones, ya que se han encontrado en la grasa, el músculo, los folículos capilares...

En Cataluña, desde 1996 se dispone de un banco de SCU de utilización pública, el Banco de Cordón de Barcelona, que posteriormente ha quedado integrado en el Banco de Sangre y Tejidos (BST). En la actualidad es uno de los primeros bancos de SCU a nivel mundial, lo que se puede evidenciar por el importante número de unidades suministradas para TCPH a hospitales de los cinco continentes. En 2010 la cifra de unidades suministrada ha sido de 235.

En el BST se ha apostado por ambas utilidades de la SCU. Además del banco propiamente dicho, existen otras divisiones de actividad como, por ejemplo, la división de terapias avanzadas. Sus líneas de investigación se han centrado en los últimos años en el desarrollo, la evaluación y el estudio de viabilidad de diversos proyectos de medicina regenerativa, actualmente en fase de ensayo clínico. Asimismo, se investiga sobre la posible utilización de la SCU para la producción de sangre y su posterior uso transfusional.

#### ¿Bancos públicos o privados?

Parece claro que las expectativas de uso de la SCU han creado en la población en general muchas esperanzas y numerosas dudas. El Real Decreto 1301/2006 es la normativa española que intenta definir muchos de los temas a tener en consideración, como son la libertad de elección entre bancos públicos y privados o garantizar una correcta información a los padres.

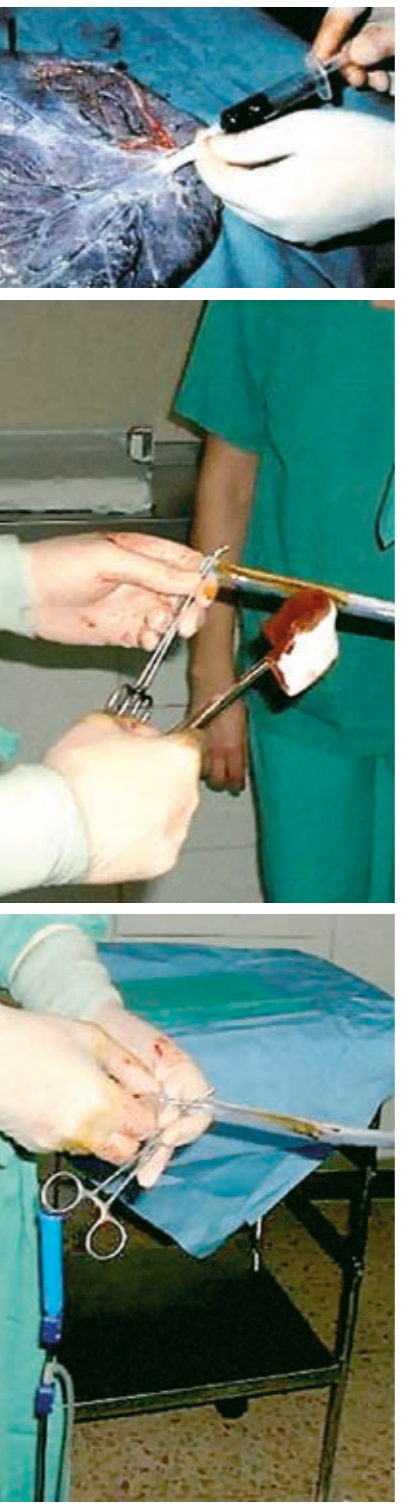
Una parte importante del Real Decreto es la que establece los requisitos mínimos que deben cumplir las maternidades autorizadas, los bancos y las unidades de SCU (que sean recogidas, transportadas y manipuladas de forma correcta). La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y los Coordinadores Autonómicos de Trasplante intentan velar por el cumplimiento del Real Decreto, si bien resulta de muy difícil control dados los importantes beneficios económicos que pueden generarse en los bancos de SCU privados.

La ONT, en marzo de 2008, presentó el Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical. En él se definió la cifra de unidades de SCU que debería tenerse almacenada, que era de 60.000 unidades. Dicha cifra sería la óptima para poder localizar una unidad compatible para cualquier paciente que la necesitara. Una vez alcanzada dicha cifra, el objetivo posterior sería mejorar la calidad de las unidades almacenadas e intentar ampliar la representación de unidades de minorías étnicas.

Actualmente, existen 7 bancos públicos en España (Madrid, Barcelona, Galicia, Andalucía, Valencia, Canarias y País Vasco). En Cataluña, el BST ha promovido el Programa Concordia, en el que se establece una cooperación entre diferentes comunidades. Además de la SCU de Cataluña, llegan a Barcelona las unidades recogidas en otras 5 comunidades autónomas (Baleares, Aragón, Navarra, Cantabria y Extremadura) y próximamente del Principado de Andorra. Sin duda alguna, el banco de SCU del BST es uno de los más importantes a nivel mundial. Disponemos actualmente de unas 14.000 unidades de SCU almacenadas.

Los bancos públicos también pueden realizar la recogida de la SCU para uso autólogo eventual o familiar (donación dirigida) y las indicaciones están mayoritariamente aceptadas (para su uso en TCPH). De todas formas, en caso de duda, un comité de expertos formado por reconocidos especialistas valoraría cada caso en particular.

En cuanto a los bancos privados, su número ya ronda la docena, la mayoría registrados en la Comunidad de Madrid. Dichos bancos ofrecen la posibilidad de conservar SCU del hijo recién nacido para uso exclusivo. Dado que el Real Decreto obliga a que si el cordón se encuentra almacenado en España se da prioridad a los casos que necesiten esas células compatibles, los bancos privados almacenan los cordones en otros países. Entre ambos modelos también existe un modelo mixto. La pregunta fundamental es: ¿qué beneficio tiene guardar la SCU de un hijo? No entraré en las cuestiones éticas, que por sí solas podrían plantear una intensa discusión. Centrándonos en la utilidad actualmente demostrada, es decir, para el trata-



**Imágenes del proceso de donación de cordón**

aún por demostrar, pero quizás lo más importante sea reseñar que parecen tan efectivas las células madre de médula ósea o sangre periférica del individuo adulto como las de SCU. Por otro lado, es indiscutible que los abundantes ensayos clínicos que actualmente se están realizando avalan las grandes esperanzas de la utilización clínica de la medicina regenerativa. La declaración de la política de la American Academy of Pediatrics presenta las opciones de almacenamiento en bancos de sangre públicos y privados que están disponibles para los padres. El informe recomienda, entre otras cosas, que los padres donen a los bancos públicos de sangre del cordón umbilical para almacenar sangre, salvo que tengan un hijo mayor con un problema que se vería beneficiado por un trasplante(3). Unos años después, en la misma revista, se revisó la utilización de las unidades almacenadas en bancos privados por parte de los pediatras que realizan trasplantes de progenitores, evidenciando como la principal indicación la donación dirigida(4). El National Health Service (NHS) inglés comenta: "Ante la decisión de almacenar la SCU en el nacimiento como un seguro ante enfermedades futuras, puede sonar como una buena idea a los padres, pero conlleva implicaciones preocupantes para los servicios del NHS y pocas posibilidades de beneficio(5)". Por todo, es exigible a todos los profesionales que intervienen en este proceso que proporcionen a los padres una información veraz y desinteresada, para poder escoger la opción que consideren más oportuna.

Juan Manuel Sánchez Villegas  
Responsable de centro BST Lleida

**NOTAS**

1 Hematopoietic reconstitution in a patient with Fanconi's anemia by means of umbilical-cord blood from an HLA-identical sibling. Gluckman E, Broxmeyer HA, Auerbach AD, Friedman HS, Douglas GW, Devergie A, et al. N Engl J Med 1989; 321: 1174-8.

3 Non-haematological uses of cord blood stem cells. David T. Harris. British Journal of Haematology, 2009; 147, 177-184.

3 Cord Blood Banking for Potential Future Transplantation. Pediatrics 2007; 119:165-170

4 Private cord blood banking: experiences and views of pediatric hematopoietic cell transplantation physicians. Ian Thornley, Mary Eapen, Lillian Sung, Stephanie J. Lee, Stella M. Davies, Steven Joffe. Pediatrics 2009; 123: 1011-1017

5 NHS maternity units should not encourage commercial banking of umbilical cord blood. LC Edozien. BMJ 2006 Oct 14; 333(7572): 801-4.

# Ejaculació prematura

L'ejaculació prematura, a partir d'ara EP, és la que es produeix abans del que és desitjable, bé abans o immediatament després de la penetració, i que provoca sofriment a un o ambdós cònjuges.

A aquesta definició de l'AUA (American Urological Association), s'hi ha arribat després d'un llarg camí en el que hem passat des dels temps de Masters i Johnson (1970), quan definien l'EP com la incapacitat d'inhibir l'ejaculació durant el temps suficient perquè la parella tingui un orgasme durant un mínim del 50% dels coïts; per Kaplan, que el 1978 digué que l'EP és l'absència de control voluntari sobre el reflex ejaculatori sense tenir en compte ni el temps de coït ni el nombre d'orgasmes de la parella, o Metz i Pryor, quan parlen de la velocitat ràpida, inadvertida i insatisfactòria de l'ejaculació masculina.

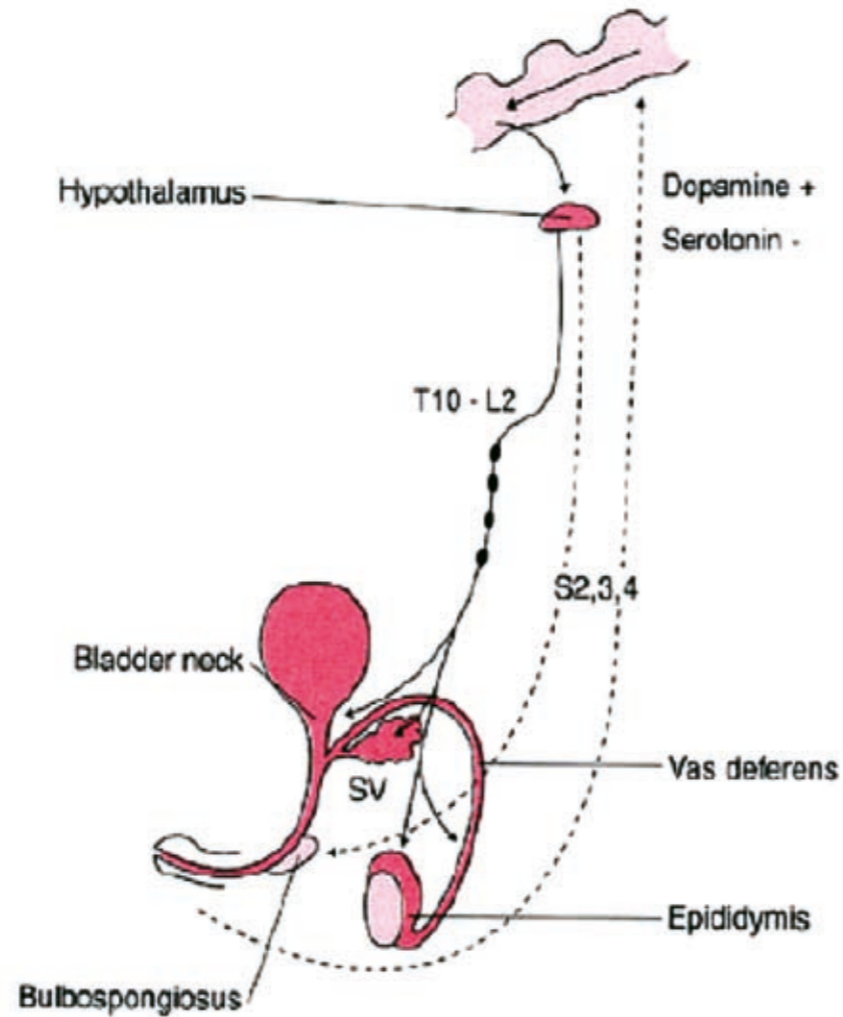
D'altra banda, en la classificació de malalties mentals del DSM-IV (1995), es diu que és un trastorn de l'ejaculació persistent o recurrent, en resposta a una estimulació sexual mínima abans, durant o poc temps després de la penetració i abans que la persona ho desitgi. Alguns especialistes prefeixen definir una duració determinada: TLE (temps de latència ejaculatòria), que varia segons l'autor des d'un, dos, tres o cinc minuts (Cavalcanti, Hernandez i Perea, 2005).

Podem deduir de tot plegat que el que caracteritza fonamentalment l'EP segons la nostra manera d'entendre és:

- L'absència de control voluntari.
- La disminució del temps de latència.
- L'angoixa o insatisfacció pel subjecte, per la seva parella o per tots dos.
- La repetició del procés durant un mínim de 6 mesos.

Nombroses espècies animals, com els primats, o menys desenvolupades, com els conills o els galls, tenen un temps de coït molt ràpid perquè es pensa que durant la relació reproductiva s'exposen a situacions vulnerables. Durant molts anys, es considerava correcte entre l'espècie humana que els homes ejacuessin amb rapidesa, immediatament després de la penetració, sense tenir en compte ni els desitjos ni la satisfacció de la parella: "Mi marido me molesta poco."

Potser caldria matisar en el sentit que, l'EP pot considerar-se una malaltia o una possible alteració de l'adaptació dels homes al nou rol en el món contemporani? És possible que, amb l'alliberament sexual de les dones, els conceptes clàssics del paper de l'home en la relació sexual s'hagi



Per al tractament de la disfunció, cal conèixer el fons cultural del pacient

Nombroses espècies animals tenen un temps de coït molt ràpid

L'ejaculació és una resposta fisiològica i objectiva, i l'orgasme és una resposta psicofísica global i subjectiva

És el problema sexual masculí més freqüent i afecta el 29% dels homes

complicat en alguns casos?

L'ejaculació i l'orgasme es presenten fisiològicament de manera conjunta, tot i que, quan hi ha alteracions, pot ser que algun dels dos no es manifesti i que es donin ejaculacions sense orgasme i orgasmes sense ejaculacions. L'ejaculació és una resposta fisiològica i objectiva, i l'orgasme és una resposta psicofísica global i subjectiva. El mecanisme de l'ejaculació té dues fases:

- Emissió del fluid seminal a l'uretra posterior mediada simpàticament.
- Ejaculació amb expulsió de l'ejaculat per l'uretra anterior mediada somàticament.

## Epidemiologia

És el problema sexual masculí més freqüent. Afecta el 29% dels homes, tot i que varia segons les mostres i els criteris utilitzats per definir-la. És més freqüent entre els 20 i els 40 anys.

## Classificació

Segons l'etiologia:

- Orgànica: prostatitis, frenet curt, lesions medul·lars i iatrogenia farmacològica.
- Psicològica: trastorns impulsius i compulsius, ansietat, angoixes, trastorns de relació no resoltos i alteracions de l'aprenentatge.

Segons l'inici:

- Primària: tota la vida.
- Secundària: adquirida.

Segons el context:

- General: en totes les situacions i en totes les parelles.
- Situacional: en algunes situacions i en algunes parelles.

Segons la intensitat:

- Lleugera: que permet moviments coïtals.
- Moderada: immediatament després de la penetració.
- Severa: abans de la penetració.

## Diagnòstic

- Història del pacient/parella:
  - Establir la presentació de l'afecció.
  - Temps de latència ejaculatòria (TLE).
  - Grau de control ejaculatori percebut.
  - Grau d'aflicció del pacient/parella.
  - Inici i durada de l'EP.
  - Història psicossocial.
  - Història mèdica.
  - Examen físic.
- Índex d'ejaculació prematura: preguntes sobre els efectes dels problemes sexuals sobre la vida sexual en les darreres 4 setmanes.
- Inventari sexual per la parella de l'ejaculador prematur: 17 qüestions sobre sensacions, desitjos i frustracions de la parella del pacient.
- Exploracions: genitals i reflexos bulbocavernosos, sensacions vibratòries al gland.

## Tractaments

- **Inadequats:**
  - Pensaments de distracció o manobres doloroses com:
    - Pessics
    - Mossegades.
    - Tensió dels músculs anals.
    - Clavar-se les ungles.
    - Usar preservatiu.
    - Alcohol i drogues.
    - Masturbació prèvia al coït.
    - Penetració sense jocs previs.
- Amb tot això, l'únic que aconseguim és retardar l'excitació, però no el desenllaç.
- **Conductuals:**
  - Tècnica de compressió:
    - Master i Johnson (1970).
    - Retirada i compressió del gland del penis.
  - Tècnica d'aturada i arrancada:
    - Semans (1956), Kaplan (1983).

El pacient ha de rebre diferents opcions de tractament i és molt important el paper de l'educació per part del professional

- Pausa de l'estimulació sexual en l'ejaculació imminent.
- Factors que influeixen en l'èxit:
  - Consciència masculina elevada de les sensacions sexuals.
  - Èmfasi disminuït del coït.
  - Només funciona en una parella estable.
- **Tòpics:**
  - Anestèsics locals (EMLA®):
    - Crema, gel o esprai de lidocaïna / prilocaïna.
    - Uns 30 minuts abans del coït.
    - Disminueix la sensibilitat del gland del penis.
  - Crema SS:
    - Elaborada amb nou extractes d'herbes.
    - Té algunes propietats anestèsiques locals.
    - Aplicada al gland una hora abans del coït.
  - Rentat immediatament abans del coït.
  - Cremor local i lleuger dolor en el 18% dels pacients.
- **Orals:**
  - Besitran 50/100 mg (sertralina) 1 comprimit al matí.
  - Seroxat 20 mg (paroxetina) 1 comprimit al matí.
  - Prozac 20 mg (fluoxetina) 1 comprimit al matí.
  - Prozac setmanal 90 mg comprimits.
  - Trankimazin 0,5 mg, 1,2 mg, 0,5 mg 1-2 hores abans del coït.
- Els preparats orals anteriors contribueixen a relaxar el pacient i a inhibir l'angoixa en què permanentment viu. És per això que en alguns casos contribueixen favorablement en la millora de l'EP.
- El primer fàrmac que específicament ha estat dissenyat per al control de l'ejaculació prematura és:
  - PRILIGY 30-60, el primer tractament farmacològic, a demanda.
  - Inhibidors de la PDE5.
- Pel que fa als inhibidors de la PDE5, es discuteix la seva efectivitat real sobre l'increment del TLE, encara que a causa de la seva acció relaxant redueixen l'ansietat i s'aconsegueixen millors ereccions i més perllongades. Poden ser efectius especialment en homes amb EP secundària i amb disfunció erèctil coexistent. Es poden utilitzar com a teràpia adjuvant en

combinació amb SSRI.

- **Quirúrgic:**
  - L'allargament del frenet i la circumcisió poden ajudar en determinades circumstàncies a millorar el quadre de l'EP. Hi ha una intervenció que es practica específicament amb la intenció de solucionar l'EP en casos molt extremats i que consisteix en la neurotomia selectiva.

## Perfil del tractament ideal

En el tractament de les disfuncions ejaculatòries s'ha de comprendre el fons cultural del pacient a fi d'arribar a una visió completa del problema. S'hauria de realitzar la discussió total de la història amb la seva parella per arribar a un diagnòstic correcte i avaluar l'eficàcia del tractament.

Al pacient, se li han d'oferir diferents opcions i escoltar les seves preferències, ja que el tractament de les disfuncions ejaculatòries ha sofert un renaixement i es pot emprar una àmplia gamma de medicaments amb un alt grau d'eficàcia. És molt important el paper de l'educació per part del professional i el suport i comprensió de la parella.

Fonamentalment, el perfil ideal del tractament ha de consistir en:

- Ús discret.
- Efectiu des de la primera dosi.
- Administració a demanda.
- Ràpid inici de l'acció i ràpid aclarament.
- Baixa incidència d'efectes secundaris.
- Millora en els efectes del TLE: control i satisfacció.

Jordi Cortada i Robert  
Uroleg-andròleg. Policlínic Lleida

## BIBLIOGRAFIA

- Buvat J, Jouannet P. Léjaculation et ses perturbances. Lyon:1984.
- Cabello F, Lucas M. Manual médico de terapia sexual. Madrid: Psimática; 2002.
- Cavalcanti R, Hernández R, Pereira G. Ejaculação precoce/rápida. Consenso da Academia Internacional de Sexologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.
- Kaplan H. La nueva terapia sexual: tratamiento activo de las disfunciones sexuales. Madrid: Alianza Editorial; 1978.
- Masters W, Johnson V. Human Sexual Inadequacy. Boston: Little Brown and Co; 1970.
- Metz M, Pryor J. Eyaculación precoz: una aproximación psicofisiológica para la evaluación y manejo. Journal of Sex and Marital Therapy, vol. 26 n. 4, octubre-diciembre 2000.
- Pomerol JM, Arrondo JL. Práctica andrológica. Barcelona: Masson-Salvat; 1994.
- Sociedade Portuguesa de Andrologia. Andrologia Clínica. Porto: 2000.

# El Biobanc de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida

Un biobanc es pot definir principalment com una institució d'ajuda a la comunitat científica, on la seva principal funció és facilitar l'accés a mostres biològiques d'alta qualitat. Aquest fàcil accés a les mostres és de gran importància en la recerca traslacional.

La funció dels biobancs com un magatzem de mostres biològiques ha estat un gran avenç en la medicina i en la ciència, ja que la descripció de moltes malalties ha estat possible gràcies a les mostres clíniques emmagatzemades, com, per exemple, les dels departaments d'anatomia patològica. Per tant, d'una banda, l'existència dels biobancs prové d'anys enrere gràcies als departaments d'anatomia patològica.

Però, de l'altra, un biobanc també és una activitat molt recent amb un paper molt important en la recerca biomèdica. Un dels exemples més clars de la importància dels biobancs en els últims anys es troba en les malalties oncològiques, ja que el magatzem d'aquestes mostres ha estat de gran importància per la detecció i prevenció, per la classificació molecular dels tumors, per la caracterització de les vies involucrades en l'oncogènesi i per la cerca de teràpies diana.

Per tant, és clar que l'ús d'aquestes mostres pels investigadors pot ajudar en l'estudi del desenvolupament i progressió del càncer i en la cerca de tractaments per les mostres tumorals.

Avui en dia, els biobancs també s'enfocuen a altres tipus de mostres biològiques humanes com, per exemple, biobancs poblacionals, biobancs orientats a malalties per a estudis epidemiològics o biobancs orientats a diferents malalties per estudis d'investigació. Les mostres que es poden obtenir de tots aquests biobancs són: mostres de DNA de persones sanes per un control poblacional, mostres de DNA, sèrum, plasma de malalts i pacients control per a estudis epidemiològics.

També es poden obtenir mostres de DNA, RNA i proteïnes de mostres tumorals o no tumorals per a projectes d'investigació.

Els biobancs han estat conseqüència de l'augment de grans canvis científics i de noves tècniques. A més, la seva existència ha provocat el desenvolupament d'uns requeriments ètics molt

importants per tenir accés a les mostres i a la seva informació i una necessitat de col·laboració entre investigadors o institucions per tal d'harmonitzar els procediments en la recerca biomèdica. Amb la nova llei d'investigació biomèdica del 2007, es comencen a regular els biobancs i es fa rellevància d'una sèrie de punts molt importants com l'organització dels biobancs, l'obtenció i cessió de mostres, les mesures de control i els drets dels pacients.

## Funcions

Un biobanc ha d'estar format per un director científic, un responsable del fitxer i un comitè científic i d'ètica externs. A més, el biobanc ha de tenir un personal especialitzat (tècnics de laboratori, patòlegs, infermeres i metges) per garantir la seva activitat.

El director científic ha de vetllar per al compliment de la llei vigent, ha de garantir la qualitat i la seguretat de les mostres i de tots els procediments del biobanc. El responsable del fitxer ha d'atendre totes les sol·licituds proposades pels clients del biobanc i els dos comitès han d'assessorar el director científic en totes les seves funcions.

**El Biobanc IRBLleida és un projecte clau per al desenvolupament de la recerca biomèdica**

**Emmagatzema mostres biològiques de gran interès científic**

El comitè científic ha de valorar els projectes d'investigació i decidir quins projectes són d'alta qualitat per poder treballar amb les mostres d'un biobanc.

El comitè d'ètica té un paper molt important en l'activitat dels biobancs, ja que ha de vetllar per la privacitat i autonomia del pacient, pels consentiments



Les mostres emmagatzemades provenen de diferents projectes d'investigació



El Biobanc segueix la legislació vigent de protecció de dades

informats, per la protecció de dades i pels riscos i avantatges dels pacients.

## El Biobanc IRBLleida

El Biobanc IRBLleida és un dels serveis científicotècnics que ofereix l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, juntament amb l'Hospital Universitari

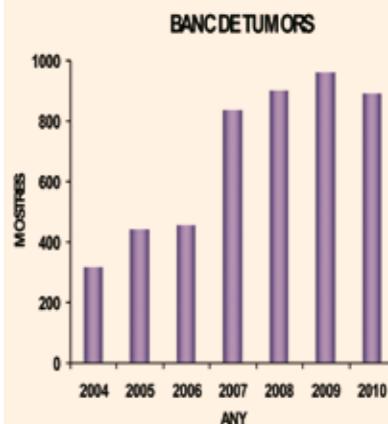
Arnau de Vilanova, l'Hospital de Santa Maria i la Universitat de Lleida, i és un projecte clau per al desenvolupament de la recerca biomèdica.

Segons la llei d'investigació biomèdica (Llei 14/2007, del 3 de juliol), un Biobanc és un establiment públic o privat, sense ànim de lucre, que acull una col·lecció de mostres biològiques con-

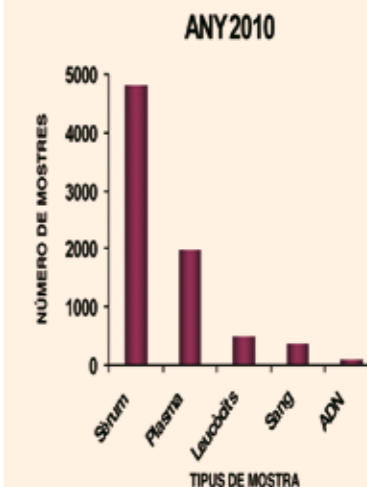
cebuda amb finalitats diagnòstiques o de recerca biomèdica i organitzada com una unitat tècnica amb criteris de qualitat, ordre i destí.

El Biobanc IRBLleida emmagatzema mostres biològiques de gran interès científic de diferents projectes d'investigació relacionats amb diferents malalties amb un objectiu principal: facilitar,

## Mostres emmagatzemades al biobanc IRBLleida



Gràfica 1: S'hi pot veure l'evolució de la recollida de mostres tumorals i no tumorals des de l'any 2004 fins al 2010



Gràfica 2: Durant l'any 2010 s'han recollit mostres líquides com sèrum, plasma, leucòcits, sang sencera i ADN de diferents projectes d'investigació que formen part del Biobanc. A la gràfica 2, es pot veure la quantitat dels tipus de mostres recollides en aquest darrer any 2010

promoure i desenvolupar la recerca.

A més, amb la creació del biobanc, es garanteix el respecte a la regulació d'activitats amb mostres biològiques per la nova Llei d'Investigació Biomèdica i l'estricta legislació vigent referent a la protecció de dades.

El biobanc emmagatzema mostres de plasma, sèrum, ADN, sang, tei-

xit, líquid pleural de diverses malalties com: atac isquèmic transitori, diabetis, trastorn bipolar, cirrosi hepàtica, celiàquia, diferents tipus de càncer com el de mama, endometri i altres, malalties de la pleura, etc.

Totes aquestes mostres, que s'emmagatzem, s'utilitzen en projectes d'investigació d'alta qualitat aprovats per un comitè científic i un comitè d'ètica i, generalment, aprovats per agències de recerca en forma de convocatòria competitiva.

**Desenvolupament**

El biobanc es va iniciar per una Acció Especial del Ministeri d'Educació i Ciència l'any 2003, quan es va posar a punt el Banc de Teixits. Seguidament, gràcies a l'ajuda concedida per l'Institut de Salut Carlos III el 2008 (Convenio para la Adecuación, Mantenimiento y Mejora de los Biobancos del SNS) el biobanc va començar a recollir noves col·leccions de mostres líquides (sang, sèrum, plasma, ADN, etc.) de diferents projectes d'investigació.

L'any 2009, l'ISCIII va obrir una convocatòria per crear una RETIC (Red Temàtica de Investigación Cooperativa) de biobancs, a la qual van concórrer moltes institucions sanitàries i de recerca.

El Biobanc l'IRBLleida va ser una de les 63 institucions a qui es va concedir aquesta ajuda. Pel fet d'entrar en aquesta convocatòria, el biobanc forma part de la Red Nacional de Biobancos amb la finalitat de promoure la investigació traslacional als diferents centres.

Aquesta infraestructura dona fàcil accés a la investigació, atès que els biobancs són una de les plataformes biomèdiques que estableixen un pont entre la investigació bàsica, traslacional i clínica.

A més, el biobanc de Lleida també forma part de la Xarxa de Bancs de Tumors de Catalunya (XBTC) i és un dels pocs biobancs espanyols que participa del consorci europeu de bio-



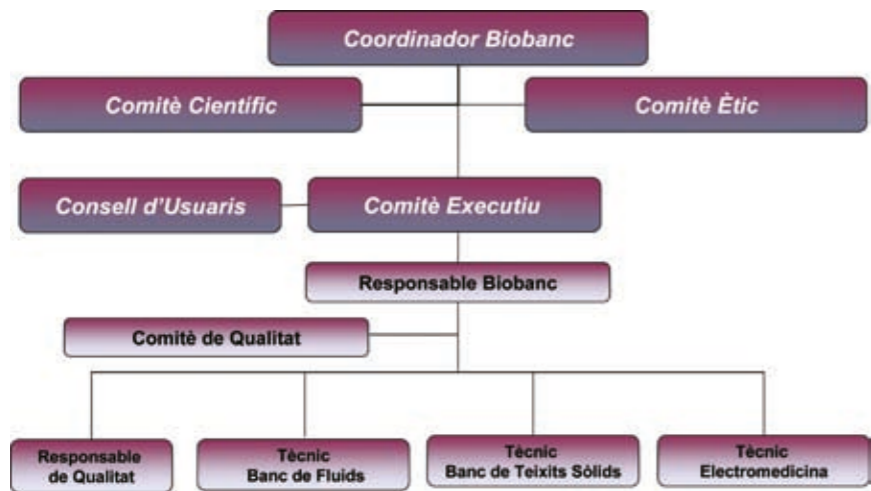
El centre implanta el sistema de qualitat basat en la ISO 9001:2008

bancs (BBMRI-Biobanking and Biomolecular Research Infrastructure).

**Infraestructura**

El biobanc està situat dins de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i es distribueix en dues àrees (el laboratori i la sala d'emmagatzematge). El registre i processament de les mostres es realitza dins del laboratori de genètica molecular ubicat al Servei d'Anatomia Patològica. Les mostres es desen a -80 °C a la sala d'emmagatzematge situada a la planta -1 de l'hospital. Els congeladors estan dotats d'un sistema de control de temperatures, alarmes i back up de CO<sub>2</sub> per mantenir la màxima seguretat de les mostres.

El biobanc conté un sistema informatitzat per la gestió de les mostres de cada projecte científic, on cada una es codifica mantenint sempre la confidencialitat dels pacients. Totes les mostres que processa i emmagatzema el biobanc tenen el consentiment informat del pacient. Cada investigador és el responsable d'informar al donant de l'existència del biobanc i de proporcionar-li el document de consentiment informat per donar-li la possibilitat de participar en el projecte d'investigació



i en altres investigacions futures. El donant, en tot moment, té el dret de revocar el seu consentiment.

**Estructura organitzativa**

El Biobanc IRBLleida consta d'una organització perfectament estructurada on cada membre té ben definides les seves funcions. En aquests moments el biobanc està implantant el sistema de qualitat basat en les normes ISO 9001:2008.

**Organigrama**

El coordinador promou l'activitat del biobanc entre els investigadors, s'assegura que se'n compleixen les normes de funcionament i controla i dirigeix els pressupostos assignats a la seva activitat. El comitè científic valora els projectes d'investigació. El comitè d'ètica avalua els aspectes ètics i legals de cada projecte científic, fa un balanç dels riscos i beneficis que pot generar cada projecte en els donants, preserva la voluntat i la confidencialitat del donant i vetlla pel compliment de les activitats al Biobanc. El comitè executiu valora les normes de funcionament del Biobanc, promou l'activitat científica del Biobanc i del material emmagatzemat, en valora les propostes de creació de noves col·leccions regulant els seus requeriments i també en valora les sol·licituds dels seus clients. El consell d'usuaris analitza totes les propostes dels usuaris a fi de millorar el funcionament i els informa sobre tots els temes referents a les seves col·leccions i mostres. El personal tècnic aplica els procediments normalitzats de treball, processa i emmagatzema les mostres biològiques i realitza les tasques administratives.

*Maria Ruiz, Azahar Romero, Ingrid Prats, Eugeni Lara, Francesc Purroy, Joan A. Schoenenberger i Xavier Matias-Guiu*  
Biobanc IRBLleida

“Més m'estimo ser un metge que fa versos que un poeta que fa receptes”

A propòsit de Màrius Torres, metge i poeta

*“Aquest vespre, a dos quarts de vuit farà un any que em vaig posar malalt. Era dimecres. Estava fent companyia a D<sup>a</sup> Elvira Benavent. Fumava. Tossia. De sobte sang. Farmàcia Clavera. Telèfon 2013 Dr. Serra. Vinc a casa seva. Ràdio – infiltrat – casa, Xita [la tieta Conxita]. Despatx: aquell nen de xarampió que passava de 40.- El pare que tenia junta a Joventut i va venir a quarts de deu.- Aquella gran fe, voluntat en curar-me.- Vull anar al sanatori. Vull anar al sanatori. Les visites de la família. El son de plom a la nit- la [codeïna]. Feia unes hores que havien vingut els Amigó de Tàrraga i [haviem conversat] alegrement. Fa mal d'escriure tot això!”*



Màrius Torres

Les idees filosòfiques i religioses de l'avi Torres van tenir una notable influència en l'àmbit familiar

El text és d'un dietari que Màrius Torres va escriure, l'hivern de 1936, al sanatori de Puig d'Olena, al Montseny. La manifestació de la malaltia va capgirar la vida del jove metge que a poc a poc va anar canviant els llibres de medicina pels de poesia, a l'inrevés d'allò que havia fet fins aleshores quan les arts, i sobretot la literatura, havien omplert el temps que li deixaven l'estudi primer i l'exercici de la professió més tard.

Màrius Torres havia nascut a Lleida el 30 d'agost de 1910, al carrer Major. Els pares, Humbert Torres i Maria Pereña, pertanyien a una burgesia de professionals liberals que s'estava consolidant com la classe dirigent de la Lleida orientada, cada cop més, cap a posicions democràtiques, republicanes i catalanistes.

Pocs mesos després, la família es va traslladar a viure amb els avis paterns, Marià Torres Castellà i Àngela Barberà Huguet, als Porxos de Baix. Allí hi van néixer els dos germans del Màrius: Víctor (1915) i Núria (1922).

Marià Torres, que era metge, va exercir la medicina rural a la Segarra fins que el 1881 es van instal·lar a Lleida, on es va fer càrrec dels serveis mèdics

xach. Quan el doctor Marià Torres es va instal·lar a Lleida, es va incorporar al moviment espiritista, aleshores força vigorós. Com a divulgador de la causa espiritista va publicar articles en diferents revistes catalanes i espanyoles i alguns opuscles, com ara *La religión futura*.

Les idees filosòfiques i religioses de l'avi Torres van tenir una notable influència en l'entorn familiar. Humbert Torres, principalment a partir de la Dictadura, es va dedicar intensament a aprofundir en totes aquelles qüestions relacionades amb l'espiritisme, tant des del punt de vista de la metapsíquica, com de la teosofia. Va traduir algunes obres del psiquiatra italià Ernesto Bozzano i va publicar el llibre *Defensa de la metapsíquica*, així com innumerable articles sobre aquestes qüestions, gràcies als quals va assolir un destacat reconeixement internacional entre els cercles espiritistes.

En definitiva, l'interès dels doctors Torres per aquestes qüestions no era res estrany en una època en què els estudis sobre la ment humana o la psique eren una branca innovadora i emergent de les ciències mèdiques i, en conseqüència, les teories i els experiments sobre aquestes qüestions exercien una notable atracció entre els professionals de la medicina.

Humbert Torres havia estudiat Medicina a Barcelona i el 1903 es va establir a Lleida com a metge generalista per col·laborar amb el seu pare, que va substituir a la Casa de Misericòrdia. També va seguir els passos del seu pare en la seva preocupació per les malalties de naturalesa epidèmica, com ara la tuberculosi o la sífilis, sobre les quals va publicar alguns treballs. Concretament, sobre aquesta última va fer la seva tesi doctoral (1913): *Arsenobenzol en la sífilis*. Aquesta preocupació per les malalties anomenades socials era molt freqüent entre els metges que, com els Torres, tenien una destacada actuació social i política. Al mateix temps, no descuidava les seves responsabilitats en la vida corporativa de la seva professió. A partir de 1908, va començar a col·laborar amb els *Annals de Medicina de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya* i va dirigir la revista *Informació Mèdica*, que des del 1902 es va publicar a Lleida. El 1909 va entrar a formar part de la Junta de Govern del Col·legi de Metges de Lleida, que presidia el doctor Josep Maria Vicens. També va participar activament en l'organització del segon i el tercer Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (1917-1919).

dels establiments de beneficència de la ciutat. Preocupat per la dimensió social de la professió, es va ocupar de qüestions relacionades amb l'epidemiologia, matèria sobre la qual va escriure alguns tractats, dels quals es pot destacar *El cólera tratado con los evacuantes*, on explica la seva actuació durant l'epidèmia del còlera de 1885. D'altra banda, el doctor Marià Torres va ser un dels fundadors del Col·legi de Metges de Lleida.

Per la banda materna, l'avi, Manuel Pereña Puente, era advocat, catedràtic d'institut, periodista (el 1898 va fundar *El Ideal*) i una de les personalitats més rellevants i influents del republicanisme lleidatà. Estava casat amb Maria Rei-

democràticament des de la restauració dels Borbons.

En l'ànim del jove Màrius, a l'hora de decidir la professió, hi devia influir l'ambient familiar, de manera que va cursar Medicina a la Universitat de Barcelona. Tot i que l'època que va des del final de la Dictadura fins als primers anys de la República va ser una etapa políticament i socialment molt activa, durant la qual el seu pare va assolir un protagonisme important, Màrius es va dedicar als estudis i va ser un alumne brillant en les arts. Va dedicar molt interès a l'àmplia oferta barcelonina i a la literatura més com a lector que com a autor, que no va passar de fer alguns tímids assaigs.

El juny de 1933, un cop acabada la carrera, s'estableix a Lleida, al costat del seu pare, amb el qual col·labora estretament i intensament. Tanmateix, va ser una estada intermitent, ja que encara va tornar a Barcelona per ampliar estudis i va passar dues temporades a Madrid, fins al juny de 1935, per cursar els estudis de doctorat. Relacionats amb aquests cursos, va publicar "Hipertensió juvenil i albuminúria ortostàtica" al *Butlletí de l'Agrupament Escolar de l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya* (1933), i en col·laboració amb F. Miró Cabestany, "La Universidad de Lérida y la Medicina catalana de su tiempo", a *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina* (1936).

Durant el parell d'anys d'estada a Lleida, Màrius va continuar escrivint. Va enllestir un primer recull de poesies, *Música de cambra*, va traduir alguns poemes francesos i va escriure un divertiment teatral, *Una fantasma com n'hi ha poques*, en què ironitza, molt amablement, sobre l'espiritisme. Al mateix temps, va anar publicant a *La Jornada*, el periòdic de la Joventut Republicana, un seguit de cròniques sobre l'activitat cultural de la ciutat, principalment sobre música i cinema, mentre que també impartia conferències sobre qüestions mèdiques a l'Ateneu Popular.

La primavera de 1935, Màrius Torres va passar una grip de mal curar i per tal de fer net i recuperar forces va decidir passar unes setmanes de repòs a Espot, al Pallars Sobirà. A partir de l'estiu es va reincorporar a la feina de metge, fins que pels volts de Nadal es va presentar la malaltia en tota la seva gravetat.

Durant els anys d'estada a Puig d'Olena, Màrius Torres va experimentar un doble i dolorós procés d'aïllament: el generat per la malaltia mateixa i el causat per la guerra, la derrota de 1939 i l'exili, i, per tant, l'allunyament de la família. En aquesta circumstància, ha assenyalat Margarida Prats, només l'art i la poesia li van permetre ser, i al mateix temps també era el camí ineludable cap a un absolut inabastable. La



Bona part de l'obra de Màrius Torres és d'un to profundament religiós

seva poesia es va fent cada cop menys biogràfica per expressar els sentiments més profunds de l'ànima humana: la bellesa del món, la nit, la mort i Déu. "Jo sóc —confessava, mig en broma, a Carles Riba el 1942— essencialment aquesta cosa absurda: un poeta líric." Bona part de l'obra de Màrius Torres és d'un to profundament religiós. Fins al 1939, el poeta es dirigeix directament a Déu; el Déu viscut en l'àmbit de la religió familiar, càlid i emotiu:

*"No ens aturem als temples  
on altres pelegrins  
arriben al llindar de la  
teva presència.  
No volem la teva ombra;  
volem la teva essència,  
Pare de l'infinit que tots  
portem a dins."*

Per expressar, el 1941, una certa inquietud espiritual davant la incertitud del destí humà:

*"Però m'has creat  
home, fecund, fort.  
Has obert un camí a  
la meva mesura,  
i a cada instant he de  
buscar l'estel del nord  
en la nit nostra, viva,  
però obscura."*

D'altra banda, en el món isolat del sanatori, Màrius Torres va trobar un grupet d'amics i amigues, amb qui va establir una càlida amistat; amb la gironina Mercè Figueres va viure una experiència amorosa intensa i singular, en el sentit que era condicionada per la tuberculosi que tots dos enamorats patien. Un amor que va inspirar les celebres "Cançons a Mahalta":

*"Com una aigua tranquil·la  
reflecteix, cap al tard,  
els núvols, els cignes i els saules,*

*jo veig passar pel llac  
profund del teu esguard  
l'ombra de les teves paraules."*

La tragèdia de la Guerra Civil, que tan decisivament va influir no només en la vida, sinó també en l'obra de Màrius Torres, va quedar plasmada en la seva poesia, ara d'un notable caràcter civil; tant la derrota,

*"Ara que el braç potent  
de les fúries aterra  
la ciutat d'ideals que  
volíem bastir"*

com un cant de futur:

*"Qui pogués oblidar la  
ciutat que s'enfonsa!  
Més llunyana, més lliure,  
una altra n'hi ha, potser,  
que ens envia, per sobre  
d'aquest temps presoner,"*

La mort és fàcil d'entendre, és molt present en tota l'obra d'en Màrius. No era una mirada desesperada ni freda. La condició de metge i, potser encara més, l'experiència d'un món diferent a la d'aquí viscuda en l'àmbit familiar, hi devia ajudar:

*"Dolç àngel de la Mort, si  
has de venir, més val  
que vinguis ara.  
Ara no temo gens el  
teu bes glacial,  
i hi ha una veu que em  
cria en la tenebra clara  
de més enllà del gual."*

La mort li va arribar com ell hauria volgut, sense violència, lentament. Era el 29 de desembre de 1942. Va ser enterrat al petit cementiri de Sant Quirze Safaja.

**Jaume Barrull Pelegrí**  
Professor d'Història de la UdL

LA SEPARACIÓ DE FUNCIONS II

**Públic o privat en la sanitat a Catalunya: segona part**

A l'article anterior ens hem referit a algunes funcions del sistema sanitari i, si les haguéssim d'enumerar d'una manera més exhaustiva, les podríem dividir de la manera següent: la regulació o rectoria global del sistema (autoritzacions administratives, per exemple); el finançament (la part que aporta l'Estat i la part que surt directament de les butxaques de qui rep l'atenció sanitària); la construcció d'infraestructures sanitàries (nous hospitals o centres de salut); la compra dels serveis sanitaris (els contractes assistencials); la producció dels serveis de salut (qui dona els serveis i els gestiona directament) i facilitar els factors de producció (béns, serveis i persones).

Podríem parlar de la funció de rectoria o regulació global del sistema, la funció que està més clarament en mans de l'Estat en la majoria de països perquè és la que menys pot deixar al funcionament del mercat. Pensem, com veurem després, que estem parlant en molts casos de béns públics i, per exemple, de regulacions generals de salut pública, que, com sabem, a vegades es decideixen fins i tot a escala europea.

Dins de les funcions de rectoria hi ha per exemple les d'elaboració de normes, inspecció i verificació del seu compliment, expedició de permisos i autoritzacions a centres i serveis i, sobretot, definició de les polítiques generals i les que seran les regles del joc del sistema de salut en concret. Per exemple, es tracta de regular les assegurances de salut, la qualitat mínima exigible (acreditació) o la capacitació, l'habilitació i la recertificació dels professionals, totes elles de gran transcendència.

Com es pot deduir, es considera una funció molt important, ja que condiciona altres funcions del sistema sanitari (la regulació general delimita en part la concreció posterior) i és una de les atribucions a què l'Estat no pot renunciar i ha de suplir més les limitacions o falles del mercat, atès que en el cas de la salut no es donen les condicions de competència perfecta com veurem més endavant.

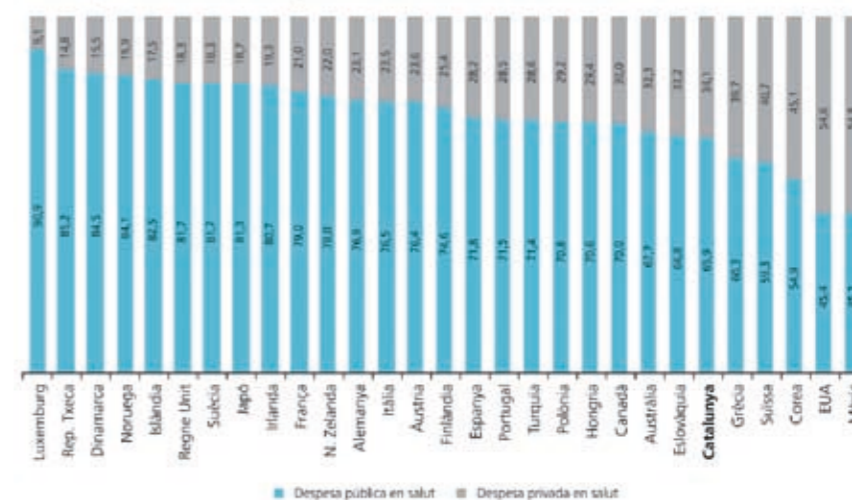
Per exemple, podem parlar de la funció de finançament, és a dir, de la part que aporta l'Estat i la part que surt directament de les butxaques de qui rep l'atenció sanitària. Veiem que a la majoria de països de l'OCDE se supera el 50% de despesa pública respecte el total de la despesa sanitària, a excepció de Mèxic i els Estats Units. A la resta, el rang va des

del 54-56% de Corea i Suïssa, al 84% de Noruega i Dinamarca, i el 86% de la República Txeca. L'any 2006 Espanya finançava públicament al voltant del 71%.

Podem parlar dels models organitzatius i, si parlem sobre com són les organitzacions sanitàries, veiem que als països europeus la majoria de models són híbrids, entre els quals hi ha, d'una banda, elements propis de les organitzacions de mercat, amb una gran quantitat d'organitzacions petites i independents, que competeixen per atraure consumidors/usuaris i que tenen relacions a curt termini i, de l'altra, també hi ha elements jeràrquics amb un petit nombre d'organitzacions grans, amb predomini de les relacions intraorganitzatius i la forta dependència jeràrquica de la cúpula organitzativa.

Aquest tema tampoc és fàcil i una vegada més la realitat demostra que tant el mercat com el govern tenen proble-

**En infraestructures sanitàries també hem copiat experiències del Regne Unit**



Nota: Les dades de Catalunya, Luxemburg, Portugal, el Japo, Austràlia i Nova Zelanda són del 2006 i la de Turquia del 2005. Font: CatSalut i OECD Health Data 2009, juny 2009.

**Despesa pública i privada en salut als països de l'OCDE. Any 2007 (percentatge sobre el total de la despesa en salut). Accessible, desembre 2010, [http://www.cambrabcn.org/c/document\\_library/get\\_file?folderId=14208&name=DLFE-77266.pdf](http://www.cambrabcn.org/c/document_library/get_file?folderId=14208&name=DLFE-77266.pdf)**

III mica es deu al fet que el sistema PFI té un cost total més gran que l'endeutament públic directe, a l'opacitat i a la dificultat de control en totes les fases del seu desenvolupament i a l'existència de mercats secundaris que aconseguen articular mecanismes per evitar la penalització per incompliment i a la fallida. Els arguments a favor han presentat les concessions com una mena de solució màgica per als problemes de posada en funcionament ràpid i eficient d'infraestructures sanitàries i molt més ara en època de crisi, en què es vol reduir el déficit públic.<sup>III</sup>

La Comunitat de Madrid ha fet molts centres hospitalaris sota aquesta modalitat de construcció i gestió, que comporta la concessió d'explotació de serveis per a un període de trenta anys a les empreses que hagin fet les inversions necessàries per a la posada en marxa d'un nou hospital públic.

També fa uns anys es va iniciar al País Valencià, amb molt soroll, com la majoria de noves experiències en el sector sanitari, allò que, segons uns, era un nou model per construir i, fins i tot, per a la gestió posterior dels hospitals i la prestació de l'assistència sanitària pel sistema públic d'una zona de salut. Per a altres, es tractava de la privatització de la sanitat, ja que, encara que el servei era públic, el prestaven asseguradores privades.

Efectivament, els nostres veïns valencians endegaven una nova fórmula de gestió, en la qual participaven el govern autonòmic, algunes caixes d'estalvi, asseguradores privades i constructores.<sup>IV</sup> El lloc de la primera experiència va donar nom al Model Alzira, impulsat per la Conselleria de Salut valenciana amb l'objectiu de construir i després gestionar l'Hospital de la Ribera en una zona de 240.000 habitants. Més endavant, es va estendre el model a altres concessions, com les de Torrevella, Dénia, Manises i Elx-Crevillent, així com la de l'Hospital de Valdemoro a Madrid.<sup>V</sup>

Si parlem de qui compra els serveis sanitaris (qui concerta o contracta els serveis), podem identificar com a comprador de serveis l'Estat o institucions paraestatals o de Seguretat Social en funció de si estem en un sistema tipus de sistema nacional de salut o de seguretat social. Aquests compradors prenen la decisió de no produir els serveis sanitaris directament en centres propis i concerten l'activitat sanitària externament. En els models en què les companyies d'asseguradores fan d'intermediaris, poden donar també els serveis directament als seus centres (si en tenen) o més habitualment els compren a altres centres sanitaris, a grups de professionals o a professionals de manera individual, com és el cas d'algunes especialitats o d'Atenció Primària de Salut. A Catalunya, fins ara l'asseguradora Servei Català de la Salut realitza la compra de serveis, tret dels productes intermedis (diagnòstic per la imatge, per exemple) dels quals s'encarrega cadascun dels centres proveïdors.

De la mateixa manera, aquesta funció es podria situar a diferents nivells, ja que algunes contractacions es fan de manera centralitzada per tot Catalunya i altres es poden desconcentrar o descentralitzar a nivells inferiors o, fins i tot, traspasar-les als proveïdors finals.<sup>VI</sup>

Si parlem de qui produeix els serveis de salut, és a dir, qui els gestiona directament, potser és el tema en què podem apreciar més clarament participacions privades en la producció, ja que, tret dels models de tipus sistema nacional de salut, tant els propers a la Seguretat Social com els d'assegurança privada tendeixen a concertar en lloc de produir directament.

Dins de la producció també hem d'esmentar les externalitzacions d'alguns serveis endegades en les darreres dècades del segle passat. En un principi, van ser serveis generals, com els de neteja, bugaderia o manteniment. Més endavant, van ser altres serveis més relacionats amb la clínica, com els de gestió de les històries clíniques, la informàtica o les proves complementàries, amb resultats diversos segons les opinions i els paràmetres mesurats.

Si parlem de qui facilita els factors de producció, veiem que en els subministraments de béns i serveis, així com els recursos humans, la participació privada és majoritària, tret de les regulacions generals de productes i les titulacions del personal, tema que ultrapassa l'objectiu d'aquest escrit.

Hem explicat fins ara que titularitat pública o privada del centre és una cosa i quin servei dóna, públic o privat, n'és una altra, i hem posat l'exemple de la XHUP a Catalunya. També hem repetit reiteradament que en parlar de públic o privat sempre hem de delimitar de quina funció parlem per no confondre els termes esmerçats.

Pel que fa a la garantia i la naturalesa dels serveis de salut, en primer lloc hem de recordar que la Constitució espanyola determina a l'article 43 el reconeixement del dret a la protecció de la salut i defineix que és competència dels poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i de les prestacions i serveis necessaris. Podria sorgir un dubte del terme protecció de la salut, ja que en un sentit estricte es podria referir a una part de la salut pública, cosa que no es pensa que volguessin realitzar els seus redactors.

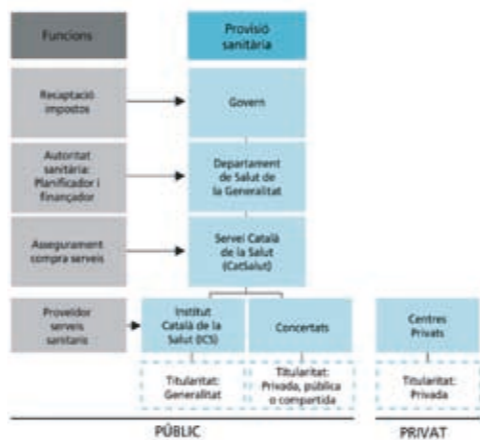
El matis esmentat té força sentit, ja que un cop més es demostra que amb la llei a la mà es pot argumentar de moltes maneres. Així s'ha fet amb les interpretacions que s'han donat amb els diferents canvis de govern o en el desenvolupament de la Llei de Sanitat a les diferents comunitats autònomes.

Podem concloure una vegada més que no és tan important la llei com el seu desenvolupament, tal com deia la frase atribuïda a un membre de l'executiu de la Restauració: "Feu vosaltres —els dipu-

País	% PIB	País	% PIB
Estats Units	15,3	Grècia	9,1
França	11,0	Itàlia	9,0
Alemanya	10,6	Espanya	8,4
Bèlgica	10,3	Regne Unit	8,4
Portugal	10,2	Finlàndia	8,2
Àustria	10,1	Irlanda	7,5
Canadà	10,0	Luxemburg	7,3
Dinamarca	9,5	UE-15	9,2
Holanda (*)	9,3	OCDE	9,0
Suècia	9,2	Catalunya	7,2

(\*) despesa corrent.  
Font: ECO-SALUD OCDE 2008 i CatSalut.

**Despesa total en salut en % del PIB 2006. Accessible, desembre 2010, [http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/econo\\_sanitaria/efulls\\_38.pdf](http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/econo_sanitaria/efulls_38.pdf)**



Font: Informe del Consell Regulador de Catalunya i l'Observatori del Consell Regulador de Catalunya en defensa del model sanitari català, de novembre del 2008. Funcions i flux.

**Funcions al sistema sanitari català**

tats— les lleis i deixeu-me a mi els reglaments.<sup>VII</sup>

Un exemple més recent susceptible d'interpretació el trobem al darrer Estatut d'Autonomia de Catalunya, en què als tres apartats de l'article 23 que parlen dels drets en l'àmbit de la salut s'acaben les enumeracions de drets amb la frase "en els termes que estableixen les lleis". De tota manera, es concreten bastant els drets esmentats quan s'afirma al primer apartat de l'article que "totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat i gratuït als serveis sanitaris de responsabilitat pública..." o al segon apartat, en què es diu que "els usuaris de la sanitat pública tenen dret al respecte de llurs preferències pel que fa a l'elecció de metge o metgessa i de centre sanitari" o al tercer, tot dient que "totes les persones, en relació amb els serveis sanitaris públics i privats, tenen dret a ser informades sobre els serveis a què poden accedir i els requisits necessaris per ular-los; sobre els tractaments mèdics i llurs riscos, abans que els siguin aplicats; a donar el consentiment per a qualsevol

País	Total	Privada
Estats Units	15,3	8,8
Suïssa	11,3	8,1
França	11,0	8,0
Alemanya	10,6	7,7
Bèlgica	10,3	7,6
Portugal	10,2	7,6
Àustria	10,1	7,5
Canadà	10,0	7,5
Dinamarca	9,5	7,3
Holanda	9,3	7,3
Nova Zelanda	9,3	7,3
Suècia	9,2	7,2
Irlanda	9,1	7,0
Grècia	9,1	7,0
Itàlia	9,0	6,9
Noruega	8,7	6,8
Àustria	8,7	6,6
Regne Unit	8,4	6,5
Espanya	8,4	6,2
Hongria	8,3	6,0
Finlàndia	8,2	6,0
Japó	8,1	5,9
Irlanda	7,5	5,9
República Eslovaca	7,4	5,9
Luxemburg	7,3	5,6
Catalunya	7,2	5,1
República Txeca	6,9	4,7
Mèxic	6,6	4,1
Corea	6,4	3,5
Polònia	6,2	2,9
OCDE	9,0	6,6
UE-15	9,2	7,1

Font: ECO-SALUD OCDE 2008 i CatSalut.

**Despesa en salut sobre el PIB 2006. Pressupost de salut 2009. Accessible, desembre 2010, [http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/econo\\_sanitaria/recursos\\_2009\\_cat.pdf](http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/econo_sanitaria/recursos_2009_cat.pdf)**

intervenció; a accedir a la història clínica pròpia, i a la confidencialitat de les dades relatives a la salut pròpia".

Diu en els experts juristes que una llei és bona si continua vigent després de canviar el color del govern del Parlament que la va redactar. D'aquest fet, se'n posen els exemples de la Llei 14/86 General de Sanitat, aprovada quan era ministre Ernest Lluch, o la Llei 15/90 d'Ordenació Sanitària de Catalunya, que es manté malgrat els canvis de govern a Madrid i a Catalunya d'ençà la seva promulgació.

Si fem un esquema més simplificat per a Catalunya, podem diferenciar les funcions de recaptació d'impostos (govern), autoritat sanitària planificadora i financadora (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya), assegurament i compra de serveis (Servei Català de la Salut) i els proveïdors de serveis sanitaris, com l'Institut Català de la Salut, altres de concertats i centres privats.

**La naturalesa del bé de la salut és un bé públic o un bé privat?**

Una altra aproximació d'allò que és públic o privat en sanitat es pot efectu-

ar mitjançant l'explicació i la descripció de la provisió pública de béns privats. Podria sorprendre la classificació, en termes econòmics, dels serveis de salut com a béns privats i, per això, hem de recordar la definició econòmica de bé privat. Considerem que un bé és privat si es pot excloure del seu consum els individus que no volen pagar-los (si es tingués aquesta voluntat) i si el cost de produir una unitat més (introduir un nou individu per exemple) és > 0. Si posem l'exemple del que ha passat fins ara als Estats Units, entendrem que en teoria, i allí a la pràctica, es poden excloure dels serveis assistencials els que no paguen. També entenem clarament que en una llista d'espera hi ha rivalitat en el consum i que el fet de realitzar una intervenció o una consulta de més té un cost.

Per contra, ja hem dit abans que un bé públic ho és per les característiques de la seva producció i no es pot excloure del seu consum ningú, encara que no vulguin pagar. En els béns públics el cost marginal d'afegir un beneficiari o consumidor més és 0 (no és 0 el cost de produir una unitat addicional). Recordeu l'exemple del far d'una costa, que il·lumina tots els vaixells (encara que no hagin pagat) i no es pot excloure ningú de la seva llum. En el món sanitari, trobem exemples de béns públics en la protecció de la salut quan, per exemple, clorem o fluorem les aigües de consum.

Exemples de béns privats, en termes econòmics, en són també alguns serveis educatius i molts béns culturals, el transport, etc., encara que a vegades vulgament quan hi pensem, els associem més a serveis públics.

**Definicions i opinions per al debat**

Un cop esbrinades les característiques dels serveis sanitaris i concretada la funció a què ens referim, podem parlar, o potser millor n'hauríem de dir opinar, de què és (o ha de ser) públic i què és (o ha de ser) privat en el món de la sanitat. Si l'anàlisi el fem a Catalunya, on les fórmules de gestió responen a una gran diversitat, és fàcil confondre els termes, ja sigui en l'àmbit del finançament, en el de l'assegurament o en el de la prestació dels serveis.

El finançament del sistema de salut, majoritàriament mitjançant impostos, és canalitzat fins a convertir-lo en un sistema d'atenció amb prestacions per protegir la salut, prevenir la malaltia i procurar un tractament. El responsable al nostre país és el govern de la Generalitat, en concret el Departament de Salut, que contracta els

serveis necessaris per al ciutadà a través del Servei Català de la Salut (CatSalut), però també hi ha la possibilitat de realitzar en el futur una descentralització d'aquesta funció —almenys en part— dins del procés de governança descentralitzada que explicàvem en articles anteriors.<sup>VIII</sup>

Per opinar i esbrinar detalladament el concepte públic o privat en el món de la provisió de serveis (la gestió de centres), cal veure les diferents modalitats, la majoria més a prop del primer, ja que molts centres tenen òrgans de govern que depenen directament d'entitats públiques, tot i que els treballadors no siguin funcionaris o estatutaris com els de l'Institut Català de la Salut. Es diu que per discernir si són públics o no, caldria analitzar la configuració dels òrgans de govern i la representació dels interessos dels ciutadans, la titularitat del patrimoni (edificis, instal·lacions, etc.) i, sobretot, la utilització dels excedents. En cas que sigui una empresa amb afany de lucre, es reparteixen beneficis als accionistes per exemple. L'ús dels excedents seria la manera més definitiva per veure si una institució és pública o privada, encara que segurament seria difícil esbrinar l'aplicació del terme econòmic tradicional "benefici", no gaire habitual en el món sanitari.

De la mateixa manera, els centres privats, quan presten serveis per al Servei Català de la Salut, reben finançament procedent d'impostos públics per atendre, sense cap mena de cost addicional per a l'usuari —almenys fins ara—, qualsevol ciutadà que reclami atenció.<sup>IX</sup>

Avui la gestió privada del sector públic torna a ser actualitat i termes com "privatització de la sanitat" s'escolten de nou dins del debat sanitari o d'una manera més suau quan es parla de concertar la sanitat.

De fet, l'externalització d'una part del sector públic és una pràctica freqüent en tots els àmbits de l'administració i la participació privada és habitual en sectors propers com el de l'ensenyament, en el qual també s'ha generat, per cert amb molts anys de retard respecte de la sanitat, el debat de la transformació de la seva funció pública en termes de gestió i eficiència.

A Europa ja fa temps que s'ha tendit a coordinar millor el món públic i privat per dos motius principals: d'una banda, les polítiques de la Unió Europea destinades a cercar el déficit zero, o almenys amb la crisi econòmica actual per tenir-lo controlat, la liberalització dels sectors econòmics amb major presència estatal i el foment de la no competència d'empreses públiques en el terreny en què pot haver-hi iniciativa privada, i, de l'altra, la suposada millor eficiència privada en la prestació de serveis en termes de qualitat i reducció de costos, cosa que sempre cal demostrar, ja que tenim exemples recents contraris de mala gestió pública i també privada que han estat portada de diaris els darrers anys. Per això, recordo sempre la frase que usava a les seves classes el catedràtic

*El pla d'innovació d'AP i salut comunitària ha de facilitar respostes a les inquietuds i expectatives dels professionals sanitaris*

d'economia Guillem López Casasnovas: "Cal fer sempre la prova del cotó, ja que el cotó no enganya i veiem com n'és de neta —eficient—, una gestió."

També es va encetar, encara que de manera tímida, un debat entre públic i privat en sanitat, quan a Catalunya es va plantejar la possibilitat d'utilitzar centres públics per realitzar activitats privades, en principi per a algunes prestacions com les dels podòlegs o dels dentistes, en què els ciutadans pagarien a un cost inferior a les tarifes privades de mercat. S'obrien noves possibilitats en el finançament i sobretot en la cartera de serveis que podria oferir cada proveïdor de la xarxa sanitària d'utilització pública, amb una porta oberta al possible excedent del consumidor. De fet, això ja es dona en alguns centres catalans que ofereixen medicina de l'esport o estètica dins de centres que també n'ofereixen al sistema públic de salut.

### Gestió privada i autogestió a la pública?

Ja en el mandat de Tony Blair, un *white paper* proposava una vegada més que els professionals d'Atenció Primària de Salut fossin els responsables del sistema no com a professionals independents, sinó com a grups encarregats de donar atenció i relacionar-se amb altres proveïdors amb més èmfasi en la cooperació multidisciplinària i l'equitat que en la competició havia propugnat el mercat que va introduir en el seu dia el Llibre Blanc dels anys 90 de la dama de ferro.

Un grup de professionals independents es responsabilitzava d'una població (uns 100.000 habitants) i eren els que guiaven tots els serveis sanitaris necessaris per a la mateixa Primary Care Groups (PCG) o els seus equivalents a Escòcia i Gal·les. La seva gestió descentralitzada (abans es comprava a nivell de districte) aportava a l'Atenció Primària el poder de *gatekeeper* del sistema. De manera similar a molts dels principis que actualment recomanen a Catalunya el Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària.

Es van fer crítiques per la complexitat organitzativa que representava, la debilitat dels centres, la gestió descentralitzada, la cartera de serveis i la tendència a la derivació, l'afavoriment de dobles llistes d'espera en funció de si s'estava dins d'un PCG o no, etc. Aquestes crítiques podien suposar que la reforma que es feia fos inestable, però una cosa és ben certa, i és que el model anglès d'Atenció Primària va esdevenir amb el temps un dels més reconeguts del món.

A Catalunya es va obrir aquesta possibilitat arran de la modificació de la LOSC feta l'any 1995 i la creació de les entitats de base associativa (EBA) que es van constituir amb aquesta filosofia. Ara també, dins de les entitats de gestió pública, com l'Institut Català de la Salut, s'ha propugnat l'autonomia de gestió com una possibilitat d'apropar els professionals als resultats de la institució i que



Font: CatSalut

El model sanitari català. Accessible, desembre 2010, [http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix\\_model\\_res.htm#](http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_model_res.htm#)

## La visió integradora dels serveis de salut es pot desenvolupar a partir de l'autogestió

aquesta ho estigui de la societat a la qual dona servei.

Més recentment, el juliol de 2010, el nou govern liberal conservador governat per David Cameron va presentar al Parlament per mitjà del secretari d'Estat de Salut, Andrew Lansley, un nou Llibre blanc anomenat *Equitat i excel·lència: alliberar l'NHS*, en el qual es reforçen les idees liberals de llibertat, justícia i responsabilitat amb insistència en temes de rendició de comptes, capacitat d'elecció, participació dels ciutadans en les decisions envers la seva salut i altres com l'habilitació dels professionals de la salut per poder gestionar de baix a dalt.

Es preveu un gran canvi organitzatiu, potser el més important d'ençà de la creació del National Health Service l'any 1948. El canvi es produiria als hospitals per crear una indústria d'empreses dedicades també a l'àrea sociosanitària, amb la intenció de repartir més fons als centres i serveis que ofereixin millors resultats.

### La descentralització territorial i el finançament públic o privat

També dèiem en un article anterior<sup>x</sup> que, al final del desenvolupament de la descentralització de funcions a les organitzacions sanitàries integrades en els consorcis territorials, alguns veien una futura porta oberta a incrementar el finançament privat (copagaments i assegurances complementàries) que possibilitarien que els llochs suplementaris no sanitaris (fora de la cartera de serveis obligada pública-

ment) s'obtinguessin segons el criteri de disponibilitat per pagar (es distingeixen els pacients més ben situats) sobretot per les prestacions complementàries.

Alguns aposten per donar des del sector privat una cobertura més àmplia, una eficiència més gran i una millor qualitat dels serveis de salut a tots els països, com recomanava la Fundació Rockefeller als països pobres i en desenvolupament, amb inevitables increments en el finançament sanitari públic i privat fins arribar a les xifres dels països del nostre entorn.

### L'eficiència de la gestió privada i algunes paradoxes

A vegades actuem de manera contradictòria i com, per exemple, ens feia veure Lluís Foix a *La Vanguardia*<sup>x</sup> fa dos anys, "la gran contradicció que observem aquests dies és que els que consideraven que l'Estat havia de deixar les mans lliures al mercat són ara els que imploraven als parlaments perquè autoritzessin inversions massives de diners públics per salvar els que s'han saltat totes les regles amb l'objectiu d'enriquir-se, fer trampes i crear una situació caòtica com la que estem veient aquests dies" i afegia que "s'haurà de recuperar l'autoritat de l'Estat que ha estat absent en els últims anys de liberalisme desbocat a tot Occident. Tant és així que, quan l'Estat intervé massivament per rescatar els bancs en fallida, el mercat no pren nota, no s'ho creu, segueix en la por i el desconcert."

No obstant això, si pensem en sistemes de salut, la cultura del sector i la de molts professionals no ha evolucionat gaire el darrer segle i no es pensa més que en entitats públiques governamentals (amb excepció de la indústria farmacèutica que sempre s'assimila a entitats privades).

Si parlem de Catalunya, el pla d'innovació de l'Atenció Primària i salut comunitària ha de facilitar l'elaboració de respostes concretes a les inquietuds i expectatives dels professionals, així com dels ciutadans que utilitzen els recursos

sanitaris. Cal recordar que de l'estudi d'avaluació dels models de provisió de serveis d'Atenció Primària a Catalunya, publicat per l'Institut d'Estudis de la Salut l'any 2009 i fet tres anys enrere, no se'n dedueixen grans diferències degudes al tipus de gestió i sí a les peculiaritats dels mateixos equips (història, volum, situació, etc.), però sí que aquest estudi expressava que "algunes de les diferències podien ser degudes a les peculiaritats de la gestió associades als grups de provisió, entre les quals destaca la major implicació per part dels professionals en el grup de provisió de les EBA." El resum executiu afegia que el paper dels professionals d'infermeria és, també, diferent entre els grups de provisió, particularment entre els EAP de l'ICS i els de la resta. D'altra banda, els EAP dels grups de provisió que no són de l'ICS ni de les EBA tenen una relació formal més directa amb l'atenció especialitzada de referència, perquè moltes de les entitats proveïdores d'aquests grups comparteixen la gestió de l'Atenció Primària i de l'especialitzada.

Això no obstant, els temps de demora per a les derivacions a l'especialista són més curts a les EBA. Es pretén que els ciutadans percebin que són atesos amb uns serveis i per uns professionals que els ofereixen una assistència amb un bon nivell de qualitat, a més d'ofèrrer-los en un marc de confort i seguretat. Uns professionals de referència en l'equip de salut que els proporcionin una atenció personalitzada, continuada i integral: això és que els ajudin a gestionar els seus contactes amb els diferents recursos i serveis del sistema sanitari i a utilitzar-los correctament. Aquesta visió integradora dels serveis de salut comunitaris es pot desenvolupar a partir de la capacitat d'autogestió, descentralització organitzativa dels equips territorials d'Atenció Primària i autonomia organitzativa dels equips de salut.

El poble què? Què en pensem els ciutadans i els usuaris de la gestió pública o privada dels serveis sanitaris? Hom pensa que el ciutadà no es pregunta gaire si és públic o privat qui dona el servei. Vol que li resolguin el seu problema de salut i que quedí bé de la nostra operació de cataracta. Altres respostes, les trobaríem a les enquestes de salut, però aquestes consideracions les deixarem per a un altre article. El ciutadà sí que es queixa a vegades si en un centre públic li fan pagar una factura per una assistència, quan l'entitat pagadora ha de ser una altra entitat que no sigui el Servei Català de la Salut, com és el cas dels accidents de trànsit, els accidents laborals o quan el ciutadà ha triat una asseguradora privada si és del règim de MUFACE. Per cert, una felicitació per a la sanitat pública que com la privada mira de facturar-ho tot, ja que, com aquesta última, ha de ser sostenible.

Potser sí que es troba a faltar més informació i segurament aquesta qüestió serà un dels grans canvis en els propers anys, quan serà més habitual preguntar, per exemple, pels resultats que té el meu

hospital abans d'operar-me (infeccions, reingressos, mortalitat, etc.).

De la mateixa manera, com evolucionarà el model ho veurem els propers anys, atès que, com hem dit abans, el component ideològic guia el model de salut i el component públic i el privat en sanitat en funció de la ideologia del govern de torn. Ja en parlarem quan toqui.

Ramon Piñol Llovera  
Metge

### BIBLIOGRAFIA BÀSICA

Camps V, López C, Puyol A. Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques. La Bisbal: 4 Informes Fundació Víctor Grifols i Lucas; 2005.  
 Coruedo de las Cuevas I. Fallos del mercado en sanidad. Indalecio Corugedo de las Cuevas (aut.), Alvaro Hidalgo Vega (aut.), Juan E. del Llano Señaris (aut.), 2000, ISBN 84-368-1454-1, pág. 225-246.  
 Figueras Marimon J, Saltman Richard B. Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa. Revista de Administración Sanitaria; abril 2002.  
 Gimeno JA, Rubio S, Tamayo P. Editores Economía de la Salud. Madrid: Díaz de Santos; 2006.  
 López-Casasnovas G. El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Ed. Masson; 2003.  
 Ortún Rubio V. La práctica dual, pública-privada, en sanidad. Gestión Clínica y Sanitaria. Vol. 8. Núm. 2; 2006.  
 Llei 11/1995 de modificació parcial de la LLOSC aprovada pel Parlament de Catalunya el dia 29 de setembre de 1995 (DOG núm. 2116, del 18 d'octubre de 1995, pàgines 7538-40).  
 Decret 309/1997, del 9 de desembre, que estableix els requisits d'acreditació de les entitats de base associativa per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària (DOG núm. 2539, de 16 de desembre de 1997, pàgines 14558-59).  
 Estudi de les visions dels ciutadans, professionals i gestors 2006. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, el Departament de Salut i la Universitat Autònoma de Barcelona i la Universitat de Girona, accessible, desembre 2010, <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2385/estvis-mapsan0710.pdf>.  
 Marín Ferrer M. De Rosa Torner Alberto. Las nuevas formas de gestión sanitaria "Modelo Alzira". Madrid: Instituto de

Estudios Económicos; 2007. Accessible, desembre 2010, [http://www.actasanitaria.com/filesset/doc\\_39677\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_21784.pdf](http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_39677_FICHERO_NOTICIA_21784.pdf).

### NOTES

i Es defineix un bé públic com el bé econòmic que es comporta amb una naturalesa no rival i no excloent. És a dir, el seu ús per una persona en particular no perjudica o impedeix l'ús simultani per altres individus i no s'exclou ningú del seu gaudi. Per exemple, un far que impedeix que els vaixells xoquin amb els penya-segats i s'enfonsin, en el nostre entorn ho són moltes prestacions de protecció de la salut com la cloració de les aigües de consum.

ii El premi Nobel d'Economia del 1972, Kenneth Joseph Arrow, ja va descriure les falles del mercat i les de l'Estat que ens recorden tots els manuals d'economia de la salut. Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, American Economic Review; 1963. 53: 941-973. Versió castellana a Información Comercial Española, juny 1981: 47-63.

iii Prieto A i altres. El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios. Fundación Alternativas; 2006.

iv A Alzira hi participaven una Unió Temporal d'Empreses (UTE): Adeslas (Grupo Agbar) era el soci majoritari amb el 51%, Bancaja i la Caja de Ahorros del Mediterráneo (CAM) tenien el 45% i les dues constructors responsables de la construcció de l'hospital el 4% que resta, Dragados un 2% i Lubasa també un 2%. Més tard es va estendre a les concessions com Torrevella, Dènia, Manises i Elx-Crevillent.

v Marin M i altres. Las nuevas formas de gestión sanitaria «Modelo Alzira». Instituto de Estudios Económicos; 2007.

vi Piñol R. Models actuals de provisió de serveis, la integració vertical i els models per càpita. Butlletí Mèdic. Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Núm. 64, maig 2007, 24: 26. Accessible, desembre 2010, <http://www.comll.cat/comll/imageDisplay.do?fitxerId=555>.

vii Frase atribuïda al Conde de Romanones. viii Vegeu l'article "Models actuals de provisió de serveis, la integració vertical i els models per càpita" al número 64, del maig de 2007 d'aquesta revista.

ix El model sanitari català, web accessible, desembre de 2010, [http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix\\_model\\_res.htm](http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_model_res.htm).


x Vegeu l'article citat a l'apartat anterior.  
 xi Lluís Foix, La Vanguardia del 10/10/2008.

ENTIDAD PROVEEDORA		EAP		% Total EAP	
PÚBLICAS	ICS	315	271	90,5	77,9
	OTROS (convenios)		44		12,6
PARTICIPACIÓN PRIVADA	EBA (concursos)	33	12	9,5	3,4
	OTROS (concursos)		21		6,0
TOTAL		348			

Fuente: CatSalut, Memoria de Actividad 2004

Titularitat de les entitats proveïdores d'Atenció Primària a Catalunya l'any 2004. Sistema de Informació de Atenció Primària (SIAP). Sistema Nacional de Salut. Any 2008. Accessible, 07/02/2010, [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/03-Organizacion\\_General\\_de\\_la\\_AP-2008.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/03-Organizacion_General_de_la_AP-2008.pdf)





Més de 15.000 dones metges  
ja confiem en la nostra mutualitat



**MutualMèdica**

De metge a metge