

BUTLLETÍ MEDIC

Col·legi Oficial
de Metges de Lleida



Número 128 · Setembre del 2018

El Dr. Joan Viñas Salas, Creu de Sant Jordi



**A l'octubre,
continuen els
cursos bàsic i
avançat d'anglès
del COMLL**

**Cal una prova
específica per
accedir a les
facultats de
Medicina?**

**Serveis
assistencials
terciaris que
es poden fer a
Lleida**



La teva salut és el més important per a nosaltres.

25 anys treballant amb les companyies líders per oferir-te la millor assegurança de salut.

FIATC

agrupació
Assurances du Crédit Mutuel

DKV
Salud y seguros médicos

asefa
salud

AXA

MÚTUA
General de Catalunya

Demana més informació sense compromís

* Exemple calculat entre les diverses ofertes asseguradores del mercat. Prima neta de 2018 per assegurat de 0 a 65 anys d'edat amb un mínim de dos assegurats. Subjecte a la normativa vigent de contractació de la companyia.

Informa't ara

Rambla d'Aragó, 14, Pral.
Lleida

900 10 47 22 @ medicorasse@med.es

Creu de Sant Jordi per a un bon metge i una bona persona

El Govern de la Generalitat de Catalunya ha atorgat la Creu de Sant Jordi al Dr. Joan Viñas Sala per la seva trajectòria professional, la contribució a la recerca i el seu compromís en la gestió del sistema públic català de salut, entre altres valors. El Dr. Viñas també va rebre fa uns mesos la Insignia d'Or de la professió de mans del Consell General de Metges de Catalunya.

El company Joan Viñas, que va néixer a Mataró però va forjar les seves arrels familiars i professionals a Lleida, és actualment cap del Servei de Cirurgia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i membre numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, que també va presidir durant uns anys. Els seus mèrits com a metge i com a persona l'han dut a exercir càrrecs de gran responsabilitat, que sempre ha desenvolupat amb capacitat i dedicació. El fil conductor de la seva activitat professional ha estat i és la bioètica —matèria de la qual és professor a la Universitat de Lleida— i ha contribuït a la recerca i a la implementació de comitès d'ètica als centres sanitaris catalans.

És habitual veure'l participar en el Consell de Redacció del BUTLLETÍ MÈDIC, on, després d'escoltar, aporta opinions i saviesa amb humanitat i generositat. Recentment, amb motiu de la publicació del seu llibre *Com viure amb la malaltia des de l'experiència d'un malalt cristià*, Viñas va fer unes declaracions a un mitjà de comunicació, en què va dir que "el professional de la sanitat ha de ser un bon metge i un metge bo". La definició li escau.

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
Josep M. Auguet Martín
Manel Camps Surroca
Joan Carrera Guiu
Josep M. Casanova Seuma
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté

Josep M. Greoles Solé
María Irigoyen Ontiñano
Íñigo Lorente Doria
Jordi Melé Olivé
Vincenzo Palavicino
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Rosa Pérez Pérez
Josep Pifarré Paredero

Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas
Director:
Joan Flores González



ÍNDEX

- 5** Lliurament de la Creu de Sant Jordi al Dr. Joan Viñas Salas
- 6** El COMLL, contra les expectatives creades per tractaments amb teràpies no validades
- 8** Continuen a l'octubre els cursos bàsic i avançat d'anglès del COMLL
- 8** El Col·legi ha tramitat 1.176 declaracions de Reda de la col·legiació
- 9** Actes de comiat i benvinguda als metges residents
- 10-15** Debat sobre si s'ha d'implementar una prova específica per accedir als estudis de Medicina
- 23** Anul·lada la creació de l'especialitat de Psiquiatria del Nen i de l'Adolescent
- 24-29** Serveis assistencials que podem fer a Lleida: codis, cirurgia pediàtrica, malalties genètiques i minoritàries
- 30** La veritat sobre els aliments saludables y no saludables

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
ÀGORA Comunicació,
Assessoria i Mediació, SL
Correcció: Torsitrad
Publicitat: Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Fotomecànica:
Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL

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

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves darreres sessions i fins al 26/07/2018, ha acordat i tractat els assumptes següents, entre d'altres:

- Informació sobre les eleccions el 30 de juny del secretari general i del vicepresident primer del Consejo General de Colegios Médicos. Van ser elegits els Drs. José María Rodríguez Vicente i Tomás Cobos Castro, respectivament. El president del Col·legi, Dr. Ramon Mur, va formar part de la mesa electoral com a president de menys edat.

- Admissió de l'alta al Registre Col·legial de Societats Professionals de l'empresa Vitasalut Urgell, SLP, a la qual s'ha assignat el número 2500038.

- Informació sobre la reunió de la Junta de Govern amb la Comissió Deontològica per tractar diversos assumptes, com ara la revisió del Codi de Deontologia amb la participació de la col·legiació, guardar l'anonimat d'expedients, activitats formatives relacionades amb la deontologia i altres.

- Donar suport al manifest de la Secció de Metges Residents del Col·legi, en la línia de l'efectuat per la Representant Nacional de Metges Joves de l'OMC sobre la situació del col·lectiu.

- Condemna del COMLL a l'agressió a un metge en el seu lloc de treball a Camarena (Toledo).

- Acord d'actualitzar el domicili professional dels col·legiats i les col·legiades.

- Sol·licitud a la col·legiació perquè formulin propostes d'activitats formatives per al proper curs 2018-2019.

- Fer públic el comunicat de condemna rotunda a qualsevol tipus d'acte que pretengui generar falses expectatives respecte a l'evolució i els tractaments de malalties a partir de teràpies no convalidades per la comunitat científica i que, a més, exclouen el seguiment dels tractaments científicament aprovats.

- El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya ha elaborat un document de posició sobre els principis per a l'ús mèdic de les teràpies complementàries.

- Posar en funcionament un Directori Mèdic d'Exercici Privat, en col·laboració amb el Consejo General de Colegios Médicos, on figuraran tots aquells professionals que exerceixen en aquest àmbit i que ho sol·licitin.

- Informació de la vicepresidenta del Col·legi, Dra. Puigdevall, sobre la V Jornada Europea del Consejo General de Colegios Médicos, *Retos y orientaciones futuras del sector sanitario y la profesión médica en la UE*, a la qual va assistir el 29 de juny, i de l'Assemblea de Vocals de Medicina Privada del mateix Consejo General, que es va celebrar el 20 de juliol.

Ordas, Ramón Ángel Cabo Gambín, Daniel Perejón López, Jaume Tur Martínez, Anaïs Ruiz Vegas, Aly Hamadi, Pau Cid Bertomeu, José Javier Bilbao La Vieja Román, Shezade Bestene Medina, Iron Jhoon Sano Lovera, Ester López Fernández, Ismael Óscar Aceña Lujano, Mariela Andrea Carboni Muñoz, Rocio Soledad Gutiérrez, Silvia Lizette Reinosa Díaz, José Cardona Serra, Carmen Cecilia Pirela Uzcategui, Lucia Alquézar Villaroya, Miriam Tibisay Durán Maldonado, María Pilar Cuadrat Chico, Fabio Aníbal Rojas, María Magdalena Turno Fernández i Daniel Martí Vidal.

BAIXES
El Col·legi ha registrat 13 baixes en aquests tres mesos. Entre les baixes, figuren les defuncions dels col·legiats Dr. Antonio Rodríguez Rodríguez y Dr. Emiliano Astudillo Doménech.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats/des honorífics/ques el Dr. José María Buitrón Fernández, el Dr. Jaime Falip Cuñat, el Dr. Alejandro Andreu Lope, el Dr. Salvador Vila Brescó, el Dr. Rubén Darío Muñoz Montastruc, la Dra. Ana María Chauan Salazar i el Dr. José María Bonet Porqueras.

Total col·legiats el 31/07/2018: 1.871

Moviment col·legial els mesos de maig, juny i juliol de 2018

El COMLL ha registrat 63 altes durant els mesos de maig, juny i juliol de 2018: Núria Mitjans Rúbies, Sara Sánchez García, Jaime Mallandrich Xufre, Mariona Baraldés Rovira, Marta María Sánchez Cazalilla, Elena Canal García, Agustí Marfany Pluchart, Adriana Rubio Páez, María Núria Torres Monclús, Nieves Raquel Ruano Esteban, Mónica Ruth Palacios López, José Alejandro Álvarez Gutiérrez, Samuel Pàmpols Pérez, Miriam Oros Ruiz, Cristina Molins Rojas, María Lamana Villegas, Marijke Sneyers Closa, Ona Pallisé Subirats, Lourdes Sala Climent, Jorge Rubio Ruiz, Carina Rodríguez Luque, Arnau Gisbert Solà, Nieves Redondo López, Carla Miró Balles-té, Andrea Marta Lozano Beberide, Maria Vidal Vernet, Covadonga Sánchez-Ostiz Gallego, Amaia Cabasés Ordóñez, Paula Paredes Buigues, Andrés Martín Cucó, Rafael Marco Carmona, Ignacio Barriuso Barrado, César Alonso Salamanca Ontiveros, Silvia Beltrán Cubero, Ferney David Gómez Báez, Carlos José Gómez Delgado, María de los Angeles Ramírez Blanco, Jone Arriola Arbeláiz, Leyre Liesa Delgado, Sara Vázquez González, Jara Gayan

La Dra. Irigoyen, secretària del COMLL, a la XIII Trobada RESCOM

La Dra. María Irigoyen, secretària de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), va assistir a la XIII Trobada RESCOM, el congrés de responsables de comunicació dels col·legis de metges. La trobada es va celebrar els dies 7 i 8 de juny a Logronyo. Els representants col·legials van tractar sobre la comunicació en directe i digital i la formació de portaveus com a reptes de futur als quals s'enfronta la professió.



Per la dreta, la secretària de la Junta de Govern del COMLL



El president del Parlament, Roger Torrent, felicita el Dr. Viñas al Palau de la Música

Lliurament de la Creu de Sant Jordi al Dr. Joan Viñas Salas

El president de la Generalitat de Catalunya, Quim Torra, va lliurar el 23 de juliol la Creu de Sant Jordi al Dr. Joan Viñas Salas, nascut a Mataró l'11 de desembre de 1950 i cirurgia de professió. Els mèrits per atorgar-li la màxima distinció de Catalunya són "la seva reconeguda trajectòria professional en l'àmbit de la salut i la contribució al sistema d'educació superior i a la recerca". El Govern català afegia que "el seu compromís sostingut en la gestió del sistema públic català de salut de Catalunya li ha valgut el reconeixement del sector".

Des que Joan Viñas es va llicenciar en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona, on també va obtenir el doctorat, fins ara han passat molts anys. El primer record que els professionals sanitaris de Lleida conserven d'ell és la imatge d'un metge senzill, de serrell rebel, que va aterrar al servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV). Als anys 70 del segle passat, l'estructura sanitària de Lleida gairebé estava formada per compartiments estancs en mans de jerarquies mèdiques tradicionals, que respectaven i mantenien intactes les seves àrees davant de possibles competències.

Joan Viñas, sense aldarulls, va fer una cosa insòlita per l'època: formar un equip i professionalitzar el servei d'Urgències de l'HUAV. Una infermera, membre destacada del sindicat de CCOO, va comentar aleshores en la sectorial de Sanitat d'un partit d'esquerra que "ens ha arribat un bon metge, tot i que és catòlic, que vol posar l'atenció professional en els pacients per sobre dels seus interessos personals".

A més, aquell jove metge va impactar

La distinció reconeix la seva trajectòria professional, docent i de recerca

per la seva defensa del sistema públic de sanitat i perquè parlava de la necessitat de constituir comitès d'ètica als centres sanitaris, unes eines desconegudes fins aleshores. Així, entre el 1995 i el 2003, va presidir a l'HUAV el Comitè Ètic de Recerca Clínica i el Comitè Ètico-assistencial entre els anys 1994 i 2000.

La cirurgia i la bioètica són els eixos centrals de la seva carrera professional com a catedràtic i professor, que encara manté activa. I ho són des de la pràctica clínica fins a la docència a la Universitat de Lleida. Una universitat de la qual ha estat degà de la Facultat de Medicina des del 1995 fins al 2001, i rector durant el període 2003-2011.

A banda d'aquestes responsabilitats, ha publicat 350 estudis de recerca experimental i bàsica sobre la carcinogènesi de còlon i la bioètica. Ha tingut també disponibilitat i voluntat per dirigir 12 tesis doctorals.

Al llarg de la seva experiència professional, ha estat president de la Reial Acadèmia de Medicina, i en l'actualitat n'és membre numerari. Des del 2010, és també membre numerari de l'Institut

d'Estudis Catalans. A més, d'acord amb les seves creences, ha format part de la Pastoral de Salut del Bisbat de Lleida i de la direcció acadèmica de la Pontificia i Reial Acadèmia Mariana de Lleida. També ha presidit l'Associació Antisida de Lleida.

La tasca del Dr. Viñas va ser reconeguda a finals del 2017 pel Consell General de Metges de Catalunya, que li va concedir la Insígnia d'Or de la professió. El Consell ho va fer "pels mèrits desenvolupats al llarg de la seva dilatada trajectòria professional al servei del professionalisme mèdic i de l'ètica".

Malgrat els càrrecs, les responsabilitats i les distincions, Joan Viñas Salas conserva la seva senzillesa juvenil.

El llibre del Dr. Viñas

Joan Viñas viu des de fa tres anys amb un càncer de ronyó amb metàstasi. Li van demanar que escrivís sobre la seva experiència i va acceptar. Publicacions de l'Abadia de Montserrat li ha publicat *Com viure amb la malaltia des de l'experiència d'un malalt cristià*. L'obra descriu què esperen els malalts dels professionals de la salut.

El llibre s'adreça tant a malalts ateus com creients. Viñas considera que, en l'actual món consumista i de presses, la malaltia dona l'oportunitat de preparar-se per expirar l'últim alè. Així mateix, explica la seva experiència sobre com informar les famílies dels pacients.



EL COMLL, contra les expectatives creades per tractaments amb teràpies no validades

La Junta de Govern del COMLL va fer públic el 30 de juliol un comunicat sobre les expectatives creades per tractaments amb teràpies no validades. El comunicat afirmava, d'acord amb "el seu compromís adquirit amb la societat, amb la regulació de la professió mèdica i amb l'escrupolós compliment del Codi Deontològic i la pràctica mèdica basada en l'evidència científica com a base fonamental per a la praxi (...), promoure i exercir la vigilància i el control de les actituds i les pràctiques mèdiques que no responguin als

requeriments ètics i científics que el correcte exercici de la pràctica mèdica requereix, i condemna rotundament qualsevol tipus d'acte que pretengui generar falses expectatives respecte a l'evolució i el tractament de malalties a partir de teràpies no validades per la comunitat científica que, a més, exclouen l'ocupació dels tractaments científicament aprovats per a aquests.

Considerem pervers promulgar tractaments que, a més de limitar l'accés a les teràpies adequadament orientades i aprovades científicament per al

seu abordatge, suposen una pèrdua d'oportunitat per a la favorable evolució, recomanen l'ús de remeis curatius que suposen un atemptat contra la salut i que han estat reiteradament denunciats per la seva perillositat per les autoritats sanitàries, societats científiques, col·legis professionals i associacions de pacients.

Davant la convocatòria de pròximes xerrades divulgatives sense base científica que representen un risc per a la salut pública i que s'aprofiten de la seva capacitat de promoció i de la vulnerabilitat pròpia de la malaltia i les seves conseqüències emocionals, hem posat en coneixement aquesta activitat al Departament de Sanitat i manifestem el nostre compromís permanent amb la ciutadania i la pràctica mèdica d'excel·lència, segura, accessible i basada en l'evidència científica que vetlli pel respecte i el compliment del Codi Deontològic.

Junta de Govern del COMLL
Lleida 30 de juliol de 2018

El Dr. Esteve Amigó guanya el Premi de Poesia del XVIII Concursos Artístics

La Secció de Metges Jubilats del COMLL organitza aquest apartat

El Dr. Esteve Amigó, de Vilassar de Mar, va guanyar el Trítol de Bronze de Poesia del XVIII Concursos Artístics del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya amb el poema *Pels camins del temps*. La secció de metges jubilats del COMLL organitza aquest apartat i el jurat del certamen es va reunir a Lleida. El lliurament dels premis de les diferents categories dels concursos artístics va tenir lloc al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i va participar-hi el Dr. Albert Lorda, president de la Secció de Metges Jubilats de Lleida. Posteriorment, els membres dels jurats i els guardonats van visitar l'Ajuntament de Barcelona, on els va rebre l'alcaldeessa, Ada Colau, i el Museu Arqueològic.

Pels camins del temps

*Camins fonedissos, ara que el temps s'acaba.
Obres d'un passat inoblidable
Que perviu intensament en la memòria.
Molts boscos han fugit i branques de ciment
han crescut on els nostres braços
s'entrelligaven frenèticament.
L'hivern s'ha endut tota la força d'aquell vent
que aixecava passions i arrossegava esperances.
La teva veu, i l'aire suau d'aquesta nit de desembre,
m'han regalat flaires perdudes,
d'una antiga primavera
i una sobtada esgarripança
ha colpit de nou la meua pell.
No tornaran, però, mai més aquells cants
que cada matí
anunciaven un dia resplendent.
Però, aquesta nit, perdut entre la fosca,
devallant pels camins del temps,
sentint la teva veu
he cregut que somniava.*

POESIA GUANYADORA



Guardonats en l'edició d'enguany del concurs

Visita dels metges jubilats al monestir de Santes Creus i a Valls

Membres de la Secció de Metges i Metgesses Jubilats i Jubilades i les seves famílies van visitar el 14 de juny el monestir de Santes Creus. Després de veure aquest exemple de l'orde del Cister, els assistents es van reunir en un dinar de germanor.

A la tarda, els jubilats van desplaçar-se a la localitat de Valls. Allí van visitar l'antic Hospital de Sant Roc, la plaça del Pati, la capella del Roser, la plaça del Blat, l'Ajuntament i l'església de Sant Joan.

Lliurament d'orles a la 4a promoció de graduats en Medicina a Lleida

El lliurament de les orles a la quarta promoció de graduades i graduats en Medicina a la Facultat de Lleida va tenir lloc el 19 de maig a la Seu Vella. La Dra. Beatriz Mothe Pujadas, metgessa a la Unitat de VIH i Malalties Infeccioses de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona i investigadora clínica a l'Institut de Recerca de la Sida IrsiCaixa, va apadrinar la promoció.

La Dra. Mothe, que va impartir la lliçó magistral *Els metges i les metgesses d'avui. Docència, assistència i investigació*, va recordar la seva experiència des de l'època d'estudiant fins a l'actual etapa professional. A més, va explicar com havia aconseguit conciliar els tres vessants d'assistència, docència i recerca gràcies a la seva curiositat i passió per la professió.

En representació del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, va formar part de la taula presidencial de l'acte la Dra. Margarita Puigdevall, vocal de la Junta de Govern, juntament amb les autoritats acadèmiques. La Dra. Puigdevall va lliurar un exemplar del Codi Deontològic a cadascun dels graduats.

Fotografies: Universitat de Lleida



Taula presidencial del lliurament d'orles a la Seu Vella de Lleida



Graduats en la quarta promoció de la Facultat de Medicina de Lleida

Condemna del COMLL a l'agressió d'un metge a Toledo

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va fer pública el 15 de juny la seva condemna a l'agressió patida per un metge a Camarena (Toledo) mentre realitzava un acte mèdic en un domicili particular. El comunicat col·legial denunciava novament "la indefensió i desprotecció per a l'exercici de la professió en determinats àmbits".

El comunicat ratificava també el compromís del COMLL amb els professionals i amb la societat "perquè aquest



Concentració de rebuig a l'agressió del metge de Toledo

tipus de successos siguin denunciats i perseguits per contribuir així a l'estratègia nacional, que vetlla per la seva identificació i sanció". A més, expres-

sava "el nostre afecte i solidaritat amb la seva família, amics i companys", tot desitjant una prompta recuperació del professional agredit.

Continuen a l'octubre els cursos bàsic i avançat d'anglès del COMLL

Augmenta la matriculació d'alumnes

Els cursos bàsic i avançat d'anglès, organitzats pel COMLL, que imparteix la professora Teresa López continuaran a partir del mes d'octubre, atesa la bona rebuda que han aconseguit. El curs 2016/2017 va comptar amb nou alumnes al curs bàsic i vuit a l'avançat, mentre que tretze alumnes van seguir les classes de nivell bàsic en el curs 2017/2018 i tretze més, les de nivell avançat.

El curs bàsic seguirà amb el llibre iniciat el 2017/2018 amb la utilització de materials addicionals per potenciar els aspectes orals i auditius. Es treballarà la consolidació dels temps verbals, la coordinació i subordinació de frases, l'ús de les preposicions i els comparatius i superlatius, entre d'altres. Les classes es faran els dilluns, de les 17.45 a les 19.15 hores, a la seu col·legial. Pel que fa al curs avançat, les classes se seguiran estructurant al voltant de projectes temàtics amb materials escrits i audiovisuals. A més, s'introduiran activitats de *rol* a suggeriment de l'alumnat com a estratègia per reforçar la fluïdesa oral. S'incidirà en el connectors, la morfologia i el lèxic, entre altres aspectes. Les classes es desenvoluparan els dimarts, de les 17.30 a les 19.00 hores, al COMLL.

Segons la professora, els temes que més interessen als alumnes del curs bàsic són defensar-se en una conversa de situacions diàries. L'alumnat del nivell avançat espera poder ja expressar-se i entendre's en situacions professionals i científiques.

Els alumnes de tots dos nivells van celebrar la cloenda del curs passat.



Acte de comiat dels cursos d'anglès 2017/2018

El COMLL ha tramitat 1.176 declaracions de la Renda de la col·legiació

L'Assessoria Fiscal del Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) ha tramitat enguany 918 expedients dels col·legiats i de les seves famílies de l'im-

post sobre la Renda de les Persones Físiques (IRPF) corresponents a l'any 2017, xifra que ha suposat un total de 1.176 declaracions. Així mateix, ha gestionat 80 declaracions de l'impost sobre el Patrimoni.

Com en anualitats anteriors, la campanya de confecció de les declaracions de Renda s'ha desenvolupat durant els mesos d'abril, maig i juny. Aquest és un dels serveis que ofereix el COMLL a la col·legiació. Durant el 2018, el Col·legi ha posat en marxa els nous serveis d'Assessoria Laboral i Informàtica.

Actes de comiat i benvinguda als metges residents

El Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) va celebrar els tradicionals actes de comiat dels metges que van acabar enguany la seva etapa de residents i dels nous professionals que la inicien. El comiat es va fer el 17 de maig i la benvinguda, el 12 de juny, a la seu col·legial.

Els nous residents van ser rebuts per la Dra. Margarita Puigdevall, vicepresidenta del COMLL; el Dr. Alejandro Andreu, en representació de la Mutual Mèdica; la Dra. Alba Guerrero, secretària de la Secció Col·legial de Metges Residents, i la Dra. Alicia Córdoba, representant dels Metges Joves i de Promoció de l'Ocupació de l'OMC. Tots van informar els nous residents sobre diferents temes del seu interès. A més, Mari Àngels Sánchez Facerias, secretària de direcció del COMLL, els va detallar les diverses seccions col·legials que funcionen a Lleida i els serveis que ofereix el PAIM.



D'esquerra a dreta, la Dra. Córdoba, la Dra. Puigdevall i la Dra. Guerrero



Nous residents que van assistir a la benvinguda del Col·legi de Metges



Residents que van acabar aquesta etapa de la seva vida professional

PAIMM

Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addictiu o saps d'un company en aquesta situació, posa't en contacte amb nosaltres i t'ajudarem

S'ha d'implementar una prova específica per entrar a estudiar Medicina?

Des de ja fa molts anys es planteja la necessitat de posar en marxa una prova específica per als estudiants que volen entrar a la Facultat de Medicina.

L'exercici de la medicina requereix que el metge tingui un caràcter, una personalitat determinada —entesa com un conjunt de valors, qualitats, defectes, creences i experiències que distingeixen una persona de les altres sobre la manera de ser—, així com una formació específica, que inclou també l'adquisició d'unes habilitats, aptituds i actituds que, si no se'n té predisposició, són molt difícils d'aconseguir.

És fàcil d'explicar: tractar amb persones malaltes a les quals els va la vida o que quedin amb seqüeles mutilants és molt diferent a altres professions. Donar una bona assistència sanitària és essencial, i cal posar-hi tots els mitjans possibles per garantir-la al màxim.

Els estudis de Medicina són els més llargs de totes les carreres universitàries, ja que duren sis anys, mentre que els altres graus són de 4 o 5 (les enginyeries exigeixen un màster de 2 anys, Veterinària és de 5 anys, i poques més). A banda, després, els ja graduats que vulguin treballar de metges han de passar un dur examen tipus test, el MIR, en què es juguen en un dia el seu futur professional. Si no l'aproven, no poden accedir a cap especialitat, tenint en compte que la medicina general, o metge de capçalera, avui dia, no es pot exercir en la medicina pública si no es té l'especialitat de Medicina de Família.

La durada de les especialitats és de 4 a 5 anys. Per tant, un estudiant de Medicina començarà a treballar de metge després de més de 10 anys d'estudis. Si un jove no té les actituds adequades i ha de deixar d'exercir la Medicina, haurà perdut 10 anys de la seva vida. I si segueix, pot ser una persona frustrada i, a més, pot tenir problemes en el seu exercici professional amb els malalts.

Quin criteri hi ha ara per seleccionar els millors alumnes per estudiar Medicina? Només la nota de tall que obtinguin a l'examen de selectivitat. Tenir un bon expedient acadèmic —per a Medicina és dels més alts de totes les carreres, perquè hi ha molta demanda— garanteix que l'estudiant té qualitats per ser un bon metge? ¿O es requereix alguna cosa específica?

Algunes carreres tenen legalment establertes proves específiques per poder-hi accedir, no val només la nota de tall. Passa actualment en estudis d'Arts i a INEFC. Si el Govern vulgués establir una prova d'accés, sols hauria d'autoritzar-la.

postes en aquest aspecte. Evidentment, no ha de ser una prova d'intel·ligència logicomatemàtica —ja hi ha l'examen de selectivitat—, sinó especialment actitudinal i de personalitat, que si bé no pot assegurar al 100% la idoneïtat del candidat, sí que pot descartar determinats caràcters i patologies, especialment mentals, que no fan recomanable l'exercici de la Medicina.

Alguns proposen seguir el model d'altres països capdavanters, i no fer ni tan sols l'examen de selectivitat, sinó que cada facultat faci la seva prova d'accés, com al nostre país passa amb les facultats de Medicina de les universitats privades —que, per cert, cada vegada n'hi ha més. Així, alumnes amb gran vocació per la Medicina, però menys estudiosos, o que hagin perdut el temps en període de l'adolescència, poden ser recuperats i arribar a ser molt bons metges.

¿Tenir un bon expedient acadèmic garanteix que l'estudiant té bones qualitats per ser un bon metge?

En contra d'aquesta proposta hi ha que el nostre país encara no està preparat per superar els *enchufismes*. Davant d'això, una nota de selectivitat acostuma a ser bastant imparcial, encara que també mostra problemes derivats dels tarannàs dels centres de batxillerat, i de la diferent dificultat d'aquesta, segons la comunitat autònoma, que fa que s'obtinguin notes més altes, entre d'altres.

Altres introduirien la prova específica després de la nota de selectivitat, o bé per facultat, o bé centralitzada en la comunitat autònoma respectiva, per donar menys possibilitats d'influències locals.

Finalment, altres no en volen sentir a parlar, enrocats en la igualtat (relativa, com hem exposat) de l'examen de selectivitat. És el mateix argument emprat per no modificar l'examen MIR i que segueixi sent un botxí per a alguns metges. Aquest examen provoca que alguns residents hagin d'escollir fer una especialitat que no és la que els agrada i de la qual no tenen tantes habilitats i actituds per exercir-la.

El debat està servit. Crec que els governs, les universitats i les facultats de Medicina se l'han de plantejar seriosament sense por d'obrir un meló i seguir fent el de sempre, sense innovar. Almenys s'ha de debatre, plantejar i donar argu-

ments més que suficients per sustentar la decisió que prenguin.

Dr. Joan Viñas Salas

Director del Departament de Cirurgia de la Universitat de Lleida

Degà de la Facultat de Medicina de Lleida 1995-2001

Prova específica per ingressar als estudis de Medicina

Darrerament, en el nostre entorn s'ha entrat en la discussió si seria necessari implementar una prova específica per accedir als estudis de Medicina. La meua opinió és que sí. Intentem justificar-ho i analitzem-ne els avantatges i les dificultats.

Fins ara la selecció dels estudiants que volen ingressar en una facultat de Medicina espanyola pública es realitza sobre la base dels resultats que els candidats obtenen en una prova de coneixements, les anomenades proves d'accés a la universitat (PAU). Són proves de coneixements generals basats en els continguts del batxillerat i que no són específiques per a un determinat estudi concret. En la qualificació final que determina si un estudiant pot finalment



ingressar en uns estudis determinats, l'expedient acadèmic dels estudis previs de batxillerat hi tenen un cert pes. Un dels avantatges, potser l'únic que té aquest sistema, és la transparència i la igualtat, que fan molt difícil, si no impossible, que un estudiant pugui ingressar en uns estudis gràcies a possibles recomanacions. D'altra banda, aquest sistema de selecció exigeix de qualsevol responsabilitat els centres, ja que aquests es limiten a acceptar aquells candidats que li són assignats.

Aquest sistema ens permet afirmar que els estudiants admesos en una facultat de Medicina són, en teoria, uns magnífics estudiants, amb les qualificacions més altes en les proves d'accés i amb uns magnífics expedients. Per tant, podem, en principi, assumir que posseeixen els coneixements necessaris per cursar la carrera que escullin. Però, per contra, no podem assegurar que tots aquests estudiants reuneixin les característiques més adequades per exercir la medicina. Moltes vegades s'assumeix que un estudiant que assoleix les millors qualificacions en els seus estudis previs a la universitat desenvoluparà automàticament totes les competències necessàries per ser un bon metge. Però hem de ser conscients que alguns estudiants no seran aptes per seguir una carrera de Medicina, encara que hagin assolit els estàndards acadèmics necessaris.

La pràctica de la medicina requereix els més alts estàndards de conducta professional i personal. Quan existeixen dubtes fonamentats respecte al comportament o probitat dels candidats, és preferible no admetre'ls en lloc que, posteriorment, hagin d'abandonar els estudis o la professió, amb la conseqüent frustració i pèrdua de temps en aquesta etapa crucial de la vida dels joves. Els candidats a ingressar en una facultat de Medicina haurien de ser conscients que aquests estudiants tenen certes responsabilitats addicionals en comparació amb altres estudiants. Per això, s'esperarien diferents estàndards de comportament professional. En aquest sentit, les qualitats personals i els atributs del potencial metge són tan importants com les qualificacions acadèmiques.

De tot això se'n deriva que és necessari que les facultats de Medicina puguin establir processos de selecció dels candidats que vagin més enllà de la mera avaluació dels coneixements científics i específics, i aquesta necessitat ha estat expressada en diferents estudis.⁽¹⁻³⁾

Un cop acceptada la necessitat de establir una prova específica per a l'ingrés a les facultats de Medicina, la pregunta que es planteja és com hem de fer-ho. En primer lloc, ens hauríem de plantejar quin o quins tipus de proves es podrien establir. Hem de partir de la base que el sistema de selecció que es vulgui emprar hauria de ser vàlid i fiable des del punt de vista psicomètric, sobretot just i transparent, legal i ètic, conegut per tots els implicats i que no donés lloc a males interpretacions. Com en qualsevol sistema d'avaluació, hauríem de ser conscients que un sol instrument no és suficient i, per tant, la fiabilitat del procés s'hauria de basar en la



combinació de diferents tipus d'instruments. Existeixen diferents tipus d'instrument que tot seguit repassarem.

Ens podríem plantejar, en primer lloc, realitzar proves que tinguessin en compte el rendiment acadèmic al llarg dels estudis previs i els coneixements

previs. És cert que ja realitzen un examen de continguts a les PAAU, que podrien ser un punt de partida, però això no impossibilitaria que les facultats que ho desitgessin poguessin implantar com a primer pas un examen de coneixements més específics i més adequats

als estudis de Medicina. No obstant això, també pensem que, atesa la situació actual, aquest requisit podria ser prescindible per tal de no complicar gaire el procés. Però hem d'anar més enllà. Es tractaria fonamentalment d'establir unes proves específiques per fer una segona



selecció que avalués altres aspectes, especialment les qualitats personals no acadèmiques, com ara els tests de personalitat. De fet, la recerca en aquest àmbit ens diu que hi ha correlacions entre els trets de personalitat i el rendiment en determinades professions.⁽⁴⁾ Un altre nivell serien els tests que exploren les aptituds del candidat, com, per exemple, l'UKCAT (UK Clinical Aptitude Test)⁽⁵⁾, que s'utilitza al Regne Unit en la selecció de candidats de Medicina o Odontologia, que explora atributs importants per als professionals de la salut, com el raonament verbal, quantitatiu i abstracte, l'anàlisi de decisions i el judici de situacions; el SJT (Situational Judgment Test)⁽⁶⁾, que enfronta els candidats a diferents escenaris en format escrit o en vídeo i analitza com responen davant de diferents situacions, o el PQA (Personal Qualities Assessment)⁽⁷⁾, que avalua una sèrie de qualitats personals considerades importants per a l'estudi i la pràctica de la Medicina i altres professions sanitàries, com l'agilitat mental, els valors interpersonals i la responsabilitat social, els trets interpersonals i les característiques personals.

Finalment, un altre mètode molt utilitzat actualment, i que, a diferència dels anteriors, comporta l'observació del candidat en acció, són les anomenades minientrevistes múltiples (MMI)⁽⁸⁾, desenvolupades per primera vegada a la Universitat de McMaster, al Canadà, a principis d'aquest segle per a l'avaluació dels seus candidats. Aquesta prova, basada en les conegudes avaluacions clíniques objectives estructurades (ACOE), es basa en una sèrie d'entrevistes

d'uns vuit minuts, aproximadament, en què als candidats se'ls enfronta a diferents situacions o estacions i l'avaluador els observa en el seu desenvolupament. S'exploren aspectes no cognitius, com la comunicació i el pensament crític, i aspectes ètics, com la resiliència, l'empatia, el raonament moral, la capacitat d'iniciativa, etc. Les MMI, utilitzades actualment per diferents facultats de Medicina d'arreu (Regne Unit, Austràlia, Canadà, Israel, Portugal), s'han demostrat vàlides i fiables⁽⁸⁾. Amb totes aquestes possibilitats, els experts recomanen la combinació de diferents instruments i una seqüència adequada, que podria ser: 1) Proves de rendiment acadèmic, 2) Tests d'aptituds, 3) Referències personals i 4) Minientrevistes.

Hem de ser conscients, però, que una cosa és la teoria i l'altra la pràctica, i que estructurar un procés de selecció d'aquest tipus és difícil i requereix la participació de tots els implicats, així com de professionals experts en l'àmbit de la selecció, i no pot ser feta per aficionats. A tall de conclusió, voldria deixar com a missatges clars: 1) És aconsellable la realització de proves específiques per a la selecció de candidats per ingressar a les facultats de Medicina, 2) Existeixen instruments dissenyats per a aquest objectiu que han demostrat que són fiables i vàlids, i hi ha països que els fan servir, 3) Cal ser conscients que és un procés difícil d'implementar, però no impossible, 4) S'hi haurien

Un mètode molt utilitzat actualment són les anomenades minientrevistes múltiples (MMI), desenvolupades a Canadà

d'implicar totes les facultats de Medicina, ja sigui a escala estatal o en l'àmbit català, 5) Cal disposar d'experts (no és una feina per a aficionats) i, finalment, 6) El procediment adoptat hauria de ser vàlid, fiable, transparent i just, tenir una bona relació cost/eficàcia i ser acceptable i satisfactori per a tots els afectats.

El lector pot trobar més informació en la revisió de J. Cleland i col·laboradors que se cita a la bibliografia.

Dr. Jordi Palés
Fundación Educación Médica
Facultat de Medicina de la
Universitat de Barcelona
Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

REFERÈNCIES

- Fundación Educación Médica. El médico del futuro (2009): https://www.educacionmedica.net/sec/The_Physician_of_the_Future.pdf
- Medical Schools Council. Guiding principles for admission of Medical students (2010): <https://www.medschools.ac.uk/media/1931/guiding-principles-for-the-admission-of-medical-students.pdf>
- The Schwartz Report: Fair Admissions to higher education: Recommendations for good practice (2004): <http://dera.ioe.ac.uk/5284/1/finalreport.pdf>
- Ones DS, Dilchert S, Viswesvaran C, Judge T. In support of personality assessment in organizational settings (2007), *Personnel Psychology*, 60(4), 995-1027.
- <https://www.ukcat.ac.uk/ukcat-test/>.
- Fitzpatrick S, Dunleavy D. Exploring a situational judgement test for use in medical schools admission (2016). AAMC. <https://www.aamc.org/download/462754/data/sjtupdatefor2016pdc.pdf>.

<http://www.pqa.net.au/files/description.html>.

Eva KW, Rosenfeld J, Retter H, Norman GF (2004). An admissions OSCE: the multiple mini-interview. *Medical Education*; 48:314-326.

Cleland J, Dowell J, McLachlan J, Nicholson S, Patterson F. Identifying best practice in the selection of medical students (literature review and interview survey) (2012). https://www.gmc-uk.org/Identifying_best_practice_in_the_selection_of_medical_students.pdf_51119804.pdf.

"The good doctor"

Tengo el privilegio de dar una de las primeras clases que reciben los alumnos al comenzar sus estudios de Medicina. Es difícil resistirse a preguntarles sobre el concepto de vocación, y suelo acabar pidiendo que levanten la mano los que creen que poseen esta cualidad. Todos levantan la mano. En ese momento, no me atrevería a decirles que alguno de ellos no tiene las cualidades necesarias para estudiar Medicina.

El sistema actual de selección se basa en el problema de que hay más peticiones de acceso al grado que plazas disponibles. El modo de selección, que debe discriminar entre las décimas de la puntuación obtenida en la selectividad, seguro que no es totalmente justo. Se plantea entonces la búsqueda de alternativas específicas para conseguir una selección más justa dirigida a formar profesionales más... buenos ¿? En definitiva, habrá que decirles a algunos candidatos que no son aptos para empezar la carrera.

Es defendible el argumento de que, como



Tomado de: Ancochea J. Los 10 valores básicos de un joven médico. [Acceso 14-06-2018]. Disponible en: <https://fundacionhumanas.com/la-dimension-humana-de-la-medicina/>

Figura 1

hay menos plazas que peticiones de acceso, hay que buscar un modelo que seleccione a los mejores candidatos. El mejor candidato es el que, después de su formación, consiguiera convertirse en un buen médico. Se nos plantea el primer problema: cómo definimos el concepto de buen médico.

Buscamos que nuestros estudiantes alcancen conocimientos y habilidades suficientes para ejercer la Medicina, pero también que tengan cualidades que los conviertan en buenos médicos (*good doctors*). Desde diferentes ámbitos, se han definido las cualidades que deben alcanzarse para conseguir este objetivo. Hay autores con prestigio docente que han sido capaces de numerarlas. Presentamos dos ejemplos. En la figura 1, el decálogo del Dr. Ancochea, reconocido neumólogo por su actividad asistencial y docente, y en la figura 2, otro decálogo del Dr. Rozman, indiscutible figura docente en el campo de la Medicina Interna. Puede decirse que son bastantes similares. He elegido a propósito los dos decálogos.

En el del Dr. Ancochea, el título va dirigido al joven médico, y sería interesante un debate para determinar qué se considera como joven en nuestra profesión. Todos nosotros en nuestro interior, a pesar de acumular lustros de ejercicio, guardamos la imagen y los sentimientos que tuvimos al empezar a ejercer la Medicina. Y el del Dr. Rozman comienza en su punto número uno con la afirmación de que un buen médico debe ser una buena persona.

El segundo problema es que la evaluación que buscamos debe hacerse en estudiantes que todavía no han ejercido la Medicina. ¿Cuál sería el decálogo exigido a los estudiantes que aspiren a entrar en Medicina? Asumimos que algunas de estas actitudes pueden modificarse durante los años de formación y otras son expresión innata de la personalidad. Hacer unas pruebas de selección que pudieran determinar a los futuros estudiantes que tuvieran o pudieran tener las cualidades identificadas como mejores es una tarea que exigiría un trabajo previo y un desarrollo de la prueba muy largo y realizado por equipos multidisciplinares complejos.



Tomado de: Decálogo Rozman. Para ser un buen médico. [Acceso 14-06-2018]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/decalogo-rozman-10-claves-buen-medico/>

Figura 2

Tercer problema: si falta alguna de las cualidades, ¿se imposibilita a un estudiante el acceso a Medicina?

La sociedad nos exige que los profesionales que se formen sean los mejores. He titulado este análisis como *The good doctor*, que es el título de una serie de televisión que trata de un médico especial autista, que no cumplirá todas las cualidades que hemos enumerado, pero que tiene cualidades especiales que le hacen ser mejor diagnosticador. Nosotros —ahora me refiero a mi generación— tuvimos otras figuras televisivas que sí cumplían con todo el listado,

me refiero al Dr. Gannon (vale..., reconozco que los médicos jóvenes no saben quién es este médico).

La sociedad actual ha visto que la figura del médico se ha reflejado en otras series televisivas, como *Anatomía de Grey*, que defiende casi todos los valores enumerados, pero acercando la figura del médico como una persona dentro de la sociedad actual. House es otro tipo de médico, no olvidemos que es un sociópata adicto a las drogas, que ni siquiera quiere tener algunas de las cualidades descritas. Pero, si tuvieras un problema médico difícil de solucionar, ¿no te gustaría que House interviniera en su diagnóstico?

Deberíamos ser capaces de detectar cuanto antes a los jóvenes que no acabarán Medicina para reconducir su formación

También creo tener otro privilegio, he alcanzado una posición profesional sénior que me da una visión general de la actividad asistencial. No todos los médicos que conozco tienen todas las cualidades que se exponen en los decálogos descritos. Es más, si tuviera que clasificar a los compañeros que han compartido estos años de experiencia, no los diferenciaría por estas cualidades, los separaría según mantuvieran o no la pasión que sin duda tuvieron al iniciar su formación.

No todos los estudiantes que comienzan la carrera de Medicina acabarán los estudios, aunque los rendimientos de Medicina se sitúan como los más altos dentro de los diferentes gra-

dos. Unos no terminan por problemas personales durante los años de formación, y otros por no haber tenido un asesoramiento previo. Tiene que existir un mecanismo que identifique a estos estudiantes. Deberíamos de ser capaces de detectar cuanto antes a estos jóvenes para reconducir su formación.

El cuarto y último problema que planteo es el que se deriva de intentar diseñar y validar una prueba que sirviera para hacer la selección de los futuros estudiantes. Es una tarea que exige un acercamiento multidimensional y difícil de ejecutar para una sola facultad. La iniciativa debe contar con una participación global y con especialistas de diversas áreas.

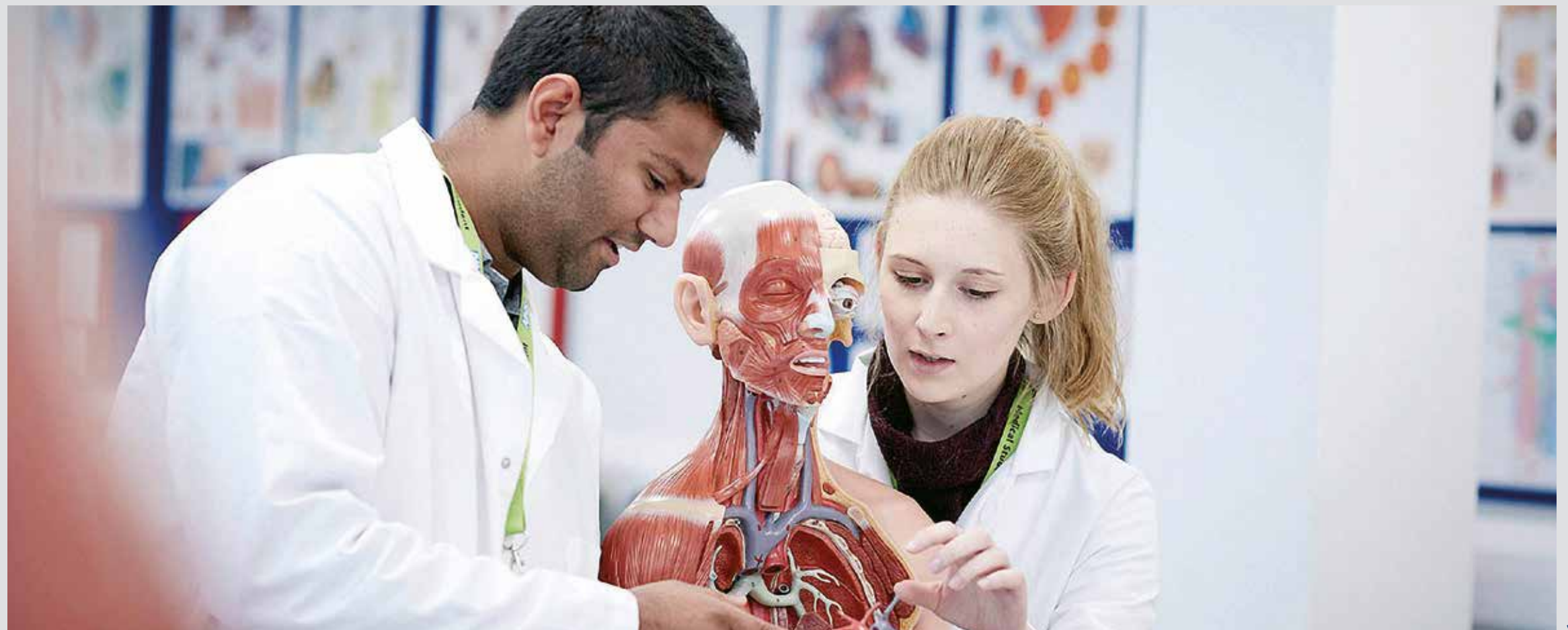
Creo que intentar hacer una selección para cada facultad de Medicina es un error. Si se quiere hacer una prueba para conseguir también otros fines, como la defensa del territorio, se deberá modificar la filosofía del sistema de distrito universitario único.

Dr. Javier Trujillano

Servicio de Medicina Intensiva del HUAV
Profesor de la Facultad de Medicina de Lleida

**Com ha de ser un metge?
Com es pot assolir?**

Malgrat que el debat sobre quines característiques personals han de tenir els metges sembla



recent, la veritat és que des de temps hipocràtics es poden trobar recomanacions sobre com ha de ser i actuar un metge.

A *Escritos Hipocráticos* trobem textos que van des de l'aspecte físic, l'aparença o la forma de vestir, fins a la manera de comportar-se: "Que su carácter sea el de una persona de bien, mostrándose serio y afectuoso con todos. Pues el ser precipitado y efusivo suscita menosprecio, aunque pueda ser muy útil. Que haga su examen con cierto aire de superioridad. Pues esto, cuando se presenta en raras ocasiones ante unas mismas personas, es apreciado. En cuanto a su porte, muéstrese preocupado en su rostro, pero sin amargura. Porque, de lo contrario, parecerá soberbio e inhumano; y el que es propenso a la risa y demasiado alegre es considerado grosero. Y esto debe evitarse al máximo. Sea justo en cualquier trato, ya que la justicia le será de gran ayuda. Pues las relaciones entre el médico y sus pacientes no son algo de poca monta. Puesto que ellos mismos se ponen en las manos de los médicos, y a cualquier hora frecuentan a mujeres, muchachas jóvenes, y pasan junto a objetos de muchísimo valor. Por tanto, ha de conservar su control ante todo eso."

Més recentment, William Osler¹, considerat un dels pares de l'educació mèdica moderna, descrivia també les característiques que havia de tenir un metge: impertorbabilitat, aplom, idees clares, capacitat per tolerar la frustració, paciència infinita, caritat, recerca de la veritat, bones formes, valentia, tenacitat, idealisme i equanimitat.

Posteriorment, Arcadi Gual i Albert Oriol² definien com havia de ser el metge del segle XXI: un metge que tracti pacients i no malalties, que adopti una aproximació crítica i pugui prendre decisions en context d'incertesa, comunicatiu i empàtic, que pugui prendre bones decisions individuals i per a la societat, competent, honest, compromès i exemple de professionalisme.

Qualsevol dels llistats de qualitats ens fan plantejar un tema clau: tothom pot ser metge? I aquesta pregunta ens porta a una de secundària: Caldria fer una selecció per entrar a la Facultat de Medicina segons un perfil determinat?

Potser abans de respondre si cal una selecció, ens podríem qüestionar què passa amb les qualitats dels joves que entren a les facultats de Medicina. I diferents estudis mostren dos fenòmens ben curiosos. El primer és el que s'anomena desgast empàtic, és a dir, força estudis mostren com es perd empatia durant els estudis de Medicina, i algun autor fins i tot ho expressa afirmant que "hi ha un enduriment del cor dels estudiants de Medicina"³.

En relació amb el desenvolupament ètic i moral, la majoria d'estudis en alumnes de Medicina sembla que mostren estancament, o fins i tot una involució del desenvolupament moral dels estudiants durant la formació mèdica. És el que s'ha anomenat "erosió ètica"⁴.

Un editorial recent de *The New England*⁵ plantejava com aconseguir una formació adequada



i exposava la dicotomia *nature-nurture*. La conclusió no era tant amb quin perfil entren a estudiar Medicina, sinó què es fa durant l'educació mèdica per garantir el desenvolupament o evitar la desaparició de les competències desitjades.

Loayssa⁶ reflexiona sobre per què alguns metges es tornen "poc ètics o fins i tot malvats". Identifica múltiples causes, com conductes inapropiades de tutors o docents, la contradicció en el currículum ocult, canvis en els valors de la professió mèdica, xoc entre els ideals i la realitat, sobrecàrrega emocional pel contacte amb el patiment i les limitacions de la medicina, pacients difícils, consumisme sanitari i expectatives irrealistes dels pacients.

Per assolir les competències requerides pel metge del futur, és molt important comptar amb

L'educació mèdica és un procés que va més enllà de l'adquisició de coneixements formals i habilitats clíniques

els currículums formatius adequats per garantir-les. Com molt bé sintetitza un editorial de *The Lancet*, "l'èmfasi de l'ensenyament mèdic actual es posa en les ciències dures: anatomia, fisiologia, bioquímica, patologia, microbiologia i farmacologia, però en la pràctica clínica els metges han d'intentar entendre els pacients, les seves històries, les seves personalitats i peculiaritats per poder proporcionar la millor cura possible. Afirmar que per a aquests aspectes tots de la Medicina les ciències dures són de poca ajuda.

L'educació mèdica és un procés que va més enllà de l'adquisició de coneixements formals i habilitats clíniques. Inclou també una socialització secundària o aculturació professional. Aquesta transformació personal té lloc al llarg del procés formatiu. És importat en aquest procés intentar determinar en quins moments claus es poden introduir aspectes relacionats amb valors, ètica, empatia i comunicació, com a claus en la formació del metge, quina manera

serà la més adequada, eficaç i eficient, i en quin context.

Dra. Montserrat Esquerda

BIBLIOGRAFIA

1. Osler W. Aequanimitas (1905).
2. Gual A, Oriol-Bosch A, Pardell H. El médico del futuro. *Med Clin (Barc)* (2010); 134(8): 363-368.
3. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. (2008). Is there hardening of the heart during medical school?. *Academic Medicine*, 83(3), 244-249.
4. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A Review. *Acad Med* (2005); 80(12): 1143-1152.
5. Schwartzstein RM (2015). Getting the right medical students-nature versus nurture. *New England Journal of Medicine*, 372(17), 1586-1587.
6. Lara JRL, Moral RR, Campayo JG (2009). ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención Primaria*, 41(11), 646-649.
7. Lancet T. (2004). The soft science of medicine. *The Lancet*, 363(9417), 1247.

Com es farà? Amb quina finalitat?

Vet aquí que una prova específica d'accés a estudiants de Medicina no és un concepte nou ni innovador. Potser la seva aplicació sí que ho seria, però no els ve de nou, als degans i rectors de les universitats espanyoles.

Aquesta prova suscita una gran quantitat de preguntes, com, per exemple, amb quina finalitat. Doncs en principi tindria l'objectiu de *discriminar* —una paraula que sona lleïja, però que resulta extremadament útil en aquest context— aquells que són aptes per a la professió mèdica dels que no.

Com es farà? Aquesta segona pregunta és quasi capciosa. Com aconseguim una discriminació d'aquells que són aptes d'aquells que no ho són? És més, què o a qui considerem aptes per exercir la Medicina? Donaré una definició somera del que, en la meua opinió, considero que és una persona apta per ser un col·lega de professió: tots aquells que no només mostrin excel·lència tècnica i un alt nivell de coneixements, sinó també excel·lència humana i en gestió emocional i de conflictes i alta capacitat de treball en equip.

L'excel·lència tècnica i els coneixements són fàcilment avaluable de manera relativa, ja que disposem de mètodes examinadors al llarg de tota la carrera. És senzill veure si un alumne coneix el tractament de la tuberculosi o si sap quina és la tècnica quirúrgica emprada en un càncer de còlon d'estadi II. El que no és (ni de bon tros!) fàcil és avaluar com un alumne es comportarà amb el pacient. Sabrà acompanyar-lo en el dol? Sabrà explicar-li el seu tractament? Aconseguirà adherència mitjançant una efectiva relació de complicitat metge-pacient? Podrà gestionar el seu acompanyant hiperdemandant? Com reaccionarà quan algun pacient

l'amenaci físicament? Serà capaç de treballar conjuntament amb el servei, el personal d'infermeria, d'administració, amb els zeladors...?

Passem a la tercera pregunta: què avaluarà? No ho sabem pas. Se suposa que la voluntat és avaluar no només coneixement previ, sinó donar pes especialment a qüestions que inclourien mesures de l'anomenada intel·ligència emocional, de manera que no tinguem aquella classe de metges que solem anomenar "cerebritos sin alma" entre els estudiants. És de vital importància establir uns barems i unes proves que permetin arribar a una conclusió en aquest aspecte. No veig clar que puguem arribar a avaluar de manera fefaent aquests camps tan

abstractes. Caldrà que els avaluadors, i espero que experts en aquests temes, siguin capaços de treure'm del meu escepticisme.

Serà una prova justa? Com pot una prova extra ser justa, si no serà la mateixa a les comunitats autònomes que la implementin? I tornant enrere amb la PAU, com pot ser aquesta una prova justa si no tothom és avaluat dins dels mateixos criteris i amb les mateixes càrregues curriculars de les assignatures del batxillerat? Torno a enfonsar-me en un escepticisme profund respecte a aquesta prova, i caldrà que em treguin de la meua incredulitat amb fets i no amb promeses abstractes. A més, amb cada examen extra estem dificultant l'accés a uns

**Serà una prova justa?
Com pot una prova
extra ser justa, si
no serà la mateixa
a les comunitats
autònomes que la
implementin?**

estudis en què potser no resulta tan important aquest alt nivell de coneixements, sinó aquesta qualitat humana de tantíssima rellevància en el dia a dia.

Per tant, què pretén aquest afany avaluador? Si és millorar la qualitat d'alumnes que hi entren, potser sí que seria bo. Tot i això, no és segur que pugui avaluar de manera crítica i objectiva qüestions que es deixen veure en el dia a dia de la nostra professió. Potser el que necessitem és donar més importància a aquesta mena de qualitats durant la carrera, i no pas abans, i

sobretot, replantejar-nos què s'està ensenyant i com a les nostres facultats.

Si funcionés de debò, òbviament tindria avantatges molt importants, com ara reduir unes notes de tall que seleccionen alumnes amb perfils excessivament metòdics, quasi obsessius i introvertits, d'altra banda necessaris per obtenir aquestes qualificacions. També serviria per comptar amb una millor qualitat humana a les aules i millorar-la, finalment, entre els companys de professió, de manera que eliminaria o reduiria aquests ambients de competitivitat extremadament tòxics que se solen arribar a trobar entre companys de carrera i en les relacions laborals. Fariem una medicina més humana i menys robòtica, més propera i no des d'un pedestal de llibres i coneixements. Tornaríem, potser, a considerar la medicina com la més humana de les ciències i la més científica de les humanitats.

En conclusió, la incertesa no em permet emetre una opinió contundent sobre tot plegat, si més no, em sento escèptic quant a la implementació d'aquesta prova. Caldrà també preguntar-nos quina finalitat tindrà i amb quina filosofia es plantejarà aquest nou examen, ja que podem tenir molts desitjos i bones intencions, però el que surti al final pot ser molt diferent. Ja ho veurem.

Vincenzo Paolo Palavicino Issi
Estudiant de 6è de Medicina
Universitat de Lleida

Prova específica per accedir a Medicina

Una de les ponències del III Congrés de la Professió Mèdica organitzat pel Consell Català de Col·legis de Metges (Girona, 2017) va incloure una recomanació molt clara: estudiar la possibilitat de "realitzar una prova de competències complementària per a l'accés al Grau en Medicina a les universitats catalanes", i la Secretaria d'Universitats i Recerca va expressar-se públicament en aquest mateix sentit. A més, l'RD 412/2014 (LOMCE) preveu la possibilitat que les universitats estableixin proves d'accés individuals que seran complementàries als criteris d'accés general establerts: "Les universitats, de forma excepcional, podran establir avaluacions específiques de coneixements i/o competències" (article 10.1)."

En aquest sentit, s'hauria de distingir entre una prova específica i una de complementària. El terme específic pot indicar una prova d'accés única per a les facultats de Medicina i independent de la selectivitat. Aquesta prova podria ser conjunta per a totes les facultats o particular per cada una. En el primer cas, seria una prova amb criteris establerts per al conjunt de les facultats i en el segon, una que cada facultat podria dissenyar de forma autònoma.

D'altra banda, el terme complementari faria referència a una prova suplementària a la selectivitat que determinaria un criteri d'accés afegit





per a les facultats de Medicina. Sembla que aquesta darrera sigui la fórmula que es va plantejar en el Congrés de la Formació Mèdica i en la Secretaria d'Universitats i Recerca.

Actualment es desconeix la capacitat normativa que aquesta Secretaria tindrà en relació amb la determinació i fixació d'aquestes proves complementàries d'accés, però el primer que s'hauria de plantejar és quins són els alumnes que s'hi poden presentar. És a dir, seria accessible a tots els alumnes de l'Estat i de la Unió Europea? D'aquí sorgeix l'anàlisi de determinades decisions, com el cas del calendari o de la llengua que cal emprar. Si aquesta prova s'arribés a fer, hauria de ser única, estandarditzada i convenientment validada, igual per a totes les facultats de Medicina?

Probablement la resposta de les facultats a aquestes preguntes no serà la mateixa, algunes preferiran una prova unificada i d'altres voldran establir-ne de més específiques per incidir de forma particular en el perfil dels seus alumnes.

L'existència de proves específiques ja s'ha dut i es duu a terme en algunes universitats privades i en universitats d'altres països. Aquesta és una experiència prèvia que, si escau, s'haurà d'escoltar. Els diferents tipus de proves i estratègies que s'han realitzat, que fins i tot inclouen entrevistes personals, han d'haver proporcionat resultats que poden orientar a l'hora de plantejar el tipus de prova i els resultats que se n'espera. Això sí, ens han informat que des del punt de vista logístic són proves complexes de dur a la pràctica i amb un cost elevat.

tenir en compte els criteris d'objectivitat, factibilitat, cost, calendari, terminis de realització i correcció. Tots aquests punts s'han d'analitzar amb antelació suficient abans de la presa de decisions i, sobretot, no s'ha d'improvisar. Potser seria convenient fer una o diverses proves pilot en què s'emprés com a subjectes d'estudi els alumnes ja admesos. Probablement, la prova hauria d'incloure una part de coneixements tècnics més específics relacionats amb la Medicina i les Ciències de la Salut, i una altra part de preguntes i/o casos que permetessin avaluar determinades actituds i competències relacionades amb la comunicació, l'empatia, la resolució de conflictes i altres situacions derivades de la pràctica real de la Medicina.

Pel que sembla, és molt probable que en un futur no gaire llunyà els governs es plantejaran la realització d'aquesta prova complementària. A instàncies de les secretaries generals corresponents, ja s'ha discutit el tema en algunes reunions de degans de facultats de Medicina. Les opinions, com les possibilitats, són diverses, però està clar que els objectius finals per a tots han de ser els mateixos: la qualitat de l'ensenyament de la Medicina i mantenir l'objectivitat en el procés d'admissió dels alumnes a les nostres facultats.

Rosa M. Soler Tatché

Degana de la Facultat de Medicina
Universitat de Lleida

Algunes facultats preferiran una prova unificada i d'altres voldran establir-ne de més específiques per incidir en el perfil dels seus alumnes

Anul·lada la creació de l'especialitat de Psiquiatria del Nen i l'Adolescent

El 2017 vam tornar a ser en el punt zero pel que fa al reconeixement de l'especialitat de Psiquiatria del Nen i l'Adolescent, atès que el Tribunal Suprem va anul·lar l'anomenada troncalitat i, com a conseqüència, la creació d'aquesta especialitat. Vam perdre novament l'oportunitat de dotar el nostre país d'una branca mèdica reconeguda en països com Grècia, Itàlia, Portugal, Alemanya, Dinamarca, Finlàndia, Suècia, Bèlgica, França, Holanda, Irlanda i el Regne Unit.

Els orígens de la Psiquiatria del Nen i de l'Adolescent es creuen amb la pedagogia, la criminologia, la sociologia, la psiquiatria i la neurologia, i, posteriorment, amb el desenvolupament de la pediatria. Si al segle XVIII es va començar la reflexió sobre les causes de la deficiència mental, al segle XIX s'escriuen els primers textos específics de psiquiatria infantil.

A Espanya apareix el primer text d'autor espanyol l'any 1907, publicat a Barcelona, el *Compendi de Psiquiatria Infantil*, d'August Vidal Perera. El 1973, Julian Ajuriaguerra publica el seu *Manual de Psiquiatria Infantil*, que ha servit de referent de l'especialitat durant molts anys.

Des de fa més de 40 anys, associacions com AEPNYA (abans anomenada Societat Espanyola de Neuropsiquiatria Infantil) i SEPYPNA, que agrupen gairebé tots els psiquiatres espanyols que realitzen la seva tasca

professional en l'assistència a la salut mental de nens i adolescents, estan lluitant perquè un professional preparat atengui els menors i les seves famílies.

El març del 2006, el Partit Popular va presentar una proposició no de llei relativa al reconeixement de l'especialitat de Psiquiatria Infantil i Juvenil, i llavors va ser aprovada. L'abril del 2009, el ministre de Sanitat, Bernat Soria, va anunciar la creació de l'especialitat. I el febrer del 2012 es va aprovar la moció del Grup Parlamentari Mixt per la qual s'instava el Govern a impulsar la creació d'aquesta especialitat.

La Psiquiatria Infantojuvenil dona resposta a nens i joves que pateixen diferents discapacitats i trastorns, com el TDAH (trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat), l'anorèxia, el trastorn de l'espectre autista i, a la vegada, està implicada en la prevenció i en l'atenció dels menors amb històries de:

- Immigració
- Acol·lida i adopció
- Ruptures familiars
- Abús i maltractament

Que inicien:

- Consums d'alcohol i drogues
- Bandes o conductes delictives
- Jocs en línia
- Xarxes socials
- Sexualitat
- Ciberbullying

Que viuen:

- Sols i sense referents
- Aïllats i evitant la relació i la comu-

nicació

- En un clima d'agressió i conflicte
- En diverses cases

Que tenen:

- Malalties cròniques
- Malalties no diagnosticades
- Malalties terminals
- Mòbil

Que són:

- Agressius amb si mateixos i amb el seu entorn
- Difícils
- Provocadors

Que compleixen:

- Estadades en centres
- Mesures judicials per conductes delictives

Sóc conscient que els nens i els adolescents d'avui són atesos per excel·lents professionals gràcies a la seva voluntat i esforç. Però no podem deixar que tot sigui bona voluntat.

Els nens, els joves i les seves famílies amb problemes de salut mental no han de ser ciutadans de segona. I han de tenir assegurat que el professional que els atén disposa de la capacitat i la preparació adequades.

Serà possible salvar-ne alguna cosa, del projecte? ¿O bé passarà que una especialitat beneïda per tots, sense oposició, es quedarà òrfena perquè ningú no farà res per evitar-ho?

Dr. Àngel Pedra Camats

Coordinador de la Unitat de
Referència de Psiquiatria Infantil
Hospital de Santa Maria



Serveis assistencials terciaris que podem fer a Lleida

En un BUTLLETÍ MÈDIC anterior, i a petició del comitè de redacció de la revista del Col·legi de Metges, feia una introducció sobre les possibilitats que la normativa actual dona als centres sanitaris de Lleida respecte a l'assistència mitjana i alta. A més, apuntava les possibilitats que podríem tenir en un futur si continuem amb un model sanitari que utilitza elements de l'economia de mercat, però que exerceix moltes funcions de regulació i planificació respecte al sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)².

Recordava la importància del nombre de casos, de la qualitat, del cost i de la forta implicació de les parts interessades (*stakeholders*), entre les quals hi ha els metges. Finalitzava amb la recomanació de relacionar-nos més amb centres d'alta especialització i de fer acords per treballar en xarxa, no solament entre els centres de les nostres comarques, cosa que ja es fa cada vegada més, sinó també amb els centres de tercer nivell, aspecte en què encara hi ha molt camí per recórrer.

Quant a les parts implicades en els serveis que podem oferir regionalment, seria aplicable allò que explica en les seves classes el professor Albert Serra Martín, fins fa poc secretari general del Departament de Salut, en relació amb la bona governança. Ell diu que aquesta descansa sobre tres punts: 1) La legitimitat política —no només legalitat; 2) La qualitat tècnica professional, i 3) L'eficiència/sostenibilitat econòmica. El professor Serra explica que cal que hi hagi un bon equilibri entre les tres

parts i que les institucions no funcionen bé si una part acapara massa poder. No comptar amb els professionals és absurd (es perd coneixement), com ho és no comptar amb l'economia o amb la legitimitat política.

La bona governança inclou també l'ordenació de l'oferta i el desenvolupament de serveis, i és cabdal per contribuir als reptes de la sostenibilitat del sistema sanitari públic per a una racionalització i utilització més adequades dels recursos, per a la millora de la qualitat assistencial, l'equitat en l'accés i en els resultats i la potenciació de les sinèrgies i complementarietats, cosa que facilita la millora en la transferència de coneixement i la innovació.

Repassem ara alguns dels problemes de salut enunciats, sense pretendre

ser exhaustius per raons d'extensió de l'article.

Els codis

Les respostes especials a les situacions d'emergència estan organitzades en forma de codis: codi infart, codi ictus, codi politrauma i codi sèpsia greu. Convé comentar que, en tots, el condicionant del temps és vital, però tan important com el temps ho són els serveis que hi ha al centre de destí, i de vegades una atenció en centres intermedis no preparats (o sense els recursos específics) suposa una demora que pot perjudicar el resultat final del procés.

Un primer grup de qüestions és si ja s'ha fet correctament el diagnòstic i l'atenció prèvia en un CAP i està clarament indicada una intervenció cardíaca percutània (ICP) per IAMEST i és un codi infart: ¿ha de derivar-se, per exemple, a un hospital comarcal o és preferible anar directament a l'Arnau? En aquest cas, hi ha el dilema entre aplicar fibrinòlisi d'entrada, si preveiem un temps ampli de trasllat, o esperar a fer una ICP (ara d'elecció, si es pot), a diferència del que es feia fa uns anys, quan sempre s'aplicava fibrinòlisi. Ens condicionen els temps de resposta i la tecnologia, que canvia continuament, com s'evidencia en el cas dels ictus, que veurem després.

El segon grup de preguntes que cal plantejar-se pel que fa als codis és si s'han de passar als centres sanitaris de referència de Lleida o, en alguns casos, s'han de derivar directament a Barcelona (com passa, per exemple, en alguns casos de codis politrauma, amb traumes cranials o grans cremades). També són dubtoses les atencions als accidents de carretera en comarques més allunyades, com la Segarra, o si ja s'ha fet, per exemple, atenció de suport vital avançat via mitjà aeri (helicòpter) i es preveu un trasllat posterior a centres de Barcelona. Dins aquest grup de preguntes crítiques, aviat ens plantejarem l'altra que apuntàvem abans: ¿han d'anar a l'Arnau els codis ictus que seran tractats amb trombolisi intravenosa o directament a centres —de moment, només els de Barcelona— que practiquen els nous tractaments intervencionistes endovasculars, ara d'elecció, si estan indicats, com després explicaré?

Els ictus

La innovació recent en el tractament de l'ictus pot representar un canvi de paradigma. Aquesta patologia suposa el 6,5% de la mortalitat a Catalunya i l'envelliment progressiu de la població fa preveure un increment de la seva incidència. El codi ictus és d'emergència i es basa en la identificació ràpida dels pacients amb ictus agut (escala



codi ICTUS



Els ictus suposen el 6,5% de la mortalitat a Catalunya i l'envelliment progressiu de la població fa preveure un increment de la seva incidència

RAPID)³ i valoració i trasllat a l'hospital més proper amb capacitat per fer una avaluació clínica experta. En el nostre cas, són, d'una banda, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (en aliança amb l'Hospital Universitari Santa Maria), i, de l'altra, els hospitals comarcals amb sistema Teleictus —amb decisió compartida un cop fet el TAC— els que tenen la capacitat per

administrar tractament trombolític intravenós (TIV) i, si cal, coordinar el trasllat amb el SEM.

Però diversos estudis recents demostren que el tractament endovascular (TEV) de l'ictus isquèmic produït per una oclusió d'un gran vas és el més segur i eficaç. Aquest fet determina que, a partir d'ara, s'hagi de facilitar l'accés al TEV dels pacients candidats, atès que ja és un tractament estàndard. De moment, el TEV només es pot administrar en hospitals de Barcelona, però previsiblement la tècnica evolucionarà i es consolidarà com una opció més de la radiologia intervencionista, com l'angiologia i la cirurgia vascular, que també han evolucionat molt en els darrers anys. Haurem d'estar preparats per realitzar-la a Lleida amb totes les garanties, cosa que representarà infraestructura, professionals ensinistrats i dotació econòmica suficient. El darrer Pla de Salut territorial de Lleida, del 2016-2020⁴, recomana estudiar-ho.

La cirurgia pediàtrica

Una de les instruccions del CatSalut (7/2015) fa referència a la cirurgia pediàtrica i concreta què es pot fer a Lleida dins de la reordenació d'aquesta atenció amb les actuacions que s'han de realitzar i els serveis que s'han de desplegar. S'ordena aquest procés i s'hi inclou l'alta especialització: les unitats de cirurgia pediàtrica de centres hospitalaris de referència i les unitats de cirurgia pediàtrica d'alta especialització. Es determina que, en el cas de Lleida, la Unitat de Cirurgia Pediàtrica és un servei compartit: UCP de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova/HU Vall d'Hebron, i això comporta la necessitat d'adaptar i configurar l'Arnau com a centre de referència en cirurgia pediàtrica, una orientació explícita que ha d'implicar el compliment dels requeriments que ja estan

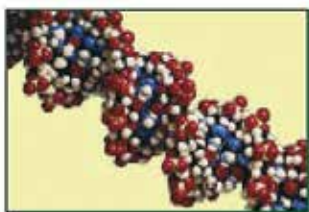
Codis, cirurgia pediàtrica, malalties genètiques, minoritàries i d'altres

CODI IAM

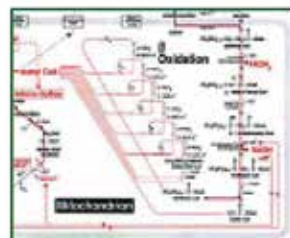
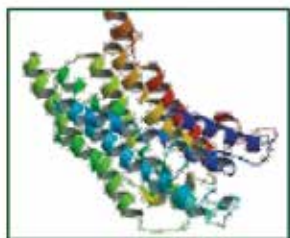


codi IAM





Gen
↓
GENÈTICA MOLECULAR



—altament integrada, col·laborativa i competent, i que garanteix els fluxos, la informació, la comunicació, el coneixement i el valor en els dos sentits (de dalt a baix i de baix a dalt)— i d'acord amb els nivells de resolució i especialització necessaris per garantir els millors resultats, la màxima qualitat, l'avaluació integrada, el màxim recorregut i la capacitat i potencialitat”.

Es demana que es disposi dels experts necessaris per a la sol·licitud de proves diagnòstiques, la interpretació dels resultats diagnòstics i l'assessorament genètic organitzats sota la denominació d'Unitats de Genètica Clínica, que han de comptar, com a mínim, amb un facultatiu clínic especialista, un assessor genètic, un psicòleg i un gestor de casos, i que han de ser reconegudes com a tals pel CatSalut.

A Lleida, juntament amb Barcelona, Girona, Tarragona i la Catalunya Central, ens correspon una de les Unitats de Genètica Clínica Tutelades que, en un període de 4 anys, s'han de capacitar tant pel que fa als coneixements com a la infraestructura, perquè puguin ser reconegudes, si és el cas, com a unitats de genètica clínica pel CatSalut, i que han d'establir un conveni específic amb el corresponent centre hospitalari de referència.

Les unitats de genètica clínica i laboratoris especialitzats de diagnòstic



»»»detallats.

La genètica, el consell genètic i les unitats de genètica clínica

Un dels àmbits de salut amb més potencial de desenvolupament és el de les malalties genètiques, amb una extensió exponencial del coneixement i possibilitats d'abordatge en els països desenvolupats. S'estima que entre un 2 i un 3% dels nascuts presenten una alteració d'origen genètic, i l'atenció al malalt i l'estudi de les famílies comporten procediments diagnòstics i terapèutics d'elevada complexitat, que obliguen també a concentrar el diagnòstic i el consell genètic en un nombre limitat de centres. Cal dir que es poden identificar més de 6.000 malalties tipus trastorns o malalties genètiques constitutives.

Per aquest motiu, la instrucció del CatSalut 06/2015 estableix el model assistencial i la reordenació del procés d'atenció als pacients per als trastorns o malalties genètiques constitutives i somàtiques, i estableix les unitats d'alta especialització en anàlisis genètiques (proves genètiques) i consell genètic (unitats de genètica clínica) i els laboratoris de diagnòstic especialitzats de referència.

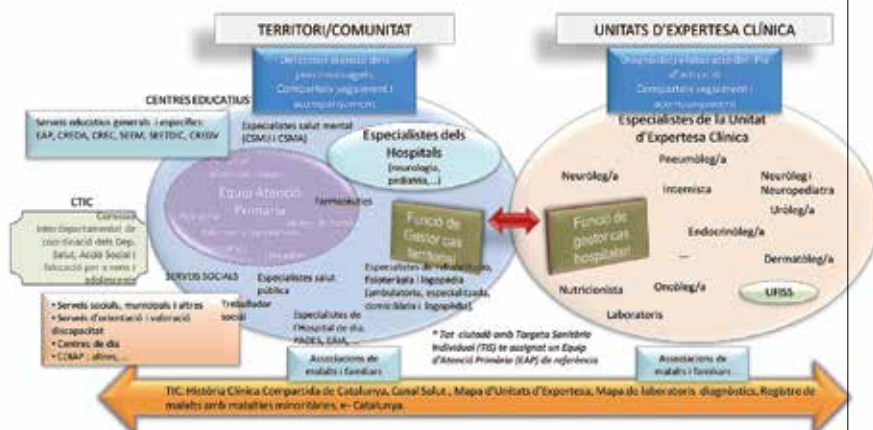
Així mateix, la identificació de mutacions somàtiques (no germinals) en càncer permeten la subclassificació de tumors en categories o perfils genètics que, en alguns casos, té una gran rellevància terapèutica, com en el cas dels càncers de colòn metastàtic, de pulmó i de mama, així com en altres malalties oncohematològiques. De fet, forma part de la medicina de precisió, que és una manera innovadora d'aproximar-se al diagnòstic i al tractament de malalties tenint en compte les diferències individuals que es relacionen amb la genètica, l'ambient i l'estil de vida.

Aquestes teràpies dirigides s'ampli-

aran a altres tipus de tumors i, consegüentment, cada vegada se'n beneficiaran molts més malalts. Per tant, no podem renunciar a desenvolupar aquesta especialitat multiprofessional en el nostre entorn regional. Caldrà veure si aquesta explosió de coneixement significarà solament engrandir els centres d'alta especialització o bé s'optarà per obrir aquest coneixement i organització a la xarxa assistencial perifèrica d'hospitals de referència amb l'objectiu que actuïn com una veritable xarxa territorial.

Una visió monolítica de malalts i familiars que val per a totes les atencions o per a consell genètic a l'Hospital Clínic o la Vall d'Hebron es pot contraposar a una altra visió amb aquests malalts i familiars atesos en centres de referència. Això sí, amb els mateixos criteris-protocols-tècniques-medicaments, i fins i tot amb professionals compartits, però molt més a prop del seu domicili. De fet, la instrucció ja diu que “es considera necessari configurar un model d'atenció integrat per una xarxa coordinada de centres i serveis de primer nivell, organitzats en una xarxa

Model d'atenció a les MM



genètic de referència reconeguts fins ara actuen com a centres hospitalaris de referència com s'ha fet per a Lleida amb l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron de Barcelona.

Les malalties minoritàries (MM)

L'exemple de les malalties minoritàries⁵ és paradigmàtic. D'una banda, per la necessitat de concentració i expertesa, i, de l'altra, per la de ser a prop del nucli familiar i d'atenció immediata per al dia a dia de l'atenció integral i multidisciplinària.

Fa pocs anys, vaig tenir l'oportunitat de col·laborar en una sessió de divulgació sobre les malalties minoritàries feta a Lleida. L'explicació del personal que intervenia en l'atenció a les nenes bessones amb la malaltia de Maroteaux-Lamy em va colpir: pediatres i infermeres de Primària, professionals d'Ensenyament, del Consell Comarcal, de l'Arnau de Vilanova, de l'Hospital de la Vall d'Hebron... Tots eren necessaris per donar la qualitat de vida possible a les dues nenes, que tenen una de les múltiples afeccions minoritàries existents. En aquests casos, el concepte d'eficiència es barreja amb el de justícia i equitat i altres principis ètics que es poden aplicar.

Cal recordar que es considera que una malaltia és minoritària quan té una prevalença inferior a 5 casos per cada 10.000 habitants, presenta altes taxes de mortalitat i/o és crònicament debilitant. En conjunt, el nombre total de

El nombre total de MM conegudes ultrapassa les 7.000 i va en augment

El 80% tenen un origen genètic i els 50% dels casos són pediàtrics

MM conegudes ultrapassa les 7.000, i va en constant augment com a conseqüència, sobretot, dels nous coneixements en genètica, ja que el 80% tenen un origen genètic i el 50% dels nous casos es donen en la població pediàtrica.

Medicaments d'alta complexitat i tractaments oncològics

Per finalitzar, parlaré dels medicaments d'alta complexitat, ja que mereixerien un apartat específic. La seva autorització, de vegades compra, prescripció, dispensació, seguiment i control implica la combinació d'algunes decisions del tot centralitzades, com, per exemple, l'harmonització d'indicacions o els criteris per als acords de preus o de risc compartit, amb altres

decisiones descentralitzades, com l'aplicació dels acords anteriors o, sobretot, la utilització —administració— pròpia al centre de referència del malalt. En alguns casos es pot arribar de dia als hospitals comarcals, i fins i tot als domicilis, on es poden aplicar algunes quimioteràpies oncològiques, com va començar a fer l'Institut Català d'Oncologia a Barcelona fa uns anys per a malalts seleccionats.

“The home as the hub”, diuen els de Kaiser Permanent⁶, i si posem el malalt “en el centre”, el seu millor centre és la seva llar (si això és possible) i no el CAP ni l'hospital. A Lleida es van preveure boxs d'hospital de dia, que podien incloure la quimioteràpia oncològica, a Balaguer (que està fet) i a Tàrraga (que no es va arribar a construir).

Una cosa més que la crisi es va endur...

Alguns d'aquests conceptes estan englobats dins de l'anella farmacèutica, incorporada també en la línia 13 dels programes específics territorials del darrer Pla de Salut.

En aquest grup, els tractaments oncològics requereixen ser destacats pel fet que són, en aquests moments, els tumors la primera causa de mortalitat proporcional global a Catalunya (han superat les malalties vasculars en homes), tendència que es preveu que s'accentui en els propers anys. La seva ordenació inclou l'oncologia complexa, l'oncohematologia i l'oncopediatria »»»

amb els tractaments relacionats, ja siguin mèdics, quirúrgics o de radioteràpia complexa.

Grans xarxes de centres del SISCAT català s'agrupen per a aquesta qüestió: la de l'Institut Català d'Oncologia i centres perifèrics regionals (Girona i Badalona) i la que es coordina amb l'Hospital de la Vall d'Hebron, com és el cas de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova mitjançant conveni recent, a banda de la que realitzen els centres lligats a l'Hospital Clínic i Sant Joan de Déu per a infantil.

Un assumpte concret que discutim des de Lleida és, per exemple, si podem fer aquí l'atenció dels melanomes complexos metastàtics, amb un nombre rellevant de casos anuals i per als quals estem preparats, si bé les actualitzacions recents de la normativa oncològica han exclòs els centres de Lleida, Girona i Tarragona. Es preveu que es pugui fer a l'Hospital de Sant Pau/PS Mar, l'ICO de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona i l'Hospital de Sabadell-Parc Taulí, a banda dels de Barcelona Hospital Clínic, Hospital de la Vall d'Hebron i l'ICO/Hospital de Bellvitge.

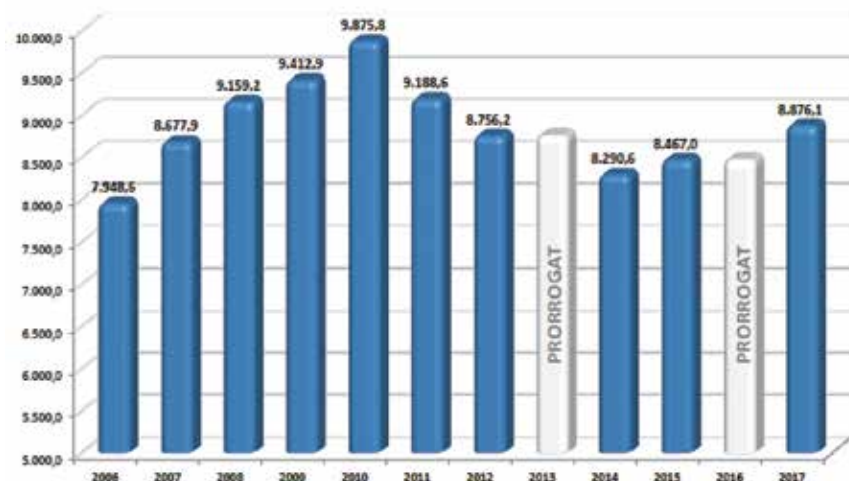
La solució passarà també per posar-se d'acord amb l'Hospital de la Vall d'Hebron, que és on indica la normativa que hem d'anar els de Lleida, i aplicar el protocol acordat conjuntament per fer-ho, si es pot, a prop del malalt, és a dir, a Lleida.

El finançament condiona

La regulació és una via per ordenar els serveis, però també ho és el finançament, ja que marca la capacitat operativa real a l'hora de prendre les decisions. Darrere un servei hi ha una inversió i, sobretot, uns recursos (humans i materials) per sostenir-ne el funcionament. En aquests darrers anys d'ajustaments en què hem retornat a les xifres per càpita de fa una dècada, hem vist l'endegament de pocs serveis nous, alguns amb plans funcionals força elaborats i justificats que s'han vist limitats per raons econòmiques. El mètode "esforç de gestió" arriba un moment que ja no és aplicable i el mètode "desinversió" o reinversió, en llenguatge més neutre, no és fàcil d'aplicar en el nostre sector. Ens hi haurem d'acostumar i, si volem fer coses noves, haurem de deixar de fer-ne d'altres que no són eficients. És l'economia!

El *quid* de la qüestió, per a nosaltres, és quina part del pressupost ha d'arribar a Lleida en uns moments de crisi en què les decisions de planificació —per exemple, la de concentrar alguns serveis— són necessàries, així com altres que són pròpies del mercat, com les de cercar aliances entre petits proveïdors, que tendeixen a comparir aquests costos per les economies

EVOLUCIÓ DEL PRESSUPOST CONSOLIDAT DS/CatSalut/ICS 2006 - 2017 (M€)



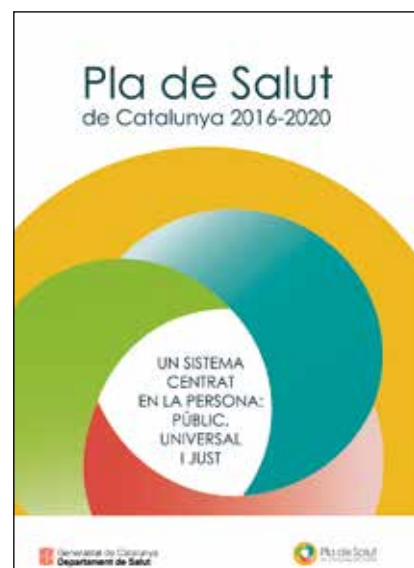
EVOLUCIÓ DEL PRESSUPOST CONSOLIDAT DS/CatSalut/ICS PER CÀPITA 2006 - 2017 (€)



* Pressupostos prorrogats

Per al càlcul del pressupost per càpita s'ha utilitzat la població protegida del Registre Central d'Assegurats (RCA) del darrer any disponible.

Pressupostos del Departament de Salut per a l'any 2017 – Projecte⁷



d'escala que es poden obtenir.

Dèiem que, tècnicament, hi ha d'haver sempre un equilibri entre equitat i eficiència, però, com recordava Javier Padilla en el seu blog, aquests termes no s'han d'entendre com a enfrontats, si considerem l'equitat com una varia-

ble més dins dels resultats, tal com es fa per complementar la definició d'eficiència social: l'assoliment, al menor cost social possible, dels béns i serveis que més valora la societat i la seva distribució equitativa.

Si considerem important l'Atenció Primària directa per a les poblacions amb pocs habitants, aquesta equitat territorial comptabilitzada en els beneficis compensa el més alt cost per càpita que aquestes ABS rurals tenen —de la mateixa manera que admitem que els serveis sanitaris directes per a la Val d'Aran sempre tindran un cost més elevat que els de zones amb més població. Això no implica que, als consultoris locals o en hospitals comarcals com l'Espitau, hàgim de fer coses que no toquen pel nombre de casos o per la qualitat, però sí d'altres que siguin freqüents, assumibles i que es puguin resoldre allà amb qualitat. De la mateixa manera que, per justícia, no volem deixar gent enrere o "fora de la barca" i atenem sempre els afectats per malalties rares i minoritàries, tot i que el tractament sigui molt car.

I ho han de saber els implicats en

algun dels tres grans puntals, dèiem al principi: polítics, professionals i gestors. Els primers tenen el repte de possibilitar els millors serveis per als seus electors i els han de revalidar cada pocs anys. Els professionals, perquè es deuen al seu nom i vocació, que assegurin la qualitat, i els gestors, perquè els hi va la feina, a fer-ho de forma eficient. L'acord ha de ser a tres bandes i cadascuna té les seves regles, que els altres han de respectar sense que s'envaeixin terrenys que no són els propis de cada col·lectiu. I entre tots haurem de posar límits, perquè no ho podem fer tot per a tothom i a prop de casa.

Primerament, s'han de treballar tècnicament les propostes amb diferents grups d'experts *ad hoc* formats per representants de societats científiques, dels plans directors, d'AQUAS, per professionals experts d'institucions i entitats proveïdores i pel CatSalut. Les propostes operatives s'han de concretar en els Plans Estratègics Territorials de Salut⁸ i s'han d'assolir aliances entre proveïdors per evitar duplicitats. La governança política ha d'assegurar les dotacions econòmiques adients, i els gestors han de vetllar perquè la seva execució, que aplicaran els professionals, sigui correcta.

Si algun d'aquests actors falla, no podrem assolir el bon resultat final que necessiten els nostres ciutadans.

Tenim vents a favor: els nostres polítics donen suport al territori; els gestors cada vegada més reten comptes amb transparència i, pel que fa a la qualitat assistencial, disposem dels avantatges que representa el fet de ser centres universitaris i de recerca, cosa que esperona la que és, potser, la part més

Preparem-nos per poder disposar dels euros suficients per atendre el nombre de casos recomanats i assolir la correcta combinació entre eficiència i equitat

important de la qualitat, el resultat en salut.

La prova del cotó: què és millor per al pacient?

Si ens creiem que el sistema de salut ha d'estar centrat en la persona i que "el repte dels sistemes sanitaris és esbrinar com aconseguir que les seves activitats aportin valor a la salut de les persones", aquests són els principis cabdals per prendre les decisions, "amb el benentès que molts dels outcomes (com les supervivències) estan massa influenciats per determinants no sanitaris, però també pel sobrediagnòstic", com recorda Jordi Varela al seu blog⁹.

Però no tirem pilotes fora i preparem-nos per poder disposar dels euros suficients per atendre el nombre de casos recomanats per a una bona qualitat, i contribuir així a assolir el punt correcte de la combinació entre eficiència i equitat per als habitants de la regió

de Lleida i àrea d'influència. És just.

Dr. Ramon Piñol Llovera
Metge

NOTES

1 Instruccions del CatSalut que regulen processos de reordenació de serveis. Accessibles, maig 2018, a <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveïdors-professionals/normativa-instruccions/>.

2 SISCAT: Sistema Integral Sanitari de Catalunya (abans XHUP), creat pel Decret 196/2010, de 14 de desembre, del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT), DOGC núm. 5776, de 16/12/2010, i actualitzacions posteriors.

3 RAPID: inicials de riure, aixecar braços, parlar, sospita d'ictus, derivació ràpida.

4 Pla de Salut Territorial de Lleida 2016-2020, accessible, maig 2018, a http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/catsalut_territori/leida/documents/pla-salut-territorial-leida_2016-2020.pdf.

5 Model d'atenció de les malalties minoritàries a Catalunya, accessible, maig 2018, a http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/m/malalties_minoritarias/malalties_minoritarias_model-datencio/.

6 Asseguradora americana de salut WEB de Kaiser Permanente, accedit, maig 2018, a <https://healthy.kaiserpermanente.org/html/kaiser/index.shtml>.

Pressupost de Salut, accessible, maig 2018, a <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/informacio-economica/pressupost/>.

8 El Pacte Territorial és el conjunt d'acords entre institucions, proveïdors i professionals per millorar l'atenció i l'eficiència i complir els objectius fixats. Se signa anualment.

9 Avances en gestión clínica, accessible, maig 2018, a <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2015/12/implicando-los-pacientes-en-la-busqueda.html>.



Alimentos saludables y no saludables: ¿cuál es la verdad?

Es frecuente oír o leer en los medios de comunicación que tenemos que consumir más alimentos saludables (alimentos buenos) y disminuir los no saludables (alimentos malos). Y es, asimismo, muy frecuente ver imágenes de alimentos vegetales (platos de ensalada y frutas frescas) como ejemplos de alimentos saludables, e imágenes de alimentos no saludables, como, por ejemplo, platos de carnes grasas, bollería industrial, etc. Esta idea de alimentos saludables y no saludables está muy extendida en los medios de comunicación e incluso la describen y transmiten algunos profesionales formados en el campo de la nutrición, y, por consiguiente, ha calado hondo y una buena parte de la población la ha hecho suya. Esto es especialmente así en nuestro país.

Pero, ¿esto es enteramente cierto? A simple vista, parece totalmente un contrasentido: si hay alimentos no saludables, lo lógico sería no ingerirlos, ni mucho ni poco, nada; solo sería lógico ingerir los alimentos saludables y eliminar totalmente de nuestra dieta los no saludables. Lo cierto es que esta pretendida verdad de "alimentos saludables y no saludables" no es cierta o no es enteramente cierta. Veamos.

El organismo humano necesita una determinada cantidad de nutrientes (carbohidratos, grasas, proteínas, minerales y vitaminas) para su correcto funcionamiento, y los necesita a todos ellos en unas determinadas proporciones, fuera de las cuales no se cumplirían los correctos objetivos nutricionales y, consecuentemente, se producirían efectos no saludables. Una dieta que aporte todos estos nutrientes en las proporciones adecuadas es una dieta que denominamos equilibrada y, por tanto, saludable. Dieta equilibrada y dieta saludable son conceptos interdependientes, y la mejor manera, y más fácil, de hacerla es con una dieta variada.

Cuando una dieta es demasiado abundante en algún tipo de nutriente, normalmente también es escasa en otro u otros tipos. Una dieta demasiado rica en alimentos cárnicos, por ejemplo, suele ser también una dieta pobre en alimentos farináceos y en vegetales. En consecuencia, resulta una dieta con demasiadas proteínas y grasas, y con baja proporción de carbohidratos, algunas vitaminas y fibra. Obviamente, este tipo de dieta no es equilibrada, sino des-

viada y, por tanto, no saludable. Para la población normal, la única dieta saludable es una dieta equilibrada. Lo demás son dietas desviadas y no saludables.

¿Qué tipos de alimentos y en qué proporción necesita nuestro organismo?

Nuestro organismo funciona adecuadamente si recibe entre un 50-55% de las calorías totales en forma de hidratos de carbono; sobre un 30-35% en forma de grasas y alrededor de un 15% en forma de proteínas. Estas son las proporciones habituales de la dieta mediterránea, y aunque existen otras dietas con porcentajes diferentes, probablemente sean menos eficaces.

Así pues, los hidratos de carbono deben proporcionar el 50-55% del aporte energético total. Hidratos de carbono complejos los encontramos preferentemente en pastas, arroz, maíz, patatas, pan y legumbres; hidratos de carbono simples en los azúcares, bollería, helados y golosinas. Siempre son preferibles los complejos a los simples. Las frutas y verduras nos aportan ciertas cantidades de hidratos de carbono y, además, una buena cantidad de fibra, vitaminas y minerales.

En cuanto a las grasas, nos deben proporcionar sobre el 30-35% del aporte energético total. Según los expertos, de este 30-35% es aconsejable la siguiente proporción de los diferentes tipos de grasas:

- Ácidos grasos saturados (grasa de animales terrestres), por debajo del 10%
- Ácidos grasos poliinsaturados (grasa de semillas, frutos secos y del pescado), no superior al 8%
- Ácidos grasos monoinsaturados (aceite de oliva), no superior al 15%

Finalmente, las proteínas han de aportar sobre el 15% de la energía total.

Las proteínas pueden ser de origen animal (huevos, leche, carne y pescados), que son las más completas y de mejor calidad; y las de origen vegetal (cereales, legumbres, frutos secos), que son incompletas y de peor calidad. Los expertos recomiendan una mezcla de ambos tipos de proteínas en la dieta.

Para conseguir hacer una dieta con los anteriores porcentajes, esto es, una dieta saludable, hemos de consumir una gran variedad de alimentos. Las dietas variadas son dietas equilibradas y saludables; las dietas monótonas suelen ser desequilibradas y no saludables. Por lo tanto, no es tan importante qué comemos, sino la frecuencia con la que lo comemos.

Por ejemplo, una cosa es decir que una hamburguesa es un alimento no saludable y otra cosa es consumir de manera continuada, diariamente, hamburguesas como fuente principal, y a veces de manera casi exclusiva, de nuestra dieta (un hábito no saludable). Una hamburguesa, si está bien hecha y es de carne de buena calidad, constituye, en principio, un buen alimento. Contiene carne (proteínas, grasas, vitaminas y muchos minerales), un poco de pan (hidratos de carbono y algunas proteínas y minerales) y, posiblemente, algunos vegetales (vitamina C, minerales, fibra). Todos estos nutrientes son buenos y necesarios para el organismo.

El problema deriva de que estos alimentos no contienen todos los nutrientes, ni en las cantidades adecua-

das, que el organismo necesita. Y por ello, el organismo necesita, además, otros alimentos, como vegetales, frutas, pescado, lácteos, huevos, etc. Si una persona se alimenta básicamente de hamburguesas, el problema vendría del exceso de ingesta de proteínas, grasas y algunos minerales y, concomitantemente, de la falta de ingesta de hidratos de carbono, algunos minerales, vitaminas y fibra. Por consiguiente, una hamburguesa no es un mal alimento, un alimento no saludable; el problema es comer siempre hamburguesas y nada más que hamburguesas. En este sentido, a nadie se le ocurriría decir que la fruta es un alimento no saludable, pero si comemos mucha fruta y solo fruta, con seguridad, la nuestra será una dieta también no saludable.

Es un auténtico insulto para aquellos habitantes del Tercer Mundo que pasan hambre, y que los pocos alimentos que comen son prácticamente todos farináceos —y que, por tanto, casi nunca comen carne ni otros alimentos de calidad—, decir que las carnes no son alimentos saludables. No les podríamos argumentar que las carnes son malas porque llevan muchas grasas saturadas que son perjudiciales para la salud, si su problema es, precisamente, que hacen una dieta pobrísima en grasas y pobrísima en proteínas. El problema, por lo tanto, no es que un alimento sea saludable o no saludable, el problema es que abusemos de él. Podemos decirlo de otra manera: no

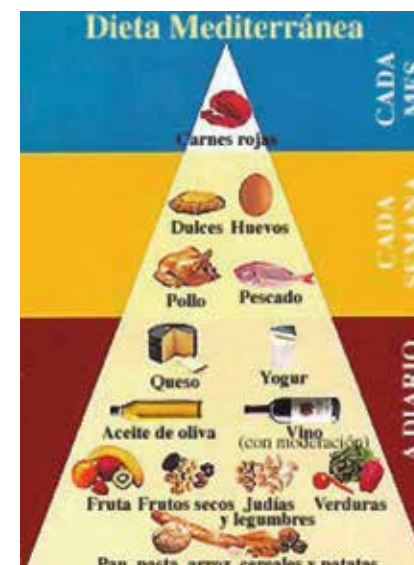


Figura 1. Pirámide de consumo de la dieta mediterránea

existen alimentos buenos o malos, sino patrones de consumo inadecuados.

Por tanto, comer siempre hamburguesas y nada más que hamburguesas, efectivamente, es una dieta perniciosa. Pero comer siempre pescado y nada más que pescado, también lo es. O siempre fruta y solo fruta, también. O solo vegetales y nada más que vegetales, también puede serlo. Además, siempre van de la mano dos problemas: cuando abusamos de un tipo de alimento, simultáneamente nos quedamos cortos en otro u otros. Y por consiguiente, siempre sufrimos las consecuencias por el exceso de unos tipos de alimentos y también por la falta de otros.

En resumen, tenemos que dejar de lado ya la cantinela de los alimentos saludables y no saludables. Y tenemos que empezar a poner el acento en el equilibrio y la variedad de la dieta. Todos los alimentos son buenos si los comemos en proporciones adecuadas. Necesitamos una amplia variedad de alimentos y no es conveniente eliminar ningún tipo de alimento de nuestra dieta. La variedad en nuestra dieta supone equilibrio y el equilibrio es la base de la dieta saludable. En este sentido, habría que insistir en la recuperación de los hábitos alimentarios basados en la dieta mediterránea, una de las dietas consideradas más saludables y basada, precisamente, en la ingesta de una gran variedad de alimentos y de forma equilibrada.

El uso de tablas de

raciones dietéticas puede ayudarnos a que la población conozca y asimile qué cantidades y frecuencias de consumo debe mantener de cada uno de los principales grupos de alimentos para conseguir una dieta variada, equilibrada y saludable. Otra manera gráfica y sencilla es el uso de las pirámides de consumo, como, por ejemplo, la de la dieta mediterránea. En una pirámide de consumo, los alimentos situados en la parte más baja, en la base, se han de consumir con más frecuencia, a diario; los que están en la parte media, con un poco menos de frecuencia, algunas veces por semana, y los de la parte de arriba, en el vértice, con mucha menos frecuencia, solo algunas veces cada mes.

Si hacemos una dieta variada, con muchos tipos de alimentos y con la distribución apuntada anteriormente, haremos una dieta equilibrada y, por lo tanto, saludable.

Dr. Àngel Rodríguez
Universitat de Lleida

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Pozo A. Dieta mediterránea y salud. Edicions de la Universitat de Lleida, 1999. ISBN84-8409-975-X.
2. Rodríguez Pozo A y Rodríguez Gasén A. Alimentació per a la salut. Edicions de la Universitat de Lleida, 2002. ISBN 84-8409-153-8.
3. <https://dietamediterranea.com/ca/nutricio-saludable/>
4. https://es.wikipedia.org/wiki/Dieta_mediterranea
5. León MT, y Castillo MD. 2002. La dieta mediterránea está de moda. Medicina General 49: 902-908.
6. Serra-Majem LI, Roman B, y Estruch R. 2006. Scientific evidence of Interventions using the mediterranean diet: A systematic review. Nutrition Reviews 64 (Supl 1): S27-S47.

Llibre del Dr. Àngel Rodríguez Pozo sobre nutrició i dietètica

El Dr. Àngel Rodríguez Pozo ha publicat el llibre *Introducció a la nutrició i a la dietètica clínica*, un manual adreçat als professionals de la salut. L'obra aporta coneixements i capacitacions tècniques per avaluar els problemes nutricionals dels pacients. A més, dona pautes per elaborar diferents programes d'alimentació personalitzada.





Posa't en guàrdia!

Davant d'una incapacitat laboral

Si entres en



, activa el



Si t'atures, **Mutual Médica**
et manté actiu cobrint l'import
de **les guàrdies que tú**
decideixis.

Defèn els teus ingressos!

 MutualMedica  @MutualMedica

www.mutualmedica.com

infomutual@mutualmedica.com · 901 215 216



MutualMédica

La Mutualitat dels Metges