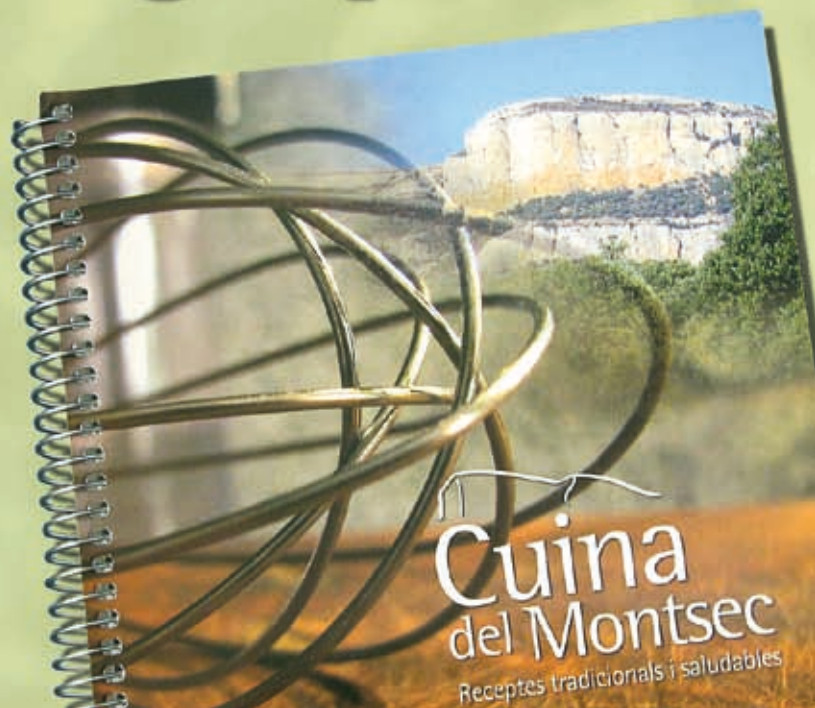




**Projecte
de l'ABS
d'Artesa de Segre per
potenciar
els hàbits
saludables**





Estem al seu servei per assessorar-lo

La nostra experiència i solvència ens permeten assessorar els nostres clients aconsellant-los les millors opcions asseguradores tant en cobertures com en qualitat i preu.



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

www.med.es



BUTLLETÍ mèdic

Número 89, juliol 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
http://www.comll.es
butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:

Tomàs 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
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep Maria Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació

Disseny i maquetació:
Baldo Corderroure

Correcció: Torsitrad

Publicitat: COML

Fotomecànica: Gràfics Claret, SL

Impressió: ImpresPla, SL

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

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (6 números/any)

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

| OPCIÓ 2 | |
|-------------------------------|-------------------|
| ESPAI CONTRACTAT | PREU PER NÚMERO |
| 6 Pàgines interiors | 300,51 € |
| Preu total insercions: | 1.803,06 € |

| OPCIÓ 3 | |
|------------------------------|-----------------|
| ESPAI CONTRACTAT | PREU PER NÚMERO |
| 6 Mitges pàgines interiors | 150,25 € |
| Preu total insercions | 901,50 € |

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

Retallades lineals o reflexionades?

La polèmica sobre la causa de la crisi i qui ha de pagar-la ja ens sembla antiga. A més, fins ara ha creat sentiments d'indignació i la ciutadania no ha percebut l'aportació de solucions vàlides. En l'entorn social i professional, hi ha unanimitat per valorar que la crisi és greu, que el final del túnel encara queda lluny i que s'han de prendre mesures eficaces per solucionar-la o, com a mínim, atenuar-ne els efectes que podrien conduir-nos al col·lapse del sistema actual.

Al Consell de Redacció del BUTLLETÍ MÈDIC s'hi troba representat tot l'espectre de professionals sanitaris: metges de família, metges d'hospital, investigadors, docents, gestors, càrrecs col·legials. Quan en el si d'aquest consell es parla de retallades, també hi ha unanimitat per afirmar que qualsevol mesura de tipus lineal serà injusta i que l'austeritat necessària es podria portar a terme d'una manera diferent, amb més efectivitat i amb l'imprescindible consens de sanitaris i ciutadans.

Qualsevol projecte necessita generar credibilitat per tenir èxit. Sense credibilitat ni consens només s'obtenen resultats decebedors que tenen el risc de conduir-nos al fracàs. Davant d'aquest perill, les eines adequades han de ser la reflexió, l'equitat i la participació de la totalitat dels agents implicats.



SUMARI

Debat sobre la salut en la nostra societat multicultural

A càrrec d'Estanislao Alonso, Mariola Espejo, Vanessa Martínez, M. del Mar Peña, Jorge Soler, Tere Vila i Oriol Yuguero. **11** »»»

Sobre la legalitat actual de l'internament forçós

L'advocat Josep Corbella Duch assessora els lectors i lectores sobre aquest tema **28** »»»



Fotos portada: DR. CLOTET I DRA. COMA

RESUMEN TESIS DOCTORAL DE LA DRA. VIRGINIA SÁNCHEZ

El síndrome metabólico (SM) en Lleida desde una perspectiva clínico-epidemiológica

La Dra. Virginia Sánchez presentó su tesis doctoral el pasado 20 de enero, en la Universidad de Lleida (UdL), sobre *El síndrome metabólico (SM) en Lleida desde una perspectiva clínico-epidemiológica*. El director de la tesis fue el Dr. Manuel Pena, profesor de la UdL.

A continuació, ofecemos un resumen de la tesis de la Dra. Virginia Sánchez.

Factor de riesgo cardiovascular (FRCV) y riesgo cardiometabólico (RCM)

Información: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=902859>

El RCM representa la probabilidad de desarrollar diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) o enfermedad cardiovascular (ECV).

Situamos al SM como el fenotipo de la persona que a corto o medio plazo tiene altas probabilidades de presentar ECV, un riesgo relativo (RR) de 2, o de desarrollar DM 2, RR de 6. Es decir, el SM es la parte visible de la persona con un RCM alto.



Dra. Virginia Sánchez

Definiciones del SM

En 2001, el National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel-III (NCEP ATP-III) emitió sus criterios diagnósticos, en los cuales no había condición de preponderancia de unos

La mayor rentabilidad para el médico de familia en el cribado del SM es preguntar la autopercepción respecto al peso en aquellas personas que presentan alteración de las cifras tensionales y son obesas abdominales

criterios sobre otros. Así, se habían de cumplir 3 de los 5 criterios: a) Perímetro de cintura (PC) > a 102 cm en hombres y > a 88 cm en mujeres; b) TA > 130/85 mmHg; c) TG > 150 mg/dl; d) colesterol-HDL < 40 mg/dl en hombres

y <50 mg/dl en mujeres y e) Glicemia basal > 110 mgr/dl o DM 2.

En 2005, la International Diabetes Federation (IDF) basa la fisiopatología del SM en la obesidad abdominal y la establece como criterio preponderante respecto a los demás. Posteriormente, en 2009 la IDF (IDF-R) reajusta el PC y lo establece como un criterio más.

Objetivos

Conocer la prevalencia del SM en la provincia de Lleida según las definiciones clínicas que más se adaptan al ámbito de Atención Primaria. Al mismo tiempo, describir los factores relacionados con el SM y su abordaje por parte del médico de familia.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal con una muestra aleatoria censal del año 2006 de 293 personas de la provincia de Lleida.

Resultados

1. La prevalencia del SM en la provincia de Lleida según criterios:

Del ATP-III es del 22,5% [17,7-27,4], 25,2% [17,4-33] en hombres y 20,6% [14,4-26,8] en mujeres.

De la IDF-R con un aumento de riesgo (PC de 94 cm en hombres y 80 cm en mujeres) es del 36,27% [30,68-41,86], 42,86% [35,31-50,41] en hombres y 31,52% [23,17-39,86] en mujeres.

De la IDF-R con aún un riesgo superior (PC de 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres) es del 31,34% [25,94-36,73], 36,97% [29,61-44,34] en hombres y 27,27% [19,27-35,27] en mujeres.

2. La prevalencia de obesidad abdominal con PC >= 102 cm en hombres y >= 88 cm en mujeres es del 44,7% [39,0-50,4]. Con diferencias significativas entre género, 35,2% [26,8-43,7] en hombres y 51,5% [44,0-59,0] en mujeres.

3. La obesidad abdominal suele presentarse junto con el resto de componentes del SM. En el caso contrario, "obeso saludable", estos son mujeres.

4. El cribado de SM en nuestra población se puede realizar por la edad, presencia de prediabetes, cifras tensionales alteradas y por la obesidad abdominal.

5. La mayor rentabilidad para el médico de familia en el cribado del SM es preguntar la autopercepción respecto al peso en aquellas personas que presentan alteración de las cifras tensionales y son obesas abdominales, ya que si se perciben como peso inadecuado, seguramente el 82,5% presentarán un SM.

6. El SM queda contenido en nuestra población por la baja prevalencia de las alteraciones en los glúcidos, prediabetes, DM 2 y lípidos (colesterol-HDL y TG).



Imatge del curs a la seu de l'Institut de Lleida d'Oftalmologia (ILO)

Uns 50 pediatres de Lleida han participat en el curs "Oftalmologia pràctica per a pediatres"

de solucionar-ho més endavant."

Tots dos van coincidir en la importància d'una avaluació oftalmològica precoç, ja que permetrà aplicar tractaments efectius. "Com més aviat es detecti la patologia, més ràpidament es podrà aplicar el tractament i els resultats a llarg termini seran molt millors", van afirmar.

La DOO Esther Blanc i el Dr. Rafael Ferreruela van iniciar la jornada amb una xerrada sobre el desenvolupament visual en els nens, quins factors poden interferir en el desenvolupament normal, com es pot fer una correcta exploració visual a la consulta o com protegir-los la visió.

La Dra. Aguiló Regla i la Dra. Carolina Rivas van centrar les seves ponències en el cribatge (mètodes, detecció precoç i proves) i els defectes de refracció, l'estrabisme i l'ambliopia. Es van tractar temes com l'exploració, els pronòstics, les possibles actuacions dels pediatres o com interpretar la recepta de l'oftalmòleg.

El Dr. Jordi Garcia Martí va parlar sobre la patologia oftalmològica del lactant (exploració, criteris d'alarma en el nadó i obstrucció llagrimal).

Uns 50 pediatres van participar en el curs *Oftalmologia pràctica per a pediatres*, que van organitzar l'Institut Català de la Salut (ICS) i l'Institut Lleida d'Oftalmologia (ILO), que es va celebrar el 9 de juny a la seu de l'ILO. L'objectiu del curs va ser oferir formació bàsica per millorar la capacitat resolutiva dels pediatres davant els quadres oftalmològics que es presenten a les consultes d'Atenció Primària i als centres hospitalaris.

Cal tenir en compte que la cura oftalmològica dels nens és important, perquè els primers anys de vida són fonamentals per al desenvolupament de la visió. El sistema visual en els nens és immadur i està en constant desenvolupament fins als 8 anys. Tal com va apuntar el Dr. Eduardo Sole, cap de Pediatria de l'Hospital Arnau de Vilanova, "un nen que no hi vegi bé, o que tingui un defecte de refracció no corregit, pot tenir molts problemes en el seu desenvolupament futur".

D'altra banda, el curs tenia la finalitat d'arribar a un consens de protocols d'actuació en relació amb la salut visual dels infants. En aquest sentit, la Dra. Carolina Rivas, especialista en Oftalmologia Infantil a l'ILO, va assegurar que "és obligatori que s'hagi fet una prova d'agudesia visual en els nens abans dels 8 anys. El que no estigui detectat i corregit fins a aquell moment és difícil

Per finalitzar la jornada, la Dra. Laura Martí, els DOO Salvador Vidal i Rafa Ferreruela, i el Dr. Rafael Ferreruela van presentar diferents casos clínics.

Cal tenir en compte que un 25% dels nens entre 6 i 18 anys necessitaran ulleres, i un 6% dels menors de 6 anys tenen problemes refractius (hipermetropia, miopia i astigmatisme).

| | OMS 1998 | EGIR 1999 | ATP-III 2001 | AACE 2003 | IDF 2005 |
|----------------------|---|---|---|---|---|
| Resistencia Insulina | OMA, DM 2, o hipersensibilidad a la insulina | Insulino-resistencia | Insulino-resistencia | OMA, DM 2, o hipersensibilidad a la insulina | Insulino-resistencia |
| Masa corporal | Índice de masa corporal >= 30 kg/m² | PC >= 104 cm en hombres y >= 94 cm en mujeres | PC >= 102 cm en hombres y >= 88 cm en mujeres | PC >= 102 cm en hombres y >= 88 cm en mujeres | PC >= 102 cm en hombres y >= 88 cm en mujeres |
| Triglicéidos | >= 150 mg/dl | >= 150 mg/dl | >= 150 mg/dl | >= 150 mg/dl | >= 150 mg/dl |
| Colesterol HDL | <= 40 mg/dl en hombres y <= 50 mg/dl en mujeres | <= 40 mg/dl en hombres y <= 50 mg/dl en mujeres | <= 40 mg/dl en hombres y <= 50 mg/dl en mujeres | <= 40 mg/dl en hombres y <= 50 mg/dl en mujeres | <= 40 mg/dl en hombres y <= 50 mg/dl en mujeres |
| Tensión arterial | >= 130/85 mmHg | >= 130/85 mmHg | >= 130/85 mmHg | >= 130/85 mmHg | >= 130/85 mmHg |
| Glucosa | OMA, DM 2, o DM 2 | OMA, DM 2, o DM 2 | >= 110 mg/dl | OMA, DM 2, o DM 2 | >= 110 mg/dl |
| Otros | Alguno | Alguno | Alguno | Alguno | Alguno |

Figura 1. Definiciones del SM

| Población | Organización | Hombres | Mujeres |
|------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Europea | IDF | >= 94 | >= 80 |
| Caucásica | OMS | >= 94, riesgo aumentado | >= 80, riesgo aumentado |
| | | >= 102, incluso más riesgo | >= 88, incluso más riesgo |
| EEUU | AHA/NHLBI (ATP-III) | >= 102 | >= 88 |
| Canadá | Health Canada | >= 102 | >= 88 |
| Europa | European Cardiovascular Society | >= 102 | >= 88 |
| Asia (incluido Japón) | IDF | 90 | 80 |
| Asia | OMS | 90 | 80 |
| Japoneses | Japanese Obesity Society | 85 | 80 |
| Ucrania | Cooperativa Iliak Force | 85 | 80 |
| Mediteráneo Occidental | IDF | 94 | 80 |
| África Sub-Sahariana | IDF | 92 | 80 |
| Centro y Sud América | IDF | 90 | 80 |

Figura 2. Nuevos PC propuestos por IDF -R

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha acordat i tractat en les sessions ordinàries del 31 de maig, 14 de juny i 5 de juliol, entre d'altres, els assumptes següents:

- Trobada institucional: la Junta de Govern del Col·legi va mantenir una trobada amb el delegat territorial de Sanitat, Dr. Antoni Mateu; el director mèdic de l'ICS, Dr. Victòria Peralta, i el director mèdic de l'Hospital de Santa Maria, Dr. Jaume Capdevila, per tractar principalment de l'afectació de les retallades pres-

supostàries en sanitat a la demarcació de Lleida. També s'han mantingut reunions a escala autonòmica sobre aquesta problemàtica.

- Es va organitzar una reunió informativa, a càrrec de responsables de l'assessoria jurídica del Col·legi, per debatre l'ordre ministerial sobre règim d'incompatibilitat entre la percepció de pensió de jubilació de la Seguretat Social i l'activitat desenvolupada per compte propi pels professionals col·legiats. Es va acordar mantenir obert un canal per a consultes

a través de l'assessoria jurídica.

- Un any més s'ha prestat el servei de confecció de declaracions de l'IRPF, tant a la seu col·legial com a la comarca de l'Alt Urgell.

- La Secció de Metges Acupuntors, Homeòpates i Medicina Naturista anuncia un cicle de conferències sobre aquestes matèries per al curs 2011-2012.

- S'ha donat resposta a una col·legiada que havia sol·licitat l'empara col·legial.

- Societats professionals que s'han registrat al Col·legi durant el mes de juny del 2011: Centre Mèdic Sales-Jové (25SP00024). Total de societats registrades fins a la data: 23.

- Metges de Catalunya va celebrar el dia 21 de juny, a la seu col·legial, una sessió informativa sobre el conveni mèdic.

- S'ha iniciat la distribució del nous carnets col·legials.

Moviment col·legial dels mesos de maig i juny de 2011

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat tres altes durant els mesos de març i abril de 2011: María Lorena Vela (4491), Ariadna Gasol Cudós (4523), Neus Miró Vallvé (4524), Anna Maria Balcells Terés (4525), Marta Sales Meler (4526), Antonio Josep Solé Curcó (4527), Gemma Carré Gaya (4528), Andrea de Barros Figueredo (4529),

Silvia González Sucarrats (4530), Raquel Reixach Soler (4531), María de los Angeles Escobar (4532), Carlos Eduardo Murillo Huapaya (4533), Lorena Ballega Torres (4534), Monia Regina de Sousa Duso (4535), Horacio Valencia Tejerina (4536), Ricci José Custodio Piña (4537), Carolina López Cano (4538), Esteban Osorio Salazar (4539), Marina Roca Monsó (4540), Andrea Chacón Camacho (4541), Carlos Tomás Querol (4542), Mireia Saura Codina (4543), Laurabel Gonzalbes Esterelles (4544), Víctor Leonid Palacios Arroyo (4545), Julio Antonio Bonilla

Forero (4546), Mónica Ruth Palacios López (4547), Luis Miguel Sierra Villavicencio (4548), Pablo Federico Bernaldez Silveti (4549), Vanesa Villamil (4550), Martín Mario Galdin (4551), Roi Bangueses Quintana (4552), Vladimir Lazo Yakimtseva (4553), Maria Beatriz Alarcon Feraudo (4554).

El Col·legi ha registrat 18 baixes en aquests dos mesos.

Entre les baixes del mes de maig figura la del Dr. Lluís Ferrer Condal (349) que ho ha estat per defunció.

El total de col·legiats el 30 de juny de 2011 és de 1.701

Benvinguda i taller sobre la salut dels MIR al COMLL

El Dr. Josep Pifarré, en nom de la Junta del COMLL, va donar la benvinguda el passat 1 de juny als nous MIR (Metges Residents o MIR) de l'HUAV i de la unitat docent de Medicina Familiar i Comunitària. La trobada, celebrada a la sala d'actes de la seu col·legial, va comptar amb la participació de la Dra. Lali Masachs, de la Fundació Galatea, que va presentar el taller *Per a un exercici més saludable: la salut dels MIR*. Per a més informació sobre el contingut del taller podeu consultar: www.fgalatea.org.

Una trentena de persones van assistir a l'acte, que va ser molt participatiu. Els nous MIR van poder debatre sobre aspectes de la professió mèdica i del que significa el període de formació sanitària especialitzada que tot just ara comencen. També es va remarcar la necessitat de fer prevenció primària i secundària dels problemes de salut ja des dels primers temps de treball com a metge resident. Va ser molt interes-



Participants en el taller organitzat pel Col·legi Oficial de Metges de Lleida

sant la participació en el taller d'alguns tutors, així com de residents més grans, que van aportar la seva experiència als nous residents. Tot això va crear un

ambient entranyable de benvinguda als nous metges residents.

Benvinguts al Col·legi Oficial de Metges de Lleida!



Imatge de l'acte de lliurament de premis amb l'assistència de la presidenta del COMLL, Dra. Rosa M. Pérez

Lliurament dels premis del V Concurs Internacional d'Humor Gràfic i Salut

David Zapatero, *Zapa*, de Madrid, va guanyar el primer premi del V Concurs Internacional d'Humor Gràfic i Salut. El segon premi va ser per a David Vela, de Saragossa. L'acte de lliurament de premis es va celebrar el passat 2 de juny amb l'assistència de representants de les institucions organitzadores i els membres del jurat.

Ara fa ja deu anys que la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida va instaurar aquesta curiosa i original iniciativa. Amb motiu de la celebració del 25è aniversari de la Facultat, la Dra. Dolors Ciutat, com a organitzadora de l'esdeveniment, va tenir una brillant idea: convocar un concurs internacional en què professionals de l'humor gràfic fessin una particular lectura del tema de la salut en general.

Anys després es va decidir fer monogràfics. Fins ara se n'han fet del tabac (tercera edició), trastorns de la conducta alimentària (quarta edició). Aquest any s'ha escollit el tema de la Sida, entesa com a malaltia física i social i l'impacte que té en els països en vies de desenvolupament, així com sobre els programes d'educació afectiva i sexual i l'ús del preservatiu.

S'ha comptat en l'organització de l'esdeveniment amb el suport de l'Hospital Montserrat i d'Adeslas, que financen els premis. També s'ha comptat amb la participació d'Humoràlia i el Colegi Oficial de Metges de Lleida. Enguany, com en anteriors ocasions, s'han rebut



Primer premi

aproximadament unes 500 obres de totes les parts del món: Vietnam, Iran, Iraq, Israel, Palestina, Sudamèrica, etc. Fins i tot s'han rebut quaranta dibuixos d'una escola xinesa. Sembla que el professor va motivar els seus joves alumnes a participar-hi.

Aquesta original activitat aporta un important nombre de material gràfic que després es reutilitza. Per una part se n'edita un llibretó amb els 50 millors dibuixos. Llibretó que és distribuït posteriorment entre els col·lectius professionals implicats. Sovint una imatge



Segon premi

posseeix una elevada càrrega comunicativa, formativa i informativa que hem de saber utilitzar. També se n'edita una col·lecció de pòsters en col·laboració amb el Servei de Reproducció i Imatge de la UdL. L'exposició es distribuïda de manera gratuïta entre centres sanitaris educatius. Podem veure com d'un aparentment simple concurs en podem treure una gran rendibilitat informativa.

Dr. Francesc Abella
Coordenador de Cultura
Facultat de Medicina

Participació de 160 professionals en la V Jornada d'Actualització Pneumològica

Presentats setze treballs originals a l'apartat de comunicacions lliures

Un total de 160 professionals van participar en la V Jornada d'Actualització Pneumològica, que es va celebrar el 3 de juny a la sala d'actes de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV). La jornada volia donar a conèixer les principals novetats en el camp de la pneumologia amb l'objectiu de traslladar l'evidència científica actual a la pràctica clínica habitual. La principal novetat d'enguany va ser la presentació de quatre tallers.

L'acte inaugural va anar a càrrec del Dr. Antoni Mateu, director del Servei Territorial de salut a Lleida; el Dr. Victòria Peralta, gerent territorial de l'ICS a Lleida; el Dr. Jaume Capdevila, gerent de l'Hospital Santa Maria de Lleida; el Dr. Ferran Barbé, cap del Servei de Pneumologia de l'HUAV, i la Dra. Núria Nadal, presidenta del Comitè Organitzador de les Jornades.

La primera ponència va anar a càrrec de la Dra. Antònia Llauger, de Medicina Familiar i Comunitària de l'ABS Encants de Barcelona, i la Dra. Ingrid Solanes, pneumòloga de l'Hospital Sant Pau de Barcelona, i va ser moderada per la Dra. Dolors Forés, cap d'estudis de la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària Costa de Ponent, i el Dr. Manel Vilà, pneumòleg de l'HUAV. Els ponents van fer una detallada exposició de l'anomenat Programa Multidisciplinari entre l'Atenció Primària i l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona per a la millora assistencial de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), procés que ens pot servir de referència per a les nostres contrades.

Tot seguit, el Dr. Joan Clotet va moderar la ponència *Actualització i novetats en la MPOC*, a càrrec de la Dra. Beatriz Lara, del Servei de Pneumologia de l'HUAV. La presentació es va estructurar sobre la base de les preferències dels usuaris del Pneumobloc (www.ecatalunya.gencat.cat), de manera que es van presentar els articles més des-

tacats del darrer any amb relació a retrobar clínica i recerca, millorar la qualitat de vida dels malalts, fisioteràpia en l'Atenció Primària i ús de la teràpia inhalada.

Retrobar clínica i recerca

Aquest any han començat a sortir articles derivats de la cohort de l'estudi ECLIPSE, el primer dels quals (Hurst et al. 2010) descriu que la freqüència de les exacerbacions augmenta en relació amb els estadis de la Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD). Destaca que ja en els estadis inicials hi pot haver exacerbacions i que en l'estadi II de GOLD poden arribar a ser del 20%. Aquest estudi també identifica les exacerbacions freqüents com a millor predicció del fenotip d'MPOC. El segon menciona que les manifestacions clíniques de l'MPOC són molt variables i que l'espirometria per si mateixa no detecta aquesta heterogeneïtat (Agusti et al. 2010).

Un altre estudi de gran format, POET, ha posat de manifest que el tiotropi retarda el temps d'aparició de la subsegüent exacerbació d'MPOC, que requereix tractament vers altres broncodilatadors, i que aquest efecte és independent de la prescripció simultània de corticoides.

Millorar la qualitat de vida dels pacients

Per reflectir les conclusions de les últimes publicacions es va escollir un article de revisió (Fromer et al. 2010; Stoloff, 2011), que descriu com l'educació en l'autocura és important en l'optimització del tractament de l'MPOC. Anima els professionals a fer servir l'evidència científica actual, millorar l'abordatge de la malaltia amb atenció a la utilització dels inhaladors i a la participació del malalt en les decisions sobre el pla de



Taula inaugural. D'esquerra a dreta, el Dr. Barbé, el Dr. Peralta, el Dr. Mateu, el Dr. Capdevila i la Dra. Nadal durant la inauguració de la jornada.

tractament.

També es va incloure una reflexió sobre l'ús de l'espirometria i l'impacte en el pla del tractament dels malalts des de Primària.

Es va destacar una revisió (Laube et al. 2011) molt exhaustiva, iniciativa de l'ERS (European Respiratory Society) sobre dispositius d'inhalació de gran utilitat per fer-ne una actualització pràctica.

Fisioteràpia en Atenció Primària

La conclusió de les principals publicacions és que l'experiència en programes de rehabilitació en Atenció Primària és molt limitada. Però hi ha indicis que també pot ser efectiva i viable com la de l'àmbit hospitalari (Vest et al. 2011; Murphy, 2011).

Per finalitzar, es van presentar dues iniciatives en curs, COPD-audit, que és una auditoria clínica sobre el maneig de l'MPOC en diversos hospitals europeus, i la nova guia espanyola de l'MPOC (GESEPOC), que està en procés de creació.

Després d'una pausa ens vam traslladar a la Unitat Docent de l'HUAV, on s'hi exposaven els treballs en format pòster i els quatre tallers d'enguany.

Taller: *Asma, ús del peak flow* (Dr. Iñigo Lorent, Medicina Familiar i Comunitària, i Sra. Estela Jiménez (DUI), CAP Primer de Maig). El *peak flow meter* (PFM) és l'aparell per mesurar el flux espiratori màxim (FEM) que reflecteix l'estat de les vies aèries de gran calibre i és una eina tant en el diagnòstic com en el monitoratge del pacient asmàtic.

Al taller es va parlar del funcionament de l'aparell i de les seves múltiples utilitats, tant com a substitutiva de l'espirometria en els llocs o situacions (asma laboral, al·lèrgic, etc.), on no hi

hagi accés a la realització d'una espirometria, com en les seves indicacions primàries: monitorització del pacient asmàtic, variabilitat diària i la seva utilització en les crisis asmàtiques.

Taller *d'inhaladors* (Sra. M. Mercè Lavega (DUI), del CAP Primer de Maig). El taller d'inhaladors, de 40 minuts de durada, consisteix en la presentació i en la tècnica d'inhalació de fàrmacs amb els diversos dispositius d'inhalador que hi ha actualment al mercat. És important que el professional d'infermeria eduqui el malalt respiratori sobre el maneig en el seu estil de vida i, especialment, sobre la tècnica d'inhalació i en la seva comprovació al llarg del temps.

Taller *de radiologia toràcica* (Dr. José Miguel Durán, de Pneumologia de l'HUAV). El taller pretenia proporcionar al metge de família un coneixement bàsic de les diferents formes d'exploració radiològica del tòrax. L'objectiu és conèixer la normalitat per reconèixer la patologia. Es valoren els diferents patrons parenquimatosos de patologia pulmonar que més habitualment es troben en la pràctica mèdica.

Taller: *Pneumoblog i el seu ús* (Dra. Beatriz Lara, de Pneumologia de l'HUAV, i Dra. Núria Nadal, de Medicina Familiar i Comunitària del CAP de Capped). El taller pretenia, de manera pràctica, instruir sobre el maneig d'aquesta nova eina de comunicació en els seus diferents apartats: espai consultes, espai fòrum, espai e-blog, espai e-calendari, espai e-documents i espai e-imatges. El pneumoblog és obert a la participació de tots els professionals sanitaris de l'àrea d'influència de l'HUAV de Lleida.

Novament, a la sala d'actes de l'HUAV es van presentar les comunicacions lliures moderades per la Dra. Maribel Gràcia i la Sra. Cristina Esquinas.

I per acabar, va tenir lloc la ponència *Sostenibilitat de l'atenció als pacients amb MPOC*, a càrrec del Dr. Joan Escarrabill, pneumòleg director del Pla Director de les Malalties de l'Aparell Respiratori (PDMAR) del Departament de Salut. Va moderar la ponència el Dr. Ferran Barbé, cap del Servei de Pneumologia de l'HUAV. El Dr. Escarrabill va explicar que els plans directors són l'eina que fa servir el sistema sanitari per tal d'acostar les prioritats del Pla de Salut a la primera línia assistencial. El desenvolupament del PDMAR es farà:

- 1) Promovent l'atenció centrada en el pacient.
- 2) Garantint la participació de tots els professionals implicats.
- 3) Fent propostes que facilitin l'atenció integrada.
- 4) Amb visió territorial.
- 5) Pensant en la sostenibilitat del sistema sanitari.

Precisament un dels elements que ha de tenir més en compte el PDMAR és la perspectiva de la sostenibilitat, que no vol dir restricció. La sostenibilitat es refereix a la utilització adequada dels recursos disponibles. Des d'aquesta perspectiva, el PDMAR actua en les següents direccions:

- 1) Reduir l'infradiagnòstic de les malalties de l'aparell respiratori.

Els premis a les millors comunicacions van correspondre al Dr. Eugeni Paredes i a la Dra. Núria Nadal



El Dr. Joan Escarrabill en una intervenció a la taula

- 2) Reduir la variabilitat de la pràctica clínica.
- 3) Promoure mesures preventives.
- 4) Reordenar els circuits assistencials.
- 5) Identificar les prioritats.

Comunicacions lliures i pòsters

Aquest any es van presentar setze treballs originals a l'apartat de comunicacions lliures, dels quals el Comitè Científic en va acceptar vuit: quatre per a la presentació en format de comunicacions orals i quatre en format pòster. Els treballs presentats són: *Espirometries 2010. ¿Mejores en calidad que las del 2007?*, del Dr. Iñigo Lorente, del CAP Primer de Maig; *EPOC y psicofármacos*, de la Dra. Núria Nadal, del CAP de Capped; *Implicaciones de l'excés de pes en el diagnòstic de l'MPOC*, del Dr. Eugeni Paredes, del Grup Respiratori Lleida, i *M'ofega la despesa en l'MPOC*, de la Dra. M. P. Biendicho, del CAP de Balaguer.

En format pòster es van presentar *Coneixements sobre la seva malaltia crònica en usuaris diagnosticats d'MPOC*, de M. Mercè Lavega, del CAP Primer de Maig; *Educació grupal en pacients diagnosticats d'MPOC*, d'Estela Jiménez-Mena, del CAP Primer de Maig; *Malaltia pulmonar obstructiva crònica i factors relacionats*, d'Adelina Albana, de l'ABS Almenar-Alfaràs, i *Mitjans audiovisuals i Internet aplicats a l'educació sanitària en malaltia pulmonar obstructiva crònica en Atenció Primària*, de Lluís Puig, del CAP d'Alcarràs.

Finalment, la Dra. Maribel Gràcia i la Sra. Cristina Esquinas van lliurar els premis a les millors comunicacions, que van correspondre als treballs presentats pel Dr. Eugeni Paredes i la Dra. Núria Nadal.

CP-F, una eina telemàtica d'ajuda als pacients en tractament de deshabitació del tabac

Deixar de fumar, com qualsevol altre canvi d'hàbit, es caracteritza per una primera fase de trencament amb la substància o conducta problema. Un moment posterior, i no menys difícil, és el manteniment d'allò aconseguit. Segons el model clàssic de tractament de les drogodependències, en diem deshabitació, és a dir, aquell llarg i delicat moment en què apareixen concretes i específiques situacions de risc: l'excés de confiança, la falsa seguretat, la falsa creença del control, l'exposició al risc, la pressió social, determinats esdeveniments, etc. És en aquest segon i crucial moment en què el pacient trenca amb el tabac (i l'alcohol, i la dieta, i el compliment terapèutic, en definitiva) quan el risc de recaiguda és més present. Les visites mèdiques de control s'espaien i el pacient pot arribar a percebre que el tractament ja està finalitzat.

En aquest context, la Unitat de Tabaquisme de l'Hospital de Santa Maria, que compta amb una subvenció del Fons Europeu i juntament amb l'empresa Hesoft Group, va dissenyar aquesta eina telemàtica de Control del Pacient Fumador (CP-F). L'objectiu bàsic és que el pacient, que ja ha fet el procés de desintoxicació, mantingui l'actitud d'estar inclòs en el tractament de manteniment, tant de l'abstinència com de les pautes terapèutiques que cal seguir. Això s'aconsegueix mitjançant l'enviament de missatges de suport (reforç positiu) per SMS de manera periòdica, així com una pregunta (de manera aleatòria) sobre el seu estat. Aquesta darrera acció permet al professional sanitari un exhaustiu control de l'evolució dels seus pacients. Aquesta informació és canalitzada i enregistrada per un servidor que classifica l'estat dels pacients en funció de la seva evolució (dolenta, regular, bona o molt bona). Mitjançant un sistema d'alertes, la comunicació amb el pacient és immediata i en temps real.

Després de sis mesos d'aplicació d'aquest sistema, s'han obtingut ja els primers resultats. Actualment, es

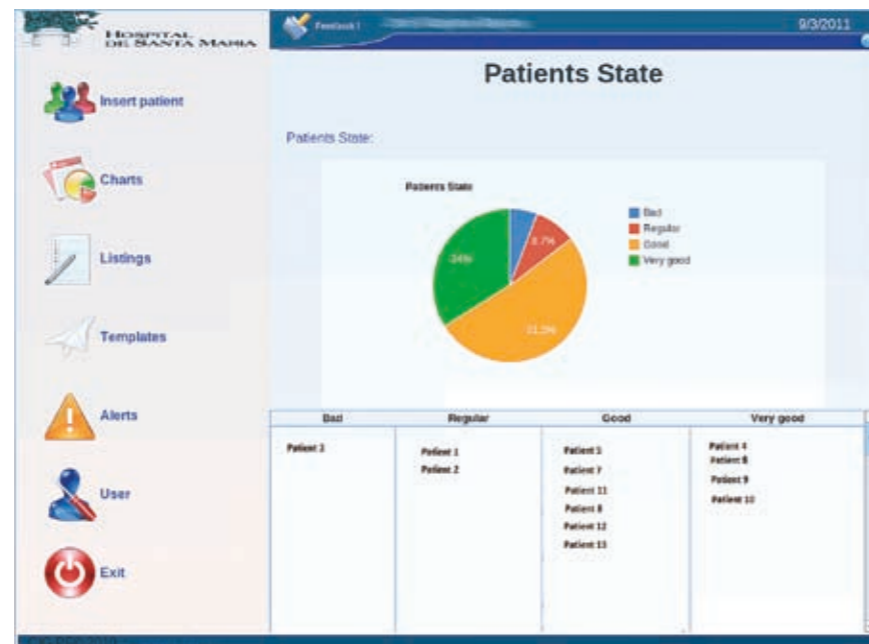


Figura 1. Pantalla d'evolució individual dels pacients.

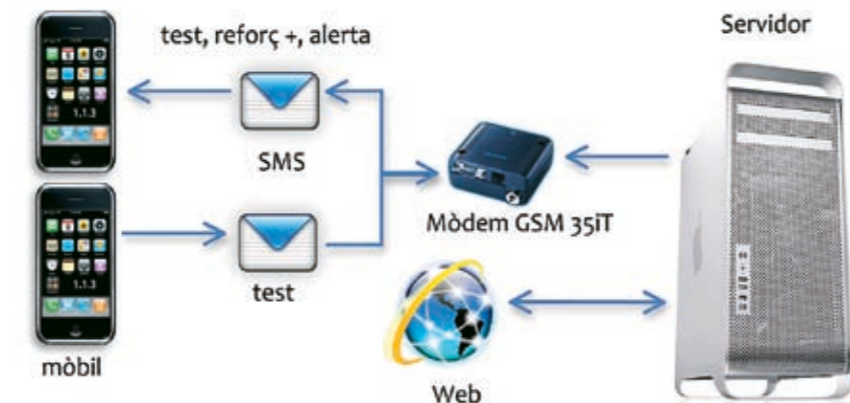


Figura 2. Diagrama de flux de CP-F

El 95% dels pacients han tingut la sensació que amb aquest programa el metge tenia cura d'ells de forma permanent

compta amb 220 pacients integrats en aquest programa experimental. S'han inclòs també pacients en tractament de deshabitació del tabac de dos CAP per assajar-ne l'aplicació en aquest àmbit. El 90% dels pacients responen que estan satisfets amb el programa. El 95% afirmen que el programa és una eina útil per deixar de fumar. El 70% consideren que aquest mètode és el més efectiu per deixar el tabac. Menys del 10% s'han queixat d'haver tingut algun problema tècnic en la recepció o l'enviament dels missatges. El 95% han tingut la sensació que el metge tenia cura d'ells de forma

permanent. El 60% consideren que d'aquesta manera estalvien temps.

En un altre estudi sobre l'efectivitat del programa, obtenen l'abstinència sis mesos després el 57,5% dels pacients (el 42,5% dels no inclosos en el CP-F. $P < 0,05$). Dels pacients inclosos en el programa de suport mitjançant SMS, la proporció de recaiguda és del 26% $P < 0,05$.

En definitiva, ens trobem davant d'un instrument efectiu, àgil i econòmic que complementa la tasca terapèutica dels professionals sanitaris. Es tracta també d'una metodologia econòmica, ja que la despesa calculada per pacient/any no supera els 28 €. Una altra característica del programa és la seva generalització i aplicabilitat a altres àmbits de la salut (tractament d'altres addiccions, manteniments de dietes, compliment terapèutic, seguiment hipertensió arterial, etc.).

Francesc Abella i Assumpció Vilarasau
Hospital de Santa Maria
Josep Cuadrado i Francesc Solsona
Hesoft Group

La salut en nuestra sociedad multicultural

Los miembros del Consejo de Redacción de BUTLLETÍ MÈDIC hemos pensado que sería importante en estos momentos debatir sobre si tiene repercusión que nuestra sociedad sea multicultural y cómo esta afecta a nuestro mundo sanitario. En Lleida sabemos que la inmigración ha sido uno de los fenómenos que han hecho cambiar recientemente la fotografía del sistema sanitario. Los trabajadores del ámbito de la salud damos mucho valor a la reflexión acerca del conocimiento sociocultural y sanitario de nuestros nuevos habitantes. En muy poco tiempo hemos visto cómo aumentaba su número en las consultas y los servicios de salud se han habituado a los nuevos pacientes. El reto ha sido difícil, sobre todo porque en ocasiones la barrera idiomática dificulta mucho la comunicación, que es, sin lugar a dudas, la herramienta clínica más potente que tenemos.

El esfuerzo de los trabajadores ha sido importante y sus resultados exitosos, y seguimos teniendo claro que es clave continuar formándonos para mantener la calidad asistencial, en un mundo globalizado en el que algunos piensan que nuestra cultura sanitaria y su medicina es superior a todas las otras. En algunos casos puede que sea cierto. Sin embargo, es importante recordar que los pacientes inmigrantes en sus países eran tratados con éxito. Sólo hace falta fijarse en la expansión de la acupuntura o la homeopatía en nuestras universidades. Además, debemos ser humildes, pues tampoco estamos como para tirar cohetes, y aceptar que la ciencia moderna, a la vez que cura procesos muy complejos, no es capaz todavía de curar un simple resfriado. Tal como afirma el sabio refranero: "Siete días con tratamiento y una semana sin él."

Incluso asumiendo que la medicina occidental tiene más conocimientos, si el paciente no lo cree así y no sigue nuestras indicaciones, seremos ineficaces tratando su dolencia. Por eso es tan importante en la atención multicultural tener en cuenta las creencias del usuario. Desde los tiempos de Hipócrates se nos enseña a comenzar la historia clínica preguntando: ¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo

atribuye? Este sistema clásico de entrevista clínica sigue vigente y es con la última pregunta donde posiblemente más diferencias encontramos respecto a los autóctonos.

Esto sucede porque las personas nos socializamos por la cultura en los años de infancia y todo lo que se integra de niño es difícil de modificar en la edad adulta. Aunque nosotros emigramos a países lejanos y tuviéramos otro entorno y nos cambiaran las costumbres y valores en la nueva zona de residencia, muchas cosas las haríamos igual. De una forma metafórica se podría afirmar que los valores culturales son como las raíces de un gran árbol. Sabemos que las sociedades funcionan sobre la base de su comportamiento cultural, que es el resultado de la adaptación del cuerpo al mundo social. La cultura desarrolla normas, valores y formas de hacer que están pensadas a las condi-

Es importante en la atención multicultural tener en cuenta las creencias del usuario

ones del lugar donde se originan y es sano que se integre con la de la zona de acogida.

De hecho, la globalización está haciendo que muchos países cada vez se parezcan más en cuanto a sus dinámicas y, por desgracia, es común a todos ellos que aparezcan la discriminación y los sentimientos racistas, porque son una triste realidad de la vida moderna. Estas conductas en ocasiones son causadas por los estereotipos, que hacen ver a la gente como un grupo más que como un individuo. Debemos evitar cronificar esta actitud y ser sensibles a las percepciones negativas que en ocasiones reciben algunos.

Los que observamos el sistema sanitario sabemos de la existencia de desigualdades en el campo de la salud, término que se refiere a las distintas oportunidades y recursos que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud de los colectivos menos favorecidos. Es aquí donde jugamos un papel crucial, porque entre todos las podemos disminuir si estamos atentos a ellas, examinando nuestro propio comportamiento y ayudando a que el sistema las haga desaparecer. Contribuir a eliminar las desigualdades sería un indicador de asistencia sanitaria culturalmente competente. El tema, sin lugar a dudas, es complejo, ya que los factores son múltiples y comprenden desde las diferencias biológicas hasta la educación, los ingresos económicos, las creencias y un largo etcétera.

Para trabajar con pacientes debemos ser culturalmente competentes, entendiendo que hay que desarrollar habilidades para prestar servicios a individuos de diversas culturas de una forma eficaz. De hecho esa es una de las razones de nuestra existencia, común a la de todos los trabajadores que intervienen de algún modo con la sociedad, y en nuestro caso esto pasa por lograr los objetivos sanitarios indistintamente de la procedencia del prójimo. Por eso el arte de la medicina es un principio y no un final, puesto que comprende la sensibilidad de cada uno, la formación, la capacidad de interpretar valores culturales, las habilidades de comunicación, etc.

La reflexión personal y la auto-crítica son necesarias para explorar cómo las distintas vivencias y experiencias de cada uno tienen su efecto en sus relaciones con los pacientes. No podemos negar que nos influye nuestra familia, la

comunidad, las experiencias previas en el ámbito laboral, etc. Aquellos que han estado poco expuestos al trato con inmigrantes pueden verse condicionados por muchos estereotipos, que se interiorizan de diversas fuentes, tales como noticias, comentarios de compañeros, columnas de opinión o encuentros aislados con un miembro de una determinada comunidad que nos pueden hacer interpretar erróneamente que todos son así.

Por eso es crucial ampliar nuestro conocimiento cultural y el nivel de atención a las variopintas convicciones que abarcan a la salud y la enfermedad y, sobre todo, debemos desarrollar las habilidades para saber explorar cómo esas creencias son importantes y relevantes para el paciente. No podemos asumir que lo conocemos basándonos sólo en la raza o la zona de donde procede. Para comprender la vida y cultura de la gente es muy importante saber su historia biográfica, algo que es relativamente fácil gracias a las complicidades que establecemos.

Aquellos que aceptan que hay distintas actitudes, expectativas y creencias entre ellos y sus pacientes, sean inmigrantes o no, lo tendrán más fácil para explorar las diferencias que se establecen en la interacción. El que piensa que no las hay, o que no deben de ser tenidas en cuenta, expresará lo que se denomina ceguera cultural.

Jorge Soler

Médico de Familia. Miembro del Consejo de Redacción de BUTLLETÍ MÈDIC

Gestió ètica de la relació assistencial multicultural

El percentatge de població immigrant ha crescut en els últims anys a les nostres ciutats i als nostres pobles. A Lleida, la xifra de persones immigrades supera el 21%, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística. Per tant, ja no es fa estrany que en les llistes dels pacients de les consultes o als serveis d'urgències cada cop hi hagi més persones d'origen estranger, una tendència que sembla que de moment no s'invertirà. Així doncs, podem dir que és important que la salut tingui en compte la societat multicultural o, si més no, que hi pensi i hi reflexioni.



Aquest canvi de població suposa un nou repte per als professionals de la salut, que dia a dia s'han d'enfrontar a nous conceptes de salut. Si moltes vegades la tradicional definició de l'OMS sobre la salut pot trobar diferències entre persones amb un mateix bagatge cultural –probablement la salut entesa per un adolescent serà diferent que la d'una persona més gran de 65 anys–, aquestes diferències poden augmentar si parlem de persones amb cultures i tradicions completament diferents.

Hi ha un component cultural importantíssim en el concepte de salut. Pacients de diferents orígens veuen de diferent manera la malaltia, el que la provoca o el que la pot curar, a més de les connotacions socials que pot provocar patir determinades malalties. Per tant, si volem millorar l'atenció al pacient immigrant, el primer objectiu és conèixer quines circumstàncies socials i culturals envolten el pacient, ja que això determinarà el seu concepte de salut, i que és el que podem fer nosaltres per aquest pacient.

Generalment, podem parlar que les diferències culturals es poden agrupar, a grans trets, en funció de la procedència del pacient. Cal tenir en compte que no és el mateix atendre un pacient dels països àrabs que una pacient llatinoamericana.

És important tenir unes nocions bàsiques d'aquestes característiques culturals per tal d'oferir una atenció sanitària òptima. Així, per exemple, és bo saber que els pacients xinesos tenen un sentit de

l'honor molt important, de manera que cal tenir molta cura a l'hora de realitzar determinades exploracions físiques. Així com pensar que un pacient llatinoamericà, tot i tenir una llengua comuna, moltes vegades té una altra percepció del sistema sanitari, i atribueix molta de la seva patologia a la intermediació de tercers. El nostre sistema de salut dona molta importància a la tasca preventiva que es pot fer des de l'Atenció Primària. També cal saber que serà difícil aconseguir la implicació d'un pacient de l'Àfrica subsahariana en la prevenció de la hipertensió, la diabetis, etc., ja que aquest grup de pacients generalment no acudeixen al metge si no els fa mal res.

El coneixement del bagatge cultural dels pacients ens pot ajudar a atendre'ls de la millor manera possible i a oferir una solució que compleixi les expectatives dels pacients i la nostra. Una consulta amb un pacient immigrant pot ser molt frustrant si, a més de no entendre determinades actituds del malalt, hi sumem les barreres idiomàtiques, els prejudicis, la manca de temps, etc.

Precisament, els prejudicis que podem tenir davant del pacient, ja sigui immigrant o no, condicionarà la resta de la visita. Per això, us recomano que si voleu fer la prova del test d'associacions implícites que ha desenvolupat la Universitat de Harvard (www.implicit.harvard.edu). Aquest test, a través de diferents passos, posa a prova la nostra ment per tal de mostrar clarament

que, moltes vegades, tot i que no vulguem, associem determinades imatges a col·lectius de persones, ja sigui per la seva nacionalitat, sexe, orientació sexual, ideologia, etc.

Per evitar que els prejudicis i altres factors externs ens puguin condicionar, està bé mirar de desenvolupar la competència cultural de cadascú. No cal convertir-se en un antropòleg ni en un sociòleg, però seria convenient adquirir unes nocions bàsiques per intentar tenir una visió més àmplia. Veure el pacient en la seva esfera bio-psico-social i cultural, i sobretot mirar de posar-nos al lloc d'un pacient que, abans d'arribar a la nostra consulta, ha tingut un camí difícil.

La bioètica cada cop és més present a les facultats de Medicina, i s'incideix als nous professionals que, en una societat canviant com la nostra, hi ha uns principis que han de regir la pràctica de qualsevol professional de la salut. Els principis de justícia, beneficència, no maleficència i autonomia han adquirit cada vegada més rellevància.

Amb l'arribada de població immigrant, la bioètica assumeix un nou repte que s'ha de respectar. Fins a quin punt es respecta l'autonomia d'un pacient que no entén el que dius? Quin és el límit en el qual les conviccions religioses poden determinar un tractament o un altre? Cal tenir en compte la medicina tradicional pròpia del país d'origen o hem d'intentar imposar la nostra? Aquestes són noves preguntes amb les quals ens trobem cada dia.

Per això, és molt important el coneixement de l'altre i basar la relació assistencial en el respecte. El respecte a les altres cultures és el respecte a la dignitat i a l'autonomia del pacient. En una societat multicultural com la nostra, la relació metge-pacient requereix elements fonamentals com la negociació, d'igual a igual, i sempre intentant entendre la situació del pacient. Per poder negociar es requereix respecte cap a la cultura i bagatge de l'altre, i és amb el respecte, el coneixement i la predisposició per a la negociació que podrem aconseguir una mediació, procediment cada cop més utilitzat amb els pacients, els alumnes i els ciutadans.

És justament en la mediació on una altra vegada els principis de la bioètica prenen aquest protagonisme. És de justícia oferir recursos adients per garantir que tots els pacients puguin rebre l'assistència que necessiten en el moment concret.

En resum, podem dir que el bagatge cultural i l'entorn social condicionen la malaltia i la percepció que en podem tenir. El coneixement d'aquesta situació, cada cop més freqüent, el respecte cap a l'altre i la mediació són la clau per a una relació assistencial justa, ètica i de qualitat. I més, tenint en compte que tenim un sistema sanitari molt burocratitzat i molt diferent als sistemes de salut que pot haver als països d'origen dels immigrants. Sense aquest coneixement és difícil aconseguir la integració de determinats col·lectius d'immigrants al sistema de prevenció i promoció de la salut que s'està realitzant des d'Atenció Primària.

Convé saber que fins i tot hi ha síndromes i malalties que caracteritzen persones d'una procedència concreta, el component cultural de la qual pot superar el físic en determinades patologies i malalties. Cada persona és un món, amb les seves característiques i comportaments davant de l'àmbit sanitari. Cal mirar d'aproximar-nos i conèixer aquestes diferències per millorar l'atenció sanitària als immigrants i a la població en general.

Oriol Yuguero Torres
Resident MFIC-Lleida
ABS Eixample

BIBLIOGRAFIA

1.- Achotegui J. Emigrar en el siglo XXI. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. Síndrome de Ulises. Ediciones El Mundo de la Mente.

Segunda Edición; 2009.

2.- Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.

3.- CRIT. Culturas y atención sanitaria. Editorial Octaedro; 2009.

4.- Guarnaccia PJ, Rogler LH. Research on culture-bound syndromes: new directions. Am J Psychiatry; 1999. p. 156,1322-1327.

5.- Kar N. Chronic koro-like symptoms –two case reports. BMC Psychiatry; 2005. 5: 34.

6.- Ruix MC. Ni sueño ni pesadilla: Diversidad y paradojas en el proceso migratorio. Revista Iconos. 2002; p. 14, 88-97.

7.- Soler J. ¿Por qué lloran los inmigrantes? Editorial Milenio; 2009.

Infermeria i multiculturalitat

Una de les causes principals de la producció de desigualtats i del sorgiment de necessitats de cures i atenció de salut diferents en els diversos grups socials és l'existència de diversos graus de compliment dels drets humans, de la seva capacitat i de l'exigència del seu funcionament (Declaració Universal dels Drets Humans, Nacions Unides 1948). I, encara que la desigualtat respecte als drets sigui un dels aspectes clau, no és l'únic. Per això, també haurem de tenir en compte les circumstàncies que situen la població immigrant en unes condicions de salut especialment diferents amb la finalitat de saber quina ha de ser la resposta de les infermeres a les diferents demandes assistencials.

Tot i que els drets han de ser garantits a tothom i estan perfectament definits, existeixen estereotips que segueixen arrelats en la societat, i que fan que tots aquells grups que s'aparten del patró de la normalitat trobin dificultats per al reconeixement i el compliment efectiu d'aquests drets, ja siguin legals, polítics i/o socials. Els majors avanços que s'han produït en el reconeixement d'aquests drets s'han basat en la lluita per l'eliminació de diverses formes de discriminació, com, per exemple, la desigualtat de la dona, l'apartheid i l'explotació infantil. Però encara queda molt per recórrer, i encara avui existeixen col·lectius poblacionals que són marginals, i que tenen com a conseqüèn-

cia que la diferència es converteix en desigualtat, amb tots els seus efectes negatius perquè la societat té por enfront de la diversitat, por al desconegut i al que ens és aliè.

L'emigració, ja sigui voluntària o forçosa, influeix en la situació de salut de les persones, perquè el que emigra ha d'adaptar-se a molts canvis: relacions familiars i socials, la seva cultura, la seva llengua, la seva alimentació, la seva economia... Aquest procés pot ser per a bé i millorar la seva vida, generalment en l'àmbit econòmic, o per a malament, amb tensions (estrès), pèrdues culturals (idioma i costums socials), personals (família i estatus social), que condueixen a un procés de dol, sofriment i major vulnerabilitat enfront de la salut i la malaltia, la qual cosa suposa un previsible augment de les necessitats de cures del sistema sanitari.

Les persones que emigren, en la seva majoria a països del nord, per buscar el reconeixement a la seva ciutadania legal, política i social, pateixen riscos en tots els àmbits de la seva salut. Aquests riscos es converteixen en necessitats específiques d'atenció que, si no se satisfan adequadament, generen algun tipus de desigualtat.

Les respostes que poden i han de donar les infermeres a les necessitats derivades de les desigualtats de les societats multiculturals són moltes, però totes tenen un objectiu comú: el compromís de prestar cures a les necessitats de salut de les persones tant èticament com professionalment (codi deontològic per a la professió d'infermeria, Comitè Internacional d'Infermeria 2000: "En l'acte de cuidar, la infermera s'ha d'assegurar que la utilització de la tecnologia i els avanços científics siguin compatibles amb la seguretat, la dignitat i els drets humans de les persones").

Per desenvolupar la seva responsabilitat professional en les societats multiculturals, les infermeres compten amb el millor bé intrínsec —allò que la professió proporciona de forma única a la societat i constitueix un servei indispensable per al seu manteniment—, és a dir, cuidar les persones tenint en compte la seva manera i les seves condicions de vida (una certa sensibilitat cultural) i interessant-se directament en l'elaboració i l'engegada d'una política de salut apropiada i adaptada a la forma, a la freqüència i a la manifestació dels seus problemes en aquest camp (Collière MF. El pen-

sament infermer; 1996). Cuidar és també mirar de crear les condicions necessàries en l'entorn i adoptar actituds d'acompanyament i d'ajuda que permetin que la persona destinatària de les cures pugui portar la seva vida d'una manera saludable.

Quan es desenvolupa la cura com a objectiu i identitat professional, té sempre la persona com a destinatària i significa que infermeria n'ha de tenir un coneixement profund, de les seves múltiples circumstàncies. Les infermeres entenem que l'exercici de la cura només és possible si es concep la persona com un ésser únic i diferent i que la demanda i necessitat de cures varia en cada context, en cada persona i en cada cultura. Em refereixo a la competència cultural clínica (capacitat per comprendre la dinàmica cultural dels pacients i per reaccionar a cadascun d'aquests aspectes culturals d'aquesta sort que es faciliti millor el seu desenvolupament i que reconeix que existeixen diferents maneres d'identificar, expressar, entendre i respondre a la salut i a la malaltia).

No existeix una única manera de cuidar, ja que en el marc en el qual es desenvolupen les cures, cada relació assistencial és única, perquè les persones són sempre diferents i individuals, de la mateixa manera que cada infermera també és diferent, amb la seva cultura, els seus valors i les seves idees. Infermeria ha d'estar preparada, oberta i flexible, segons els seus coneixements, la seva experiència i els seus valors, per atendre aquesta diversitat cultural, ja que la prestació de cures exigeix dirigir una mirada professional, humana i ètica a la persona cuidada.

Si els professionals d'infermeria posen el conjunt dels seus valors, les seves normes de conducta i de les seves pràctiques (Kamto 1997) per identificar i atendre les necessitats de salut de les persones, estem parlant de l'ètica de la cura. En aquest sentit, les infermeres desenvolupen realment el seu compromís i pràctica professionals quan estan disposades a comprendre correctament la situació i a no permetre que els estereotips i els prejudicis impedeixin veure aquestes necessitats que han de ser ateses: establir una relació terapèuticassistencial tenint en compte que totes les persones són iguals en dignitat i drets, però alhora són úniques i diferents des del vessant multicultural.

En definitiva, identificar i comprendre els valors, desigs, objec-

tius i necessitats de cada persona mitjançant una eficaç comunicació intercultural i una capacitat cultural clínica àmplia, humanitzant les cures d'infermeria i portant-les a la pràctica.

Mariola Espejo

Infermera, coordinadora del Centre de Vacunacions Internacionals Eixample (CVIE) Àmbit Atenció Primària de Lleida Institut Català de la Salut

És important que la salut pensi en la multiculturalitat?

Em sembla, en primer lloc, un magnífic títol. Si més no, per a allò de pensar... Tot i que alguns discutirien el terme *multiculturalitat* com tots aquests conceptes innovadors amb els quals se suposa que volem dir coses més enllà del que la realitat d'ara trasllueix. I podria discutir-se, certament, si el que es vol és reflectir un model de convivència determinat, en aquest cas similar al que històricament es va adoptar a Anglaterra, on han conviscut diferents cultures sense gaire interacció. En el nostre context, però, tot i que no està definit explícitament, molts accepten que, tant des dels poders públics com des de la societat en general, s'ha optat per un model d'interacció i integració progressiva, en el qual tant els nousvinguts com els autòctons s'influencien mútuament per acabar ressorgint un col·lectiu social diferent.

Això és el que voldria expressar el terme *interculturalitat* com a procés interactiu constant. Ara bé, si per multiculturalitat entenem simplement l'existència de cultures diverses, també ens entenem, especialment quan a continuació hi posem respecte i gust per la cultura i la diferència. Tot i així, jo m'inclinaria per un concepte més dinàmic i expressiu dels canvis que es produeixen com interculturalitat. Un cop discutida aquesta primera qüestió semàntica i conceptual, parlem de la seva relació amb la salut.

Hi ha molta literatura sobre aquest tema, però al final el que importa són els fets. I aquí, al nostre país, tenim una realitat molt concreta que va des d'experiències pioneres en situacions exòtiques i excepcionals (els africans establerts en una època al Maresme i, posteriorment, en nuclis concrets de les comarques gironines) fins a situacions cada



seu origen.

Aquest augment accelerat i no ben previst ha comportat una certa tensió davant la impossibilitat d'adaptar-se tan ràpidament a noves necessitats i adequar-ne els recursos¹. Especialistes coneixedors del tema ja ho venien advertint^{2-3,4}. L'any 2004, el Departament de Salut va prioritzar els treballs del Pla Director d'Immigració i Salut⁵. Actualment, ha baixat la pressió de l'arribada de nousvinguts i això permet consolidar i acabar de millorar una situació que va arribar a ser crítica. Cal tenir en compte, però, que sociològicament es poden preveure noves onades migratòries i que, per tant, cal mantenir estratègies d'adaptació.

El Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut

A més de planificar, iniciar i potenciar les mesures d'adaptació necessàries (formació de professionals, plans de mediació, pla d'acollida), el Pla Director va ser clau per configurar un model d'atenció integrat congruent amb les polítiques migratòries d'integració^{5,11,12}.

Cal que el sistema sanitari, pensat i planificat inicialment per a una població local estàndard s'adapti a les noves situacions. S'han generat prou elements de millora, tant en l'acollida com en la formació dels professionals i en el suport transitori de mediadors, per assolir millores globals significatives. Els professionals han de ser qui especialment s'adaptin, mitjançant la formació, i des de l'estricta òptica de la professionalitat per atendre persones i poblacions diverses. El concepte

els trets fonamentals que comporta la diversitat i els serveis especialitzats quan s'escaigui per derivar-hi o consultar els casos quan convingui.

Recollint-ne les experiències pioneres⁹ i participant en la formació, també han destacat les que avui coneixem com Unitat de Salut Internacional, que en aspectes com aconsellar els viatgers i atendre patologies importades poden i han de ser referents i han d'adreçar també aquests serveis concretament a poblacions immigrades. Si als anys 80 eren els únics referents i coneixedors de temàtiques anecdòtiques com la patologia dels immigrants, al segle XXI han esdevingut clau per consolidar referents especialitzats de l'estat de salut al món, dels consells de salut als viatgers i de les malalties importades. Aquestes unitats han de complir un paper clau en la seva especialització, en un entorn de múltiples i canviants intercanvis de persones, mercaderies i infeccions. Han aportat també la seva experiència en la utilització de líders comunitaris i agents comunitaris de salut per arribar a les comunitats de nous ciutadans. Estratègia comunitària que, com en altres col·lectius, cal que assumeixi l'Atenció Primària de salut.

L'ICS ha creat el Programa Corporatiu de Salut Internacional¹⁷, que integra en xarxa les unitats que realitzen aquest servei. De les 14 unitats reconegudes al sistema públic a Catalunya, 8 són de l'ICS. S'han proposat aprofundir en el treball en xarxa, mantenir relacions en xarxa amb el centre corporatiu,

En el nostre model, té un paper primordial l'Atenció Primària com a nivell d'acollida inicial al sistema, porta d'entrada i més propera

de competència cultural incorpora els nous paràmetres de la professionalitat en aquest entorn de diversitat^{7,13,14,15}.

En el nostre model, té un paper primordial l'Atenció Primària com a nivell d'acollida inicial al sistema, porta d'entrada natural i més propera^{6,7,8} i el que no cal, justament, és dirigir en primera instància la població estrangera a centres específics, sinó acollir-los en la xarxa ordinària¹⁰. Són els professionals de l'Atenció Primària els que han de conèixer

entre si i amb la xarxa d'Atenció Primària i hospitals. D'aquesta manera, s'optimitzen els objectius d'una xarxa de cobertura al territori, de formació, docència i recerca i de difusió i oferta de suport especialitzat, en un model integrat.

Professionals diversos també han continuat aportant nous estudis i experiències en el camp de la immigració i la salut, i sovint des de l'òptica de les desigualtats en salut i en l'accés a la salut, que ha de ser la prioritària¹⁸⁻²². Especialment meritoris

són els grups de recerca sorgits des de la mateixa Medicina de Família, com és el cas del GREDELL a Lleida.

Així doncs, en resum, el sistema públic ha fet un esforç d'adaptació de les estructures a la diversitat de la població, esforç que cal mantenir i aprofundir. Els professionals han de continuar fent també el seu esforç d'actualització de les seves competències i, per tant, el sector salut no només ha de pensar i adaptar-se a la situació de multiculturalitat, sinó que és un factor social clau de cohesió pel qual passa una part important dels processos d'integració.

No oblidem que la targeta sanitària és un dels primers documents de la nova identitat dels nouvinguts, base del seu futur arrelament i també de la normalització de serveis bàsics com l'atenció a la salut. I no es tracta de regalar papers a tothom, sinó de ser justos i equànimes amb la legalitat vigent envers treballadors forans que han fet els darrers temps aportacions importants a la nostra riquesa i creixement i que la poden continuar fent en el futur.

Estanislao Alonso Mayo
 Cap de l'Àrea de Salut
 Pública i Comunitària. Institut
 Català de la Salut

BIBLIOGRAFIA

1. La immigració a debat: diversitat i salut. Debats de la Fundació Jaume Bofill. www.migracat.cat/document/57bc2021a3e0bcd.pdf
2. Bada JL, Bada RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. FMC 1996; 3: 276-279.
3. Jansà JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. Atención Primaria, 1995; 15: 320-327.
4. Jansà JM. Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones desde la Salud Pública. Rev Esp Salud Pública 1998, 72: 169-172.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Domini immigració i salut (professionals): <http://www.gencat.cat/salut/immigracio.htm>. Domini immigració i salut (ciutadans): <http://www.gencat.cat/salut/immigrants.html>. Document del Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immidefini2006.pdf>
6. Alonso E. Gestión de la diversidad cultural en atención primaria. Cuadernos de Gestión para el profesional de atención primaria 2002; 8: 49-53.
7. Alonso E. El médico de familia ante el fenómeno migratorio. salud e inmigración: Estrategias y recursos en Cataluña. FMC 2004; 11 (Supl 3): 5.
8. Recomanacions per a l'atenció primària d'immigrants extracomunitaris. Institut Català de la Salut. 2004-2006. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/reco->

priextra2007.pdf.

9. Jornades Catalanes sobre Salut i Migració. 1998. Unitat de Malalties Tropicals i Importades Drassanes. <http://www20.gencat.cat/docs/Joventut/Documents/Arxiu/migracio.pdf>.
10. Alonso E, Armengou JM, Ferré S. Experiencia de gestión y coordinación sanitaria interinstitucional en una situación excepcional. El encierro en iglesias de Barcelona. Cuadernos de Gestión, 02 2001; 07: 92-99. http://www.gencat.net/ics/revista_ics/setembre2002/entorn.html#5.
11. Quaderns de la bona praxi 16, La immigració, els immigrants i la seva salut. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 2003. <http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/bonapraxi/praxi16.pdf>.
12. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig de 2004. www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401ca.pdf.
13. La competència cultural. Consentimiento informado. Ética y diversidad cultural. <http://www.bioeticanet.info/relacion/ConsInfyDivCul.pdf>.
14. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. "Cross- Culture Primary Care: A Patient-

Based Approach" Ann Intern Med 1999; 130; 829-834. <http://www.annals.org/content/130/10/829.full>.

15. American College of Physicians "Racial and Ethnic Disparities in Health Care. A Position Paper" Ann Intern Med 2004; 141; 226-232. Disponible (setembre 2006) a: <http://www.annals.org/content/141/3/226.full>.
16. Departament de salut. Unitats de salut internacional a Catalunya: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2051/unsalutintercat2010.pdf>.
17. Institut Català de la Salut. Programa corporatiu de Salut Internacional i Xarxa d'Unitats: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/salut_internacional.pdf.
18. Soler J. ¿Por qué lloran los inmigrantes? Ed. Milenio. 2009.
19. Soler J, Serna M, Rué M, Bosch A, Ruiz C, Gervilla J. Utilización de recursos de asistencia primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. [Article original]. Aten Primaria. 2008; 40 (5): 225-231. PMID:18482540.
20. Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Lizana T. Health personnel perceived needs regarding the provision of health care to immigrant population. 15th European Public Health Association. Helsinki, Finlandia: 11-13 d'octubre 2007.
21. Terraza R, Vázquez ML, Vargas I, Lizana T. Acceso a los servicios y necesidades del personal sanitario en la atención al inmigrante. XII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública

y Administración Sanitaria SESPAS: Efectividad de las intervenciones sobre salud de la población. Barcelona, 20-22 de juny de 2007.

22. Terraza R, Vázquez ML, Vargas I, Rodríguez D, Lizana T. Políticas de atención a la salud de los inmigrantes. Una comparación en tres países europeos. Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 2): 22.

La salut en la societat multicultural

Les societats actuals no són homogènies, sinó que estan formades per grups heterogenis on els aspectes culturals entre uns i altres estan en continu contacte, amb entrades i sortides de nous grups i/o persones. El cas dels grups o persones que arriben i s'instal·len en un determinat espai d'una societat és un fenomen que s'ha donat al llarg de tota la història de la humanitat. Aquests grups i/o persones els anomenem persones immigrants o nouvingudes. Així doncs, les societats han de veure la immigració com un repte i mai com un problema. És una oportunitat de desenvolupament social, en el qual tothom s'ha de sentir particip.

Els éssers humans aprenem a viure en un medi concret, del qual

agafem prestats elements culturals i socials. Ens fem partícips d'aquest espai, de la llengua, de la història, dels símbols, les normes... És així com ens organitzem en societat, fet que ens permet evolucionar físicament i culturalment.

Per diferents motius, els éssers humans ens hem de moure del context cultural on aprenem a viure i hem d'afrontar nous reptes, com viure o conviure en el món d'altres, un món diferent d'aquell en què fins ara hàbitvem. Així, en l'origen de les migracions existeixen molts motius, des de la persona que ho fa per l'esperit d'aventura, la que ho fa amb fins comercials, passant per les que ho fan forçats per la depressió econòmica del seu país o els que busquen ressorgir en un altre país com a conseqüència de guerres, epidèmies, fam, persecucions, etc.

Parlar de multiculturalitat és parlar de convivència entre cultures. L'arribada de població immigrant, dels altres, ha fet canviar el perfil i la fisonomia de les nostres ciutats. Així doncs, podem afirmar que el fenomen migratori planteja reptes a la convivència entre cultures, que són els de qualsevol convivència: el respecte dels drets humans, l'equitat, la justícia, l'expressió i el desenvolupament pacífic dels trets de cada cultura, l'aprenentatge mutu de qualitat humana, l'establiment de relacions interculturals entre els col·lectius de cultures diferents i molts més.

En la societat multicultural, l'ésser humà ha d'estar en contacte continu entre persones i grups culturalment diferents. La convivència pot esdevenir complexa amb un camí ple de dificultats, algunes de les quals originen conflicte, ja que els actors que hi conviuen es desconeixen entre si i tenen codis culturals diferents.

La comunicació entre cultures és clau. Segons Aneas (2005), i citant Dood, "la comunicació intercultural se centra en les interaccions de persones de diferents cultures, considerant la influència de la cultura sobre allò que les persones són, actuen, senten, pensen i, per descomptat, escolten i diuen". En la relació interpersonal entre actors de diferents cultures, Aneas, tot citant Stephan i Gudykunst, ens aporta que "quan persones que procedeixen de diferents grups interactuen, experimenten d'una forma o una altra certa preocupació. Preocupació que es pot originar en la possibilitat de no ser suficientment capaç de desenvolupar-se, preocupació de sortir perjudicat de la trobada, preocupa-

ció de ser víctima de malentesos, etc. L'ansietat generada per totes aquestes possibilitats pot generar en si mateixa dificultats i efectes que dificultin aquesta relació" (Aneas, 2005, 105-123).

La salut del cos i de la ment per a tota persona, independent del seu origen cultural, és necessària per a la vida diària i, per tant, també per al desenvolupament de les funcions individuals i socials de l'home. "La representació cultural de la salut, la malaltia i la curació difereix entre les diverses cultures que conviuen a les societats pluriculturals. Els estils de vida i les escales de valors de cada grup cultural i ètnic poden explicar les diferències que apareixen quan els seus individus emmalalteixen, tant des de la perspectiva física com des de la perspectiva psíquica" (O'Ferral C, Crespo C, Gavira C i Crespo J: 2003: 1).

La malaltia entesa segons T. Dethlefsen i R. Dahlke representa "la pèrdua d'una harmonia o, també, el trastorn d'un ordre fins ara equilibrat. De símptomes, n'hi ha molts, però tots són expressió d'un únic i invariable procés que anomenem malaltia i que es produeix sempre en la consciència d'una persona. Sense la consciència, doncs, el cos no pot viure ni pot emmalaltir. Aquí convé entendre que nosaltres no subscrim l'habitual divisió de les malalties en somàtiques, psicossomàtiques, psíquiques i espirituals" (T. Dethlefsen i R. Dahlke: 2003, 4).

De l'aproximació al significat de salut i malaltia s'observa com la malaltia és un estat que indica que l'individu, en la seva consciència, ha deixat d'estar en ordre o harmonia. La pèrdua de l'equilibri intern es manifesta en el cos en forma de símptoma. El símptoma és un senyal i un portador d'informació, ja que amb la seva aparició interromp el ritme de la nostra vida i ens obliga a estar-ne pendents, cadascú de nosaltres, de la forma que hem après en el context cultural en què hem viscut.

La relació entre salut i cultura és una qüestió complexa i a la vegada suposa un repte per a qualsevol societat, ja que constitueix conceptes interns, construïts des de cada cultura. Per entendre la salut i les malalties amb perspectiva cultural, s'han de recollir aportacions que es realitzen a les ciències socials, des de la sociologia i l'antropologia de la medicina. Cal una anàlisi integral seguint les indicacions de l'OMS, que considera la salut un procés



bio-psico-social, tenint present que el medi ambient i els riscos per a la salut que aquest conté són construccions realitzades des de cada cultura.

Ha estat i continua sent objecte de debat i d'estudi la noció del cos i el seu matís segons la cultura i la societat, des de la perspectiva de les seves representacions culturals i pràctiques socials, la revaloració de les pràctiques populars i les pràctiques de les cures i autocures entorn de la salut i la malaltia i la seva terapèutica, entre altres aspectes.

Horacio Fabrega, metge i antropòleg nord-americà, l'any 1974 ja exposa l'existència de dues dimensions de la malaltia. Diferència entre la *disease*, la malaltia biològica, i la *illness*, el patiment, que corresponia a l'expressió subjectiva de la malaltia. Per tant, existeix una dimensió en la malaltia objectiva que correspon al signe i una expressió subjectiva que seria el símptoma. Tanmateix, aquesta diferenciació és reduccionista si no s'accepten les expressions culturals del signe i del símptoma i les pautes dels contextos culturals locals. El relat oral del pacient i/o de la seva xarxa social respecte a la seva situació de salut conviu i sol ser diferent al relat escrit que fa el professional i que està extret del diàleg entre professional i pacient. La relació entre el professional i el pacient no és una relació aïllada, atès que ambdós són actors socials. Així, és una relació que comporta processos de transacció i de mediació complexos (Comelles, 1997).

Malgrat que durant el segle XX ha estat prioritari el model mèdic hegemònic o la biomedicina vers el model integral de la salut, els professionals sanitaris han hagut i han d'atendre els problemes de salut en contextos multiculturalment i les desigualtats de salut de les poblacions des d'una formació biològica de la salut i la malaltia. La realitat social amb el fet migratori dels últims anys està predisposant l'experiència individual i psicosocial del professional sanitari vers l'atenció sanitària amb perspectiva cultural (incorporant-hi les circumstàncies socials i culturals en el tractament del procés salut/malaltia). Des de la perspectiva de la salut, "quan parlem de cultura tendim a pensar que és quelcom del pacient, de l'altre. Però la cultura està present permanentment. No som prou conscients que la cultura pot esdevenir la causa del fracàs de la comunicació" (Mayoral D; Tor M. 2009: 149), és a dir, del fracàs de la comunicació en

la relació assistencial.

Quan hi ha una distància en els codis culturals entre els dos actors que interactuen en la relació (professional sanitari-pacient), caldrà buscar estratègies per apropar tots dos actors i evitar conflictes o tractar aquells que puguin aparèixer. La comunicació harmònica és peça clau per a un diagnòstic precís i un tractament eficaç, així com per oferir una assistència sanitària de qualitat a tots els pacients, sense diferenciar-los pels seus trets culturals.

Una estratègia per escurçar distàncies culturals: la mediació intercultural

Per escurçar les distàncies culturals entre els professionals i els usuaris de cultures minoritàries, una de les fórmules que s'utilitza és la mediació intercultural, amb objectius facilitadors de les relacions i de contribució a la millora de la convivència social. En contextos amb diversitat cultural, cal parlar de mediació intercultural. Fer una definició de la mediació intercultural a partir de la pràctica real de mediació que s'està realitzant no és fàcil.

Si ens limitem a Catalunya o Espanya, es donen variacions suficients perquè evitem donar una definició que sigui comuna i acceptada. Si tenim en compte altres països, encara es fa més difícil buscar un camp de convergència. Això és un fet normal davant d'un nou àmbit de l'esfera social que s'està desenvolupant des de fa poc temps.

En primer lloc, es constata una gran diversitat d'entitats o institucions que es dediquen, afavoreixen, promouen o realitzen en major o menor grau processos que tenen relació amb l'acció mediatora. Això es tradueix en una gran diversitat de formes amb què cadascuna d'aquestes entitats o institucions entén la mediació intercultural i la pràctica concreta de l'acció mediatora per part dels mediadors professionals. La mediació intercultural ha rebut diverses definicions per diferents autors, i n'exposem algunes:

C. Jiménez la defineix com "una modalitat d'intervenció de terceres parts en i sobre situacions socials de multiculturalitat significativa orien-

tada vers la consecució del reconeixement de l'altre i de l'apropament de les parts, la comunicació efectiva i la comprensió mútua, la regulació de conflictes i l'adequació institucional entre actors socials i institucionals etnoculturalment diferenciats". I també com "una modalitat d'intervenció de terceres parts neutrals entre actors socials o institucions en situacions socials de multiculturalitat significativa, en la qual els professionals construeixen ponts o nexes d'unió entre aquests diferents autors o agents socials per prevenir i/o resoldre i/o reformular possibles conflictes i potenciar la comunicació, però sobretot amb la finalitat última de treballar a favor de la convivència intercultural".

Abalouche, citant Margalit Cohen, afirma que "és part integral del procés d'integració, ja que es tracta de trobar acomodacions, adaptacions i creacions incloses de noves formes per a la recerca d'un nou apropament, on les dues parts donen un pas vers l'altre, sense atemptar contra els fonaments de les respectives identitats, evitant la violència simbòlica".

Fernández planteja una visió contraposada a la resta d'autors, ja que manté que existeix una problemàtica en la formació dels futurs metges i infermeres i altres facultatius. Aquest autor planteja que "si aquests només es formen en la seva branca mèdica, per raons pràctiques i de temps, pot esdevenir un problema". Segons Fernández, "hauria d'incorporar-se al currículum acadèmic una anàlisi de conceptes bàsics, vigents en la salut i la malaltia en les cultures, que el futur personal haurà de desenvolupar després". L'autor planteja la possibilitat que els professionals desenvolupin el que podríem anomenar "empatia cultural", és a dir, la disposició a aproximar-se a les condicions i circumstàncies que impregnen l'altre. Si el professional només es forma en la seva disciplina na, quan intenti comunicar-se amb una persona nouvinguda, per molt que l'intenti ajudar i comprendre, si no desenvolupa la seva empatia intercultural, la comunicació no es donarà, ja que aquesta comunicació

emocional quedarà curta a causa de la distància cultural. L'actitud del professional també serà de gran importància, ja que cal que la persona que ha d'establir un vincle eficaç amb persones d'altres cultures tingui aquesta bona actitud, és a dir, la voluntat de fer-ho.

Margalit Cohen-Emerique, psicopedagoga i impulsora de la formació per a la mediació intercultural a Europa, destaca que aquest tipus de mediació aproxima la societat a la població immigrada. Emerique també parla d'un tipus de "mediació a la carta", quan el professional recorre al mediador perquè no sap què fer i utilitza d'instrument el mediador al seu servei per resoldre problemes. Seria l'ús del mediador en condició d'apagafocs. D'aquesta forma d'entendre la mediació, M. Cohen-Emerique n'anomena *mediation-relais*.

No es pot finalitzar l'anàlisi de la mediació intercultural sense fer al·lusió a la mediació lingüística, atès que en moltes ocasions s'ha de mediar culturalment i lingüísticament al mateix temps.

Respecte el perfil del mediador intercultural en l'àmbit sanitari, és important assenyalar que la mediació és una tècnica molt delicada, amb una pràctica que "requereix certa preparació prèvia, a part de capacitats i aptituds personals que no són gaire comunes" (Martínez de Murguía, 1999). No hi ha consens entorn de perfils i competències. Un grup d'autors apunten que entre les capacitats i/o aptituds que es creu que han de tenir els mediadors interculturals és important destacar les següents:

- Professional amb formació, coneixements, habilitats i actituds específiques en competència intercultural.
- Preferentment membres del col·lectiu.
- Integrat en totes dues societats.
- Bon coneixedor de les formes de vida.
- Sensibilitzat sobre les diferències culturals i socials d'una comunitat.
- Experiència en participació social.
- Bons coneixements lingüístics de tots dos idiomes.
- Coneixements relatius a l'àmbit de la salut.
- Trajectòria personal d'interculturalitat.
- Capacitat personal per escoltar, flexibilitat i equilibri emocional.
- Competències dels professionals

mediadors:

- Facilitar la comunicació entre professionals i usuaris.
- Assessorament dels usuaris en la seva relació amb professionals i serveis públics i/o privats.
- Assessorament a professionals en la seva relació amb els usuaris culturalment diferents.
- Promoure l'accés als serveis i una atenció en igualtat de condicions.
- Participar en activitats de grup i comunitàries.

Es considera que el mediador intercultural, amb una competència professional per exercir la seva tasca, hauria de realitzar una formació específica en mediació intercultural que li faciliti el desenvolupament de coneixements, competències i actituds en temes d'immigració i interculturalitat, en temes de comunicació intercultural, interpretació lingüística i sociocultural, negociació i mediació per a la prevenció de conflictes culturals.

Altres autors, com Giménez, no tenen tan clar aquest perfil i afirmen que "no s'ha resolt de forma uniforme i definitiva quin ha de ser el seu perfil personal i professional".

En l'actualitat, els programes curriculars difereixen en cada cas, així com la denominació de la figura. Ens podem trobar els termes intèrpret, mediador intercultural, mediador sociosanitari, agent de salut i altres que posen de manifest l'inexistència de cohesió a l'hora de definir la professió d'aquelles persones que exerceixen de pont lingüístic i cultural en la consulta mèdica i sanitària.

La realitat multicultural a les comarques de Lleida requereix una anàlisi continuada entorn de la convivència lliure de conflictes en tots els espais públics i una reflexió respecte als ponts que cal construir per salvar les distàncies culturals entre professionals i pacients, així com respecte a les persones/professionals que estan facilitant l'apropament entre cultures o els mediadors interculturals, i sobre si aquesta figura té o se li hauria de demanar un perfil més professionalitzat, amb la finalitat de treballar per a una atenció sanitària culturalment eficaç.

M. del Mar Peña

Treballadora social. Màster en Migracions i Mediació Social

Vanessa Martínez

Treballadora social. Màster en Migracions i Mediació Social

BIBLIOGRAFIA

- Alarcon A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Médica Chile (Chile) 2003; 131, 1061-1065.
- Aneas A. Competencias profesionales. Análisis conceptual y aplicación profesional, conferencia per al Seminari Permanent d'Orientació Professional, organitzat pel Departament de Mètodes, Investigació i Diagnòstic en Educació de la Universitat de Barcelona. 2003.
- Armas M. La mediación en la resolución de conflictos. Barcelona, Universidad de Barcelona 2003; Departamento MIDE.
- Associació Salut i Família. Programa Inmigración y Salud. Barcelona, Memòria 2007.
- Back M. Asistencia pediátrica culturalmente eficaz: aspectos de la educación y de la formación. Official Journal of the American Academy of Pediatrics (ed. Esp.) 1999; vol. 47, núm. 1.
- Bedregal P, Quezada M, Torres M et al. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. Rev. Méd. Chile, nov. 2002; vol. 130, núm. 11, 127-1294.
- Belloso N. Inmigrantes y mediación intercultural. Burgos 2004; Universitat de Burgos.
- Belloso N. Una propuesta de código ético de los mediadores. Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho. Núm. 15/2007.
- Bohórquez N. Mediación Intercultural. CIUTAT, Educación y Futuro digital. 2008.
- Cassany D. La mediación lingüística. ¿Una nueva profesión? Barcelona 1996. Terminómetro.
- Checa F. La integración social de los inmigrantes: modelos y experiencias. España 2003; Icaria.
- Cohen-Emerique M. La negociación intercultural, fase esencial de la integración de los inmigrantes. Revista Hommes et Migrations. París 1997; núm. 1208.
- Comelles JM. De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques. Tarragona 1997; Revista d'Etnologia de Catalunya, vol. 11.
- Comelles JM, Bernal M. El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema en España. Humanitas 2007; Humanidades Médicas.
- Comelles JM. Mediación intercultural en l'àmbit de la salut. Immigració, cultura i salut. Barcelona, 2007; Fundació la Caixa, Obra Social, Mòdul I, capítol 1.
- Comitè Consultiu Bioètica Catalunya. Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut. Generalitat de Catalunya, 2007; Departament de Salut.
- Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de la IDIAP, Jordi Gol. Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, 2008.
- Fernández G. Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas. Editorial Abya-Yala, 2004. Bolívia.
- Fuertes C et al. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Navarra 2006, Annales, vol. 29, supl. 1.

La comunicació harmònica és una peça clau per a un diagnòstic precís, un tractament eficaç i l'oferta d'una assistència sanitària de qualitat

García FJ, Barragán C. Mediación intercultural en sociedades multiculturales: Hacia una nueva conceptualización. Universitat de Granada, 2004.

Generalitat de Catalunya. Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria. 24/07/2001.

Jiménez C. La naturaleza de la mediación intercultural. Barcelona 1997, Congreso Internacional de Mediación Familiar (ponencias libres). Generalitat de Catalunya 1997; Dep. de Justicia, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada; 2: 142.

Llevot, N. "Els mediadors interculturals a les institucions educatives de Catalunya". Lleida 2002; Departament de Pedagogia i Psicologia, Facultat de Ciències de l'Educació, Universitat de Lleida. Tesi

Mayoral D, Tor M. Cultures en interacció. La vida quotidiana. Edicions 62, 2009.

O'Ferrall C, Crespo M, Gavira C, Crespo J. Inmigración, ¿estamos preparados los profesionales de la salud mental para este reto?. Interpsiquis, 2003.

Peña M. Proceso de investigación sobre la mediación en los centros de atención primaria. Opinión de los profesionales. Revista de Trabajo Social y Salud; 67. Saragossa, 2010.

Pla de Ciutadania i Immigració 2005-2008. Secretaria per a la immigració. Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya.

Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut (2006). Departament de Salut.

Rico M. La interculturalidad en la relación asistencial. CIUTAT, FMC (Formación Médica Continuada) 2003, vol. 10, núm. 06.

Remotti F. La Mediación Intercultural. Los mediadores y su formación, Turín, 2003. Corpi individual e Contesti Interculturali. Editorial L'Harmattan Italia Connessioni.

Soler J. ¿Por qué lloran los inmigrantes? Sentirse enfermo lejos de casa. Lleida 2009, Editorial Milenio.

Touraine A. ¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes. Madrid 1997, PPC Editorial.

Abordatge del pacient immigrant a la consulta d'Atenció Primària

La Medicina de Família es caracteritza perquè està centrada en la persona dins el seu entorn i família, amb continuïtat en el temps i comunicació eficaç. La valoració de la persona és integral, amb visió holística i sense perdre de vista la comunitat¹.

Aquest abordatge l'hem anat madurant en les darreres dècades i s'ha posat a prova amb l'arribada

a les nostres contrades de població immigrada, amb uns valors diferents i un trajecte vital incert i sovint complicat. En aquests casos, els nostres coneixements en medicina preventiva i activitat assistencial són adequats, però tenim mancances pel que fa a aspectes psicosocials, culturals i habilitats comunicatives específiques^{2, 3}.

En l'atenció sanitària al pacient immigrant caldrà tenir presents diversos factors en relació amb el país d'origen, el país d'acollida i la societat d'acollida. Al món es calculen més de 150 milions d'immigrants, més de 30 milions de desplaçats i més de 15 milions de refugiats. La immigració cap als països nòrdics es va iniciar el darrer terç del segle XX des dels països mediterranis, tot i que en les darreres dècades Espanya s'ha convertit en país receptor. Des dels anys 90, el creixement migratori a Espanya ha estat del 15% i a Catalunya, del 25%, i continua creixent en la mesura que els països d'origen s'estabilitzen, creixen les desigualtats socials, d'escassetat de feina i de perspectives de futur (OMS)⁴.

La immigració a la Regió Sanitària de Lleida ha evolucionat, en la darrera dècada, des de 7.724 empadronats l'any 2000 fins als 70.881 de l'estiu passat. Cal assenyalar que el creixement en els darrers dos anys s'ha estabilitzat, i fins i tot s'observa una certa tendència a decreixer en els darrers mesos.

Així doncs, la immigració constitueix un problema de salut? Es tracta en general d'homes sans i joves, alguns amb estudis superiors, la sortida dels quals agreuja la situació de manca als seus països d'origen. El principal problema de salut és la precarietat social i laboral del país d'acollida, mentre que la majoria de malalties *importades* tenen un efecte individual i no de salut pública (falta el vector intermedi). Cal tenir present el risc de malalties potencialment letals per viatges al país d'origen, especialment a l'Àfrica subsahariana, més freqüents en els immigrants que retornen al seu país que en la resta de turistes^{5, 6}.

S'aconsella aprofitar la visita que el pacient realitza per alguna patologia aguda per realitzar una "visita d'acollida" que inclourà: papps (programa d'activitats preventives i promoció de la salut), vacunes, país d'origen, ruta migratòria, situació laboral i familiar...⁷ En l'accés al sistema de salut d'aquesta població caldrà tenir present la llengua, les qües-



tions culturals i religioses, les xarxes paral·leles, la situació administrativa i laboral, etc. En aquests casos juguen un paper clau les mediadores culturals. Igualment, l'impacte en la consulta suposa sovint la percepció d'un augment de demanda no percebuda, dificultats per acotar el motiu de consulta i incertesa en el seguiment del tractament i en la importància de les mesures preventives.

Pel que fa a les proves complementàries que realitzem sistemàticament com a cribatge des de la consulta d'Atenció Primària, ens basem en les malalties que prevalen en aquesta població. Així doncs, recomanem:

1. Anàlisi bàsica amb hemograma i ferritina en nens i dones en edat fèrtil. Caldrà tenir presents les anèmies ferropèniques i descartar hemoglobinopaties (talassèmia, drepanocitosi, esferocitosi), paràsits en femta (hematòfags intestinals) i paludisme. Descartar malnutrició, l'alletament continu i pèrdues cròniques per *helicobacter pylori*. Tenir

present que l'eosinofília sol ser una troballa casual en pacients asimptomàtics originaris del tròpic.

2. Serologies de VHB i VHC (8), HIV 1-2 en població de risc i amb consentiment informat; serologies de lues si hi ha riscos d'infeccions de transmissió sexual.

Volem assenyalar l'elevada prevalença d'immunitat natural a VHB en població subsahariana (ac anti ags i ac anti core IgG) i d'infecció crònica (Ags i ac anticore i anti e; quan són replicadors crònics, els marcadors de contagiositat són +).

3. PPD. Es tracta de població sovint infectada i amb BCG, per la qual cosa serà molt important la realització de radiologia de tòrax i BK en espurts per a la identificació precoç de pacients bacil·lífers. Està en discussió si cal realitzar PPD a tots de manera sistemàtica i si els fem quimioprofilaxi. Caldrà tenir la tuberculosi sempre present en l'estudi de la tos crònica (més de 15 dies). Si es confirma un cas, la majoria es tracta de reactivacions del germen més que de reinfeccions i, donat el

risc de multiresistències, es tracten amb quatre fàrmacs.

4. Sediment d'orina i cerca de paràsits si trobem hematúria en persones amb origen a l'Àfrica, l'Orient Mitjà o l'Àsia (*schistosoma haematobium*). Tenir present que com més temps d'exposició hi ha hagut, més gran és el risc d'afectació renal i hepàtica.

5. Paràsits en femta. No cal realitzar-ho a tota la població, però sí en l'estudi de diarrees cròniques (més de 15 dies) i d'eosinofília perifèrica.

5. Serologia de la malaltia de Chagas, sobretot cribatge a dones embarassades procedents de l'Amèrica Central i del Sud.

Cal tenir present que una febre en un pacient que ha arribat d'una zona endèmica palúdica serà una malària fins que no es demostrï el contrari.

Volem fer esment també de la peculiar evolució de les diabetis mellitus de població subsahariana. Debuten com una DM1 amb cetoacidosis, poliúria, polidipsia, pèrdua de pes (insulinopènia) i molt bona resposta inicial a dosis baixes d'in-

sulina. El control en els primers anys és tan bo que podem fins i tot retirar la insulina i deixar el pacient amb metformina. De tota manera, al cap del temps acostumen a necessitar de nou insulina. És el que anomenem diabetis mellitus u i mig.

Per acabar, cal fer esment de l'elevada prevalença de malalties mentals i considerar especialment el dol migratori. Elevat risc en vells, nens, dones, analfabetisme, personalitat prèvia paranoide o esquizoide, en relació amb l'acompliment de les expectatives, les actituds de la societat i del col·lectiu d'acollida i els aspectes de conflicte generacional...

En resum, l'atenció al pacient immigrant suposa un repte per a l'Atenció Primària que, com a porta al nostre sistema sanitari, s'ha trobat pacients a la consulta normalment amb patologies banals, però amb un altre sistema de valors, concepte de salut i malaltia diferents, i malalties importades que fan que sigui necessari l'ús de totes les habilitats comunicatives per tal d'ajudar-los en l'encaix a la nostra societat i al nostre sistema.

Dra. M. Teresa Vilà

BIBLIOGRAFIA

1. European Definition of Family Medicine. Core competencies and characteristics. WONCA 202.
2. Valerio LI et al. Conocimientos de los médicos españoles de atención primaria sobre inmigración. Aten Primaria. Comissió de Cooperació i Salut Internacional (COCOOPSI). Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) 2007; 39 (12).
3. Weissman JS, Betancourt J, Campbell EG, Park ER, Kim M, Claridge B et al. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. JAMA. 2005; 29 (4): 1058-67.
4. The top ten migration issues of 2009. OMS
5. Valerio L et al. Imported infectious diseases associated with international trips by adult immigrants to visit family and friends. Gac Sanit. 2009; Dec; 23 Suppl 1: 86-9.
6. Prevention of diseases in the traveller; the returning traveller. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 Suppl 1: 105-20.
7. Valerio LI, Solsona LI, Garroum S, Roca C. Guia Clínica de Salut Internacional i Immigració. Comissió de Cooperació i Salut Internacional (COCOOPSI).
8. Valerio L, Barro S, Pérez B, Roca C, Fernández J. Seroprevalence of chronic viral hepatitis markers in 791 recent immigrants in Catalonia, Spain. Screening and vaccination against hepatitis B recommendations. Rev Clin Esp. 2008 oct; 208 (9): 426-31.

“Cuina del Montsec. Estrenyent lligams”

Projecte d'integració de l'activitat física i l'alimentació saludable en el dia a dia

L'equip de l'ABS d'Artesa de Segre volem potenciar la participació de les persones i la comunitat en la promoció d'hàbits saludables, en campanyes de prevenció de malalties, en els processos d'auto-cura i del maneig de certes patologies cròniques, amb la voluntat de millorar l'educació per a la salut de la població, desmedicalitzar la societat i contribuir a la sostenibilitat econòmica del sistema de salut. Aquest projecte es desenvolupa en la línia del Pla d'Innovació d'Atenció Primària.

L'evidència actual mostra que els determinants comuns de moltes malalties cròniques no transmissibles són la ingesta excessiva o inadequada, els nivells baixos d'activitat física a casa, a la feina i en el lleure i la dependència excessiva del transport mecanitzat (cotxe, moto, transport col·lectiu). L'abordatge integral de les causes d'una alimentació desequilibrada, que tendeix al menjar ràpid, i d'una activitat física insuficient contribuiran al fet que en el futur disminueixin l'obesitat i les malalties relacionades com la diabetis, la hipertensió, les malalties cardiovasculars, les malalties respiratòries i el càncer.

El Ministeri de Sanitat i Consum va elaborar l'estratègia per a la nutrició, l'activitat física i la prevenció de l'obesitat (NAOS 2005), que té l'objectiu de millorar l'alimentació i promoure l'activitat física per a tots els ciutadans, posant especial èmfasi en els nens. Al mateix temps, a Catalunya el Departament de Salut proposa dur a terme el pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS), que promou la creació d'entorns favorables en el marc dels programes d'acció local per facilitar l'adopció progressiva i mantenir estils de vida saludables en els ciutadans.

Es preveu que les intervencions més eficaces siguin les intervencions integrades, que incorporin accions individuals i també col·lectives i que es mantinguin al llarg del temps.

Tenir cura i curar és una de les nostres tasques, però hem de tenir present que una funció molt important del nostre dia a dia és l'educació per a la salut i la prevenció. És en aquest context que entenem l'alimentació i l'exercici com un pilar en la promoció de la salut i la prevenció de

les malalties cròniques més importants i també com a base fonamental del seu tractament.

Què volem?

Dur a terme una sèrie d'accions per integrar l'activitat física i l'alimentació saludable en el dia a dia de la població de l'ABS d'Artesa de Segre. Així mateix, volem gaudir d'aquestes accions i fomentar el manteniment de les tradicions del territori i la participació del major nombre de persones.

Què fem per fomentar l'activitat física en la població?

A més d'integrar el consell d'exercici en les consultes, fem grups oberts a tothom qui vulgui per sortir a caminar. Les passejades s'inicien amb l'acompanyament de professionals de l'ABS. Aquests grups es van repetint cada any. Per potenciar l'activitat física en els nens, ens adherim al programa Nereu.

I per fomentar l'alimentació saludable?

Recollim receptes de cuina de tothom que ens les vulgui portar, les avaluem dietèticament i en fem una publicació al llibre *Cuina del Montsec. Estrenyent lligams*.

D'on sorgeix la idea?

De la necessitat de sensibilitzar la població perquè percebi com a assumibles opcions que promoguin la salut mitjançant una alimentació saludable, com és la cuina de sempre per sobre del menjar ràpid, i ensenyar que els àpats sans no han de ser necessàriament avorrits.

Com ho hem fet?

Hem fet difusió des de les consultes, a través de cartells, de comunicats a diferents associacions, etc., de la recollida de receptes de la cuina tradicional de la zona del Montsec. També n'hem recollit de persones de fora que, un cop establertes a les nostres contrades, han adaptat les seves receptes als productes d'aquí. Posteriorment, la dietista ha fet l'anàlisi nutricional de les receptes.

Per tal d'estimular la recollida, i dins els actes de la Fira del Meló d'Artesa de Segre del 2010, hem celebrat la I Jornada de Cuina Saludable.



Plats preparats a la Fira del Meló



Sergi de Meià i Janina Borell valoren els plats



Assistents a la presentació del llibre "Cuina del Montsec. Receptes saludables"

Què és la I Jornada de Cuina Saludable?

Vam organitzar un concurs de cuina, amb la participació de 32 plats cuinats pels veïns i que van poder tastar tots els assistents.

Vam lliurar un diploma acreditatiu i un utensili de cuina als participants i 9 premis destacats. Els cuiners eren principalment dones de totes les edats, però també hi havia homes i nens.

Entre les persones que formaven part del jurat, hi havia professionals de la cuina de la comarca i Sergi de Meià, xef del restaurant Monvínic de Barcelona; Cristina Florensa, dietista de l'HUAV, i la Dra. M. Dolors Navarro, presidenta del Fòrum Català de Pacients i directora del Observatori de Salut y Mujer.

El lliurament dels premis va anar a càrrec de Miquel Pueyo, delegat territorial del Govern de la Generalitat a Lleida, i Mingo Sabanés, alcalde d'Artesa de Segre.

Es va aprofitar la jornada per fotografiar els plats més acuradament presentats per tal de posar les imatges al llibre juntament amb la recepta.

I amb les receptes, què fem? A les 32 receptes presentades en el concurs, posteriorment se n'hi van afegir d'altres fins a completar el total dels plats que surten al llibre. Un cop feta la transcripció de les receptes, les avaluacions dietètiques i les fotos corresponents, Núria Aranés, de Na'disseny, va dissenyar i il·lustrar el llibre i tot el material de difusió.

El resultat són 98 receptes acompanyades d'unes breus indicacions dietètiques, que orienten el lector sobre el contingut i la preparació més adequada segons les necessitats de la persona en cada moment.

Com és el llibre?

És un llibre en espiral de 16x16 cm, molt manejable per tenir-lo a la cuina obert, amb paper setinat, i on trobareu una presentació feta per l'EAP d'Artesa de Segre i el pròleg escrit per la Dra. Maria Dolors Navarro i el Dr. Albert Jovell.

Les receptes estan classificades en sopes i verdures, arròs, llegums i pastes, peix, carns i ous, fruita i dolços i quatre plats del xef Sergi de Meià. En cada una hi ha una breu recomanació dietètica i s'han destacat les més adients per als nens, les de l'àvia i les receptes autòctones.

Finalment, la presentació

El dia 11 de juny de 2011 vam fer la presentació a la sala d'actes de la Cooperativa d'Artesa de Segre, amb l'assistència d'unes 200 persones, entre elles representants de les diferents associacions i entitats de la comarca.

Ens acompanyaven les autoritats locals: l'alcalde d'Alòs de Balaguer, Lluís Soldevila; l'alcalde d'Artesa de Segre, Mingo Sabanés, i l'alcalde de Vilanova de Meià, Xavier Terré, així com el gerent territorial de l'ICS, el Dr. Victòria Peralta.

Van intervenir en la presentació:

El Dr. Albert Jovell, director de la Fundació Josep Laporte, professor de Medicina Preventiva i Salut Pública a la Universitat Autònoma de Barcelona, president del Foro Español de Pacientes i director de la Universitat dels Pacients, així com autor del llibre *Càncer: biografia de una supervivència*.

Sergi de Meià, cuiner de professió amb arelles a la nostra comarca, cap de cuina del restaurant Monvínic a Barcelona, nomenat per l'Acadèmia de Gastronomia de Catalunya millor cuiner jove del 2009 i fundador de les jornades gastronòmiques de la Fira de la Perdiu a Vilanova de Meià.

- El Dr. Antoni Mateu, gerent de la Regió Sanitària Lleida.
- Pepi Estany i la Dra. Montse Coma en nom de l'equip del CAP.

Durant l'acte es va lliurar el llibre de cuina a tots els participants.

Es va comptar amb un reporter fotogràfic d'excepció, Josep Miró.

Quanta gent ha col·laborat en el projecte?

A més de tot l'equip d'Atenció Primària i la resta de professionals que hem comentat, les persones de les associacions que ens han donat un cop de mà, tots els patrocinadors, l'Institut Català de la Dona i la Diputació de Lleida que, a través de l'Ajuntament, ens han proporcionat una subvenció, les persones que han participat com a jurat, revisant els textos, les persones que han aportat les receptes i els plats cuinats, tothom que va venir a fer el tast dels plats, els que van venir a la presentació, els que ens han obert portes per tal de fer-ne difusió i, en definitiva, tothom que llegirà el llibre i gaudirà amb les seves receptes.

A tots ells, els donem les gràcies.

Què ha suposat per a l'equip del CAP d'Artesa?

Podem assegurar-vos que tots i cadascun dels membres s'hi han implicat d'una manera o d'una altra, amb una idea, amb una o diverses receptes, animant diferents persones a presentar un plat, organitzant el concurs, el dia de la presentació...Bé! Ens ha fet encara més equip.

Altres activitats paral·leles

Hem iniciat tallers d'alimentació a l'escola, començant amb els nens de parvulari durant el curs escolar 2010-2011, i volem seguir amb diferents cursos en propers anys. El dia 14 de desembre vam organitzar un taller d'alimentació amb un berenar saludable al Casal de la Gent Gran d'Artesa de Segre.

Quin projecte de futur tenim?

Continuant en aquesta línia de promoció d'hàbits saludables, seguirem amb les caminades i el programa Nereu, i fomentarem, juntament amb les entitats i associacions locals, els espais adequats per fer aquests tipus d'activitat.

I en el marc de l'alimentació saludable,



Berenar saludable al casal de la gent gran



La participant més veterana



El participant més jove

Lequip:

Jorge Altamirano Vera, Enric Anadón Solé, Carme Cairo Aran, Montserrat Capdevila Cotonat, Montserrat Coma Gassó, Meritxell Corrales Gomà, Fina Cregenzan Ortíz, Rosa Cuders Jou, David de la Rica Escuin, Teresa Eroles Boliart, Pepi Estany Almirall, Xavier Gil Fernández, Pepita Pont Aldoma, Rosa M. Puigdemont Fortet, Fco. Javier Romani del Castillo, Pilar Serra Solans i Marga Torres Alcaide

continuarem amb la promoció dels tallers a l'escola, la implicació dels pares amb els esmorzars saludables i projectarem uns tallers de cuina per a nens amb la recollida de les receptes per fer-ne una nova edició.

Esperem que amb aquest llibre contribuïm a augmentar la cultura alimentària com a mitjà per millorar la salut de la població del nostre entorn. Si és així, haurà valgut la pena.

Esperem que us agradi, us sigui útil i el gaudiu.

La dislèxia

Vull agrair als editors de la revista l'oportunitat d'explicar alguna cosa sobre la dislèxia. Un trastorn no sempre conegut i molt poc diagnosticat en el nostre entorn. En la mesura que es tracta d'un trastorn invisible, molts cops és mal atès i, en conseqüència, responsable d'una part significativa del fracàs escolar i del patiment fàcilment evitable d'un grup de nens i adolescents. Sens dubte, el pitjor de ser dislèctic és no saber que se n'és (tant per al protagonista com per a la seva família).

Hi ha qui pot trobar estrany que aquest trastorn de l'aprenentatge, encara que sigui el més prevalent, tingui un espai en aquesta tribuna de paper. Deixeu-me apuntar-ne un parell de motius.

El primer, i sens dubte el més important, és que és probable, fins i tot possible, que algun d'aquest 5% de nens i nenes, que ronden per les aules passant moltes més dificultats de les necessàries i sense l'atenció que caldria, sigui fill (el meu cas) o nebot d'algun metge. També és probable, per què no, que atès que la dislèxia és un trastorn persistent, algun col·legiat recordi en llegir aquestes ratlles males-tars antics i presents. A tota aquesta gent, m'agradaria oferir-los una estona de companyia i, qui sap, una mica de llum.

El segon és que crec que hi ha motius de fons perquè els metges, en general, i els pediatres, en particular, coneguem què i per què d'aquest grup de la població que té, de forma inesperada, tantes dificultats per llegir quan tot semblava que anava bé.

Què és la dislèxia?

La definició clàssica de dislèxia diu que és un trastorn primari de la lectura i que prové d'una anomalia del processament cerebral de la paraula escrita¹. És a dir, un trastorn que condiciona que nens o nenes amb una intel·ligència, motivació i escolarització normals no puguin aprendre a llegir d'una manera fluida. El nen dislèctic llegeix d'una manera costosa, lenta, amb pauses i rectificacions. Pot canviar lletres de lloc, confondre-les i invertir síl·labes. Malgrat aquesta mecànica incorrecta, acostuma a comprendre el que llegeix². Per tant, no és una discapacitat sensorial ni un problema de maduresa.

La dislèxia és un problema localitzat que no suposa res sobre altres àrees de l'aprenentatge. No hi ha res que impedeixi que sigui músic, investigador o escriptor (com Pau Donés, Mariscal o

La dislèxia està reconeguda com a hereditària des de fa més de 50 anys. Entre els pares dels nens dislèctics, la prevalença se situa entre el 29-49%

Boris Izaguirre). La dislèxia té a veure amb els sons, no amb els significats. El problema rau en el fet que el llenguatge escrit és el vehicle fonamental d'aprenentatge del sistema escolar i, per tant, si no es reben els suports i les adaptacions adients amb facilitat, es pot acabar fracassant escolarment i socialment.

Aquesta definició situa el diagnòstic de la dislèxia en el moment en què es manifesta el retard en l'aprenentatge lector del nen o de la nena. En general, es dona valor a un retard igual o superior a dos anys. Per tant, quan el nen té 8 o 9 anys. En aquest moment, hem perdut uns anys preciosos (els de més plasticitat cerebral) per intervenir-hi i el nen ja ha sentit la vergonya de no saber llegir, ja s'ha sentit inferior, potser ja s'han plantejat fer-lo repetir, etc. No sembla una bona idea esperar que sigui el fracàs qui doni la pista sobre la possible existència d'aquest trastorn.

Les concepcions actuals sobre la dislèxia, com la de J. Alegria³, parlen del

trastorn del tractament de la informació fonològica observable ja en la llengua parlada abans d'iniciar l'aprenentatge de la lectura i, per tant, permet sospitar del trastorn i actuar en l'etapa d'entre els 4 i 5 anys, quan hi ha moltes més possibilitats d'obtenir millores.

Un trastorn heretable i de base neurològica

La dislèxia està reconeguda com a hereditària des de fa més de 50 anys. El 40% dels germans de nens dislèctics presenten el trastorn en major o menor grau. Entre els pares de nens dislèctics, la prevalença se situa entre el 29-49%. Sembla que es tracta d'una transmissió genètica heterogènia, autosòmica dominant i amb la implicació de diversos gens⁴. Dels aproximadament 30.000 gens que posseeix l'ésser humà, prop del 50% s'expressen al cervell i, avui dia, es considera que almenys 8 d'aquests estan relacionats amb les alteracions responsables de la dislèxia⁵. La base genètica de la dislèxia consistiria en la transmissió d'un conjunt de trets que interactuen amb l'ambient i generen diferències en les habilitats lectores⁶. En aquest sentit, el que s'hereta no és un tret patològic que no té la població sana, sinó un tret que quantitativament és variable i que, després d'interaccions amb l'ambient, condiciona que l'individu tingui més o menys habilitats lectores (com passaria amb altres habilitats com les artístiques o les esportives). Gens diversos amb diferent expressió que coordinen bé amb el fet que la velocitat lectora (i, per tant, la preparació del sistema nerviós central per a aquesta activitat) és una variable contínua. Seria un cas similar al de l'alçada, TA o el pes. Així, podríem parlar de dislèxies de més o menys afectació i de normals que voregen la condició de dislèctics. Aquesta herència poligènica també fa més com-

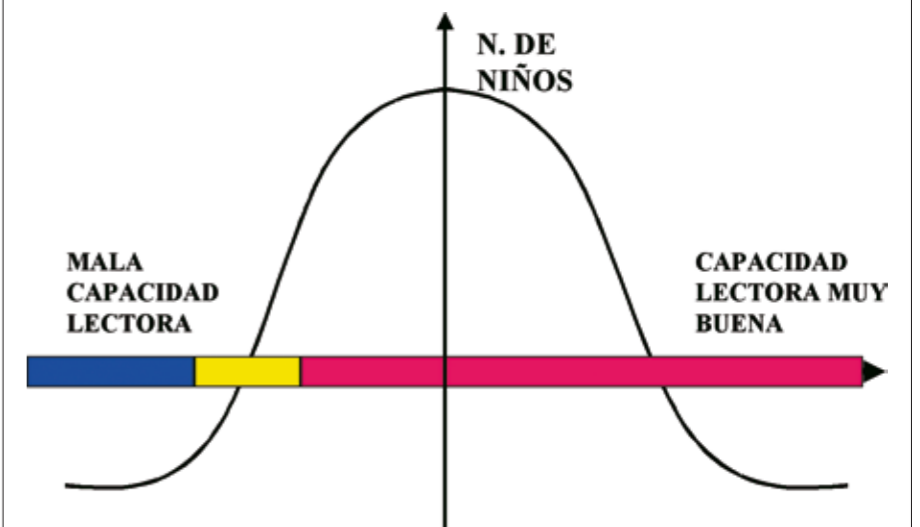


Figura 1. Distribució normal dels nens i nenes segons la seva velocitat lectora. En groc, hi ha els que anomenem dislèctics

Previsible la comorbiditat de la dislèxia amb altres tipus de trastorns com la discalculia, la disgrafia i el TDA (un terç dels dislèctics són TDA, i entre el 10% i el 40% dels TDA són dislèctics)⁸.

Parlar de prevalences d'aquest trastorn sempre és difícil, i més en un entorn com el nostre, on no hi ha estudis prou amplis. És evident, però, que es tracta del més freqüent entre la població infantil, ja que se situa entre el 5-10%⁹. Els estudis poblacionals mostren que la prevalença és la mateixa entre nens i nenes. Sembla que les nenes estan més infradiagnosticades (s'hi pensa menys, compensen millor, etc.). De la mateixa manera, com més recursos tinguin aquests nens (familiars, intel·lectuals, etc.), més bé ho compensaran; i això, en ocasions, dificulta el diagnòstic precoç.

Tanmateix, abans d'anar més endavant, és imprescindible parlar una mica sobre què suposa aprendre a llegir i com ho fem.

Procés lector normal

Mentre que l'aprenentatge de la parla és molt antic en la nostra espècie, la lectura i l'escriptura són relativament recents. El tipus de lector que es considera necessari en la nostra societat reuneix les competències que, durant segles, van caracteritzar persones excepcionals (parlar i escriure més d'una llengua, etc.). Llegir suposa un procés complex d'extracció d'un significat de símbols escrits. Ser un bon lector no és més fàcil que ser un bon tennista o un bon pianista.

Per al correcte aprenentatge de la lectura, cal que el nen desenvolupi l'anomenada consciència fonològica prèviament. És a dir, la capacitat per entendre que la llengua oral està composta per sons que s'agrupen formant paraules, i que les paraules poden ser dividides en seqüències de síl·labes i fonemes. Els nens adquireixen aquesta capacitat cap als 4 anys.

El pas següent és identificar el so amb uns signes escrits. A l'edat de 5 anys, els nens comencen a aprendre com sonen les lletres⁷. L'objectiu és que aprenguin a relacionar uns sons, els fonemes, amb la forma de les lletres, els grafemes. Aquesta correspondència l'hauran d'aplicar correctament en els dos sentits, és a dir, de grafema a fonema, per llegir; i de fonema a grafema, per escriure. L'adquisició de la correspondència permet fer una lectura lletra a lletra, una lectura fonològica, una lectura lenta que demana molta atenció. Se l'anomena ruta fonològica. Aquesta identificació (grafema-fonema) cal que sigui precisa i ràpida. Per tant, no només cal conèixer, sinó també evocar amb velocitat.

Amb el temps, l'exposició constant a textos escrits (no només dels llibres, sinó també de la TV, del carrer, etc.)



Figura 2. El text és en anglès. Es tracta d'un exemple de la dificultat que suposa la fragmentació en paraules. Intenteu llegir-lo.

afavorirà l'automatització i s'activa una via de lectura molt més ràpida. Aquesta segona via no fa una anàlisi lletra a lletra, sinó de forma global, paraula a paraula, a través de la seva representació ortogràfica, que es denomina ruta lèxica i ens permet llegir a molta velocitat durant força estona sense fatigar-nos i, en definitiva, gaudir de la lectura. A més, ens permet adquirir l'ortografia d'una forma passiva (quan una paraula mal escrita ens fa mal als ulls).

Les tècniques de neuroimatge funcional desenvolupades a partir dels 90 (PET, SPECT, RMN funcional i MEG) han confirmat l'existència de les dues vies de lectura que hem comentat. És a dir, s'ha trobat un correlat anatómico-funcional per a la ruta fonològica i per a la ruta lèxica.

Per a la gent amb dislèxia, els fonemes són més borrosos i menys diferenciats entre si. A més, tenen dificultats amb la memòria de treball (la RAM de l'ordinador)

La ruta fonològica s'inicia amb l'estímul visual que arriba a la regió occipital i, des d'allà, va cap a la cruïlla parieto-temporooccipital esquerra (girangular i supramarginal), que és l'encarregada de dur a terme la correspondència entre grafema i fonema.

La ruta lèxica s'inicia igualment amb l'estímul visual de la paraula, que del lòbul occipital va a la regió temporal esquerra (gir fusiforme), on té lloc la identificació ortogràfica de la paraula i s'arriba al significat. Aquesta regió temporal ha rebut el nom d'àrea visual de les paraules⁷.

Què passa en un nen dislèctic?

Tots els nens, tant els molt bon lectors com els no tan bons, han de fer els mateixos passos per arribar a ser lectors. La diferència és el temps i l'esforç que els suposa aconseguir-ho.

Per a la gent amb dislèxia, els fonemes són més borrosos i menys diferenciats entre si. A més, tenen dificultats amb la memòria de treball (la RAM de l'ordinador). D'una banda, van més lents per evocar els noms de les coses conegudes (el nom de les lletres, però també dels colors, dels amics, etc.), i, de l'altra, pel fet de tenir menys memòria de treball, tenen més dificultats, per exemple, per escoltar i escriure al mateix temps (és típic dels dislèctics que en un dictat vagin preguntant si ho pot repetir).

Sgeun etsduios raleziaods por una Uivensrdiad Ignlsea, no ipmotra el odren en el que las ltears etsen escritas, la uicna csoa ipormtate es que la pmrrea y la utlima ltera esetn escritas en la psiocion cocrreta.

El retso peuden etsar ttaolmntee mal y aun pordas lerele sin pobrleams, pquore no lemeos cada ltera en si msima snio cdaa paalbra en un contxetso.

Presnoamelnte, esto me preace icrneilbe!

Figura 3. Un bon exemple de com funciona la via lèxica per llegir

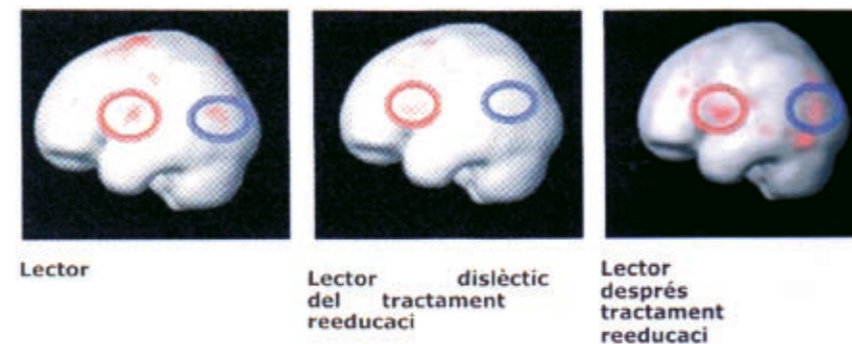


Figura 4. Activació neuronal en un lector normal, en un dislèctic i en un dislèctic després de la reeducació

Les tècniques d'imatge funcional han permès veure que el cervell d'un dislèctic funciona diferent: té poca activitat en les àrees que activen més els lectors normals i, per contra, activa zones de l'hemisferi dret (possiblement per compensar).

Els dislèctics, com a grup, tenen molta diversitat interna. Poden tenir la via lèxica o la fonològica afectades, o totes dues en major o menor grau. Els que tenen la via fonològica afectada lllegeixen de manera global i tenen molts problemes per llegir paraules inventades sense sentit (pseudoparaulles). D'altra banda, els que tenen bàsicament la ruta lèxica afectada tindran problemes per llegir les paraules, l'escriptura de les quals no es correspon de manera directa amb la pronunciació. Són els que omplen els llibres de faltes ortogràfiques inversemblants.

Les tècniques de neuroimatge també han permès comprovar que si la reeducació fonològica és prou precoç i intensa, les zones del cervell que treballen per llegir es tornen molt més similars a les d'un lector normal, fet que reforça l'interès per iniciar la reeducació al més aviat possible (vegeu la figura 4).

No totes les llengües són igual de difícils

Aquest procés no és igual de complex per a totes les llengües. N'hi ha algunes en les quals la correspondència entre grafema i fonema és més estricta (cada grafema, un so; cada

Potser caldria pensar que, en una ciutat com la nostra, ens pertocaria tenir una unitat de trastorns de l'aprenentatge per a aquest 10% de la població

so, un símbol) i d'altres en què un mateix so es pot escriure de diverses maneres i una lletra pot tenir més d'una lectura. Les primeres són anomenades llengües transparents, mentre que les segones, opaques. El castellà seria més transparent que el català (vocals obertes, erra final muda, etc.), mentre que la llengua més opaca en el nostre sistema educatiu seria l'anglès. No és d'estranyar que sigui en el món anglòfon on el tema de la dislèxia tingui una prevalença més alta i on la investigació hagi progressat més.

I, davant de tot això, us deuen preguntar què podem fer des de la medicina i, particularment, des de la pediatria. El més important és sospitar-ho i no deixar-nos endur per la idea que és un nen llest i que ja madurarà. Cal afavorir el diagnòstic com més aviat millor: intentar explorar la consciència fonològica pot ser molt eficient; tenir

en compte els patiments que poden suposar aquest tipus de trastorns fins que es diagnostiquen i s'aborden de manera adequada; donar suport a la família i als nens; parlar de la importància de la reeducació fonològica de les adaptacions a l'escola; no recomanar tractaments que no han demostrat eficàcia (ulleres de colors, exercicis de lateralitat, etc.); i, quan la demanda sorgeix de la situació de fracàs escolar, pensar en la dislèxia i recomanar vivament el diagnòstic.

En aquest trastorn, el diagnòstic depèn dels equips psicopedagògics que hi ha a les escoles. Als equips, la demanda acostuma a arribar provinent dels tutors. Aquest sistema té algun problema. En primer lloc, si el tutor no ho sospita no farà arribar el cas a l'equip. Segons la meua experiència com a president d'una associació, moltes vegades les famílies veuen que hi ha algun problema i els costa molt arribar als equips. Aleshores, farts de fer tombos, acaben per fer el diagnòstic en centres privats o llunyans. En segon lloc, si un nen fracassa a causa d'aquest motiu i abandona el sistema educatiu, ja no existeix cap instància pública a la qual pugui acudir. Potser caldria pensar que, en una ciutat com la nostra, ens pertocaria tenir una unitat de trastorns de l'aprenentatge que pugui donar resposta a aquest 10% de la població.

Dr. Josep Lluís Cruz
Metge del CS Rambla de Ferran. President de l'Associació Aragonesa de Dislèxia

REFERÈNCIES I BIBLIOGRAFIA BÀSICA

- Informe conjunto. Discapacidades del aprendizaje, dislexia y visión. Pediatrics (Ed. Esp) 2009; 68²: 97-103.
- Sans Fitó A. Per què em costa tant aprendre? Trastorns de l'aprenentatge. Barcelona: Ed. Edebé; 2008. p.15.
- Alegria J. Traumatismos del lenguaje. Dislexia y el desarraigo cultural.
- Dyslexia International Tools and Tecnologías.
- Artigas J. Tratamiento farmacológico de la dislexia. Rev Neurol 2009; 48¹¹: 585-591.
- Alba M. Actualización en dislexia del desarrollo. Región de Murcia; 2008.
- Artigas J. Disfunción cognitiva en la dislexia. Rev Neurol Clin 2000; 1: 115-124.
- Informe Faros. L'aprenentatge en la infància i en l'adolescència 2010.
- Artigas J. Problemas Asociados a la dislexia. Rev Neurol 2002; 34 (Supl 1) S7-13.
- Shaywitz S. The Science of Reading and Dyslexia.
- Alegria J, Carrillo M. Exploración de las habilidades fonológicas en escolares disléxicos: teoría y práctica.

Sobre la legalitat actual de l'internament forçós

Tots tenim molt clar que l'internament involuntari d'una persona que pateix un trastorn mental, i amb la finalitat que pugui rebre el tractament adient, cal que sigui autoritzat judicialment. Així ho disposa l'art. 763 de la Llei d'Enjudiciament Civil (LEC), del 7 de gener de 2000.

I, majoritàriament, tant els professionals de la medicina com els de l'àmbit jurídic i els ciutadans, des de la promulgació de l'esmentada Llei d'Enjudiciament, han seguit les seves normes sense que es plantegessin greus problemes sobre la legalitat del seu contingut, malgrat que hom pugui tenir algun dubte sobre el rang normatiu que calia donar a una norma que autoritza privar de l'exercici d'un dret tant fonamental com és el de la llibertat personal.

Però, com deia, aquesta conformitat ha estat l'actuació majoritària dels professionals i de la ciutadania i, entre les opinions discordants per la transcendència que ha tingut, cal assenyalar la del Jutjat de Primera Instància número 8 de la Corunya, atès que el juliol de 2001, en una de les primeres ocasions que va tenir per aplicar l'art. 763 de la LEC, plantejava una qüestió d'inconstitucionalitat sobre la seva legalitat, que el Tribunal Constitucional ha resolt el 2 de desembre de 2010 al cap de nou anys i escaig! Sí, passats 9 anys sencers, el Tribunal Constitucional ha declarat que els incisos de la disposició esmentada, que autoritzen l'internament judicial d'una persona amb trastorn psíquic, són inconstitucio-

nals, perquè van ser aprovats com a llei ordinària (per majoria simple), quan calia fer-ho mitjançant una llei orgànica (per majoria absoluta).

Es tracta, en definitiva, d'un problema formal, però que afecta un dels drets fonamentals més importants, el de la llibertat individual. El TC recorda que cal ser molt curós i no es poden permetre deficiències legals en aquest àmbit. La sentència del Tribunal Constitucional porta el número 132/2010 i ha estat publicada al BOE del 5 del 2011.

Per fer-ho mes entenedor, cal dir que la declaració d'inconstitucionalitat equival a la consideració d'una norma com a contrària a la Constitució i, atès que la Constitució és la disposició més important del sistema normatiu, de la qual dimanen la resta de les que conformen l'ordenament jurídic, no pot haver-hi cap mena de contradicció amb la norma suprema. Per tant, declarada la inconstitucionalitat de determinades disposicions de l'art. 763 de la LEC, s'han marcat com a contràries a la norma suprema i, de fet, han quedat fora del sistema normatiu.

Però, per no obrir un buit legal de conseqüències imprevistes, el mateix TC disposa que la declaració d'inconstitucionalitat no comporta la declaració de nul·litat de les disposicions de l'art. 763 LEC inconstitucional. I en manté la vigència fins que el Parlament revisi la normativa, i l'aprovi novament mitjançant una llei orgànica.

I, si tenim en compte que les dis-

posicions que permetien l'internament involuntari han quedat fora del sistema legal, ara hom es pot fer la pregunta si, en endavant, poden continuar aplicant-se les normes de l'art. 763 LEC per demanar i disposar l'internament involuntari de persones afectades de trastorns psíquics, perquè si es fa s'aplica una norma contrària a la Constitució que, com a norma suprema, s'imposa sobre totes les altres. Però, si no s'aplica, queda sense assistència una persona que no es pot valer per si mateixa i, al mateix temps, és un focus d'inseguretat per a la resta dels ciutadans.

El problema pot ser greu tant per als professionals jurídics com sanitaris i pot ocasionar dubtes de caràcter ètic difícils de solucionar. Però, ni els juristes ni els sanitaris han generat el problema. Hem de lamentar la passivitat del legislador, que, des de l'any 2001, quan el TC notifica al Parlament l'existència del recurs d'inconstitucionalitat, té constància del recurs d'inconstitucionalitat contra l'art. 763 LEC i dels motius de la seva interposició.

Durant aquest llarg temps de tramitació del recurs, el Parlament no ha fet res per esmenar la deficiència assenyalada i promulgar una nova disposició amb rang de llei orgànica, tal com requereix la suprema norma constitucional. I ara, atès el batibull parlamentari que vivim diàriament, sembla difícil que hi hagi la suficient serenitat per tramitar, amb la màxima urgència, una norma que superi la inconstitucionalitat vigent i tranquil·litzi la consciència d'aquells que estan cridats a demanar i/o autoritzar l'internament forçós dels afectats per malalties psíquiques.

J. Corbella i Duch
Advocat

Las DPO y la excelencia

El próximo 25 de septiembre hará 20 años que se presentó en el Congreso de los Diputados el informe *Abril* sobre el sistema nacional de salud, en el que participaron 150 expertos y que fue un producto más del victorioso empuje de la ideología neoconservadora de los años 80 con Reagan y Thatcher al frente de sus neocons. En él se hacían una serie de propuestas que pretendían introducir mecanismos de gestión propios hasta entonces de empresas privadas —la llamada nueva gestión— en el sistema sanitario público: separar la financiación de la provisión de servicios, creación de un mercado interno de proveedores y competencia entre los mismos, etc., es decir, se abría la puerta a la consideración de la salud como mercancía¹. El Servei Català de la Salut fue uno de los primeros en introducir elementos de ese informe.

En Cataluña, hace casi una década (en el 2002, si no recuerdo mal) se dio visibilidad a lo que al año siguiente se empezaría a aplicar a los profesionales de la salud: el sistema de dirección por objetivos (DPO). Tras una sorprendente reunión en Les Termes de Montbrió, que sirvió para dar la imagen de consenso, se redondeó el plan de aplicación de ese instrumento del modelo de gestión que se ha llamado *management*, a la vez que se disminuían de forma sustancial las pagas extraordinarias, con lo que para mantener el poder adquisitivo del año anterior, en el 2003 se debían cobrar los objetivos. No es baladí recordar que eso ocurría a la vez que el entonces ministro de la Función Pública, el Sr. Sevilla, anunciaba el crecimiento progresivo de las pagas extraordinarias del resto de funcionarios hasta llegar a ser el 100% de la paga ordinaria. Ese modelo de dirección está vinculado a una transformación organizativa que acaba trascendiendo el sistema productivo e impregna todo, el propio Estado y sus instituciones, la sociedad y al mismo individuo en su psique.

La mayoría de los profesionales estamos, pues, afectados por esas DPO y en no pocas ocasiones con una relación de alta tensión con las mismas, pero pocos se preguntan qué son, a qué obedecen y qué sentido tienen, cosa que extrañaría al que no conozca la tradicional apatía de los profesionales sanitarios por estos temas aunque les afecte tan directamente. Más aún cuando ese método nunca ha demostrado una eficacia solvente a la hora de mejorar la calidad del servicio, y mucho menos su tan cacareada eficiencia.²

En este artículo intentaré aportar algo de información respecto a lo que creo que es el verdadero sentido de la DPO y de otro elemento muy querido para el

La efectividad de esos sistemas para mejorar la calidad de la atención está poco establecida, según el trabajo de S. Peiró y A. García-Altés

management, el de la excelencia.

¿Qué sabemos? Después de casi 20 años de aplicación de DPO deberíamos tener un buen corpus de información, un modelo de gestión como el *management* cuyos postulados se caracterizan, entre otras cosas, por una exhortación compulsiva de la evaluación, la eficiencia y la búsqueda continua de la calidad y la excelencia. Pues parece ser que no es así, según el excelente trabajo de S. Peiró y A. García-Altés³, en el que se resumen las evidencias empíricas de mayor interés para este tema. Parece que los señores gestores no han estado muy diligentes a la hora de evaluar las medidas que han tomado y han afectado a numerosos profesionales y posiblemente a la calidad del servicio, o tal vez sí y las han obviado. El caso es que del trabajo se desprende que la efectividad de esos sistemas para mejorar la calidad de la atención está poco establecida, ya que los trabajos estudiados tienen una validez externa muy limitada y resumen la literatura médica revisada como de baja calidad metodológica, con resultados inconsistentes y contradictorios en cuanto a su impacto en la mejora de la calidad y a su coste-efectividad. Simplemente no hay estudios.

En dicho artículo también se mencionan los riesgos del sistema que todos podemos reconocer:

1. Orientación a la reducción de la infrautilización, por el que algunos indicadores tienden a corregir la subtutilización de ciertas medidas con el riesgo de producir una sobreutilización, por ejemplo: aumentar el uso de betabloqueantes en prevención secundaria del infarto de miocardio o el uso de antibióticos en las primeras 24 horas de la llegada al hospital en la sospecha de neumonía con el riesgo de dar antibióticos a todos los pacientes con fiebre. Ello puede derivar en una sobreutilización de servicios no efectivos.

2. El efecto lupa, que consiste en concentrar los indicadores en las actividades fáciles de medir, incluida la

prescripción de ciertos medicamentos. El riesgo es la sobreutilización de servicios de escaso valor clínico con el descuido de otros mucho más importantes. También puede centrar en exceso la actividad del profesional en unas áreas en detrimento de otras. Otro riesgo es que convierta esos objetivos en diana de grupos con intereses especiales que presionarán para que sus prioridades ganen relevancia en la actividad clínica diaria a través de los indicadores (en los EE. UU. se ha visto que el interés por el control de la HbA1c y su reflejo en los indicadores ha sido influenciada por la farmaindustria). Así, se ve que tres cuartas partes de la población británica no padece ninguna de las enfermedades incluidas en el NHS Quality and Outcomes Framework y buena parte de los indicadores de calidad utilizados, incluso por el NHS, se refieren a cuidados de valor no demostrado que compiten con otros más prioritarios por los recursos.

3. La afectación sobre la equidad, que es una dimensión importante de la calidad y no se suele hacer muchos estudios al respecto, para orientar la organización hacia la reducción de las desigualdades. Los indicadores deberían estratificarse por nivel socioeconómico, sexo, grupo étnico, y eso se olvida en el diseño de los objetivos. En el Reino Unido se ha demostrado que las consultas de las áreas más desfavorecidas muestran peores indicadores y los centros de esas áreas quedan penalizados. Si se vinculan retribuciones a los indicadores, existe el riesgo de intentar excluir a esos pacientes y perpetuar la baja retribución de los centros con poblaciones más deterioradas.

4. La validez de los indicadores debería tener una relación causal sólida entre los niveles alcanzados en los indicadores para medir la calidad y las mejoras en resultados clínicos relevantes, pero la literatura médica es muy poco consistente a este respecto y para los autores del estudio la ausencia de una clara relación entre ambos términos es patente y hay elementos para pensar que los beneficios esperables en la práctica real serán, en muchas ocasiones, mínimos. Esto nos indica que la construcción de los indicadores no atiende a las necesidades reales de calidad asistencial e incluso de las necesidades reales de la población.

5. La ingeniería documental y marrullerías con los datos es otro de los peligros evidentes y que requiere pocas explicaciones, pero hay un aspecto consecuencia de esto que suele pasar desapercibido. De hecho, los autores no lo mencionan y a mí me parece de capital importancia. Es el hecho de que falsear los datos de la historia clínica puede llegar a inutilizarla como documento de información veraz sobre el paciente, de tal manera que de ser asistido por otros profesionales distintos al habitual puede

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**

l llevar a una situación de alto riesgo y encontrarte ante la disyuntiva de creerse lo que pone en la historia y propiciar errores de importancia, o no creerla y actuar como si no existiera. Este hecho nos retrotrae a las épocas en las que se trabajaba sin historia clínica, es decir, seguimos avanzando vertiginosamente hacia el pasado.

6. La deficiente aplicación de las guías clínicas. Para aplicarse prudentemente según la experiencia clínica, las guías con recomendaciones requieren un lenguaje flexible para comprender muy diversas situaciones y, por tanto, con amplias zonas grises de incertidumbre. Los indicadores son valores cuantitativos cerrados y rígidos que no pueden incluir a todos los tipos de pacientes ni todos los aspectos de la atención a un determinado problema. Por ello, estos indicadores tienden a priorizar la prestación de cuidados de mínimo valor en pacientes de bajo riesgo y no deben esperarse grandes beneficios de esta estrategia, pudiendo premiar el uso de tratamientos especulativos de alto coste, un ejemplo que ponen los autores: la retinografía anual a los diabéticos.

7. El impacto sobre la motivación de los profesionales. Se ha visto que tienen un efecto negativo sobre la motivación de los profesionales —especialmente si generan conflictos internos—, porque socavan la motivación intrínseca de la profesión, que en el caso de la medicina es muy elevada, al traducirse en diferenciales retributivos guiados por factores externos a la propia actuación médica. Es decir, nos preocupa especialmente la salud de la población y nuestras decisiones afectan a la salud de pacientes concretos —tomamos más de treinta decisiones al día con esa carga— y ese sí es un verdadero factor de motivación intrínseco, el “*primum non nocere*” que se nos inculcó aunque no en el marco de la empresa que puede conculcar ese principio con sus estrategias contables. Fue por eso que algunos trabajamos para que la comisión deontológica colegial dictaminara sobre la pertinencia deontológica de esas DPO y, aunque tarde y no de motu proprio, lo hizo admitiendo que deontología y DPO tenían un encaje más que conflictivo. Por otro lado, el peso de la organización marca sobremanera la calidad de la actuación del profesional y los indicadores sólo señalan las decisiones individuales, por lo que oculta más que lo que indica. Además, lo que oculta es, en parte, el peso en la calidad asistencial de la mala gestión, el evaluador se evade.

Tras lo expuesto, se evidencia ineficacia en la mejora de la calidad y gran potencial (ahora ya demostrado) para deteriorar los servicios: ¿Por qué se sigue con las DPO? Sólo se me ocurren tres causas:

La primera es el ahorro. Si el que evalúa es el que premia o penaliza, la

tentación de hacer inalcanzables los objetivos, ya sea a priori y a posteriori, es muy grande. Por otro lado, los premios representan un incremento no lineal de las retribuciones y se hace selectivamente. Se puede dar el ahorro a la empresa por esa vía, de hecho se da, sobre todo cuando se vincula un concepto coyuntural (se pueden modificar cada año) como son los objetivos a un concepto estático —por ejemplo, la carrera profesional como ocurre ahora— y se repercute en dos aspectos de los emolumentos del profesional.

Otras posibles causas no tan visibles son las que indica J. Irigoyen⁴: estratificar los costes de la asistencia construyendo actos médicos automatizados de baja calidad determinados por la asistencia. Eso explicaría que los indicadores sobrepasen de la asistencia construyendo actos médicos automatizados de baja calidad determinados por la asistencia. Eso explicaría que los indicadores sobrepasen de la asistencia construyendo actos médicos automatizados de baja calidad determinados por la asistencia. Eso explicaría que los indicadores sobrepasen de la asistencia construyendo actos médicos automatizados de baja calidad determinados por la asistencia. Eso explicaría que los indicadores sobrepasen de la asistencia construyendo actos médicos automatizados de baja calidad determinados por la asistencia.

(como si antes no lo fuera). Para ello, el alto nivel de autonomía profesional de antaño (no era fácil controlar lo que el profesional decidía bajo criterio técnico puertas adentro de la consulta) resulta un obstáculo y las DPO representan un tipo de control transversal. La consulta se deslocaliza y el poder se transfiere a sistemas de información y evaluación que desestabiliza el orden organizacional anterior e instaura uno nuevo. Es, pues, una lucha de poder que adquiere un tono autoritario cuando, al fin, llega a evaluar el nivel de compromiso con la empresa, tema conflictivo porque para el profesional lo que primaba hasta entonces era el compromiso con el paciente. Así que su situación lo puede llevar a un conflicto entre empresa y profesional, ya que pretende entrar en la subjetividad del mismo. Eso es así porque el *management* encubre un sistema de poder basado en la fuerza y la lógica de los resultados se impone a la de las personas.

El management pretende en último extremo construir nuevas subjetividades más disciplinadas y acordes con sus objetivos haciendo que los interioricen de forma que la clasificación, la calificación y la corrección sean las mismas, pero introduciéndoles el prefijo auto.

En el caso de las nuevas cohortes de profesionales, puede que lo consiga da capo, ya sea en el inicio del ejercicio o modificando los principios formativos en la universidad; pero con las cohortes precedentes eso se hace a costa de violentar la racionalidad de la profesión sanitaria previa con otra, la de la gestión, que le es totalmente extraña, por lo que se produce una confrontación en el terreno simbólico y cultural con un conflicto de valores y de sentido del trabajo que generan patología⁵, desmotivación e incluso desafección entre los profesionales.

Poder y ahorro: eso recuerda mucho a la famosa frase de un político conservador español de principios del siglo XX: “Todo es interior y economía y el resto es poesía.”

La excelencia es el otro gran tótem del gerencialismo. Ya se han ido apuntando algunos aspectos de la misma a lo largo del artículo. Las palabras no son inocentes y su uso, menos. ¿Por qué se ha elegido la palabra excelencia? ¿Por qué no magnificencia o cualquier otra? En mi opinión, se usa *excelencia* porque conlleva un término comparativo. Proviene del verbo latino *excellere* (“sobresalir”) y quiere decir que está por encima de otros de su especie o de lo

común, la misma palabra ya conlleva un germen de competencia que es un pilar básico del gerencialismo. Por otro lado, es una lucha que, planteada en los términos del *management*, es contradictoria y lleva a una presión explosiva del individuo. Contradicción: si todos somos excelentes, nadie sobresale, nadie es excelente. Explosivo: porque llegado a ese punto de todos son excelentes, hay que cambiar los indicadores de excelencia para perseguir una nueva forma de sobresalir, con lo cual no es alcanzable y lleva a la extenuación anímica y física.⁶

Siempre me he preguntado por qué los profesionales de la salud somos los únicos de entre todos los profesionales de los servicios públicos —ni abogados del Estado, ni jueces, ni ingenieros, ni arquitectos lo hacen— que están dispuestos a exigirse una acreditación continuada y ponerla en manos de sus superiores jerárquicos de la gestión en un acto que se me antoja casi de autoinmolación, habida cuenta de cómo utilizan éstos todos los recursos de que disponen para hacer sentir su poder, con frecuencia arbitrario, sobre nosotros. Ahora, el látigo se lo damos sumisamente nosotros mismos. Tanto más extraño me resulta por cuanto me consta que la mayoría de los que yo conozco, y son muchos, siguen formándose durante toda su vida profesional a un ritmo importante y sin aflojar en sus intereses. Como anécdota puedo contar que una administrativa se quejaba entre desolada y admirada, enterrada en una montaña de carpetas, por el enorme volumen de certificados de cursos que tenía que compulsar de cada uno de los profesionales para la solicitud de la carrera profesional. Su comentario tras un hondo suspiro fue: “Estudian ustedes mucho, ¿no?”

¿A qué viene, pues, concederle la dirección de lo que debo aprender y renovar a los gestores? Eso es tanto o más peligroso por cuanto que se les concede un arma de discriminación sujeta a su arbitrio que derivará posiblemente en clasificaciones ajenas a la cuestión técnica o hacia unos criterios desacordes con el ejercicio profesional cotidiano.

No es difícil de entender si tenemos presente que el gerencialismo maneja un conjunto de representaciones y valores que proponen un ideal común suscitando la adhesión de los individuos y una ética de empresa, usando para ello ideas y conceptos que, en principio y racionalmente, son fácilmente aceptables: las evaluaciones son necesarias en cualquier proceso, la calidad es importante, ¿quién renuncia a ella? La formación es imprescindible para ello. Además, ligan bien con ese prurito formativo de los trabajadores intelectuales y el sentimiento de necesidad de no perjudicar al paciente que se traduce en un “hacerlo bien” en el caso de

los sanitarios. Sin embargo, y por otro lado, también es cierto que concuerda bien con un cierto espíritu narcisista de muchos profesionales⁷ reforzado por los resultados visibles de los indicadores prefabricados y que tienen como elementos aceleradores el omnipresente espíritu de competencia —premisa fundamental del *management*⁸— y la génesis de esas nuevas subjetividades, ya mencionada, en las nuevas cohortes. Los efectos de depresión, ansiedad, desmotivación, desafección, despersonalización, son correlatos casi necesarios de esa búsqueda de la falsa excelencia que irán apareciendo a diferentes velocidades y etapas. Ese estado de permanente movilización determinado por la evaluación conduce al incremento de malestares con una rica variedad de estados de crisis personal, creatividad desbocada en la falsificación y simulación, la hiperadaptación anómica y distintos tipos de fugas⁹ que todos hemos podido observar a nuestro alrededor y, por qué no, en nosotros mismos.

No es casual que la consideración y prevención de los riesgos psicosociales ya tengan fuerza normativa y proliferen los cursos y trabajos de investigación al respecto. Forman ya parte de nuestro acervo de conocimientos recientes, porque la patología generada por el *management* es abundante y también nos afecta a los profesionales sanitarios. Para eludirla, hoy por hoy, sólo nos queda centrarnos en las necesidades reales de los pacientes aun a costa de nuestro bolsillo o, si se necesita el incremento retributivo que suponen, cosa muy legítima por otra parte, intentarlo sin trampas y sin enfrentamientos entre colegas ni dejar la salud en ello, no vayamos a caer en eso que llamamos riesgos psicosociales en el trabajo.

Dr. Luis-D. Capacete Novo

BIBLIOGRAFÍA

- 1 M. Martín García y M. Sánchez-Bayle. “Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades”. Informe SESPAS 2004.
- 2 S. Peiró y A. García-Altés. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008.
- 3 Ídem.
- 4 J. Irigoyen. La metamorfosis de la evaluación. Salud 2000 año XXIII. N.º 129. Noviembre 2010.
- 5 V. de Gaulejac: La société malade de gestion: idéologie gestionnaire, pouvoir managerial et harcèlement social. Paris: Editions du Seuil.
- 6 Nicole Aubert y V. de Gaulejac. El coste de la excelencia. Ed. Paidós.
- 7 Ídem.
- 8 M. Henri-Coll. “Las falacias del management”. E-book.
- 9 Opus cit. J. Irigoyen.





Els metges també gestionem Mutual Mèdica

Mutual Mèdica és una entitat de previsió social sense ànim de lucre, creada per metges i al servei dels metges. El Consell d'Administració està format exclusivament per metges, que vetllen per oferir les assegurances específiques que el nostre col·lectiu necessita. La gestió dels recursos amb seguretat i prudència ens permet oferir la màxima capacitat asseguradora amb la màxima garantia: el marge de solvència de Mutual Mèdica és 3,8 vegades el mínim legalment exigít.



MutualMèdica

De metge a metge

