



Les derivacions, a debat

28 anys

conduint les
teves idees



Editorial MIC
902 271 902
www.editorialmic.com



TRAUMARE

Centre mèdic i rehabilitador

**Assistència integral i gestió administrativa
d'accidents de trànsit
Traumatologia i rehabilitació
Accidents escolars, esportius i laborals
Peritatges mèdics
Reconeixements mèdics**



Av. Blondel, 98 // Tel. 973 26 85 99

www.traumare.com

04 Notícies

- Moviment col·legial
- Acords de la Junta de Govern del COMLL
- Dossier de Premsa
- Reunió Promoció Medicina UdL 1996-2002

08 Deontologia Mèdica

- Deontologia

10 Jurídic / Legal

- Sobre el control dels mitjans de contenció

13 Presents en el Futur

- ¿Son necesarias las prácticas asistenciales de los estudiantes de medicina?

15 Secció Col·legial

- Secció Pediatria: Una nova mirada en l'abordatge integral del maltractament greu i l'abús sexual infantil

20 Debat

- Sobre derivacions

30 Medicina d'Avantguarda

- Pla Pilot de salut mental en alumnes de ciències de la salut. Una experiència integradora.

Edita

COL·LEGI OFICIAL DE
METGES DE LLEIDA
Rambla d'Aragó, 14 . 25002 Lleida
T. 973 270 811
butlletimedic@comll.cat
www.comll.cat

Consell de redacció

Francesc Abella Pons
Noret Ballarin Cunillera
Manel Camps Surroca
Joan Carrera Guiu
Josep M. Casanova Seuma
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Joan Flores González
Josep M. Greoles Solé
Íñigo Lorente Doria
Lluís Marqués Amat
Mercè Matinero Tor
Montse Puiggené Vallverdú
Ángel Rodríguez Pozo
Pilar Roig Ferreruella
Josep M. Sagrera Mis

Javier Trujillano Cabello
Joan Viñas Sala

Direcció

María Chiné Segura

Producció

Editorial MIC

DIPÒSIT LEGAL:

L-842/1996 ISSN: 1576-074X

Moviment col·legial des de l'1 de maig de 2022

Altes Maig 2022: 50

AGUILAR RAMBLA, ANA
 ALAS TOMÁS, SARA
 ALBERT MINGUELL, CARLA
 ALCARAZ SOLANO, SANDRA
 BELLO BARROS, LETICIA
 BERMÚDEZ JIMÉNEZ, ALBA
 BLANCO GÓMEZ, OSWALDO JOSÉ
 BORUKOVA BAKALSKA, VESELA
 BRAVO FASANELLA, GABRIEL ERNESTO
 CAMATS MARSOL, LAURA
 CARRASCO MARÍN-BLÁZQUEZ, MARTA
 CHARRY CUELLAR, JOSÉ DANIEL
 CIARSOLA ATUTXA, MAIALEN
 DE LA TORRE-VENZALA ROMERO, NATALIA
 DEU MARTINEZ, ANNA
 DIAÑEZ VILLABONA, MARÍA JOSÉ
 ESCOBAR YELAMO, CARLA DEL VALLE
 EZPELETA ESTEBAN, JULIA
 GARCIA GONZALEZ, LLUÍS
 JIMENEZ GALLOFRÉ, MARC
 JORDANA PAGÈS, LLUÍS
 LAO GARCÍA, ANA MARINA
 LLINÀS VAQUER, ANNA
 LÓPEZ CANTERO, MARÍA
 LÓPEZ MOLINA, GEMMA
 MARTÍNEZ DE LAGOS PEÑA, MARÍA
 MARTINEZ RUBIÓ, MIREIA

MATAS BALART, JULIA
 MEMBREÑO BLANDON, KATHERYN ISABEL
 MIRANDA SUERO, CARMEN VICTORIA
 MORANT GARCÍA, YOMARA INDIRA
 NIEVA SÁNCHEZ, CRISTINA
 NOGUERA SOLÀ, ALBA
 ORFILA SINTES, DAVID
 PUERTAS QUEZADA, JOHNN CHRISTIAN
 QUEROL CABAU, NÚRIA
 RENGIFO GALINDEZ, SOBERANÍA ALAYZA
 RIAL ROSAS, ANDREA DAYANA
 RIBAUDÍ COMTE, ANNA
 RIERA PINÓS, ALBA
 ROCA HERNÁNDEZ, PAULA
 RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, DIEGO
 RUIZ FERNÁNDEZ, EMILIO
 SALAZAR RAICH, MAR
 SANZ BOROBIA, ANDREA
 SAURET GONZALEZ, ARIADNA
 SUÁREZ BUSTAMANTE, MARCELA
 TRITTLER UGIDOS, IVANA CLARA
 TUDELA CABELLO, KIARA
 VERGES ALEIX, LAIA

Altes Juny 2022: 17

SAN PEDRO MURILLO, EDUARDO
 LANGMUIR SANCHEZ, ANDRÉS E.
 HAMMA AOMAR, SALEC



ELKAURI AYAD, SULEIMAN
 NAVALPOTRO TEIXIÓ, MÓNICA
 ESPIRITUSANTO LÓPEZ, MANUEL PATRICIO
 GONZÁLEZ GIMENO, MARIA CRISTINA
 COMPS ALMUNIA, DANAE
 PÉREZ VALENCIA, JUAN ALBERTO
 MARTÍNEZ DEL POZO, MARIO CÉSAR
 SEBASTIÀ ESTEVE, CARMINA
 ROMERO ROJAS, CARLA VANESSA
 MARTÍNEZ ARMAZA, EDIL MAURICIO
 DÍAZ BARREDA, MARIA DOLORES
 MEDRANO DUARTE, NANCY MELISSA
 NOGOTKOV, DMITRII
 ROGÉS ROBLEDO, XAVIER

Altes Juliol 2022: 12

ZELAYA FERNÁNDEZ, NATALIA MARINA
 AINAGAS VARGAS, NERYUS MARIS E.
 FUENTES LLOVERA, ANNA
 GÓMEZ ARBELÁEZ, DIEGO EDUARDO
 RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, ARIADNA
 SEARA GIL, ANGEL JOSÉ
 RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, SONIA C.
 FERNÁNDEZ GRACIA, ISABEL
 TIRADO GIL, JUAN TONY
 MUÑOZ CEVALLOS, CRISTIAN PATRICIO
 NINA AVILLO, LOURDES
 RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, CÉSAR DAVID

Altes Agost 2022: 12

AHMED JATRI, AZIZ
 STAVOLA, JOSÉ DOMENICO
 MOHAMED LAMIN MOHAMED MOULOUD, MOHAMED
 GONZÁLEZ ÁVILA, ARGREINA JOSEFINA
 VEGA MARTÍNEZ, CLAUDIA PATRICIA
 CUEVA QUIROZ DE MONTESINOS, TANIA C.
 MUÑOZ QUINTELA, ALEX
 SARRIA RUIZ, MARIA DE LA CONCEPCIÓN
 GONZÁLEZ GORDILLO, JESSICA
 YSABEL DURÁN, ELIANA
 FIGUEROO MOQUETE, JENNIFFER B.
 BRAÑEZ GARCÍA, NORMAN OMAR

Baixes maig-agost 2022: 56

Defuncions

PARDOS BAULUZ, VICENTE
 HUELIN DOMECA DE JARAUTA, ENRIQUE
 BUENESTADO GARCÍA, JUAN
 SOLOAGA CABRERA, HORACIO
 CURCÓ RAMIS, ANTONIO

Total col·legiats a 01/09/2022: 2098



Acords de Junta de Govern

- Informació sobre la nova seu col·legial. Actualment s'està treballant amb els fonaments de l'obra, tot seguint el calendari i les fases d'execució del projecte estipulades pels tècnics.
- A la nova web del col·legi, s'ha creat un apartat d' Ofertes i descomptes, dins del menú Serveis, exclusivament pels col·legiats del COMLL. Els avantatges i descomptes estan classificats amb sis temàtiques: Consultori i empresa; lleure i cultura; esport i benestar; nens, vehicles i altres.
- Pel que fa a la formació, un any més s'ha obert la inscripció al curs d'anglès (nivell intermedi i avançat) amb un format online, però amb trobades presencials de forma puntual. Està prevista la reactivació de les xarrades formatives mensuals en breu.
- S'ha participat a les subvencions europees per tal d'aconseguir finançament per la formació continuada que la institució ofereix als col·legiats.
- Pel que fa a la modificació d'Estatuts, des de la Junta de Govern s'ha proposat la modificació dels actuals Estatuts. Els motius són:
 - potenciar i incrementar la cohesió territorial i facilitar la participació als col·legiats de la zona sanitària d'Alt Pirineu i Aran, es proposa modificar l'article 14 del capítol II, de la Junta de Govern, per incloure que almenys un dels sis càrrecs nominals de la Junta exerceixi professionalment en aquesta zona amb la finalitat d'afavorir la participació de tots els col·legiats en la presa de decisions de caràcter assembleari,
 - es proposa incloure el vot telemàtic mitjançant les noves tecnologies disponibles (art. 13 del capítol I, de l'Assemblea General)
 - i, per últim, es proposa l'equiparació del temps màxim de mandat d'actuació dels càrrecs de la Junta del COMLL amb la resta de col·legis que conformen el CCMC (Consell de Col·legis de Metges de Catalunya).
- S'ha signat un conveni amb l'empresa Vunkers, per tal d'oferir als col·legiats solucions informàtiques i tecnològiques a mida. S'ofereixen tres paquets: el bàsic, el familiar i el paquet a mida. A més a més, els col·legiats disposen d'aquest servei de forma puntual amb les tarifes estipulades segons acord.
- El primer carnet col·legial s'expedirà de forma gratuïta. A partir de les següents expedicions el col·legiat abonarà l'import de 7 euros en concepte de targeta y certificat. En cas de sol·licitar l'enviament al centre de treball es realitzarà per correu ordinari. Si el col·legiat decideix que l'enviament sigui per missatgeria haurà d'abonar les despeses del mateix.

Presència del Col·legi Oficial de Metges de Lleida als mitjans de comunicació



DIARI LA MANYANA

Argimon afirma que la nova seu del Col·legi de Metges “atraurà talent” i farà un sistema més fort

30/06/2022



DIARI SEGRE

Es busquen metges de família

17/07/2022

Reunió XX promoció Medicina de la UdL 1996-2002

El passat dia 17 de setembre es va celebrar una reunió d'antics alumnes de la XX promoció de la Llicenciatura de Medicina de la Universitat de Lleida amb motiu del 20è aniversari de la seva graduació.



↑ Orla Udl 1996-2002



↑ Promoció Medicina Udl 1996-2002

Va ser un retrobament molt emotiu i il·lusionant ja que molts companys exerceixen fora de la província de Lleida, i es van desplaçar des de diversos punts de Catalunya, les Illes Balears, la Comunitat Valenciana i, fins i tot, des de Suïssa.

A banda de recordar anècdotes i moments viscuts durant la carrera, de posar-se al corrent de les situacions vitals i familiars de cadascú, es va debatre sobre l'actual situació de la professió i va quedar palesa la preocupació per la manca de professionals, les dificultats per combinar la tasca assistencial amb la recerca i la crisi que travessa l'atenció primària.

Nou Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya



Aquest febrer passat va entrar en vigor el Nou Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, després d'un llarg procés que es va iniciar al voltant del 3er Congrés de la professió mèdica celebrat a Girona al 2016.

Han estat 6 anys, amb una pandèmia pel mig, de revisió i actualització, amb participació de metges col·legiats a diferents nivells: en la ponència de l'inici, en diferents grups de treball, i en dos períodes en que es van rebre i contestar nombroses al·legacions. En aquest procés s'han incorporat 19 noves normes, s'han suprimit 27 i se n'han modificat 54.

Un proverbi àrab diu allò que "els fills han de semblar-se més als seus temps que als seus pares", i l'actualització

del Codi ha estat aquest discernir què cal incorporar dels nous temps i què cal mantenir dels pares. Ha estat un procés laboriós però fructífer d'actualització del Codi als temps actuals, incorporant temes com la salut global i la lluita contra l'emergència climàtica i ecològica, la telemedicina, la medicina complementària, la relació dels metges amb els mitjans de comunicació entre altres. Anirem poc a poc explicant els canvis més importants i els articles del Codi que és important recordar i no han canviat.

El perquè d'un Codi de Deontologia

Aquesta és una pregunta freqüentment realitzada en relació a la quina necessitat hi ha de tenir un codi. El Prof. Arcadi Gual, un dels grans referents en Educació Mèdica i Professionalisme, assenyala l'evolució històrica que s'ha produït en medicina, passant del Jurament al codi i al contracte social.

El Jurament hipocràtic formava part d'un conjunt de texts, anomenats Corpus hipocraticus, que es consideren la base de la tradició mèdica occidental. El jurament pròpiament dit consta de dues parts: un pacte de família o gremi, i un codi de conducta a seguir, establint una sèrie de normes ètiques que tot metge "prometia" complir a l'incorporar-se a la professió.

Com comenta Gual, el Jurament era l'estàndard a seguir com a model organitzatiu de la professió fins que van néixer els col·legis professionals, el 1540, quan Enric VIII va crear el Royal College of Surgeons a Anglaterra.

Els col·legis professionals creen per delegació de l'autoritat legislativa, amb la funció de regular la pràctica professional, en un àmbit tan especial i sensible com el de la salut. El Jurament, que es continua emprant a mode simbòlic, però el que ens relliga en l'actualitat a la professió són els col·legis professionals.

Amb l'aparició, ja al segle XX, de l'Estat del Benestar, apareix el dret a la salut i a l'assistència sanitària: la salut esdevé aleshores un tema d'Estat, generant legislació específica en aquest àmbit que regula, de manera externa al col·lectiu professional, temes clau en la salut. Aquest seria el model de 'contracte social', un 'contracte' entre el professional sanitari i la societat emmarcat o definit per la legislació.

A partir de llavors i reactualitzat l'any 2000 amb la "Physicians' charter: Medical professionalism in the new millennium", es va desenvolupant el que anomenem professionalisme mèdic, que incorpora com a element clau els codis de deontologia. Les característiques del professionalisme són:

- Possessió d'un cos específic de coneixement, amb un llarg període de formació universitària, i el control d'aquest amb capacitat normativa (monopoli del saber).
- Capacitat de control de l'Organització del treball professional.
- Existència d'organitzacions professionals reconegudes legalment, amb capacitat reguladora de l'accés (credencialisme) i de la pràctica (autoregulació).
- Existència d'un codi deontològic, amb potestat exclusiva per aplicar-lo.

En tota aquesta evolució, és present la necessitat que els professionals sanitaris desenvolupin un corpus de normes ètiques i morals per al desenvolupament de la seva funció. Aquest corpus vindria a ser o reflectir una consciència professional característica, marcada per l'excel·lència professional i propera, moltes vegades, a actes supererogatoris (actes bons que van més enllà de l'estrictament exigible per llei).

Montserrat Esquerda, Presidenta de la Comissió Deontològica del COMLL

Referències

1. Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Johnston, S. E. (2000). Professionalism: an ideal to be sustained. *The Lancet*, 356(9224), 156-159.
2. Gual, A., Palés-Argullós, J., Nolla-Domenjó, M., & Oriol-Bosch, A. (2011). Proceso de Bolonia (III): Educación en valores: profesionalismo. *Educación Médica*, 14(2), 73-81.
3. Project, M. P. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *The Lancet*, 359(9305), 520-522.

Sobre el control dels mitjans de contenció



A principis d'aquest any 2022, la Fiscalia General de l'Estat (endavant, FGE), actuant en l'àmbit de la defensa dels drets fonamentals dels ciutadans, especialment, dels mes necessitats, i/o desvalguts, ha publicat la Instrucció 1/2022, de 19 de gener, sobre la utilització de mitjans de contenció mecànics o farmacològics en unitats psiquiàtriques, o de salut mental, i en centres residencials i/o sociosanitaris de persones grans i/o amb discapacitat (veure el BOE d'11.02.22).

I malgrat que la Instrucció esmentada es dirigeix als membres del Ministeri Fiscal, establint normes sobre la supervisió de les actuacions, especialment les relacionades amb privacions de llibertat, que es duen a terme en centres residencials, en sociosanitaris, i en unitats psiquiàtriques, no hi ha dubte que transcendeix mes enllà, afectant directament tant als responsables de la direcció i gestió d'aquests centres, com a les persones que hi treballen, i, especialment als metges que, d'alguna manera, intervenen, o tenen coneixement, de l'aplicació de mitjans de contenció.

Podem dir que la Instrucció publicada per la FGE vol superar el vuit normatiu sobre la regulació de les contencions, atès que no hi ha un disposició general o de caràcter estatal, i només podem trobar una norma específica en l'àmbit de la Comunitat Foral de Navarra (Decret Foral 221/11, de 28 de setembre, i Ordre Foral 186/14, de 2 d'abril). Pel mateix motiu, no disposem d'una definició legal de les subjeccions i/o contencions, per la qual cosa, i a efectes purament informatius, la FGE, tenint en compte diverses opinions doctrinals, com també la opinió del Comitè de Bioètica d'Espanya, assenyalava que les contencions son *mesures de control del comportament mitjançant una limitació externa del subjecte exercida per tercers, ja sigui a través del cos (mecànica) o a través de la sedació (farmacològica)*.

Exemples de mitjans de contenció son les barres laterals, els cinturons, les canelleres, les armilles, i, de contencions farmacològiques, les benzodiazepines o antipsicòtics.

La regulació i el control dels mitjans de contenció es necessari tant des de la perspectiva del respecte de la dignitat de la persona, i dels drets fonamentals dels que és titular (vida, integritat física i moral, llibertat, i, intimitat), com per a prevenir la causació de lesions, físiques i psíquiques, i per a garantir el respecte de la voluntat i dels desigs manifestats per la persona, en aplicació de les disposicions de la recent Llei 8/21, de 2 de juny, de suport a les persones amb discapacitat per a l'exercici de llur capacitat jurídica.

En aquest sentit, la FGE, després de repassar la normativa internacional aplicable, que promou l'establiment de sistemes assistencials respectuosos amb la dignitat i l'autonomia personal, contemplant l'ús de subjeccions com a excepcional, i sota criteris mèdics, relaciona també les normes estatals, especialment les d'àmbit sanitari, que son aplicables, especialment la Llei 41/02, de 14 de novembre, bàsica, reguladora de l'autonomia del pacient, dedica un capítol a resseguir el contingut de les disposicions autonòmiques, sobre serveis socials i assistència social, i sobre protecció de les persones grans, atès que son matèries de competència autonòmica, assenyalant que dintre de la diversitat del ventall de la normativa autonòmica, sobresurt com a norma comuna exigir una disposició facultativa per aplicar contencions o subjeccions.

Dit això, no hi ha cap mena de dubte quan a la participació, i la responsabilitat, del metge en l'aplicació de mitjans de contenció en centres residencials i socio-sanitaris.

La FGE assenyala que son pressupostos per a l'aplicació de sistemes de contenció:

- El respecte de la dignitat, la llibertat i l'autonomia de les persones.

Per la qual cosa, es contempen les contencions com el darrer recurs aplicable, quan s'hagin esgotat, o hagin resultat insuficients, altres recursos menys agressius, perquè no es tracta pas d'instaurar la quietud i el silenci, sinó de respectar a la persona.

En cap cas es podran aplicar mitjans de contenció com a mesures disciplinàries, ni per simple conveniència dels centres, tant si es per comoditat, o per a estalviar recursos.

- No aplicar cap subjecció sense prescripció facultativa, llevat de risc imminent i greu per a la seguretat física de l'afectat i/o de tercers.
- Consentiment informat, expressat prèviament, i per escrit, a l'aplicació de les contencions, en la forma establerta en la Llei 41/02, d'autonomia del pacient.

En el cas de consentiment per representació, tenir en compte el sistema de valor, creences i desig de la persona concernida, d'acord amb les disposicions de la Llei 8/21.

- Atendre els principis de "cuidado", cura, atenció, proporcionalitat i, evitant excessos en l'aplicació de les mesures.



Tenint en compte aquests principis generals, en les inspeccions i actuacions que facin els membres de la FGE en centres residencials, socio-sanitaris i en unitats de tractaments psiquiàtric, comprovaran si els centres disposen de protocols per a l'aplicació de contencions, que hi hagi una prescripció facultativa en tots els casos en que s'han aplicat, si ha quedat constància escrita de les mateixes, per a cada persona concreta (historial clínic i/o assistencial) amb indicació del tipus de contenció aplicada i de la seva duració, i, especialment, l'existència de consentiment informat en la forma regulada per les normes sanitàries d'autonomia del pacient.

Ben segur que la promulgació i entrada en vigor de la Llei 8/21, de suport a les persones amb discapacitat per a l'exercici de llur capacitat jurídica, i el record dels indesitjables efectes derivats de l'aïllament imposat per la pandèmia de la COVID-19, en els centres residencials i socio-sanitaris, han estat molt presents a l'hora de redactar la Instrucció que comentem.

Amb la seva publicació, mentre reitera la obligació general de respectar la dignitat i l'autonomia de les persones, en qualsevol moment i circumstància, també s'assenyala que l'aplicació de les normes sanitàries ultrapassa els límits dels centres sanitaris i també s'han de tenir en compte en àmbits assistencials i socio-sanitaris, especialment en l'aplicació de mitjans i/o de sistemes que poden afectar la vida, integritat i salut de les persones.

Es requereix indicació mèdica, i consentiment previ de l'afectat, per a l'aplicació de mitjans de contenció, com a garantia del respecte de la dignitat i autonomia, superat qualsevol mena d'actuació burocràtica i d'automatisme.

Dr. J. Corbella i Duch

Advocat

—

¿Son necesarias las prácticas asistenciales de los estudiantes de medicina?



Si le preguntan a cualquier estudiante de medicina cuál es su parte favorita de la carrera, muy probablemente les hablará de las prácticas asistenciales. Ese efímero momento en el que se nos permite formar parte de un equipo hospitalario da fuerzas para seguir estudiando cuando más las necesitamos (que suele ser la mayor parte del tiempo).

Aun así, en ocasiones se ha puesto en debate cual es papel de los estudiantes durante estas prácticas. ¿Son realmente necesarias? ¿Es demasiado temprana nuestra entrada al mundo sanitario? ¿Deberían entonces, iniciarse más tarde? ¿Es su duración adecuada?

Permítanme que les cuente una breve anécdota. La primera vez que estuve en un CAP, fue a mediados de segundo. Estaba nerviosa, pero sobre todo muy emocionada. Recuerdo la sensación, la sonrisa permanente. Y el primer paciente que tuvimos. Sé que padecía gota en la primera articulación metatarsofalángica del pie derecho, y que le tratamos con alopurinol. No fue hasta prácticamente un año después que di aquel fármaco en clase, pero en cuanto lo nombraron, lo rememoré. Sabía para qué se utilizaba.

Este es tan solo un ejemplo muy puntual de mi experiencia con las prácticas. Es cierto que, el técnico, es el tipo de conocimiento que puedo reflejar directamente en la universidad, y de primeras podría parecer el más valioso. Aun así, debido a que todo este saber se encuentra en los libros y las publicaciones, considero que no es el más importante que se obtiene.

Creo que la mejor forma de aprender cómo funciona la práctica asistencial médica es observando. Recuerdo con cariño todas las actuaciones que me han marcado; desde las doctoras que se sentaban en la cama del paciente y le tomaban la mano mientras les comentaban el diagnóstico, hasta el doctor que se focalizaba y le hablaba al enfermo a pesar de que fuera sordomudo, pasando por todo el equipo de enfermería y su increíble

cuidado con cada uno. Siento que mi futura práctica estará formada por pedacitos de las actuaciones de todos ellos. Y que ese es el verdadero conocimiento médico que se extrae de las rotaciones: el trato humano y cercano con los pacientes, fruto de la experiencia y de años de cuidados, que a veces, durante los meses de estudio sumidos en los libros, parece que se nos olvida.

Es cierto que a veces, los estudiantes, nos sentimos intimidados por la propia práctica, y quizá somos incapaces de reflejar nuestro interés. No sabemos si debemos formar parte de la anamnesis, explorar junto a la médica o si nos cederá un espacio después de ella para que lo hagamos. Sobre todo, las primeras veces. Por suerte, hay muchas profesionales que nos alientan a formar parte en todo momento, incluyéndonos e incluso presentándonos ante el paciente. Son pequeños gestos que nos animan a preguntar las dudas que tenemos, y facilitan que nos sintamos más integrados durante la rotación.

En definitiva, considero que las prácticas son una parte esencial del grado de medicina y que nos permitirán llegar a nuestra propia práctica asistencial mucho más preparadas y seguras de nosotras mismas, gracias a las experiencias compartidas.

Me gustaría añadir que los y las estudiantes estamos muy agradecidos con todos los profesionales que dedican su tiempo y paciencia a enseñarnos, animándonos con cariño cuando actuamos correctamente. Antes que correr, hay que aprender a caminar.

Pilar Roig Ferreruela,
estudiante de medicina.



Una nova mirada en l'abordatge integral del maltractament greu i l'abús sexual infantil: l'equip EFE, ara, i la BARNAHUS, després



↑ Figura 1. El maltractament infantil i nosaltres

Font: "El llibre d'En Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut". Institut Català de la Salut, 1998

Francesc Domingo Salvany , Teresa Vallmanya Cucurull, Zaira Ibars Valverde, (pediatres) i Susagna Nevado Gutiérrez (psicòloga)

Equip Funcional d'Expertesa - EFE Lleida, Alt Pirineu i Aran. HU Arnau de Vilanova. Lleida
 efelleidapirineu.lleida.ics@gencat.cat

El Professor Anselm Robert Debré (1882-1978), creador del Centre International de l'Enfance de París (1949), i considerat com el pare de la Pediatria moderna (*1), afirmava que *"No hi ha cap feina tan noble com la d'ajudar les famílies a fer créixer llurs infants"*. I els pediatres som conscients del privilegi que representa poder exercir aquesta lloable tasca. I això hauria de ser també així quan el problema s'amaga a l'interior de la mateixa família, i ens costa assumir el que intuïm. El maltractament greu, i especialment l'abús sexual infantil, ens posen a prova. Llavors som poc destres en saber desxifrar els signes i símptomes que NNA (nens, nenes i adolescents) presenten. I ens sentim confosos i ens adonem que hem de treballar d'una manera diferent a la que coneixem i en la que ens formaren durant la nostra residència de Pediatria. Vam aprendre a ser els detectors de malalties i lesions, i a saber resoldre-les amb determinats fàrmacs o tècniques, per tal que NNA, i llurs famílies, recuperin l'equilibri funcional i vital. Cercàvem l'error que el NNA presentava: primer, diagnòstic; després, diagnòstic; i sempre diagnòstic, més o menys clar!. I llavors, en encertar-lo, solament calia aplicar el tractament que l'evidència científica assegurava que era el millor. Quan ho aconseguíem ens sentíem d'allò més satisfets, i ens dèiem a nosaltres mateixos que sí, que érem bons. Vanitat i autocomplaença, "els vels més difícils de descórrer", ens diu LaoTse (*2).

Aquella aproximació organicista i biològica no ens preparava, en canvi, per a les situacions més complexes dels camps psicològic i/o social. I ens costava acceptar que, en determinades famílies, allò que calia fer era justament el contrari: havíem de **ser elements perturbadors de l'equilibri abusador i silencios, del secret instal·lat en si de la mateixa família, i que amagava un maltractament o un abús greu envers algun dels seus membres menors d'edat**. I desconeixíem encara més, el com refer, després, l'organització familiar, en unes circumstàncies diferents i, ja, no abusives envers els NNA.

Davant d'aquestes situacions la nostra formació era pràcticament nul·la, atès que la formació a la residència es feia principalment a l'àmbit hospitalari, amb un munt de recursos i aparellatge tecnològic, que estava ben lluny de la Pediatria social de carrer, de trinxera. La pobra formació en els àmbits psicològic i social ens allunyava de la realitat que han de viure els pediatres, i les famílies, a l'Atenció Primària. Davant d'aquesta realitat és comprensible que la sortida de la residència s'orienti més vers una feina de l'àmbit hospitalari conegut que no pas d'Atenció Primària. Tampoc hi ajuden la pobra formació

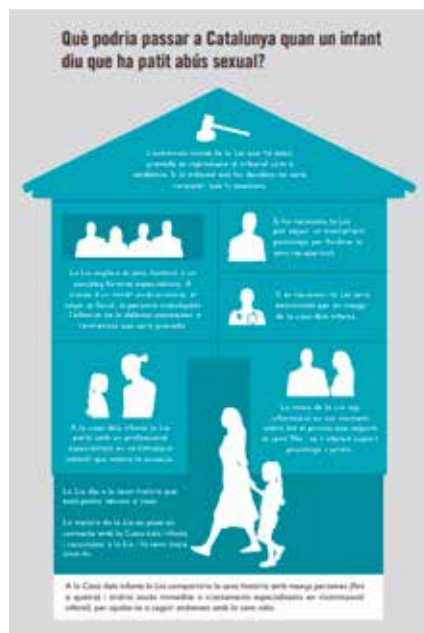
en el treball en equip i el desconeixement de l'obligació legal de comunicar i/o denunciar tots els tipus de maltractament que coneguem(*3, DOGC Llei 14/2010;*4, BOE Ley 8/2021). En aquest camp, el camp de la Pediatria social, està molt clar que poca vanitat i autocomplaença podíem lluir.

La Pediatria social no és tan sols una especialitat més dins la Pediatria. Què ens revela la Pediatria social? Que les causes són socials i les conseqüències són pediàtriques. **La Pediatria social és una actitud** del professional envers les dificultats de les famílies per atendre correctament llurs NNA arran de les circumstàncies socials específiques i singulars que els toca viure (*5). Saber gestionar, llavors, la multitud de factors que intervenen en els casos de maltractament greu i abús sexual infantil esdevé una tasca ingent, una càrrega massa pesada per poder ser assumida per un sol professional. I llavors els uns i els altres, tots els professionals del món de la infància, ens adonem que tots som necessaris (*6) (Figura 1). Ens cal, doncs, treballar en xarxa i fer el camí plegats. Tots els professionals que treballem en el món de l'infant estem cridats a construir un equip, una xarxa, un carro. Lao Tse (*) és deliciós quan diu: *“Desmunta les parts d'un carro, i no quedarà carro”*. I cal reconèixer que és ben bé així. El treballar en equip, en xarxa, demana no solament tenir les aptituds - els coneixements i les **Habilitats** necessàries, **l'estar preparats per** -sinó també, i principalment, el tenir l'**Actitud** - **l'estar disposats a** actuar en benefici del NNA (*8) . L'actitud és la qualitat que no suma sinó que multiplica el resultat del nostre treball. Ens agrada resumir aquest darrer paràgraf, amb l'equació:

$$\text{Treball en xarxa de qualitat} = (C+H) \times A$$

“La casa d’infants”, la Barnahus, bo i passant pels Equips Funcionals d’Expertesa (EFE)

Fa unes setmanes ja aparegué al Butlletí del Col·legi Oficial de Metges de Lleida un enriquidor article (*9) sobre aquestes cases d’infants (Barnahus en islandès), fet per la responsable de polítiques d’infància a Catalunya de Save the Children, la Sra. Emilie Rivas (*10) (Figura 2).



↑ Figura 2. Barnahus, la casa d’infants

En aquestes cases l'infant conta la seva història una única vegada i ho fa des d'un entorn amigable. L'entrevista és vista pels professionals dels diferents departaments i, a més, està gravada, per evitar que l'infant hagi d'anar a judici. Aquesta manera d'actuar, a més de millorar la recuperació psicològica de l'infant, fa que la declaració de l'infant tingui més qualitat, més detalls i més informació.

L'important en aquest model és que hi hagi un protocol clar sobre les tasques que cada professional té i que tots els professionals estiguin especialitzats i altament formats en les seves àrees específiques. A les **Barnahus** hi ha dos tipus d'equips: l'un, l'equip fix que sempre està present a la casa; l'altre, l'equip mòbil que s'hi trasllada quan ha de fer les seves tasques. **L'equip fix** està compostat per un coordinador, un/a treballador/a social i un psicòleg clínic. **L'equip mòbil** estarà constituït per: el jutge d'instrucció i el fiscal; el psicòleg forense; el metge forense; el pediatre; i l'advocat especialitzat en infància víctima. Els professionals de l'equip mòbil estaran vinculats a la casa d'infants però no hi seran sempre.

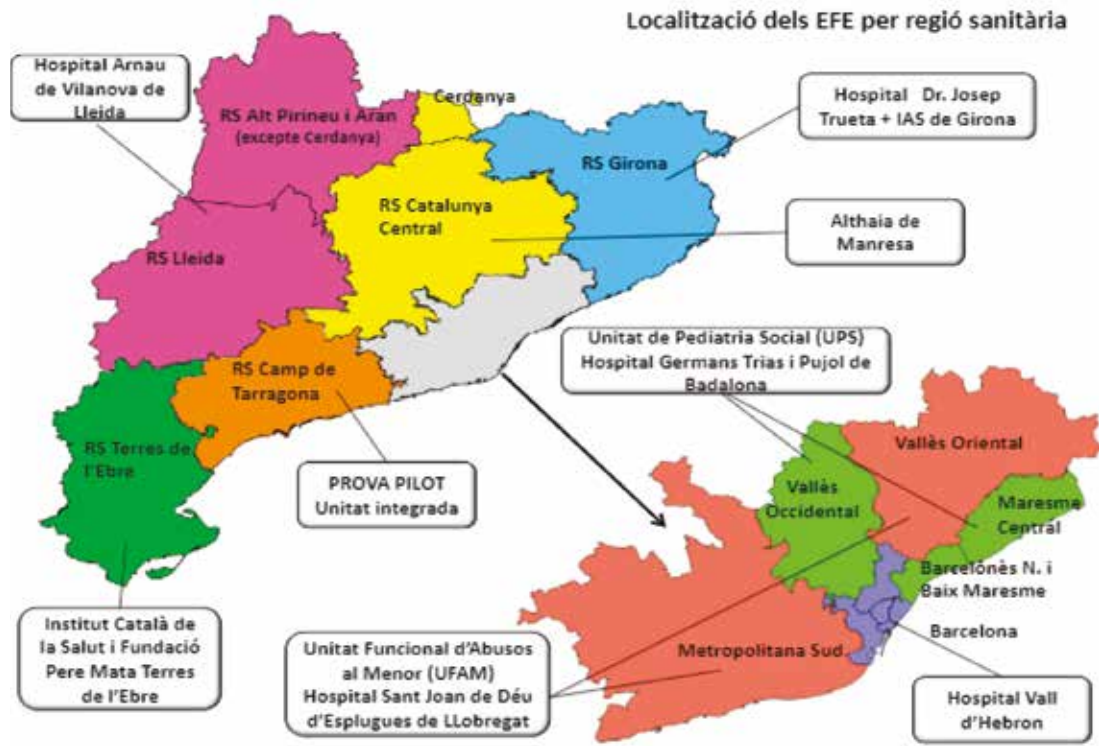
Catalunya és capdavantera, al sud d'Europa, a tenir una casa d'infants, des de juliol de 2020. La primera casa, en fase de pilotatge fins aquest 2022, està ubicada a Tarragona, amb el lideratge de la Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència (DGAIA), que és qui té la competència per a crear aquest recurs.

I mentre esperem la Barnahus de Lleida, què s'està fent amb els infants víctimes de violència sexual o maltractament greu? Per fer un abordatge més coordinat entre els diferents departaments de la Generalitat implicats, l'any **2017** s'edità el **Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya (*11)**, que desenvolupa articles concrets de la **Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència**. Aquest nou protocol marc, liderat des del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, potencia la visió global i integradora (holística). La revisió d'aquest protocol incorpora els vessants de prevenció, detecció precoç i actuació en l'atenció primària i comunitària, a més dels serveis d'urgències hospitalàries i dels **Equips Funcionals d'Expertesa - EFE**.

Hi ha Equips Funcionals d'Expertesa distribuïts arreu del territori(*12)(Figura 3), i són els encarregats de tractar els casos de maltractament greu i dels abusos sexuals infantils (ASI) de més de 72 hores, de la seva zona. En els casos urgents d'ASI, de menys de 72 hores, el lloc d'abordatge dels casos és l'Hospital de referència, atès que això permet en una única atenció immediata i conjunta de pediatria, infermeria, treball social, ginecologia i medicina forense (i amb la col·laboració dels cossos de seguretat si calen mesures de protecció) fer front, a més de l'afectació física i psicològica, el risc de malalties de transmissió sexual, la possibilitat d'embaràs, i assegurar la custòdia de proves. Per a tota la zona de Ponent existeix **l'EFE Lleida, Alt Pirineu i Aran**. A la capçalera d'aquest article podeu trobar el correu electrònic de contacte.

Dèiem, en començar aquest escrit, que *"No hi ha cap feina tan noble com la d'ajudar les famílies a fer créixer llurs infants"*. I pel que fa al manteniment de l'esperança, Mahatma Ghandi ho expressava així: *"Encara que m'asseguressin que demà el món s'extingiria, jo, avui, plantaria un plançó d'arbre"* (*13)

Lluny d'utopies i de demagògies, un altre món és possible, si tots ens comprometem a construir-lo cada dia. Com fer-lo créixer en el cor dels infants i joves que atenem i amb els quals vivim? Hi ha un relat curt que ajuda a aclarir-ho.



↑ Equips Funcionals d'Expertesa- EFE Catalunya 2022

Un indi ja vell parlava als joves de la seva tribu i els contava:

–Dintre del meu cor, i també del vostre, hi ha dos llops ferotges que lluiten. L'un és la maldat, la rancúnia, la ira, l'enveja, el ressentiment, l'arrogància, la culpa, l'avarícia, la mentida, la competència, l'orgull, la vanitat... L'altre és la bondat, l'alegria, la pau, l'amor, l'esperança, la serenor, la humilitat, la dolcesa, la generositat, la benvolença, l'amistat, l'empatia, la veritat, la compassió, la confiança...

–Avi, digueu-nos: quin dels dos guanyarà? –va preguntar-li un dels nois.

*–Aquell que tu alimentis –li va respondre l'avi. (*14)*

No estem sols, professionals del món de la infància! I no deixarem sols als nens, nenes i adolescents davant el maltractament i l'abús sexual infantil! Passem a l'acció!

—

Bibliografia:

- (*1) https://fr.wikipedia.org/wiki/Robert_Debr%C3%A9. Consulta 25/07/2022
- (*2) Lao Tse. **Tao Te King. El llibre del Tao**. Els petits llibres de la saviesa. JJ de Olañeta, Editor. 1997:p22.
- (*3) Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. **Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i en l'adolescència. Barcelona 2010**
- (*4) Boletín Oficial del Estado. **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Madrid 2021.**
- (*5) Domingo-Salvany, Francesc. **El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de Salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución**. Pediatría Integral 2013, XVII,10: 694-712 .
- (*6) Institut Català de la Salut .**"El llibre d'En Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut"**. Institut Català de la Salut, 1998 (primera reimpressió)
- (*7) LaoTse. **Tao Te King. El llibre del Tao**. Els petits llibres de la saviesa. JJ de Olañeta, Editor. 1997:p61
- (*8) Domingo i Salvany, Francesc. **Família que plora, professionals al límit i disgust per a tots: ho estem fent bé? Rutlla, la nostra xarxa?**. Pediatría Catalana 2002;62,2:73-80.
- (*9) Emílie Rivas. **El model Barnahus a Catalunya**. Butlletí Mèdic del Col·legi Oficial de Metges de Lleida n 137; 2021,7:46-51.
- (*10) <https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/sota-el-mateix-sostre-web-doble.pdf>
- (*11) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. **Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya**. 2017.
- (*12) Zaira Ibars. **Maltractament i abús sexual infantil. Què aporta l'Equip funcional d'Expertesa EFE Lleida, Alt Pirineu i Aran?**. Openmeeting Pediatría de Ponent, 9 de març 2022.
- (*13) Fidel Delgado. Jornades ACIM Terres de Ponent **"Cuidar al cuidador"**. Monestir de Les Avellanades des de 1999.
- (*14) Museu de La Noguera. **Exposició La Noguera mística. 432**. Balaguer (fins el 18 de setembre 2022)

Les derivacions, a debat



Les persones som una unitat, individus. Tenim diferents òrgans i sistemes. La medicina ha avançat gràcies a que s'ha anat especialitzant aprofundint en la recerca; però la fragmentació del malalt no és possible. Qualsevol part del cos humà que té una patologia, aquesta repercuteix en tot l'organisme.

Per això són tan essencials els metges d'atenció primària, que es diuen així perquè són la primera porta d'accés als sistemes sanitaris. El metge de família té un ampli coneixement del malalt i les patologies, però, evidentment, no pot aprofundir en totes elles. Per això hi ha els especialistes, que diagnostiquen i tracten les patologies que els corresponen.

Resulta evident que hi ha d'haver una molt bona relació entre els metges de medicina primària – que són els capçaleres del malalt – i els especialistes als quals ell deriva per resoldre dubtes diagnòstics i terapèutics i/o perquè tractin el pacient, el qual, després torna a ell.

El metge especialista i el metge de família són iguals. Cadascú és responsable de la seva activitat assistencial. Els malalts són derivats a l'especialista pel metge de família, encara que alguns volen anar-hi directament quan la seva patologia específica és clara.

Des de fa anys que ha millorat el contacte i relació entre els dos nivells, primària i especialitzada. Alguns especialistes han fet unes guies per tal que els metges de família diagnostiquin i tractin alguns malalts sense necessitat de enviar-los a la seva consulta, indicant quan enviar-los-hi el malalt.

No obstant això, si el metge de capçalera considera que un malalt concret ha de ser visitat per un especialista, li ha de poder enviar sense cap impediment. L'excés de feina fa que, a vegades, alguns especialistes posin restriccions als metges de família per derivar els pacients, i aquests es trobin amb dificultats per a diagnosticar i tractar els seus pacients. Les llistes d'espera i retards en l'atenció especialitzada són un important problema a resoldre.

En aquest debat sobre derivacions es presenten els punts de vista del metge d'atenció primària rural i del de l'urbana; el de la direcció d'Atenció Primària, el dels administratius professionals de gestió i serveis de primària, i el de la gerència territorial. Esperem que ajudi a comprendre millor la problemàtica i animi a posar-se a treballar conjuntament metges de família, especialitzada, administratius i gestors per resoldre els problemes actuals.

Dr. Joan Viñas

LA VISIÓ D'UN METGE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA RURAL

Quan penso en derivacions no puc evitar recordar l'inici de la meua carrera professional, a mitjans dels anys 80. Teníem un petit talonari de fulls impresos, conegut com P 10, on posàvem les dades del pacient, el diagnòstic probable i una explicació dels antecedents, al·lèrgies i malaltia actual, tot limitat per l'espai del mateix full. El mateix volant (ara full d'interconsulta) servia per l'ambulatori d'especialitats i per les urgències de l'hospital. No era molta informació però sí un clar exemple de desburocratització, un sol full per tot.

Les derivacions a especialistes són imprescindibles pel bon funcionament de l'atenció mèdica. Les darreres dècades han augmentat els mitjans diagnòstics i els tractaments de moltes patologies, això ha comportat la cronificació i el conseqüent seguiment per part del sistema sanitari dels pacients augmentant les llistes d'espera de forma progressiva. L'epidèmia del Covid ha precipitat els problemes ja latents i ara molt evidents, unes llistes d'espera en alguns casos molt llargues.

Les derivacions tenen un funcionament i una resposta molt desiguals segons especialitats. En algunes és imprescindible que la primera visita sigui una interconsulta sense pacient, en altres no cal. En algunes interconsultes sense pacient la resposta és ràpida i molt resolutiva i en altres té poden recordar que no has fet l'exploració correctament. Hi ha algunes especialitats amb una llista d'espera de mesos, com poden ser la Clínica del Dolor, Electrofisiologia, Radiologia, Rehabilitació o Traumatologia. Quan en un mateix pacient coincideixen llistes d'espera combinades com pot ser per exemple un EMG i posterior rizòlisi o una RMN i posterior intervenció quirúrgica el temps d'espera se prolonga tants mesos que resulta difícil explicar-ho al pacient i mitigar els símptomes no sempre és fàcil.

L'espera a urgències també es un problema ja prou denunciat les darreres setmanes en els mitjans de comunicació pels nostres col·legis de metges catalogant la situació com col·lapse permanent, ja no tant sols pics puntuals en alguns moments de l'any.

Tots coneixem els problemes i me consta, personalment, que no hi són pels professionals que hi treballen.

La solució no és fàcil ni podrà ser a curt termini, passa per més mitjans, tant professionals com tècnics, però crec que no serà suficient, ja que tenim la mateixa ratio de metges que a Europa. A Lleida ho desconec però dubto que sigui la mateixa amb la falta que tenim de metges tant a primària com hospitalària.

Poder amb la nova selectivitat hi haurà un equilibri territorial més just pel que fa a alumnes de medicina.

Poder les autoritats sanitàries hauran de revisar el model, ara tots funcionaris o estatutaris, abans tots lliberals, poder mixt. També han de millorar el pressupost.

Hauria de ser possible trobar una bona solució seguint exemples d'altres països i aprofitant les qualitats d'un col·lectiu sempre disposat a col·laborar i a treballar més enllà de les vuit hores diàries.

Dr. Pere Farré Pagès, Metge de Família
ABS La Granadella





LA VISIÓ D'UN METGE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA URBANA

Cuando consultas en Google la definición de derivación, lo define como el acto de remitir a un paciente mediante un parte de interconsulta a otro profesional sanitario para ofrecerle una atención complementaria.

En la mayoría de los sistemas sanitarios somos los médicos de Atención primaria (A.P.) los que sirven de puerta de entrada para que los pacientes se puedan beneficiar de la atención especializada hospitalaria y lo realizamos mediante las derivaciones.

Aunque hay una percepción generalizada de que el médico de familia es un mero derivador, revisando la bibliografía la tasa de derivaciones es de una media de 50 por cada 1000 visitas (en mi ABS concretamente en 2019 fue de 58,17/1000 visitas).

Esto no es exclusivo de la AP, ya que el resto de especialidades pueden también realizar derivaciones a otros profesionales, aunque por desgracia, muchas veces utilizan al especialista de familia como puente para realizar esta derivación, como si la A.P. fuera la única Puerta de entrada al segundo nivel, de aquí se derivan dos situaciones:

- La recitación: Se utiliza muchísimo “Dentro de un año que le vuelvan a derivar” “Si este tratamiento no le va bien, el generalista que le vuelva a mandar” y sobre todo si el paciente no ha podido acudir a su cita es el propio administrativo del hospital es quien remite ,obviamente sin ningún criterio sanitario, al médico de A.P. para que le repita la derivación, entrando de nuevo en la lista de espera cuando tal vez en el caso de ese paciente la valoración no se puede demorar más.
- La rederivación: El médico hospitalario utiliza al de AP para derivar a un paciente a otra especialidad e incluso a otra unidad dentro del mismo servicio.

Si nos adentramos en los problemas de nuestro ámbito de trabajo nos encontramos con diversos conflictos:

- Cada especialidad tiene una o varias maneras de realizar la derivación (Interconsulta sin paciente, primera visita presencial, interconsulta virtual para solicitar primera visita presencial, teleconsulta) lo que hace complicado recordar cómo hay que realizarla y en muchas ocasiones hay que duplicarla por errores o porque el especialista considera que la visita ha de ser presencial en vez de virtual en el caso de que dicha especialidad tenga ambas disponibles.
- Listas de espera elevadas para primeras y segundas visitas que obliga a la sobreutilización de la “visita preferente” y la “derivación a urgencias hospitalarias”
- En ocasiones por problemas informáticos entre SAP-ECAP (no se vuelca la contestación) o problemas puntuales en el servicio hospitalario que imposibilitan responder la agenda de consultas virtuales quedando estas, no contestadas y hay que duplicarlas y volverlas a tramitar desde primaria.

- Algunas especialidades ofertan solo interconsulta virtual, bloqueando así la atención presencial y posibilitando el rechazo a dicha atención y/o la usan para solicitar pruebas que luego deben de ser valoradas de nuevo por el médico de A.P (que no las ha pedido), y le obligan a consultar la historia clínica compartida para conocer este hecho ya que en general nadie avisa al paciente ni al médico de A.P (Con el consecuente riesgo de que no sean vistas o que se vea tarde).

Para terminar una reflexión sobre propuestas de mejora a realizar:

- La relación entre la medicina de hospital y de primaria debería ser de igual a igual. La empresa nos tendría que facilitar la comunicación bidireccional. El médico de primaria es relativamente fácil de encontrar, simplemente llamando al ABS en su horario, se le localiza, en cambio al hospitalario salvo que conozcas su número de teléfono privado es muy complicado.
- Los médicos de A.P. atendemos una amplia variedad de enfermedades y en poco tiempo de visita debemos diagnosticar con precisión situaciones más complejas, una “rotación” por la A.P. de los MIR hospitalarios ayudaría a conocer nuestra loca actividad diaria y establecería lazos entre nosotros.
- Una mejora informática sería la posibilidad de que el médico hospitalario pudiese realizar interconsultas o derivaciones hacia atención primaria evitando la poco fiable vía oral (“Vaya a su médico”) y que en múltiples ocasiones hace que se pierda información.
- Enlace entre ambos sistemas informáticos para que desde la especializada se pueda programar visitas en la agenda de medicina de primaria para avisar en los casos que se precise.
- Unificar los diversos sistemas de información
- Utilización de guías y protocolos clínicos consensuados, no impuestos
- Tiempo para poder coordinarnos con los especialistas
- Tiempo para poder hacer una historia clínica exhaustiva y poder hacer una derivación correcta.
- Unificar las maneras de derivar





LA VISIÓ DES DE LA DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

La derivació a una consulta especialitzada forma part de la pràctica diària dins l'Atenció Primària (AP). La quantificació i valoració dels motius de derivació ens haurien de fer reflexionar sobre els recursos humans i materials dels que disposem i si els circuits de relació entre nivells assistencials són els més adequats per als pacients i els propis professionals.

La relació entre professionals del mateix o diferent àmbit s'ha anat estructurant dins del nostre sistema sanitari al llarg dels anys i ha permès compartir objectius assistencials centrats en la millora de la qualitat de l'atenció dels pacients. El nostre sistema sanitari és una organització dinàmica i complexa, i per tant, és un tot un repte el millorar la derivació cap a l'Atenció Especialitzada (o més ben dit, Secundària) des de l'Atenció Primària.

En els darrers anys, el sector sanitari i sociosanitari es troben immersos en un procés de transformació profunda. S'han anat implementant diferents canvis: organitzatius, d'integració entre els diferents nivells, models centrats en l'atenció a la persona, l'ús de noves tecnologies (telemedicina, e-consulta, etc). Aquesta progressiva informatització del sistema ha incorporat elements tecnològics que permeten compartir més informació clínica, al mateix temps que s'han definit models de consulta no presencials per evitar desplaçaments de pacients. Probablement la irrupció de la pandèmia per SARS-CoV2 ha jugat un paper clau en la utilització d'aquests models, al mateix temps que els professionals han anat posant en valor aquestes eines fins ara poc utilitzades, demostrant alhora la seva capacitat de resiliència i compromís amb la ciutadania.

La **continuitat assistencial** ha anat adquirint cada cop més pes dins les organitzacions sanitàries, donat que es disposa de més evidència sobre els beneficis que aporta als pacients, alhora que s'associa a menors taxes de mortalitat. Juntament amb l'accessibilitat i la longitudinalitat es consideren pilars centrals de l'Atenció Primària. Tot i dependre de diferents factors, la coordinació entre nivells és el punt clau per poder garantir aquesta continuïtat.

Abans d'analitzar la realitat actual en la coordinació entre nivells, convé conèixer els fonaments del nostre Sistema de Salut. Com en altres models europeus, l'Atenció Primària actua com a porta d'entrada al sistema ("**gatekeeper**") i per tant, per accedir a l'Atenció Especialitzada, qualsevol pacient ha d'haver estat valorat prèviament per part del Metge de Família, que en funció de la valoració clínica i els documents de consens, poden indicar la necessitat d'aquesta consulta. És important fer menció aquí que, tant la cartera de serveis com el nivell de resolució de l'Atenció Primària ha anat creixent de forma exponencial en els darrers anys, assumint de forma progressiva el maneig de moltes patologies que abans es controlaven per altres professionals, per lo que és indispensable establir un flux de comunicació àgil. També hem de tenir present en el model relacional les peculiaritats de la nostra Regió Sanitària, on destaquen uns índex d'envelliment i sobre-envelliment per sobre de la mitjana de Catalunya i on la dispersió geogràfica és elevada (sobretot en algunes àrees), i per tant esdevé un tret característic que comporta algunes limitacions.

Caldria destacar que la coordinació i integració entre professionals no sempre ha disposat de les eines de gestió més adequades. La major part de la xarxa de coordinació es basa en la implicació i el compromís dels professionals cap al pacient i per tant, cap al sistema sanitari. Per aquest motiu i entenent la complexitat

del sistema, hem d'evitar els plantejaments simplistes basats en actuar únicament sobre els professionals que emeten la derivació ("pressió per derivar menys"), ja que està demostrat que calen intervencions més complexes, com introduir canvis que impliquin a tota la organització, apostant per models més transversals.

En aquesta línia es poden identificar alguns punts febles que dificulten el procés de derivació:

- Utilització d'eines informàtiques diferents (ECAP-SAP) entre Atenció Primària i Atenció Especialitzada.
- Manca de línies de treball i objectius comuns entre Atenció Primària i Especialitzada per part de les Direccions de les diferents estructures.
- Falta de formació específica per tal de fomentar un fòrum de participació dels professionals, que esdevé un element clau per l'aprenentatge mutu.
- Algoritmes de funcionament no consensuats amb l'Atenció Primària.
- Duplictat de proves complementàries.
- En ocasions, demores excessives que contribueixen a dificultar l'accés a l'Atenció Especialitzada.

Amb tot això, probablement ens trobem en un moment en que haurem de redefinir i consensuar alguns processos. Després de la identificació d'alguns factors estructurals, cal fer una descripció de les possibles solucions que podrien conduir a una millora del procés :

- Definir el **model relacional**: existeix una tendència cap un **model no presencial**, que permet resoldre d'una forma àgil determinades consultes. Aquest format ha de coexistir amb la derivació presencial **tradicional**.
- Disseny de **Rutes Assistencials** entre tots dos nivells, on es defineixin els objectius comuns i altres particularitats territorials.
- El nostre model ha de tenir una **visió centrada en el pacient**: participa activament en la presa de decisions, amb l'assessorament de diferents professionals. Per tant, les **decisions compartides** cada cop tenen més rellevància en el nostre sistema, i per tant, s'hauria de tenir present en la aquesta coordinació.

Existeixen models d'èxit en el nostre territori, on s'han tingut en compte alguns dels plantejaments anteriors, i als que se'ls ha de donar valor. Es tracta de models on es dóna un pes molt important a l'atenció transversal i que es basa en la figura del **referent d'Atenció Primària**, que treballa conjuntament amb referents hospitalaris. Aquest treball conjunt fomenta l'empoderament d'aquests professionals dins el seu àmbit de treball.

Tenint en compte que cal anar cap a accions concretes, des de la Direcció d'Atenció Primària es treballa conjuntament amb la Direcció Hospitalària per poder millorar alguns processos i poder implementar solucions, on sens dubte també hi tenen cabuda altres professionals -no facultatius-, que ajuden a donar més valor a la tasca del metge. Tant es així, que des del Departament també s'han impulsat grups de treball per tal d'implementar aquesta metodologia.





Com a CONCLUSIONS, cal tenir present:

1. En tot acte de derivació a altres nivells s'ha de tenir sempre present al pacient com a actor principal.
2. Caldria partir de protocols conjunts consensuats.
3. Treballar amb processos que permetin ser avaluats i que ens portin a una millora contínua per aportar qualitat a l'acte de derivació.
4. Unificar formes de treballar similars per a totes les especialitats, possiblement amb entrada única, que simplifiqui el procés.

A banda de totes aquestes consideracions, també hem de posar sobre la taula el marc actual del nostre Sistema Sanitari, que afronta reptes importants com son la manca de professionals o l'enfoc de les patologies cròniques i l'envelliment. Per tot plegat, també hem de tenir en compte una visió possibilista, basada en els criteris d'eficiència i efectivitat, on queda clar que tots els professionals hi tenim molt a dir.

Dra. Pilar Vaqué i Castilla i Dr. Josep Xavier Ichart i Tomas
Direcció d'Atenció Primària de Lleida

—

Construïm el futur de l'assistència hospitalària a Lleida

HLA Lavinia convertirà la Clínica Perpetuo Socorro, en un centre de referència en qualitat assistencial. Una inversió de més de sis milions d'euros es traduirà amb més equipament, més tecnologia i més espai al servei de l'excel·lència en atenció i assistència per a tots els seus clients.

- Ampliació fins a 9000 m².
- Nova àrea de radiodiagnòstic.
- Ampliació de llits UCI.
- Nova àrea quirúrgica amb tres quiròfans, generals, tres de cirurgia major ambulatoria i sala d'endoscòpies.

Carrer del Bisbe Messeguer, 3 - 25003 Lleida
 973 26 61 10
 grupohla.com

HLA PERPETUO SOCORRO

LA VISIÓ DELS PROFESSIONALS DE GESTIÓ I SERVEIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

El desbordament de l'hospitalària ha abocat a fer successius canvis a l'hora de gestionar les consultes d'especialistes, passant així en molts casos de visites presencials a telefòniques o simplement l'anul·lació de les mateixes

En els últims mesos el sistema de derivacions de pacients des de l'atenció primària a les diferents especialitats ha sofert canvis importants, condicionat en part a la pandèmia patida durant aquests dos anys.

Fa uns mesos va haver-hi un canvi important, la interconsulta clínica sense pacient en consultes en les que només es requeria una contesta simple o una primera valoració abans d'enviar directament a l'especialista, d'aquesta manera s'evita fer voltar el pacient a consultes innecessàries i s'optimitza temps per part del professional.

Aquest sistema funciona bastant bé encara que, molt sovint hem de reclamar contestes que no arriben mai al metge sol·licitant.

En l'actualitat, cada una de les diferents especialitats ha triat el sistema en que vol rebre les derivacions, això fa que des de l'atenció primària sigui molt difícil recordar en cada moment i cada derivació com s'ha de fer.

Exceptuant les tres especialitats que tenen entrada única amb les interconsultes sense pacient, totes les altres tenen formes diverses de tramitar-les, en alguna especialitat, fins a cinc maneres diferents.

S'entén que tots els serveis han de poder triar com treballar i organitzar-se, però el fet que cada servei ho faci només pensant en la seva organització, fa que des de la primària sigui més complex fer tots aquests tràmits correctament, tant a nivell de metges com d'administratius.

En aquests mesos també hem detectat que el nombre d'anul·lacions de derivacions ha augmentat. Segons veiem, moltes vegades per errades en la tramitació.

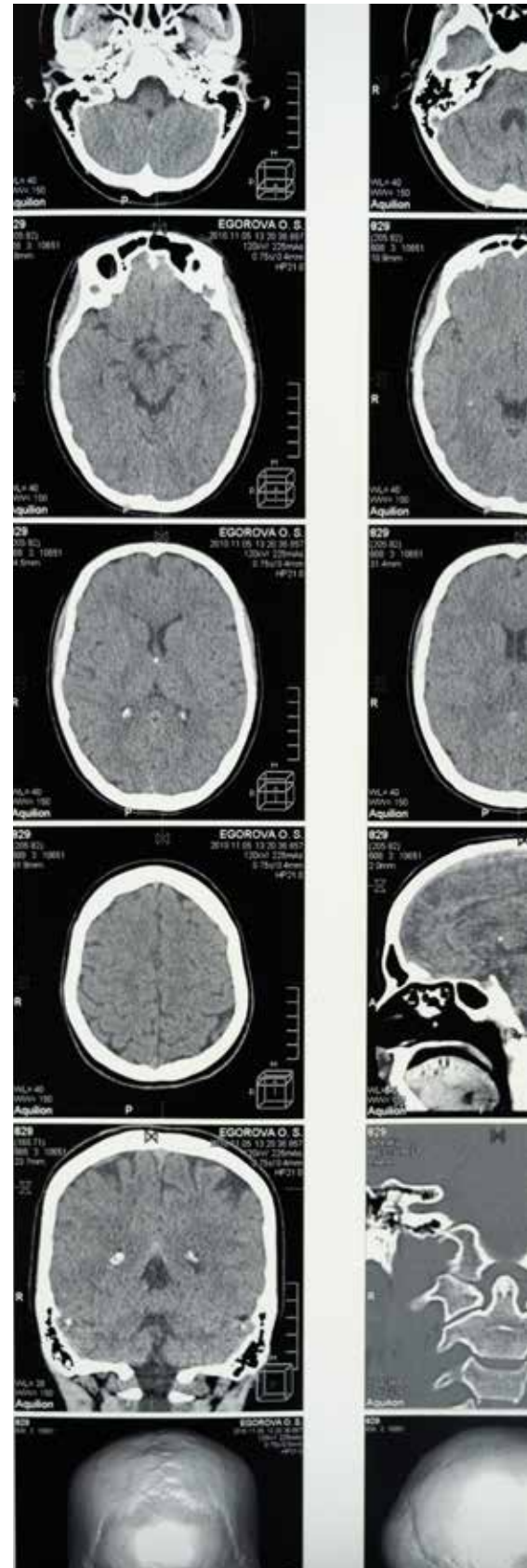
Una derivació incorrectament tramitada comporta l'anul·lació de la mateixa i el retorn a primària, afegint més demora a la visita/prova que acaba al final perjudicant la valoració del pacient.

Un altre problema es el de les visites successives en que el pacient no pot assistir, des de primària no es poden tramitar com a tal i el metge ha de tornar a fer una valoració per a primera visita perquè pugui continuar l'assistència del pacient.

Tots aquests canvis han ocasionat que els professionals de primària puguin tenir molts més dubtes a l'hora de remetre els seus pacients i ens trobem a dia d'avui amb casos de sol·licituds de proves per part de primària que només ho pot demanar el propi especialista (audiometries, ecocardiogrames...).

Tot això fa que la tasca des de l'atenció primària en el seguiment del cas de cada pacient sigui realment complexa.

Ramón Belana Boira i Anabel Soria Rodriguez
Auxiliars administratius ABS Cappont





LA VISIÓ DES DE LA GERÈNCIA TERRITORIAL

CONSIDERACIONS SOBRE LA GESTIÓ DE L'INTEGRACIÓ DE NIVELLS ASSISTENCIALS

1.- El concepte de continuïtat assistencial

La continuïtat assistencial, es pot definir com una visió longitudinal i compartida del treball assistencial, en què intervenen múltiples professionals, en el mateix o en diferents centres de treball, que actuen en temps diferents, amb un objectiu comú: que al pacient li passi desapercebuda la divisió en nivells i pugui rebre les cures pels professionals apropiats, en temps adequat, i al lloc més proper possible al seu entorn familiar. La coordinació entre nivells, té impacte directe en l'efectivitat i en l'eficiència de l'atenció, en la seguretat del pacient i en l'accés oportú als serveis de salut .

2.- Dificultats en la gestió de la continuïtat assistencial o coordinació entre nivells

La coordinació del procés d'atenció entre nivells és complexa doncs implica la coordinació de professionals diversos, administratius i assistencials, que treballen en entorns geogràfics distanciat, poden tenir criteris diferents pel que fa a les tasques a desenvolupar a cada nivell, disposen de sistemes d'informació diferents, treballen amb agendes separades i no mútuament accessibles i presten serveis a grups de població heterogenis pel que fa a nivells socio-econòmic i cultural. Tots aquests fets, dificulten la implementació de les mesures necessàries per aconseguir una coordinació correcta: 1.- la interacció, 2.- la transferència d'informació, 3.- l'existència d'un objectiu comú, compartit per totes les parts i centrat en la resolució dels problemes del pacient, i 4.- la sincronització entre els diferents agents perquè l'atenció es presti al moment i al lloc adequat, sense interrupcions o disfuncions. A aquestes dificultats, cal sumar-hi les relacionades amb les expectatives actuals que els ciutadans tenen sobre el sistema de salut, en un model social en què impera l'accés immediat a qualsevol tipus de necessitat o servei. Aquesta concepció, pot motivar que sigui la persona (i no el professional) qui decideix a quin nivell d'atenció demana accedir per resoldre el seu problema de salut.

3.- Conseqüències de les disfuncions en la coordinació entre nivells

Les disfuncions per manca de coordinació entre nivells són múltiples. Les més rellevants són: 1.- els elevats temps de demora a l'atenció, per manca de sistemes compartits i eficients per enviar, processar, analitzar i donar resposta a les demandes mútues, en ambdós sentits, 2.- la interrupció en el procés d'atenció per pèrdua o falta d'informació, 3.- les duplicitats en les peticions, citacions o en la realització de proves diagnòstiques i 4.- les derivacions inadequades o innecessàries en ambdós sentits, ja sigui a iniciativa del propi pacient o dels professionals.

4.- Elements a considerar per millorar la coordinació entre nivells

En els darrers anys, s'han assajat diferents models de gestió per millorar la coordinació entre nivells. Aquests models, s'han centrat en quatre punts: 1.- Integració d'estructures organitzatives de gestió i administratives a través de la creació d'una gerència única, 2.- Integració de sistemes d'informació, i documentació clínica. 3.- Increment de la capacitat resolutiva de l'atenció primària i 4.- Iniciatives que reforcen el paper de l'atenció primària en el Sistema de Salut. Tanmateix, si la gestió de la coordinació entre nivells continua sense trobar una solució aplicable a diferents àmbits, probablement es per que les iniciatives dutes a terme, han contemplat les accions de forma fragmentada enlloc d'engranar de forma efectiva els diferents esglaons estructurals, de sistema i de procés assistencial entre si en un procés continu. Es obvi que la gerència única és un element facilitador, doncs permet prendre decisions que impliquen als dos nivells alhora, pero, no es suficient per assolir l'objectiu si no

s'aconsegueix incidir a la resta de limitacions relacionades amb variables estructurals i de sistema, sotmeses a decisions adscrites a altres àmbits de gestió. Poc impacte es esperable del fet de disposar d'una gerència única si les decisions que es puguin prendre no van seguides d'accions en la millora i unificació dels sistemes d'informació, o poc impacte es esperable de la millora de sistemes d'informació o d'una gerència única si no s'estableixen mesures de consens en els criteris de fluxos bidireccionals o no es dota als professionals del nivell primari de la capacitat resolutiva i de l'autonomia adients. L'anàlisi de les disfuncions detectades en la implementació dels diversos models de gestió assajats, indica que els nous models de gestió a considerar per millorar la coordinació entre nivells haurien d'incloure, com a mínim:

I.- La dotació dels recursos necessaris per proporcionar una major capacitat resolutiva al nivell primari. Els professionals d'atenció primària són els que treballen a l'entorn proper a les persones i coneixen el seu context socioeconòmic, els factors de risc i les comorbiditats. Son qui, en la immensa majoria dels casos, valoren en primera instància els problemes de salut, i han de prendre la decisió de sol·licitar o no consulta al nivell especialitzat. Disposar de criteris explícits de derivació i dels mitjans i exploracions complementàries necessàries per poder concloure si es compleixen aquests criteris o no, incideix de forma directa en l'acte de la derivació. Tot i la importància de la capacitat de resolució en el primer nivell sanitari, l'accessibilitat a moltes proves diagnòstiques bàsiques es, en molts casos, limitada a l'àmbit especialitzat. L'accés directe a determinades proves diagnòstiques, tant en l'atenció a processos urgents como no urgents, podria contribuir significativament a reduir el nombre de derivacions i/o resultar en derivacions més eficients i adequades, escurçant els temps de demora i reduint les duplicitats.

II.- Un sistema de gestió de la informació únic i accessible per ambdues parts que permeti la traçabilitat de les mesures i de les intervencions.

III.- L'ordenació de la coordinació entre nivells com una estructura de procés, que contempli, de forma consensuada entre nivells, els objectius que es pretén assolir, defineixi de forma clara les funcions i responsabilitats de cadascun dels agents implicats (qui , quan i com s'ha de portar a cada acció), estableixi les garanties que cada un dels agents compleix la seva funció, avalui la consecució dels objectius mitjançant l'ús d'indicadors i prevegi les mesures de correcció necessàries a considerar en cas de no assolir els objectius plantejats. Aquesta estructura hauria d'incloure la definició compartida de normes i intervencions explícites que estableixin, tant les funcions i responsabilitats de cada nivell, com les vies , temps de resposta i fluxos d'informació bidireccionals entre ambdós nivells.

Una vegada consensuats els criteris, circuits i responsabilitats , unificat el sistema d'informació, i conferida al nivell primari la capacitat resolutiva adequada, no hi hauria d'haver obstacle per a la utilització de sistemes de gestió d'activitat compartits i transparents, mútuament accessibles. L'estructura de procés ha d'estar recolzada pel coneixement mutu entre els professionals d'ambdós nivells, mitjançant activitats de formació compartides i l'ús quotidià i normalitzat de tot el ventall de tecnologies de comunicació actualment disponibles.

Alfons Segarra Medrano
Gerent Territorial Regions Sanitàries Lleida/Pirineu/Arán
Institut Català de la Salut /Gestió de Serveis Sanitaris



Pla Pilot de salut mental en alumnes de ciències de la salut

Una experiència integradora.

Son cada vegada més els estudis que informen sobre les peculiaritats de la salut mental en el col·lectiu concret de l'ensenyament de medicina. Possiblement això es deu a l'interès en la posterior aplicació de polítiques preventives i formatives d'una professió que té una transcendència molt gran (segurament la que més) en la cura dels demès. L'actual situació de pandèmia així ho confirma.

Rotestein i el seu grup¹ van publicar una meta-anàlisi que va incloure prop de 200 estudis amb una mostra de 129.000 estudiants de medicina de 47 països. Fan algunes interessants aportacions que cal considerar: el 27% dels estudiants de medicina pateix depressió o tenen alguns dels seus símptomes i que fins un 11% va manifestar haver tingut pensaments suïcides. Les dones estudiants de medicina van mostrar majors nivells de depressió que no els nois, especialment es van mostrar més sensibles en els paràmetres de "decepció personal davant el baix rendiment" i "plor fàcil causat per l'estrès".

Conclouen els autors que els estudiants de medicina tenen entre dues i cinc vegades més propensió a patir depressió que la població general. La seva prevalença quant a aquesta patologia varia del 9% al 56%.

En la seva tesi doctoral, la psiquiatra Arantxa Santa-María² creu que els estudiants de medicina i professionals mèdics presenten una major incidència de trastorns mentals que la població general. Considera l'autora que tant la formació com el mateix exercici de la medicina s'associen a una elevada prevalença de patologies com la depressió, l'estrès, les conductes autodestructives i la síndrome del *BurnOut*.

En un altre estudi coordinat pel professor Rodriguez Morales³, de la Universitat Central de Venezuela, es mostra que abans de començar el grau de medicina els estudiants tenen una millor salut mental que els seus aspirants d'altres escoles o facultats. Situació que canvia quan aquests estudiants arriben a la universitat. Sembla que hi intervenen factors com l'estrès, la falta de son, el rigor acadèmic, l'exposició a situacions clíniques traumàtiques i, especialment, l'allunyament de les seves famílies. Concreten aquests autors que en els primers anys de carrera, els problemes adaptatius són més greus i significatius.

Altres estudis en aquesta població han mostrat el seu interès en el risc de suïcidi. En la meta-anàlisi ja esmentada de Rotestein, es mostra que 1 de cada 10 estudiants de medicina té pensaments suïcides. Una enquesta d'Student BMJ⁴ feta amb 1.122 estudiants de medicina també va trobar una elevada taxa d'ideació suïcida (15%). En una altra investigació, el 30% dels estudiants van reconèixer que havien rebut tractament per un problema de salut mental mentre estudiaven medicina. Douglas Mata⁵ explica que moltes persones amb ideació suïcida no faran l'intent de treure's la vida, però n'augmenta el risc d'intent o de

finalització durant el proper any, en una probabilitat que va del 10% al 100%. Dada que, segons l'autor, és molt alarmant.

Un altre estudi es mostra que quan els alumnes s'exposen a situacions clíniques en els primers cursos acadèmics s'incrementa la presència de cansament emocional, despersonalització i burnout⁶. Conclouen els autors, que l'automedicació és una pràctica habitual en alumnes del darrer curs dels graus d'infermeria, fisioteràpia i medicina. L'elevada prevalença d'autoconsum de medicaments en aquesta població d'estudiants fa que s'hagi de reflexionar sobre la importància d'una acció formativa eficaç amb la finalitat de conscienciar sobre els riscos de l'automedicació⁷.

En un altre treball es verifica un deteriorament de la salut mental dels estudiants de medicina: s'incrementen les taxes de depressió i trastorns d'ansietat, augmenta el consum d'alcohol i altres substàncies psicoactives, es presenten quadres de bulímia i augmenta netament la ideació suïcida, bastant per damunt de les cohorts d'altres escoles universitàries⁸.

Conclouen els autors que resulta important repensar l'educació mèdica no només per formar a professionals

amb les competències necessàries, sinó també per minimitzar els potencials impactes sobre la salut mental dels qui s'estan formant. Així mateix, fan falta estudis i intervencions experimentals per avaluar intervencions orientades a millorar la salut mental d'estudiants de medicina.

Davant d'una realitat com aquesta farà falta alguna intervenció que, una vegada identificada el "què", ajudi a intervenir en el "com" resoldre. Segons dades de la Fundació Galatea (FG) només el 16% d'alumnes de medicina busquen ajuda mèdica o psicològica. En molts casos el motiu és per amagar el patiment mental, en altres per no trobar l'ajuda necessària. El paper de les facultats de medicina és primordial en la seva també funció d'identificació i de proposta de suport i ajuda.

És en aquest sentit on s'encabeix la proposta del Pla Pilot de Salut Mental en alumnes de Ciències de la Salut, en el que participen 7 de les facultats de medicina de Catalunya i coordinat per la mateixa Fundació Galatea. L'objecte del Pla és definir el procediment de detecció del patiment emocional als estudiants de ciències de la salut i com adreçar-los, en cas que calgui, a intervenció psicològica i/o psiquiàtrica, als recursos disponibles de la FG (tractament psicològic i/o hospitalari). Ateses les característiques abans esmentades sobre l'elevat risc que pot patir l'alumnat en medicina, s'ha prioritzat iniciar l'experiència en aquest ampli col·lectiu, tot oferint els mateixos recursos de suport i tractament psicoterapèutic que ja reben els professionals sanitaris. En definitiva, no es tracta d'altra cosa que cuidar qui cuida per a que aquests aprenguin a cuidar-se, dit d'una manera molt simple.

Paral·lelament a la detecció i tractament, s'han establert una sèrie

d'espais en relació a la formació i prevenció en salut mental. Així, cursos sobre Mindfulness, gestió emocional o autocura formen també part de la oferta integradora del Pla.

Disposem de facultats on la ciència i la tècnica tenen un paper primordial, però son poques les experiències que aprofundeixen en l'individu, el futur i futura professional que haurà de vetllar per la salut de la població. Aspectes als que inevitablement haurà de fer front, com el propi patiment, l'esgotament, el dolor, no saber dir o no saber fer. Situacions aquestes que, de no ser treballades en la formació acadèmica, s'exposen a no ser apreses o, apreses tard i malament.

Cal ressaltar també, el suport tecnològic que dins el Pla Pilot, reben els alumnes mitjançant un espai propi en el web de la FG i en l'App, on es disposa d'un breu test d'autoavaluació emocional i divers material de suport per a ser utilitzat en funció de l'estat o situació personal que es requereixi (tècniques de relaxació, articles de suport, etc.).

És aquesta una nova, atractiva i necessària experiència que parteix d'una hipòtesi de treball clau: la cura dels futurs professionals de la salut, on s'inclou el seu autoconeixement, necessari per ajudar i guarir, no és només una opció educativa o formativa és, essencialment, un requeriment ètic.

Per a concloure, serveixin aquestes paraules d'Heròfil (382-322 a.C), metge grec: *"Quan la salut és absent, la saviesa no pot revelar-se, l'art no es manifesta, la força no lluita, el benestar és inútil i la intel·ligència no té aplicació"*.

Francesc Abella i Pons.
Psicòleg. Coordinador del Projecte,
Fundació Galatea.

—

Referències.

1. Rotenstein, L., Ramos, M., Torre, M., Segal, Peluso, M., Guille, C., Sen, S. y Mata, D. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016; 316(21):2214-2236.
2. Santa-Maria Morales, Arantxa. Salud mental en estudiantes de medicina y su relación con factores socio-académicos: Diez años de investigación en la UAM. Tesis doctoral inédita leída en la Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría. Fecha de lectura: 20-06-2013
3. Claudia, A. Mosquera, V. Et Al Estrés en dos cohortes de estudiantes de medicina. *Universidad Central de Venezuela. Gac Méd Caracas* (2012) 120(1):33-39.
4. *Student BMJ survey*. More than 80% of medical students with mental health issues feel under-supported, says *BMJ* 2015; 351 doi: <https://doi.org/10.1136/sbmj.h4521> (Published 01 September (2015)). Cite this as: *BMJ* 2015;351:h4521
5. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. Mata, D. Marco Ramos, A. et Al. Author Affiliations [Article Information](#). *JAMA*. 2015;314(22):2373-2383. doi:10.1001/jama (2015).15845
6. Andrea Montserrat Guillén-Graf et Al. Incremento de síndrome de burnout en estudiantes de medicina tras su primer mes de rotación clínica. *Revista Educación Médica* (2019);20(6):376-379.
7. Francisco González-Muñoz et Al. Auto-medicación en estudiantes de último curso de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Córdoba. *Revista Educación Médica* 22 (2021)124-129.
8. Cruzado, L. La salud mental de los estudiantes de Medicina. *Rev Neuropsiquiatr* 79 (2), 2016.



Serveis bancaris per als col·legiats del COMLL

A Med1, com a agents bancaris de BBVA, posem a disposició dels col·legiats del COMLL un ampli ventall de serveis bancaris i productes financers amb condicions avantatjoses:

- **Compte Med1** - Un compte corrent i targetes de crèdit i dèbit sense comissions de manteniment.
- **Finançament** - Solucions financeres per fer front a les teves necessitats. Gaudeix de condicions exclusives en hipoteques i préstecs.
- **Estalvi i inversió** - Oferim una planificació financera personalitzada per ajudar-te a prendre les decisions adequades per al futur i millorar el rendiment dels estalvis amb una àmplia oferta de productes.

Truca'ns per sol·licitar més informació o visita'ns a la seu del col·legi

 Rambla d'Aragó, 14
25002 - Lleida

 973 270 811

 serveisfinancers@med.es

 med1.med.es

La confiança d'estar junts

MEDONE SERVEIS, S.L.U (Med1 Serveis Financers), és Agent bancari del BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA, S.A. (BBVA). Dades identificatives: Med1 Serveis Financers: NIF B-61910865; domicili social: Passeig de la Bonanova, 47, Barcelona 08017; inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, Volum 31642, foli 1, Inscripció 1ª, Full nº B-196.873. BBVA: NIF A-48265169, domicili social a Bilbao, Plaza de San Nicolás, 4; inscrita al Registre Mercantil de Vizcaya, volum 2083, foli 1, Full BI-17ª.

Les assegurances de salut dels professionals de la salut



Troblem l'assegurança
de salut que s'adapta a tu
entre tota l'oferta del mercat.


Posem a la teva disposició un assessor personal per orientar-te, analitzar els teus riscos i trobar l'assegurança de salut que s'adapta a les teves necessitats entre les companyies líders. I en cas de sinistre, gestionem els tràmits i et representem davant de les companyies.

A més, com a col·legiat del COMLL tindràs unes condicions especials. Sol·licita més informació sense compromís.

Professionals al servei de professionals

 Rambla d'Aragó, 14, Pral.
25002 - Lleida

 973 270 811
900 10 49 69

 @ medicorasse@med.es

 medicorasse.med.es

El COMLL actua com a col·laborador extern de Medicorasse, Correduria de Seguros del CMB, SAU, NIF A-59-498220. Domicili social: Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona. Inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, al tom 20624, foli 211, full número B-10481, inscripció 1a, amb clau DGSFP J0928. Pòlissa de responsabilitat civil i capacitat financera d'acord amb el Llibre II del Real Decret Llei 3/2020, de 4 de febrer, que transposa la Directiva (UE) 2016/97, de 20 de gener, sobre la Distribució d'assegurances.



Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Serveis exclusius per a col·legiats



Assessoria jurídica

Assessorament jurídic i legal en
matèria sanitària i exercici de
la professió



Assessoria fiscal

Assistència i defensa en requeriments,
revisions i inspeccions; estudi
d'impugnacions d'impostos



Assessoria laboral

Contractes de treball, nòmines,
assegurances socials, incentius o
prestacions socials aplicables
a la contractació



Borsa de feina

Ofertes laborals de diferents
especialitats i àmbit geogràfic amb la
informació necessària per al contacte
amb l'empresa



Informàtica i noves tecnologies

Auditoria d'estalvi en telecomunicacions,
de seguretat per a clíniques o
consultes privades



Avantatges i descomptes

Avantatges i descomptes en
espectacles, compres, cultura,
esports i altres, exclusius
per a col·legiats



App

Sol·licituds i recepció de certificats,
consultes, receptes mèdiques
privades, notícies, butlletins
electrònics, formació...



Assegurances

Avaluació dels riscos potencials i les
cobertures contractades, per
optimitzar-les i adaptar-les a les
necessitats de cada moment,
personals i professionals



Formació

Trobareu una àmplia oferta
formativa, un excel·lent quadre
docent i un campus virtual per als
cursos online



Col·legi Oficial de
Metges de Lleida



‘Salut i Servei’



Posa't en guàrdia!

Davant d'una incapacitat laboral

Si entres en



, activa el



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

Defensa els teus ingressos!

MutualMedica @MutualMedica

www.mutualmedica.com

infomutual@mutualmedica.com - 900 82 88 99



MutualMèdica

La Mutualitat dels Metges