

BUTLLETÍ **mèdic**

Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL)

Número 105

Març del 2014



Sanitat i territori: la SAP Lleida Nord

La cobertura econòmica més completa per fer front als imprevistos



Assegurances de vida des de **62€/any***

A més de la defunció per qualsevol causa, podrà contractar opcionalment les cobertures següents:



INCAPACITAT PROFESSIONAL
tindrem en compte la incapacitat per desenvolupar la seva feina habitual



INVALIDESA ABSOLUTA I PERMANENT



AVANÇAMENT PER DIAGNOSI DE MALALTIA GREU



Professionalitat i compromís

L'exemplar de BUTLLETÍ MÈDIC que teniu a les mans publica un reportatge sobre la SAP Lleida Nord, que "representa la singularitat territorial i organitzativa de les comarques pirinenques", segons els autors. En el número anterior, la nostra revista es feia ressò de la sanitat penitenciària, una gran desconeguda.

Si obriu a l'atzar qualsevol dels 105 números de BUTLLETÍ MÈDIC publicats hi trobareu sempre mostres contínues del professionalisme dels nostres companys. Metges i metgesses desenvolupem programes de millora i recerca de qualitat, impartim docència gratuïta tot fruit de l'esperit hipocràtic i organitzem i assistim a cursos de formació continuada, entre moltes altres tasques.

Per aquest motiu, dediquem l'editorial d'aquest número a la professionalitat i al compromís vocacional. Malgrat els durs moments que vivim, els metges i les metgesses mantenim el compromís amb el territori i fem costat als més dèbils, als que sofreixen, amb un acompanyament continuat al patiment i la incertesa dels pacients. La veritat és que fins ara hem fet un sobreesforç que ha permès la sostenibilitat del sistema, però estem al límit de la resistència.

Per a BUTLLETÍ MÈDIC és una satisfacció professional deixar constància d'aquestes actuacions, que van més enllà dels deures laborals i assistencials. No obstant això, cal aturar el deteriorament assistencial provocat per les dràstiques retallades i renovar la sanitat pública en benefici de la comunitat.



Privatitzar la sanitat per millorar la gestió?

Debat a càrrec del Dr. Joan Viñas, Vicente Ortún, Dr. Paulino Cubero, Dr. Felip Benavent i Junta de Govern del COML. **07**

La SAP Lleida Nord

Un reportatge sobre l'estructura sanitària de les comarques pirinenques escrit pel Dr. José Luis Remón, director del SAP, i Meritxell Freixes, adjunta a la direcció. **16**

Esfínter urinari artificial

Article de la Dra. Mercè Pasqual, del Servei d'Urologia de l'Hospital de Santa Maria. **24**

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
Mireia Armengol Gay
Ferran Barbé Illa
Ricard Batlle Solé
Manel Camps Surroca

Joan Carrera Guiu
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Maria Irigoyen Otiñano

Xavier Matias-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Joan Prat Corominas
Montse Puiggené Vallverdú

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

Director:
Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
ÀGORA, Comunicació, Assessoria i Mediació, SL
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL
Fotomecànica: Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL
DIPÒSIT LEGAL: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1		OPCIÓ 2		OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €	6 Pàgines interiors	300,51 €	6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
1 Contraportada interna	480,81 €	Preu total insercions:	1.803,06 €	Preu total insercions	901,50 €
4 Pàgines interiors	300,51 €				
Preu total insercions:	2.404,06 €				

Els fotolits van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen l'IVA

Se celebra a la Facultat de Medicina de la UdL una reunió sobre la troncalitat

La vicepresidenta d'Afers Interns del Consell Estatal d'Estudiants de Medicina (CEEM), Iris Mar Hernández, va visitar el 6 de març la Facultat de Medicina de Lleida. El motiu de la trobada va ser informar els estudiants sobre les decisions que el CEEM ha adoptat en relació amb la troncalitat. La xerrada, que va tenir una bona assistència, es va centrar en les causes per les quals el CEEM reclama aturar el projecte, al qual havia donat suport fins fa un temps.

La troncalitat pretén canviar el model de residència mèdica amb el qual, actualment, els llicenciats i llicenciades de Medicina poden accedir al títol d'especialista. El projecte, que es va iniciar l'any 2003, i que s'ha anat portant a terme amb els diferents governs espanyols, considera, en síntesi, que el sistema de residència MIR s'ha d'adaptar al model europeu, motiu pel qual vol instaurar un període d'aprenentatge comú —tronc de 2 anys— i una fase de formació específica —de durada encara per determinar—, amb la intenció de formar professionals multidisciplinaris.

Segons aquest nou model s'establiran els diferents troncs: mèdic, quirúrgic, laboratori i diagnòstic clínic, i psiquiatria i imatge clínica, així com les especialitats no troncales de pediatria i les seves àrees específiques; dermatologia medicoquirúrgica i venereologia; obstetrícia i ginecologia; otorinolaringologia; radiofarmàcia i radiofísica; oftalmologia i anatomia patològica.



Xerrada d'Iris Mar Hernández a la Facultat de Medicina

Dubtes i protestes dels estudiants davant del canvi de model de residència mèdica

Segons el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (MSSSI), qui vulgui accedir a una plaça de formació haurà de fer l'examen MIR i, en funció de la posició que hi obtingui, escollir

troncalitat en una unitat docent troncal (UDT) per realitzar-hi els dos primers anys. Un cop superats els dos primers anys amb una avaluació positiva, es tornarà a dur a terme un procés de selecció entre les persones de la mateixa troncalitat per accedir a una plaça d'especialitat, independentment de la UDT de la qual es provingui i a la qual es vulgui anar. En el cas de les especialitats no troncales hi haurà una única selecció de plaça.

A més, s'instaurarà la possibilitat de reespecialització sense necessitat de repetir l'examen, sempre que siguin

especialitats del mateix tronc, es tracti de professionals amb un mínim de cinc anys d'exercici professional i s'estigui dins de la mateixa comunitat autònoma.

S'ha proposat també la creació de les àrees de capacitació específica com a elements d'acreditació i formació en un àmbit més específic que l'especialitat, l'accés a les quals requeriria el títol d'especialista i dos anys d'exercici, segons l'esborrany presentat.

Ara bé, tal com es va veure amb el debat posterior, hi ha molts punts que susciten dubtes i preocupació entre els estudiants i els seus representants. Són, per exemple, què passarà si un cop fet el tronc no es pot accedir a la plaça desitjada, com s'avaluaran els dos anys de tronc, com saber si els anys de formació comptaran també com a exercici laboral o com es reconvertiran els actuals centres de formació en UDT (amb nous plans de formació, equipaments, etc.) a cost zero, tal com preveu el MSSSI.

El Consell de Ministres té la intenció d'aprovar en breu la troncalitat, per tal que el nou model entri en vigor en un termini de 24 mesos des de la seva publicació al BOE, però segons el CEEM hi ha molts dubtes encara per resoldre. Per aquest motiu, els estudiants han estat convocats a la manifestació del pròxim 5 d'abril a Barcelona i Madrid.

Moviment col·legial dels mesos de gener i febrer del 2014

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 8 altes durant els mesos de gener i febrer de 2014: Cristina Ferreras García, Cecilia Turino, Inmaculada Juárez Escalona, Miguel Francisco Romero Rubiales, Albert Ventura González, José Miguel Beltrán Burillo, Emilio Luis González Martínez i Germán González Tendo.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 9 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes, figuren les defuncions dels Drs. Francisco Franch Gosalbo, Carlos Ferrándiz Calvo, Juan José Galíndez Allende i José Bureu Baqué. Total col·legiats el 31/12/2013: 1.720.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. Francisco Sanz Vilanova, Xavier Cambrodí Cornudella, Maria Pilar Garcia Planella, Josep Maria Pàmpols Giménez, Josep Maria Soler Balagueró i Manuel Garcia Mercé

XIV Hot Topics en Apnea del Son

Els dies 25 i 26 d'abril a CaixaForum de Lleida

Els propers dies 25 i 26 d'abril de 2014, el Servei de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital de Santa Maria de Lleida organitzen el XIV Hot Topics en l'Apnea del Son, un fòrum de debat que se centra en les àrees del coneixement dels trastorns respiratoris durant el son. Com en les edicions anteriors, s'ha escollit el format de debat perquè permet aprofundir en els temes més controvertits o més nous.

Per assegurar la qualitat del nivell de discussió, s'han seleccionat diferents ponents amb gran capacitat de comunicació, que exposaran la seva visió personal sobre els diferents temes que s'han de tractar. Després de cada presentació, es disposarà del temps suficient per facilitar la participació en el debat de tots els assistents. Com a novetat, en aquesta edició s'incorpora Young Researchers Sessions, on joves investigadors exposaran resultats obtinguts en els seus projectes.

Els directors d'aquest fòrum de debat són el Dr. Ferran Barbé i el Dr. Manuel Sánchez de la Torre. Totes les sessions tindran lloc a CaixaForum de Lleida (Avinguda Blondel, 3).

Desglossament

Nous models en el maneig de la patologia respiratòria durant el son

El Servei de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital de Santa Maria i Atenció Primària de Salut de Lleida desenvolupen un projecte de recerca que té com a objectiu avaluar nous models de maneig de la patologia respiratòria durant el son. Es tracta de mostrar que Atenció Primària de Salut pot esdevenir el dispositiu nuclear en la gestió d'aquesta patologia.

El projecte està finançat per l'Institut de Salut Carlos III. En la fase inicial, estableix la necessitat de formar en base teòrica i pràctica en el maneig d'aquesta patologia els professionals



d'Atenció Primària. Per aquest motiu, ha tingut lloc els dies 25 de febrer i 5 de març, a l'Hospital de Santa Maria, el Curs de Formació Atenció Primària Trastorns del Son.

Nous models en el maneig de la patologia respiratòria durant el son

El Servei de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital de Santa Maria i Atenció Primària de Salut de Lleida desenvolupen un projecte de recerca que té per objectiu avaluar nous models de maneig de la patologia respiratòria durant el son. Es tracta de mostrar que Atenció Primària de Salut pot esdevenir el dispositiu nuclear en la gestió d'aquesta patologia.

El projecte està finançat per l'Institut de Salut Carlos III. En la fase inicial, estableix la necessitat de formar en base teòrica i pràctica en el maneig d'aquesta patologia els professionals d'Atenció Primària. Per aquest motiu, ha tingut lloc els dies 25 de febrer i 5 de març a l'Hospital de Santa Maria el Curs Formació Atenció Primària Trastorns de Son.

Exposició de dibuixos i xerrada de la Dra. Mónica Lalandà a la Facultat de Medicina

La Facultat de Medicina de la UdL va acollir del 25 de febrer al 7 de març una exposició de trenta dibuixos realitzats per la Dra. Mónica Lalandà, metgessa d'Urgències a Castella i Lleó. Els dibuixos tracten de l'exercici de la medicina i dels problemes a què s'enfronten els professionals. Lalandà també va pronunciar una conferència a la facultat lleidatana sobre *Twitter per a metges i futurs metges: ús, mal ús i dilemes mèdics*.

Aquesta metgessa, que va exercir la professió durant 16 anys a Anglaterra, participa en publicacions angleses i il·lustra llibres i revistes amb vinyetes mèdiques. Els seus dibuixos són molt coneguts a les xarxes socials.



Dibuixos sobre l'exercici de la medicina

Un sol ens gestionarà l'AP i els hospitals Arnau de Vilanova, Santa Maria i Comarcal del Pallars

El Govern de la Generalitat ha encarregat a CatSalut la proposta d'unificació, en un sol ens públic de gestió, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), l'Hospital de Santa Maria, l'Hospital Comarcal del Pallars de Tremp, els serveis d'Atenció Primària, les línies sociosanitària, de salut mental i social de Gestió de Serveis Sanitaris (GSS). Així mateix, preveu la participació de l'Institut de Recerca Biomèdica (IRBLleida) en aquest ens.

L'objectiu és "simplificar la gestió, millorar les economies d'escala i augmentar la coordinació entre els nivells assistencials en benefici d'una atenció més

L'IRBLleida participarà en el nou ens

integral a les persones, incrementant el nivell de resolució dels problemes de salut en tot el territori, especialment pel que fa a l'atenció altament especialitzada", segons la nota publicada el 25 de febrer a la pàgina web del Departament de Salut.

L'HUAV i l'Hospital de Santa Maria treballen conjuntament i de manera

progressiva des de fa 20 anys. Han unificat els serveis de Laboratoris d'Anàlisis Clíniques, Anatomia Patològica, Urgències, Cardiologia, Pneumologia, Oncologia, Endocrinologia i Nutrició, entre d'altres. L'any 2012, la Gerència Territorial de l'Institut Català de la Salut (ICS) a Lleida i a l'Alt Pirineu i Aran i la Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) van materialitzar un acord per dotar-se d'una gerència única.

UGT, CCOO, Metges de Catalunya i Catac han explicat el seu recel i preocupació per la constitució d'aquest ens únic de gestió. Els portaveus sindicals, que afirmen no haver estat consultats, expressen el seu malestar per les possibles retallades de llocs de treball i la modificació de les condicions laborals que pot ocasionar la unificació. Assenyalen també que el nou ens pot ser una via per defugir els mecanismes de control de la despesa pública o una manera de privatitzar la gestió del sistema sanitari.

CatSalut disposa de sis mesos per presentar al Govern la proposta d'unificació. Està previst que el nou ens gestioni un pressupost aproximat de 280 milions d'euros i 4.000 professionals.

L'Institut Carlos III acredita l'IRBLleida com a institut d'investigació sanitària

L'Institut de Salut Carlos III ha acreditat l'IRBLleida com a institut d'investigació sanitària. La presentació de l'acreditació va tenir lloc el 28 de febrer a la Facultat de Medicina de la UdL. La secretària general del Ministeri de Sanitat i Consum, Pilar Fanjas, va presidir l'acte conjuntament amb l'alcalde de Lleida, Àngel Ros, i el rector de la UdL, Roberto Fernández.



Presentació de l'acreditació a la Facultat de Medicina de la UdL.

Àngel Ros, que també és president del Parc Científic de Lleida, va assegurar que amb l'acreditació de l'IRBLleida la ciutat es posiciona com un pol de recerca sanitària d'excel·lència a l'Estat. L'acreditació ha situat l'institut lleidatà en la primera divisió de la investigació

biomèdica, segons el seu director, el Dr. Xavier Matias-Guiu.

L'IRBLleida compta amb prop de 350 investigadors. L'institut investiga en neurociència, càncer, medicina terapèutica i experimental, estrès cel·lular i patologia vascular, entre d'altres àmbits.

Privatitzar la sanitat pública per millorar la gestió?

La sostenibilitat del sistema de gestió de la sanitat és un debat obert. Hi ha opinions que consideren que la privatització pot millorar l'eficàcia del sistema. En canvi, altres defensen que la gestió i la titularitat públiques són les millors garanties de qualitat i universalitat. Aquest és el debat.

S'ha de privatitzar la gestió perquè sigui eficaç? O bé l'única alternativa per millorar la gestió és la privatització?

En els darrers anys està d'actualitat el debat sobre la privatització de les institucions públiques —incloent-hi la sanitat— per millorar-ne l'eficiència, inclosa la seva qualitat. Gestors de les empreses privades són contractats per a la pública, i molts d'ells, incloent-hi els formadors de gestors de les escoles de negoci, ho veuen indispensable, ja que consideren ingovernable i ineficient el sistema funcional públic.

D'altra banda, els defensors del sistema públic de salut ressalten la seva alta qualitat i prestigi: medicointernacional i per part de la població, que hi té molta confiança. El cert és que fan la medicina més sofisticada i capdavantera: els transplantaments (excepte còrnia i pell), la cirurgia dels tumors més complicada, el tractament de les malalties més cares i greus, rebre de les clíniques i sistema privats malalts quan es compliquen o són cars, tenir obertes les 24 hores serveis d'urgència amb mitjans especialitzats per a tot el territori i la resolució dels greus problemes de salut, entre d'altres. És a dir, a la pública es fa allò que econòmicament no és rendible, solucionant problemes socials, cercant l'equitat, amb rendibilitat social, i per això són més cars.

L'experiència demostra que l'actual sistema legislatiu fa difícil la gestió pública: obrir un expedient i aconseguir que prosperi i acabi en sanció exemplar a un funcionari que no compleix les seves funcions és molt difícil; fer seguir les línies estratègiques als funcionaris amb plaça en propietat pot ser difícil, ja que l'interí és el gerent. La tendència del funcionari a defensar el seu *status quo*, el seu "territori", sense compromís social ni amb la institució, és catalogat per alguns com "la major privatització d'allò públic", ja que és el propietari de la seva plaça i intocable faci el que faci.

El divorci que hi ha entre els directius i els professionals de la salut, la desconfiança mútua i la defensa corporativa d'ambdós col·lectius és un mal que s'ha d'eradicar. Les experiències que existeixen d'"empoderament" dels metges i del fet de ser ells els que manin sobre el centre assistencial, amb gerents experts en gestió sota seu per al dia/dia, i aplicant les seves directrius, han convertit aquests centres en capdavaners, amb el suport —lògic— del col·lectiu mèdic, per evitar el divorci (EBA, Hospital Clínic). Això és diferent al fet que es nomeni un professional directiu, perquè serà eficaç segons qui sigui el professional, que pot fins i tot empijorar la situació si no és un bon

gestor.

Si ens assessorem fora del país, si anem als països del nord d'Europa —ja que Europa és més social que els Estats Units, per exemple—, podem comprovar com aquests llocs de tradició socialdemòcrata tenen un alt nombre de funcionaris, més que a casa nostra (ara que es diu que aquí n'hi ha massa i se n'acomiaden molts, amb el que això ocasiona de greus problemes socials i personals), i funcionen bé, de manera eficaç i eficient. Com ho fan? Doncs tenen una legislació de la funció pública diferent —a més de la cultura, que es va adquirint si canviem les normes.

Per tant, una alternativa per a la millora de l'eficiència del sector públic i de facilitat de gestió és l'adaptació de la llei de la funció pública agafant les bones normes d'aquests països. I així no caldria tenir la privatització com a única possibilitat.

Dr. Joan Viñas

Professor de la Universitat de Lleida

Cirurgià de l'HUAV

President de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Gestió i qualitat de la política sanitària

Després d'unes mínimes precisions conceptuals vindran unes consideracions molt estilitzades que ens permetran contestar les preguntes. Per saber-ne més i poder matisar, vegeu la bibliografia ressenyada.

Precisions conceptuals

Concepte de públic. L'advocat Francesc José Maria considera públic un servei, regulat per i planificat des de l'administració pública i finançat, majoritàriament, amb fons públics independentment que el servei sigui prestat per un orde religiós amb personal laboral (Sant Joan de Déu) o per l'Hospital de la Vall d'Hebron, de l'ICS, amb personal estatutari. L'administració sanitària en garanteix la prestació i l'entitat proveïdora la gestiona; dos rols diferents.

El manteniment d'una de les con-

Cal conèixer els exemples dels països del nord d'Europa per millorar l'eficiència i la gestió del sector públic

PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professional de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà

Truca ara i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 362 492**

Telèfon Lleida: **973 273 859**

questes de la humanitat, l'Estat del Benestar, en el seu component sanitari requereix capacitat resolutiva per tal que una població satisfeta amb l'atenció permeti el finançament públic —tan progressiu com sigui possible— que ha de possibilitar l'atenció sanitària —de nou tant com les “recomanacions” ho permetin— en funció de la necessitat clínica-individual i sanitària-poblacional. La deserció d'alguns membres o el deteriorament dels serveis portarien a un Estat del Benestar per a pobres. Encara hi som lluny. A Catalunya, el 24,3% de la població té doble cobertura sanitària pública-privada, però el pes real de l'assegurament privat queda més ben reflectit pel pes de les primes a la despesa sanitària: menys del 9%.

Cal fugir dels extremismes. Tant dels que consideren, ignorant l'evidència mundial particularment europea i molt especialment nòrdica, que l'EB és incompatible amb l'augment de la productivitat com dels que protesten davant de cada retallada en la creença que l'EB és el benestar dels qui treballen per a l'Estat.

Consideracions estilitzades

De saqueig, en pot existir a tot arreu: amb producció pública i amb producció privada. El saqueig en producció pública pot ser literal: equipament, utilitatge, queviures que passen dels magatzems públics als empleats... En forma més atenuada: fugir d'estudi, absentisme, desviació de pacients... El saqueig en producció privada no sol passar pel buidatge dels magatzems (està més clar que “el ojo del amo engorda al caballo”) ni per les becaines indegudes. Més aviat en països amb poca transparència i reguladors capturats adopta la forma de contractes a mida. Com la conxorxa entre polítics i gestors incompetents a les caixes, que tants diners ens està costant, es paga sou de mercat, però al teu amic, cunyat o correligionari, no a una persona escollida pel seu mèrit.

L'incientiu del benefici articula la nostra societat, i és molt adequat quan compensa la innovació, el risc o una major eficiència. Sabem que en la producció de serveis sanitaris la cerca de benefici no és garantia d'una qualitat millor. Ser jutge i part al mateix temps, perseguint el benefici individual, pot portar que “l'agent” presti serveis inadequats. El criteri sempre ha de ser: li indicaria a la seva mare?

Sabem que la garantia d'immortalitat a organitzacions i persones



constitueix una recepta infal·libre per a l'estancament i l'embotiment. La innovació neix en part de la necessitat. Els drets s'han de garantir amb les oportunes xarxes socials de seguretat, però els privilegis, no. Molts productors de serveis sani-



De saqueig, en pot existir a tot arreu: amb producció pública o privada

taris són monopolis naturals. També la FIFA i l'Agència Tributària, fet que no impedeix que fos més aconsellable que els campionats de futbol s'adjudiquessin no al país amb més habilitat subornadora, sinó a qui presentés la millor oferta. O que els inspectors d'Hisenda (professors d'universitat, clínics...) veiessin els seus resultats comparats ajustant mínimament per bases imposables (notes d'entrada i classe social, respectivament...).

I encara que les formes rígides d'organització —inadequadament regides pel dret administratiu— tendiran a flexibilitzar-se en els propers

trenta anys, no serà suficient per estimular una millor actuació si allà on es pugui no s'introdueix una certa competència per comparació, situació que no requereix ni de mercats ni de cap professió de neoliberalisme.

Més important que la forma organitzativa o que els professionals siguin estatutaris o laborals és el grau de competència entre organitzacions. No es tracta ni de competir en preus (sacrificant les qualitats que l'usuari no percep) ni de fer experiments a prova d'errors per l'interès del promotor polític que llueixin bé, sinó d'anar introduint la idea que

els recursos que una organització sanitària rebi dependran, d'entrada en una mínima part, de la qualitat que ofereixi en relació amb els seus comparables. Horitzó de 20 anys. Al primer, només un 5% dels recursos dependran de la qualitat relativa



No importa tant el model administratiu en abstracte, sinó com es gestiona

mostrada.

La ciutadania ens estimba en la classificació de Transparency International, ja que percep el nostre sistema democràtic, de la mateixa manera que Manuel Castells, Josep Vallès, Alejandro Nieto, Félix de Azúa i altres fa anys que assenyalen com una partitocràcia integrada per conjunts de funcionaris dels quals el futur vital, laboral i professional depèn del propi partit, que contemplen la conquesta del poder no com un mitjà per executar un programa, sinó com a via de repartiment de prebendes, ascens social i oportunitat de porta giratòria. Grècia està pitjor, però sempre cal comparar-se amb els millors.

Catalunya és l'única comunitat autònoma sense llei electoral pròpia en el trenta-cinquè aniversari de la Constitució. El Parlament va enterrar el 2010 el projecte de llei electoral per falta d'acord. El president de la Comissió d'Experts, Josep M. Colomer, a més de destacar l'oportunitat perduda, va assenyalar que el fracàs es deu a la por dels partits polítics a substituir les llistes tancades i bloquejades per alguna forma de vot que permetés als electors escollir no únicament un partit, sinó també alguns candidats individuals. El fracàs mostrà una certa incapacitat per autogovernar-se i provoca, posteriorment, la necessitat de cedir davant populismes diversos, que ignoren que no hi ha cap forma de participació política millor que la dels partits, i que la dedicació a la política —no com a professió de per vida— ha d'estar reconeguda amb diners i prestigi, com passa als països europeus amb democràcies més consolidades que les nostres (Alemanya mateix).

Respostes

No pel que fins ara hem dit, sinó sobre la base de la bibliografia que aportem, podem concloure:

Sobre la base de les experiències espanyoles en concessions administratives (tipus Alzira): ni la gestió privada d'hospitals públics garanteix una major eficiència (ni en determina una qualitat pitjor) ni la gestió pública directa garanteix una major qualitat (ni en determina una eficiència pitjor).

No sembla que importi tant el model de gestió en abstracte, sinó com es gestiona (existeixen enormes variacions dins de cada tipus de model).

Probablement, perquè els models de partenariats públic-privat funcio-

nin en interès general es requereix una autoritat pública honesta, transparència, contractes ben dissenyats, amb transferència real de riscos (a la gestió privada i a la pública) i que reduïxin el fenomen de segrest del regulador.

Probablement, perquè els models de gestió pública directa funcionin en interès general es requereix el mateix.

Ens toca créixer, madurar, tenir organitzacions autònomes (quina autonomia pot donar un ICS si aquest mateix no la té?) originadors de la innovació de veritat (la de Ferran Adrià o Amancio Ortega), flexibilitzar la funcionarització o oblidar-se'n, abolició de l'endogàmia per decret (ni un MIR ni un metge es queden on s'han especialitzat) i reclutar el món.

No hi haurà una gestió pública millor en sanitat sense una qualitat de la política millor. A Espanya i a Catalunya, més importants encara que les reformes estructurals són les millores institucionals, i entre aquestes, la prioritat l'ha de rebre una nova llei de partits polítics. Les prescripcions per a un millor govern de l'Estat són tan conegudes com ignorades: embridar el finançament de partits polítics limitant despeses i controlant les aportacions privades; perfeccionament de la normativa electoral amb llistes obertes i demarcacions que permetin acostar-se al principi d'una persona, un vot, i independència dels mitjans públics de comunicació. Això es facilita amb un foment de la transparència i l'accés públic a les bases de dades de l'administració, llevat que una disposició específica justifiqui la inconveniència d'aquest accés en funció d'un conjunt taxat de circumstàncies. La Central de Resultats, el Projecte Essencial o la racionalització del terciarisme són passos en la bona direcció.

Vicente Ortún

Degà de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales, i investigador del CRES, Universitat Pompeu Fabra

BIBLIOGRAFIA

Callejón M, Ortún V. Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En G López-Casasnovas (ed): El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson-Elsevier, 2002: 103-121. Accessible a: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper12.pdf>
Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en Sanidad. También para salir de la crisis. Gaceta Sanitaria 2011;

25(4): 333-8.

González López-Valcárcel B. La gestión privada de la sanidad pública: ¿Una huida hacia delante? Blog Nada es Gratis. Accessible a: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27591>

Peiró S. Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs. privada por concesión. Blog Nada es Gratis.

Accessible a: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27263>

Ortún V. Gestión pública-gestión privada de la Sanidad en España. Vías de avance. Economía y Salud. Boletín Informativo Asociación Economía de la Salud. 2013, nº 76. Accessible a <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=17&idN=1241>

Diversos autores. Per una nova llei de partits polítics. Accessible a: <http://porunanuevaleydepartidos.es/manifiesto/>

La insoportable inevitabilidad de la privatización sanitaria

Cuando el dedo señala la Luna, el necio mira el dedo

La inesperada decisión del Gobierno de la Comunidad de Madrid de privatizar la gestión de 6 hospitales

y 27 centros de salud a finales de 2012 ha revolucionado el eterno debate entre gestión pública y privada por muchos motivos. Cuando esto se publique el Tribunal Superior de Justicia de Madrid probablemente habrá dictado sentencia en uno u otro sentido y la propuesta será un hecho o quedará definitivamente aparcada en esta legislatura. De lo que estoy seguro es de que ilustrará muchos de los aspectos que definen los usos de nuestra sociedad para quien tenga interés, aunque por supuesto todo esto no es más que mi opinión.

La planificación (o la falta de) comenzó en la ya lejana época de bonanza económica con una campaña electoral basada en la oferta de ladrillo sanitario, pero sin ninguna planificación. El partido ganador prometió y construyó 10 hospitales en dos legislaturas con participación privada dados los límites legales en el endeudamiento de las administraciones. Cuando la crisis asomó se quiere aprovechar para aplicar a rajatabla el ideario liberal cediendo de manera progresiva toda la gestión pública a empresas privadas para conseguir dinero a corto plazo y enjuagar las deudas contraídas.

La masiva respuesta de los profesionales de sobras conocida, la Marea Blanca, consecuencia lógica de medidas tan agresivas

También esta vez se realiza sin que haya existido el necesario debate, sin que los expertos en economía, en gestión, en sanidad, en legislación ni en ninguna materia hayan presentado análisis objetivos que avalen la necesidad del cambio de modelo y las consecuencias positivas o negativas para la atención sanitaria de la población madrileña.

Los ciudadanos: conviene echar un vistazo al documento del poco sospechoso Instituto de Estudios Fiscales dependiente del Ministerio de Economía, opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2012. Es una encuesta anual y los gráficos son fáciles de interpretar. En la página 26 puede verse que el 40% de los encuestados considera que ningún servicio público está bien gestionado, aunque de los que sí señalan alguno la sanidad sale la mejor parada, con el 22% frente

a transportes, educación, infraestructuras, etc., y, además, la nota media está disminuyendo. Pero en la página 27 se refleja que existe un apoyo menor del 10% a la gestión o financiación privada de cualquier servicio público esencial, y también en este caso la valoración de la gestión privada es a la baja en los últimos años. Además, aunque no se mide aquí, conviene comparar estos datos con las valoraciones que hacen los ciudadanos de las diferentes profesiones, en las que los sanitarios salimos siempre en lo más alto del ranking, por encima del 9, a diferencia de los políticos, donde el aprobado es una excepción.

(http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/documentos_trabajo/2013_21.pdf)

Los profesionales: la masiva respuesta de los profesionales es de sobras conocida, la Marea Blanca, consecuencia lógica a unas medidas tan agresivas que desbordó la previsión de la Consejería de Sanidad, acostumbrada a la mansedumbre. Aun así, solo la presión judicial ha sido capaz de frenar la ejecución del proyecto, ya que la disposición al diálogo y el acuerdo ha sido siempre nula.

La función pública: tenemos unos excelentes profesionales reconocidos dentro y fuera de España, formados mayoritariamente en universidades y hospitales públicos, que creen y desarrollan un trabajo para el que se han preparado y al que han optado en procesos abiertos y transparentes. En ese punto, reconocer también que el sistema de función pública se rige por normas obsoletas, poco ágiles y desmotivadoras, en las que a menudo la función de los representantes de los trabajadores se transforma en garante de la rigidez y el disparate. A menudo lo asombroso es que el sistema siga funcionando, incluso de forma eficiente, aunque con evidentes síntomas de agotamiento en el caso del sistema sanitario, donde el acercamiento del coste en porcentaje del PIB respecto a otros países no se ha visto acompañado de un acercamiento en calidad percibida.

Los políticos y la gestión sanitaria: al igual que el resto de la

administración pública, ya sean ayuntamientos, comunidades o ministerios, existen miles de cargos a disposición de los partidos políticos en todo el país, nombrados sin ninguna exigencia de la más mínima cualificación, experiencia y/o capacidad. Además de forma progresiva la designación digital, también llamados "puestos de confianza", se ha ido extendiendo hasta el más mísero puesto de responsabilidad, por ejemplo, un servicio hospitalario o un centro de salud. Es decir, se crea toda una cadena de obediencia en la que los nombramientos y permanencia en el puesto no son por capacidad, sino por fidelidad, siendo el último eslabón el que ha de dirigir la actividad de los profesionales, transformando las consignas en instrucciones, interfiriendo más que normalizando la actividad de los profesionales.

La experiencia: la privatización de los servicios en España no se ha visto acompañada de una mejoría en la prestación, y ni siquiera de un abaratamiento, pero sí en una excusa de los responsables últimos, los políticos, cuando no funciona, como, por ejemplo, en el reciente conflicto de la limpieza de Madrid. También tenemos el ejemplo de los servicios privatizados, como la energía o las comunicaciones, con las compañías obteniendo unos beneficios desorbitados mientras que los ciudadanos tenemos unas facturas muy superiores a los países de nuestro entorno y el gobierno carece de mecanismos de control o de regulación para impedirlo.

¿Es eficaz la privatización? Sí, sobre todo para aquellos que se hacen con la prestación de los servicios, y sin duda en una primera fase con selección positiva de profesionales. Sin embargo, a medida que el Estado pierde la capacidad de control y regulación, los lobbies controlarán los precios con un previsible mayor coste para los ciudadanos y dejarán a los profesionales en el desamparo del mercado, con salarios y condiciones de trabajo arbitrarios en función de la oferta y la demanda. Ya hay enfermeros mileuristas en los nuevos hospitales madrileños de gestión privada.

¿Hay alternativa? La alternativa necesaria, imprescindible y nunca abordada en toda la Administración Pública, incluida la sanidad, es la despoliticación de la gestión y la reforma a fondo de la función pública. Es necesario que cambie la legislación para obligar a que la



gestión clínica sea realizada por equipos profesionales, capacitados y nombrados de manera independiente, siendo los políticos los responsables de exigir los resultados acordados y tomar las medidas de control y supervisión, pero no la dirección ejecutiva. Se ha de limitar el nivel máximo de designación política, por ejemplo, director general o similar, y quizás entonces dejaremos de trabajar para los partidos políticos y comenzarán los políticos a trabajar para los ciudadanos, aunque puede que entonces ya no les resulte a muchos tan atractivo. En Madrid la propuesta de las sociedades profesionales es la Autonomía de Gestión en los Centros de Salud, algo similar se está empezando a hacer en otros sitios, en la que reivindicamos la gestión clínica como parte de nuestro trabajo que nunca se ha permitido desarrollar, sin necesidad de implicarnos en la gestión empresarial o económica, que la mayoría no deseamos ni como dueños ni como empleados.

¿Es utópico? Seguramente sí, mientras dejemos que los partidos nos lleven a su terreno, nos embarquen en culpabilizar a “los otros”, no escuchan la voz de los ciudadanos y no se cambie el modelo de sociedad para adaptarla al siglo XXI seguiremos anclados en el pasado. Las movilizaciones sociales de los últimos años y el amago de rescate europeo han demostrado que no solo no es utópico, sino que es imprescindible, y quizás tengamos que defenderlo cada uno desde nuestro lugar, pero mientras sigamos mirando el dedo no será posible ver la Luna.

Dr. Paulino Cubero González
Médico de Familia
Director del Centro de Salud General Ricardos. Madrid

El debat públic/privat en el sistema sanitari

En els darrers anys, amb l'aparició de noves formes de gestió, i recentment amb les propostes de concessió administrativa de sis hospitals de titularitat pública de la Comunitat de Madrid, s'ha revifat el debat públic/privat en l'àmbit sanitari. Sovint hi ha una elevada confusió terminològica que desdibuixa els arguments dels uns i dels altres. Intentem aclarir el panorama.

Sistemes sanitaris

Es pot definir un sistema sanitari

Taula 1. Elements dels sistemes sanitaris

ELEMENTS DEL SISTEMA		AGENTS
Població		-
Provisió de serveis	Gestió dels serveis	Públics/Privats
	Mitjans de producció	Públics/Privats
Finançament		Públics/Privats
Assegurament		Públic/Privats
Regulació		Públics

com el conjunt de recursos i serveis (persones, instal·lacions, finançament, etc.) de què disposa un país per fer front a les necessitats de salut dels seus ciutadans per garantir-los la qualitat de vida, abans i durant la malaltia.

L'essència d'un sistema sanitari és la relació entre una persona (o grup de persones) amb mancances o preocupacions per la seva salut que s'adreça a un metge (o de forma més àmplia, a un col·lectiu de professionals sanitaris) a la recerca d'ajuda. En aquesta relació distingim dos elements fonamentals: la població, que és la receptora de l'atenció sanitària, i els professionals, que actuen com a proveïdors de serveis sanitaris. En la provisió cal diferenciar entre la forma de gestió dels serveis, és a dir, quina configuració jurídica adopta l'organisme que contracta els professionals i organit-

za els serveis (gestió pública quan l'organisme depèn de l'administració pública i gestió privada quan pertany als mateixos professionals o d'altres amb o sense ànim de lucre) i qui és el propietari dels mitjans de producció, és a dir, qui és el titular de les instal·lacions i els equipaments necessaris per dur a terme l'activitat (titularitat pública o titularitat privada). A la vegada, la gestió de l'àmbit públic pot estar sotmesa al dret administratiu o al dret privat.

Un tercer element de qualsevol sistema sanitari, a banda de la població i la provisió, és el finançament, que es considera públic quan l'aporten els pressupostos de les administracions i privat si es pagat per l'usuari directament o indirectament a través de companyies d'assegurament que aquest té contractades. Justament l'assegurament constitueix el quart element de qualsevol sistema i especifica el nivell de cobertura a què té dret cada persona (què hi entra i què no hi entra) i el catàleg de centres i serveis on es poden fer efectives les prestacions contractades. L'assegurament permet desvincular la utilització dels serveis sanitaris del moment del seu pagament. Com en els casos anteriors, les entitats encarregades de l'assegurament poden ser de propietat pública o privada.

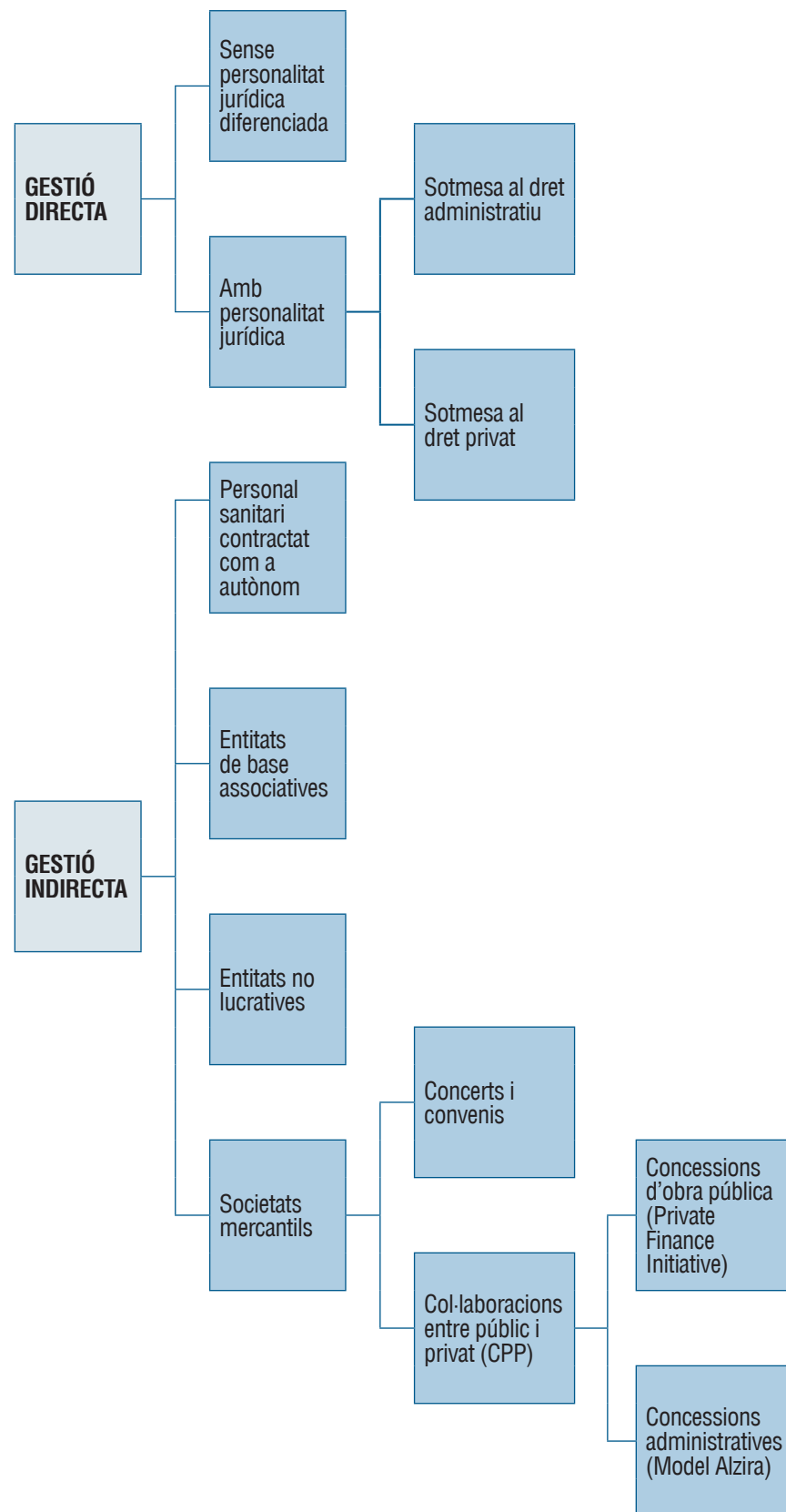
Finalment, qualsevol sistema sanitari està sotmès a una regulació per part dels poders públics, entesa com el conjunt de normes que ordenen el seu funcionament.

L'essència d'un sistema sanitari és la relació entre una persona amb mancances de salut i l'equip mèdic al qual s'adreça

Taula 2. Característiques dels models sanitaris

	MODEL ESTATALISTA	MODEL LIBERAL	MODEL MIXT
Cobertura pública poblacional	Universal	Minoritària	“Quasi” universal
Mitjans de producció i gestió	Públics	Privats	Públics i privats
Finançament	Públic	Privat	Majoritàriament públic
Cartera de serveis	Àmplia de les patologies amb més prevalença	Segons capacitat de pagament	Molt àmplia
Regulació	Molt planificada	Poc planificada	Orientada a resultats

Taula 3. Formes de gestió dels serveis sanitaris



Models sanitaris

La combinació entre tots aquests elements d'un sistema admet múltiples variants i conforma el model sanitari de cada país. Bàsicament es poden establir tres models sani-

taris: el model estatalista, el model liberal i el model mixt.

- El model estatalista postula l'obligació de les administracions públiques de protegir la salut dels individus en tota la seva amplitud,

intervenint-hi directament. És el model adoptat per Cuba i Corea del Nord. Té com a trets definitoris:

- Cobertura pública universal de la població i gratuïtat en el moment d'utilitzar els serveis
- Mitjans de producció i gestió de propietat pública. Aposta per la medicina preventiva i l'educació sanitària davant de la creació de serveis assistencials i la implantació de nous tractaments costosos
- Finançament en la seva totalitat a través de pressupostos públics
- Accés a àmplies prestacions, però amb tendència a desentendre's de les malalties de baixa prevalença, de difícil diagnòstic o tractament i amb poca incidència sobre la població global
- Intensa regulació tant de les condicions d'exercici professional com de la planificació i distribució de recursos, fet que comporta una alta burocratització i rigidesa del sistema
- A l'altre extrem, el model liberal o de lliure mercat considera la salut com un bé de consum. És el que impera als Estats Units d'Amèrica del Nord. Les seves característiques principals són:

- Cobertura pública limitada a grups de població molt desfavorits i/o marginals sense recursos
- Mitjans de producció i gestió privats. Tipologia de recursos condicionada per la relació d'agència entre metge i malalt. Lliure competència
- Finançament bàsicament privat, pagat directament per l'usuari o a través de companyies privades d'assegurament
- Accés a prestacions condicionat per la capacitat de pagament, circumstància que genera discriminació i falta d'equitat
- Regulació limitada a l'establiment de condicions per a l'exercici professional. Distribució dels recursos no planificada, basada en la llei de l'oferta i la demanda
- En una situació intermèdia entre els models anteriors, el model mixt és propi de la majoria dels països occidentals, inclosa la Unió Europea i Espanya. Dins del model mixt, cal distingir el sistema Bismarck, finançat a través de quotes a la Seguretat Social de treballadors i empresaris, del model Beveridge, finançat a través d'impostos. Aquest darrer comporta una cobertura poblacional universal i una redistribució social dels recursos assignats a salut. La majoria dels models mix-

tos tenen en comú:

- Cobertura pública quasi universal de la població
- Coexistència de mitjans de producció i gestió públics i privats, obligats a la salvaguarda d'uns paràmetres de qualitat assistencial
- Finançament majoritàriament públic, amb participació del sector privat a través de copagament o per la prestació de serveis directament demanats per l'usuari
- Accés a una cartera de prestacions molt àmplia, amb un elevat cost que en condiona la viabilitat econòmica
- Regulació orientada a assegurar la continuïtat del sistema i l'equitat de resultats

Així doncs, els models sanitaris queden configurats per una determinada combinació de participació pública/privada en la provisió, el finançament i l'assegurament. En general, es considera que un model és públic quan el finançament depèn majoritàriament dels pressupostos de les administracions i hi ha una àmplia cobertura poblacional. Aquests són els elements determinants que deslliguen l'accés als serveis de la capacitat de pagament de cada individu.

En molts països, s'estan fent esforços per mantenir els actuals estàndards de provisió de serveis sanitaris amb un consum de recursos públics que sigui sostenible. Moltes de les reformes organitzatives dels sistemes sanitaris s'han fet en nom d'una major eficiència i d'una contenció dels costos de la prestació dels serveis públics i habitualment afecten la forma de gestió dels serveis de salut i deixen de banda la resta d'elements del sistema sanitari.

Les formes de gestió dels serveis sanitaris

La Llei General de Sanitat de 1986 va configurar el Sistema Nacional de Salut (SNS) com el conjunt d'estructures i serveis públics al servei de la salut. El SNS integra totes les funcions i prestacions sanitàries que són responsabilitat dels poders públics (estat i comunitats autònomes) per assegurar el dret a la protecció de la salut. En l'ordenament jurídic vigent, no hi ha dubte del caràcter públic del sistema.

Ara bé, la legislació regula diverses formes de gestió dels serveis que són competència i responsabilitat de les administracions. Els poders públics estan obligats a

Els poders públics estan obligats a garantir les prestacions sanitàries, però poden utilitzar diverses formes de gestió contemplades per la llei

garantir les prestacions sanitàries, però poden utilitzar les formes de gestió contemplades per la llei. Les opcions que es plantegen són les següents:

- Gestió directa. En aquest cas, la prestació del servei es porta a terme des de la mateixa Administració. Són possibles dues alternatives:
 - La gestió directa administrativa, sense formes jurídiques diferenciades, a través de les estructures ordinàries de l'Administració (directament des dels ministeris, conselleries o departaments)
 - La creació d'organismes amb personalitat jurídica, ja siguin sotmesos al dret administratiu (en el cas dels organismes autònoms) o al dret privat (en el cas d'entitats públiques empresarials, societats mercantils públiques o fundacions)
- Gestió indirecta. En aquesta alternativa, els poders públics encomanen la prestació del servei a una entitat privada en virtut d'un contracte. L'empresa gestora indirecta actua com a col·laboradora de l'Administració per portar a terme activitats que són de la seva competència i responsabilitat. Els poders públics conserven la competència i responsabilitat i exerceixen l'autoritat. Segons la tipologia d'entitats privades, podem distingir:

- Personal sanitari contractat com a autònom
- Entitats de base associativa (EBA)
- Contractes i concerts amb entitats no lucratives
- Societats mercantils amb ànim de lucre, vinculades a través de:
 - Concerts i convenis, de llarga tradició i que en origen es configuren com un mitjà subsidiari quan l'Administració no disposava dels mitjans per garantir l'efectivitat de les prestacions.
 - Concessions (col·laboracions entre públic i privat —CPP—), com ara les concessions d'obra pública (construcció d'una infraestructura sanitària a canvi de la gestió de serveis no assistencials —neteja, bugaderia, pàrquing...—) o les concessions administratives de gestió integral

(construcció d'una infraestructura sanitària a canvi de la gestió de la prestació de serveis sanitaris i complementaris a una població —model Alzira—).

La privatització de la gestió

Encara que estrictament la privatització fa referència a la transferència de la propietat o el control de les activitats públiques al sector privat, sovint s'inclou sota aquest concepte qualsevol pèrdua de protagonisme públic en favor del sector privat, inclosa l'equiparació de l'empresa pública i la privada o les mesures de desregulació.

Tenint en compte aquesta concepció àmplia, es poden distingir tres tipus de privatitzacions:

- La privatització substancial o material. Suposa la transferència efectiva al sector privat de tasques o funcions que eren competència i responsabilitat de les administracions públiques. Comporta la transferència total o parcial de la propietat de les empreses i una pèrdua d'influència decisiva del sector públic que deixa de tenir la competència i la responsabilitat, encara que manté la capacitat de regulació. En l'àmbit de la salut, a l'Estat espanyol no s'han fet propostes d'aquest tipus, que, com hem vist abans, desbordarien el marc jurídic i constitucional vigent. Sí que s'han portat a terme iniciatives de privatització material en els camps de les telecomunicacions (Telefónica), de l'energia (Endesa, Red Eléctrica Española) o dels hidrocarburs (Gas Natural, Repsol)
- La privatització funcional. Es tracta de la gestió indirecta de tasques o funcions públiques a través d'empresaris privats, en virtut de contractes, concerts o concessions. La privatització funcional es dona quan l'Administració decideix passar des d'una forma de gestió directa fins a alguna de les opcions de gestió indirecta. Es manté el caràcter públic de l'activitat
- La privatització formal. Fa referència a la gestió directa de funcions i tasques públiques a través d'en-

titats instrumentals pròpies de l'Administració, però sotmeses al dret privat. En la privatització formal, els poders públics mantenen la gestió directa, però es passa de l'aplicació del dret administratiu al dret privat. La jurisprudència estableix que en el cas de la prestació de l'assistència sanitària no s'han d'exercir potestats administratives i que es pot recórrer al dret privat si es considera que així s'obté una major eficàcia. En aquest cas, es manté la titularitat i el caràcter públic de l'activitat.

Les diverses alternatives han estat presentades. La defensa i la tria de l'opció més adequada per a la societat es presenta difícil, ja que cal conjuminar el respecte dels principis rectorials tradicionals del sistema sanitari (universalitat, solidaritat i equitat) amb les normes de bon govern, com ara la transparència, la rendició de comptes, la participació dels agents en les decisions, l'ètica o la bona pràctica professional, tot basat en criteris contrastats d'eficiència, d'avaluació de les experiències i d'evidència científica.

Dr. Felip Benavent

Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

BIBLIOGRAFIA

- Cabo Salvador J. Sistemas sanitarios en la Unión Europea. En Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada Capítulo 2. Estructura organizativa, financiación, gasto, provisión de servicios y desarrollo de los sistemas sanitarios en los países de la Comunidad Económica Europea. <http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html>
- González-Varas Ibáñez S. El concepto y las formas de privatización. Revista Española de Control Externo. Tribunal de Cuentas. Enero 2001; 3(7):77-102.
- Menéndez Reixach A. La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. Rev Adm Sanit. 2008; 6(2):269-96.
- Sánchez Carreira MC. Una visión crítica del proceso de privatizaciones en la economía española. En VIII Jornadas de Economía Crítica sobre la Globalización, Regulación Pública y Desigualdades. Valladolid, 28 de febrero al 2 de marzo de 2002 [CD-ROM].
- Sánchez F, Abellán JM, Oliva J. Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional. Documento de trabajo 4/2013. Real Instituto Elcano.

Madrid, 7/3/2013.

Unió Catalana d'Hospitals. Repensant el model sanitari. Anàlisi i propostes per a una revisió constructiva del model sanitari català. Setembre 2011. http://www.uch.cat/documents/repensant_el_model_sanitari.pdf

¿Es posible combinar profesión y economía de la salud?

Siglo XXI. Tenemos una medicina sofisticada en red, profesionales interconectados a través de las redes sociales, podemos compartir experiencias en cualquier parte del mundo, vivimos en la sociedad mejor formada de la historia, tenemos acceso a tratamientos de última generación, todo un abanico de medios tecnológicos al servicio del sistema sanitario, y, sin embargo, nuestro sistema sanitario se basa en una estructura cuasi decimonónica fuertemente jerarquizada y funcional, que confiere una rigidez al sistema que le hace perder agilidad en la ejecución de las nuevas directrices.

Los profesionales que integramos el sistema sanitario estudiamos en universidades donde la ortodoxa formación curricular no contempla criterios económicos en nuestra práctica clínica, y hasta la fecha tampoco habíamos planteado su integración en nuestra práctica diaria.

Como resultado, tenemos un sistema sanitario de gran prestigio y difícil gobierno.

En momentos de cambio, como el actual, las rígidas bases del sistema hacen que nos preguntemos si la fórmula actual continúa vigente o se necesita explorar nuevas vías que, sin disminuir la calidad asistencial, introduzcan una visión económica en el modelo.

El debate exige contrastar diferentes modelos de gestión: público, privado o una combinación de los anteriores.

¿Realmente pensamos que toda la red pública que absorbe la tecnología y especialización puede soportarse con fórmulas privadas?

¿Realmente corremos el riesgo de dilapidar el patrimonio social con un

sistema de colaboración público-privado donde la financiación pública se traslada a una entidad privada, con empresas con ánimo de lucro y capital especulativo?

¿Realmente la red hospitalaria pública se puede externalizar a tenor de las experiencias previas? (modelo Alcira)

Si queremos avanzar hacia un modelo sanitario en red, en el que el paciente sea el centro del modelo, ¿es oportuno fragmentar su continuidad asistencial por el sistema?

Bien, ahora toca pensar en el nuevo profesionalismo médico, donde el ejercicio de la medicina moderna no debe considerarse como un asunto aislado. Parece una tarea difícil y su logro tal vez pasará por un ajuste en los roles y actitudes de los profesionales del siglo XXI.

No solo será necesaria la adquisición de conocimientos, habilidades y competencias, sino que será preciso integrar la dimensión de economía de la salud. El profesional se debe responsabilizar de la salud de la comunidad, y para ello debemos integrar en nuestra profesión los resultados en salud. Debiéramos ser garantes de la continuidad de un modelo equitativo que no solo ofrece salud, sino también cohesión social.

El profesional del siglo XXI debe pensar si en su ejercicio diario sobretrata, si medicalizamos la prevención, si sobreirradiamos con pruebas de imagen innecesarias. ¿Cuántos medicamentos de bajo valor o test de laboratorio redundantes usamos? ¿Analizamos la seguridad clínica, los errores médicos, los reingresos relacionados clínicamente u hospitalizaciones potencialmente evitables? ¿Utilizamos quimioterapias compasivas? ¿Tecnificamos inapropiadamente el final de vida?

Por otra parte, aunque nadie discute los conceptos de eficiencia, sostenibilidad y equidad, estos no pueden ser a coste del progresivo deterioro de las condiciones laborales de los profesionales sanitarios y debiéramos velar por el prestigio social como colectivo, evitando la inversión de valores sociales.

Si creemos que el profesional debe desarrollar su práctica diaria integrando los criterios descritos, los gobiernos deberían contar con ellos para diseñar las políticas sanitarias, la palanca de cambio solo puede funcionar si existe colaboración entre gestores y profesionales sanitarios.

Junta de Govern del COMLL

¿Realmente consideramos que toda la red pública que absorbe la tecnología y especialización puede soportarse con fórmulas privadas?

La SAP Lleida Nord

La SAP Lleida Nord representa la singularitat territorial i organitzativa de les comarques pirinenques de Lleida. Aquesta singularitat és determinada per l'àmbit geogràfic que engloba i s'evidencia en la complexitat de la nostra xarxa de comunicacions, en la nostra baixa densitat demogràfica per la dispersió i ruralitat i en un marcat envelliment de la població. Tots aquests aspectes configuren una atenció primària d'especial complexitat per la seva atomització, però amb voluntat d'oferir uns serveis sanitaris accessibles, equitatius, propers i de qualitat per a la ciutadania del Pirineu.

Cal fer esment dels projectes telemàtics (teledermatologia, teleoftalmologia, telecardiologia) desenvolupats en els nostres equips i que apropen les noves tecnologies a un territori singular per la seva dispersió i ruralitat.

D'altra banda, per a la millora qualitativa dels serveis s'ha dotat tota l'estructura de l'ACUT dels recursos materials necessaris perquè la seva actuació sigui eficaç; en concret, amb vehicles tot terreny i amb maletins d'urgències estandarditzats per a totes les unitats d'atenció continuada.

Territori i població

La SAP Lleida Nord comprèn les comarques de l'Alta Ribagorça, el Pallars Jussà, el Pallars Sobirà i l'Alt Urgell. La seva població és de 42.620 habitants i té una extensió de 4.754 km², fet que suposa el 0,5% dels habitants i el 14% del territori de Catalunya. Els 53 municipis i els 473 nuclis de població representen el 5,7% i el 12,1% de Catalunya, respectivament.

L'índex d'immigració a la SAP Lleida Nord continua per sobre del de Catalunya. La comarca de l'Alt Urgell té el més baix (en els darrers anys, el Pallars Jussà havia estat la comarca amb el percentatge més baix).

Immigració

L'índex d'immigració a la SAP Lleida Nord continua per sobre del de Catalunya. La comarca de l'Alt Urgell té el més baix (en els darrers anys, el Pallars Jussà havia estat la comarca amb el percentatge més baix).

Projectes estratègics

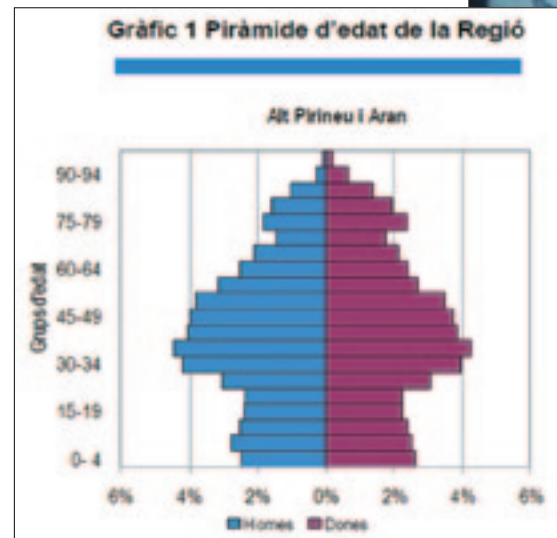
Rutes assistencials

Entenem per Ruta Assistencial la conseqüència del pacte –escrit i formal– entre professionals dels diferents estaments per donar resposta pràctica a determinades situacions de salut que afecten els pacients i que, dins l'àmbit territorial, necessiten ser ordenades i

expressades de forma explícita.

Pacient expert

L'any 2010, al nostre territori es va iniciar el programa Pacient Expert Catalunya, que any rere any hem anat estenent als nostres centres. És un programa de salut comunitària que permet promoure canvis d'hàbits i estils



La singularitat de la SAP s'evidencia en la complexitat de la xarxa de comunicacions



La SAP al territori

ÀMBITS	HOSPITAL REFERENT	ABS	RUTES	
Alta Ribagorça	Espitau Val d'Aran	Alta Ribagorça	Depressió	ICC
			DM tipus 2	MPOC
Pallars Jussà Pallars Sobirà	H. Comarcal del Pallars	Trepmp La Pobla de Segur Pallars Sobirà	Depressió	ICC
			DM tipus 2	MPOC
Alt Urgell	Fundació Sant Hospital	Alt Urgell Sud La Seu d'Urgell	Depressió	ICC
			DM tipus 2	MPOC

La SAP Lleida Nord atén una població de 42.620 habitants en una extensió de 4.754 km²

Aquestes xifres suposen el 0,5% dels habitants i el 14% del territori de Catalunya

de vida que millorin la qualitat de vida i la convivència amb la malaltia. Això es fa mitjançant l'intercanvi de coneixements, experiències i vivències entre el Pacient Expert i la resta de pacients.

Aquest programa s'emmarca dins la línia estratègica 2.3 del Pla de Salut 2011-2014, que tracta de l'autoresponsabilització dels pacients i cuidadors i del foment de l'autocura.

Recept@ electrònica

La implantació a Atenció Primària inclou que el 100% de les residències geriàtriques fan recepta electrònica

Teledermatologia

El programa de teledermatologia s'ha mostrat com una eina especialment útil, ja que les distàncies, l'àmplia dispersió de la població i l'absència d'especialistes

Taula 1. Dades sociodemogràfiques de la SAP Lleida Nord

ÀMBIT	ALTA RIBAGORÇA	PALLARS JUSSÀ	PALLARS SOBIRÀ	ALT URGELL	SAP LLEIDA NORD	CATALUNYA	%
Habitants	3.608	12.410	5.865	20.737	42.620	7.601.813	0,5%
Superfície (km ²)	426,9	1.343,10	1.377,90	1.605,30	4.754	32.106,00	14%
Densitat de població	8,8	9,6	4,5	13,2	10,2	236,8	
Municipis	3	14	15	21	53	947	
Fins a 500 habitants	0	11	12	14	37		
Més de 2.000 habitants	1	2	1	2	6		
Nuclis de població	37	147	134	155	473	3.898	

Taula 2. Immigració per àmbit

ÀMBIT	ALTA RIBAGORÇA	PALLARS JUSSÀ	PALLARS SOBIRÀ	ALT URGELL	CATALUNYA
Població	4.235	14.113	7.457	22.282	7.570.908
Estrangers	695	1.984	1.090	2.895	1.186.779
% immigració	16,41%	14,06%	14,62%	12,99%	15,68%

listes fan aquest servei imprescindible. Aquest projecte es desenvolupa en aquesta SAP des del 2003 i des d'aleshores s'han enviat al Servei de Dermatologia de l'Hospital Arnau de Vilanova al voltant d'uns 900 pacients.

Teleoftalmologia

Per tal de millorar la prevenció de la

retinopatia diabètica, l'any 2004 es va posar en marxa a la SAP Lleida Nord un projecte per assegurar la detecció precoç d'aquesta patologia amb càmera amidriàtica

Consulta virtual

Des d'aquest any, s'ha posat en marxa a l'àmbit del Pallars, i en col·laboració

amb el Servei de Medicina Interna de l'Hospital Comarcal del Pallars, aquesta eina, que possibilita el seguiment de malalts crònics sense que hagin de desplaçar-se a aquest hospital.

Programa Salut Escola

Aquest programa pretén millorar la salut dels adolescents a través d'acci-

Taula 3. Estructura per grans grups d'edat

ABS	ALTA RIBAGORÇA	TREMP	POBLA DE SEGUR	PALLARS SOBIRÀ	ALT URGELL SUD	LA SEU D'URGELL	SAP LLEIDA NORD
0-14	460	1.057	603	872	405	2.562	5.979
15-65	2.414	5.050	2.543	3.889	2.414	11.089	27.416
65 i més	1.109	1.992	1.145	1.106	1.109	3.158	9.225
Total	3.608	8.119	4.291	5.885	3.928	16.809	42.620
Envel·liment	18,30%	24,10%	27,50%	18,50%	27,00%	18,70%	
Sobreenvelliment	20,10%	20,60%	25,00%	22,50%	18,10%	17,30%	
Dependència global	49,00%	62,40%	67,00%	52,30%	61,60%	51,80%	

Índex d'envelliment: quocient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el nombre total de població.
 Índex de sobreenvelliment: quocient entre el nombre de persones de 85 anys i més i el nombre de persones de 65 anys i més.
 Índex de dependència global: relació de la població major de 64 anys i els menors de 15 anys respecte al grup comprès entre ambdues edats.

Taula 4. Plantilles dels equips d'Atenció Primària

ÀMBIT	ABS	MF	PD	OD	DI	LL	AI	AS	ZE	AA	TOT
Alta Ribagorça		5	0,5	0,3	6	0,3	1	1	0	3	17,1
Tremp		7	1	1	9	1	1	1	1	3	25
Pobla de Segur		5	1	0,3	6	0,3	1	1	2	1	17,6
Pallars Sobirà		8	1	0,3	9	0,3	0,5	1	3	2	25,1
Alt Urgell Sud		5	1	0,2	5	0,2	0	1	1	2	15,4
La Seu d'Urgell		14	3	0,8	16	1	1	1	1	3	40,8

MF: metge de família. PD: pediatre. OD: odontòleg. DI: diplomada infermeria. LL: llevadores. AI: auxiliars infermeria. AS: assistents socials. ZE: zeladors. AA: auxiliars administratius.

L'índex d'envelliment de la SAP Lleida Nord se situa entre el 18,30% i el 27,50%

Taula 5. Pacient Expert

ABS	2010	2011	2012	2013
ABS Pallars Sobirà	TAO	TAO	DM	DM
ABS Pobla de Segur			MPOC	TAO
ABS La Seu d'Urgell			DM (2 grups)	DM (2 grups)
ABS Tremp				TAO

Taula 6. Centres d'Atenció Primària i consultoris locals per ABS

ÀMBIT	ABS	CENTRES DE SALUT	CONSULTORIS LOCALS
ALTA RIBAGORÇA	1	1	9
	Alta Ribagorça	El Pont de Suert	Barruera, Boí, Durro, Erill la Vall, Llesp, Malpàs, Senet, Taüll i Vilaller
PALLARS	3	3	34
	Tremp	Tremp	Conques, Figuerola d'Orcau, Guàrdia de Noguera, Isona, Llimiana, Orcau, Palau de Noguera, Puigcerçós, Sant Romà d'Avella, Sant Salvador de Toló, Suterranya, Talarn i Vilamitjana
	La Pobla de Segur	La Pobla de Segur	Espui, la Pobleta de Bellveí, Salàs de Pallars i Senterada
PALLARS SOBIRÀ			
	Pallars Sobirà	Pallars Sobirà	Ainet de Besan, Alins, Araós, Àreu, Espot, Esterrí d'Àneu, la Guingueta, Lladorre, Llavorsí, Montcortès, Peramea, Ribera de Cardós, Tavascan, Tírvia i València d'Àneu
ALT URGELL	2	2	23
	Alt Urgell	Oliana	Alinyà, Coll de Nargó, Figols, Ogern, Organyà, Peramola i Tragó
	La Seu d'Urgell	La Seu d'Urgell	Adrall, Alàs, Arfa, Arsèguel, Bescaran, Castellciutat, Estimariu, Lles de Cerdanya, Montant de Tos, Martinet, Montferrer, Noves de Segre, la Parròquia d'Hortó, el Pla de Sant Tirs, Sorribes i Tuixén
SAP LLEIDA NORD	6	6	66

Taula 7. Activitat en Atenció Primària: visites al centre

ÀMBIT	ABS	MEDICINA GENERAL	PEDIATRIA	ODONTOLOGIA	INFERMERIA	TREBALL SOCIAL	TOTAL
ALTA RIBAGORÇA		21.351	2.309	1.816	14.788	1.219	41.483
	Alta Ribagorça	21.351	2.309	1.816	14.788	1.219	41.483
PALLARS		97.125	11.839	6.215	67.233	2.870	185.282
	Tremp	41.588	4.194	1.487	26.959	779	75.007
	La Pobla de Segur	22.500	4.275	2.470	20.800	1.303	51.348
PALLARS SOBIRÀ		33.037	3.370	2.258	19.474	788	58.927
ALT URGELL		94.708	14.895	2.920	69.879	3.345	185.747
	Alt Urgell Sud	24.395	2.097	445	12.704	792	40.433
	Alt Urgell Sud	70.313	12.798	2.475	57.175	2.553	145.314

Taula 8. Activitat en Atenció Primària: visites al domicili

ÀMBIT	ABS	MEDICINA GENERAL	PEDIATRIA	ODONTOLOGIA	INFERMERIA	TREBALL SOCIAL	TOTAL
ALTA RIBAGORÇA		989	0	1	1.088	84	2.162
	Alta Ribagorça	989	0	1	1.088	84	2.162
PALLARS		4.433	7	8	5.453	183	10.082
	Tremp	1.632	0	4	2.444	38	4.118
	La Pobla de Segur	1.427	7	2	1.833	63	3.332
PALLARS SOBIRÀ		1.347	0	0	1.176	82	2.632
ALT URGELL		2.172	4	3	4.081	205	6.465
	Alt Urgell Sud	760	3	2	1.343	44	2.152
	La Seu d'Urgell	1.412	1	1	2.738	161	4.313



Un dels professionals de la SAP Lleida Nord

ons als centres educatius de promoció de la salut, prevenció de les situacions de risc i atenció precoç als problemes de salut. Al Pirineu, el projecte es duu a terme des del 2004 als diferents centres d'educació secundària de la nostra zona d'influència mitjançant la coordinació dels centres docents, els serveis educatius i els serveis sanitaris en diferents accions relacionades preferentment amb:

- La salut mental
- La salut afectivosexual
- El consum de drogues, alcohol i tabac
- Els trastorns relacionats amb l'alimentació

Tota això en un marc que garanteix la privacitat, la confidencialitat i la proximitat:

Pafes

L'objectiu d'aquest programa és promoure hàbits de vida saludables mitjançant l'activitat, l'exercici físic i l'alimentació adequada, així com disminuir el sedentarisme i millorar la qualitat de vida de la població.

Coordinació entre línies de servei

Es duen a terme estratègies de millora de la coordinació entre l'Atenció

Primària i l'atenció sociosanitària per a l'atenció continuada a domicili a pacients crònics complexos, i per a la gestió d'aquests pacients en els serveis d'urgències de l'Hospital.

Programa d'hospitalització a domicili del pacient crònic complex (Pallars Jussà)

Programa de suport del PADES Alt Urgell a la Residència d'Oliana i al territori de l'Alt Urgell Sud.

Implementació del protocol de coordinació sociosanitària a Urgències per a pacients amb malaltia crònica descompensada i/o amb fase pal·liativa al Pallars, Alt Urgell.

Ecografia

Actualment, disposem de dos ecògrafs a les ABS de la Seu d'Urgell i Tremp per tal d'augmentar el poder resolutiu de l'Atenció Primària. Prèviament, els professionals encarregats d'utilitzar aquesta tècnica diagnòstica han realitzat diverses activitats formatives específiques.

Atenció primària

L'Atenció Primària de salut és el primer nivell d'accés directe del ciutadà a l'assistència sanitària a través dels serveis de les àrees bàsiques de salut. L'ABS és la unitat territorial elemental on es presta l'atenció primària de salut i constitueix l'eix vertebrador del sistema sanitari on desenvolupa les seves activitats l'Equip d'Atenció Primària. L'EAP és el conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris, amb actuació a l'ABS, que desenvolupa de manera integrada, mitjançant el treball en equip, actuacions relatives a la salut pública i la promoció, la prevenció, la curació i la rehabilitació de la salut individual i col·lectiva de la població de l'Àrea Bàsica. Cada ABS compta, com a mínim, amb un Centre d'Atenció Primària (CAP).

Assistència pediàtrica a l'Alt Urgell

Des de l'octubre del 2009, arran d'un conveni signat entre l'Institut Català de la Salut, la Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell i l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD), amb el suport del Departament de Salut (CatSalut), tota l'assistència pediàtrica de la comarca de l'Alt Urgell (primària i especialitzada) passa a ser gestionada per una cooperativa de pediatres, anomenada Pediatría dels Pirineus, SCCLP, i el nostre centre de referència per a l'atenció més especialitzada és l'HSJD, de Barcelona.

Amb aquesta nova estructura, entre sis pediatres realitzen tota l'activitat assistencial: dos són els encarregats de l'assistència hospitalària i els altres quatre de la primària, tres d'ells al CAP de la Seu d'Urgell i el quart, al CAP de l'Alt Urgell Sud, on també es passa visita als consultoris locals de Coll de Nargó i Organyà. Cadascun dels pediatres del CAP tenen encarregat un contingent pediàtric (de manera que cada família sap qui és el pediatre/a

Taula 9. Entitats gestores dels centres d'AE d'aguts

ÀMBIT	CENTRE	LLITS	ENTITAT PROVEÏDORA
Pallars	Hospital Comarcal del Pallars	42	Gestió de Serveis Sanitaris
Alt Urgell	Hospital de la Seu d'Urgell	50	Fundació Sant Hospital
Aran	Espitau Val d'Aran	29	Aran Salut, Serveis Assistencials Integrals
	Total	121	



Actualment hi ha dos ecògrafs a les ABS de la Seu d'Urgell i Tremp

Receptes

UNITAT PRODUCTIVA	TOTAL	ELECTRÒNIQUES	PAPER	IMPLANTACIÓ %
EAP Alta Ribagorça	5.558	4.895	663	88,07%
EAP Tremp	13.345	12.150	1.195	91,05%
EAP Pobla de Segur	7.528	6.977	551	92,68%
EAP Pallars Sobirà	7.044	6.555	489	93,06%
EAP Alt Urgell Sud	7.323	6.931	392	94,65%
EAP La Seu d'Urgell	21.748	18.730	3.018	86,12%

La cooperativa Pediatría dels Pirineus gestiona, amb sis pediatres, l'assistència a l'Alt Urgell

El centre de referència per a l'atenció més especialitzada és Sant Joan de Déu

responsable del seu fill), i visiten tres matins i una tarda (el quart visita al matí a la Fundació Sant Hospital), amb les tardes del divendres al CAP de la Seu d'Urgell distribuït de manera rotatòria entre els sis pediatres.

El pediatre encarregat del CAP de l'Alt Urgell Sud, amb un contingent clarament menor, passa visita dilluns, dimecres i divendres al matí, mentre que dimarts i dijous dona suport a l'hospital. El pediatre que està de guàrdia a la FSH és també el pediatre de referència per a la resta de professionals (metges de família i personal d'infermeria) que estan de guàrdia als diferents consultoris de l'Alt Urgell. Si tenen un dubte davant l'assistència a algun menor, poden contactar telefònicament amb ell. Amb aquesta estructura, totes les cobertures per vacances,

Taula 10. Especialitats i proves diagnòstiques

AMBITERRITORIAL	ARAN	PALLARS	ALT URGELL
CENTRE	EVA	HCP	FSH
Especialitats troncales	10	10	10
Cirurgia	1	1	1
Ginecologia i Obstetrícia	1	1	1
Medicina Interna	1	1	1
Pediatría	1	1	1
Traumatologia	1	1	1
Anestèsia	1	1	1
Farmàcia	1	1	1
Laboratori	1	1	1
Radiologia	1	1	1
Rehabilitació Ambulatòria/Dom.	1	1	1
Especialitats consultores	10	12	10
Cardiologia		1	1
Cirurgiavascular	1	1	
Dermatologia	1	1	1
Digestologia	1	1	
Endocrinologia			
Hematologia	1	1	
Nefrologia		1	
Neurologia			1
Oftalmologia	1	1	1
Oncologia	1	1	1
Otorinolaringologia	1	1	1
Reumatologia			1
Salut mental	1	1	1
Urologia	1	1	1
Drogodependències	1	1	1
Proves diagnòstiques	9	11	10
Colonoscòpia	1	1	1
Ecocardiografia		1	1
Ecografia abdominal	1	1	1
Ecografia abdominal i urologia	1	1	1
Ecografia ginecològica	1	1	1
Ecografia urològica	1	1	1
Electromiograma			
Endoscòpia esofagogastrica	1	1	1
Ergometries		1	
Mamografia	1	1	1
Ressonància magnètica(*)	1	1	1
Tomografia axial computada-TAC	1	1	1

(*) La resonància magnètica es realitza per mitjà d'una unitat mòbil per part de les empreses Alliance Viamed als hospitals EVA, HCP i FSH i CRC a FHP

cursos, etc. són cobertes pel mateix personal, bàsicament pels pediatres inicialment assignats a l'hospital que realitzen la consulta al CAP del professional absent. Cada dimarts hi ha sessió formativa de tot l'equip, on es consensuen protocols i es comenten els casos clínics que ens preocupen. Aquesta sessió forma part del Curs de Formació Continuada en Patologia Maternoinfantil de l'Alt Urgell, acreditada pel Consell Català de Formació Mèdica de les Professions Sanitàries amb 5,9 crèdits docents.

Tanmateix, la presència de HSJD en aquesta estructura permet rotacions periòdiques formatives dels nostres professionals per aquest centre, per tal de mantenir una adequada formació continuada i, al mateix temps, iniciar formacions en subespecialitats pediàtriques que acaben retornant al territori. Actualment ja hi ha una consulta de pneumologia pediàtrica i una d'endocrinologia pediàtrica a la Seu d'Urgell, portada a terme pels mateixos professionals, de manera que es minimitzen els trasllats dels nens i les famílies als centres de fora del territori.

I, des del setembre del 2011, disposem d'una pàgina web, pediatriadelspirineus.org, amb un consultori virtual on les famílies poden realitzar consultes virtuals i on tenim diferents articles d'informació sanitària per a la població. En aquesta mateixa pàgina web, els professionals disposen d'una àrea privada, on tenen accés a tots els nostres protocols i articles d'interès i a les sessions formatives.

En relació amb l'estructura maternoinfantil dins de la zona dels Pallars i l'Alta Ribagorça, comptem actualment amb cinc pediatres, vinculats cadascun a un centre d'Atenció Primària (4) i a l'Hospital dels Pallars, amb quatre llevadors i dos ginecòlegs.

Es volentat que funcionalment tots treballin de forma integrada entre les estructures hospitalàries i d'atenció primària, de manera que els pediatres col·laborin en la realització de guàrdies a l'hospital i els llevadors realitzin part de la seva jornada laboral als centres d'Atenció Primària i part a l'hospital.

Per qüestions geogràfiques, la comarca de l'Alta Ribagorça manté com a hospital vinculat el de la Vall d'Aran.

Atenció hospitalària

A la SAP Lleida Nord es garanteix l'atenció hospitalària a través dels diversos recursos d'internament, com la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP).

La SAP Lleida Nord compta amb tres centres d'internament d'aguts. Aquest nombre respon, entre d'altres, a la divisió natural de tres valls, amb les dificultats de comunicació entre aquestes. Està marcada per la verticalitat de les valls davant la transversalitat.

Taula 11. Recursos socio-sanitaris

ÀMBIT	PALLARS	ALT URGELL
CENTRE	HCP	FSH
Llarga estada-llits	14	25
Mitja estada polivalent-llits	6	5
Internament-total llits	20	30
Hospital de dia	0	10
EAIA	1	1
PADES	1	1

Mitja estada polivalent (convalescència i cures pal·liatives)
EAIA, Equip d'Avaluació Integral Ambulatoria
PADES, Programa d'Atenció Domiciliària d'Equips de Suport
HCP: Hospital Comarcal del Pallars
FSH: Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Taula 13. Recursos urgents al Pirineu

PROFESSIONALS	NOMBRE
Metges	27
Infermers	33
Tècnics de transport sanitari	95
Pilots i mecànics helicòpter	6
Total	161

La taula 10 mostra l'oferta d'especialitats que cada centre posa a disposició de la població, tot diferenciant les especialitats troncales (amb una cobertura de 24 hores) de les consultores, que s'ofereixen amb periodicitat setmanal o quinzenal, així com un detall de les proves diagnòstiques.

Atenció socio-sanitària

L'atenció socio-sanitària està garantida a través dels diversos recursos destinats a persones que necessiten una atenció sanitària geriàtrica o psicogeriatrica. Aquesta línia assistencial s'adreça també als malalts amb demència, les cures pal·liatives i l'atenció a les persones amb malaltia crònica evolutiva i tendent a la discapacitat. Són recursos, doncs, per a les persones dependents, no autosuficients des d'un punt de vista funcional i que requereixen ajut, vigilància o cura especial.

Coordinació entre línies de servei

Es duen a terme estratègies de millora de la coordinació entre l'atenció primària i l'atenció socio-sanitària per a l'atenció continuada a domicili a pacients crònics complexos, i per a la gestió d'aquests pacients en els serveis d'urgències de l'hospital.

Programa d'hospitalització a domicili del pacient crònic complex (Pallars

Taula 12. Recursos en salut mental

DISPOSITIU ASSISTENCIAL	ENTITAT PROVEÏDORA	ÀMBIT	POBLACIÓ
3 centres CSMA	Gestió de Serveis Sanitaris	Pallars	Tremp
	Gestió de Serveis Sanitaris	Pallars	Sort
	Fundació Sant Hospital	Alt Urgell	La Seu d'Urgell
1 consulta perifèrica CSMA	Gestió de Serveis Sanitaris	Alta Ribagorça	El Pont de Suert
	Sant Joan de Déu	Alta Ribagorça	El Pont de Suert
	Sant Joan de Déu	Pallars	Tremp
4 consultes perifèriques CSMIJ	Sant Joan de Déu	Pallars	Sort
	Sant Joan de Déu	Alt Urgell	La Seu d'Urgell
	Fundació Sant Hospital	Alt Urgell	La Seu d'Urgell
Centre de dia de salut mental, 15 places	Fundació Sant Hospital	Alt Urgell	La Seu d'Urgell
Centre psiquiàtric Internament, MILLE 20 llits	Caser Residencial, SA	Alt Urgell	Oliana

CSMA: Centre de Salut Mental d'Adults. CSMIJ: Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil. MILLE: Mitja i llarga estada en salut mental (20 llits d'un total de 132)

Taula 14. Transport sanitari no urgent

ÀMBIT BASES	TOTAL	POLIVALENT	PROGRAMAT
Alta Ribagorça	2	1	1
El Pont de Suert		1	1
Pallars	6	2	4
Tremp		1	3
Sort		1	1
Alt Urgell	4	1	3
La Seu d'Urgell		1	3

Figura 3 Mapa recursos urgents



Jussà).

Programa de suport del PADES Alt Urgell a la Residència d'Oliana i al territori de l'Alt Urgell Sud.

Implementació del protocol de coordinació socio-sanitària a urgències per a pacients amb malaltia crònica descompensada i/o amb fase pal·liativa al Pallars, Alt Urgell.

Programa atenció integral

Programa per a l'atenció integral a

persones amb malalties avançades finançat per l'Obra Social La Caixa i en conveni amb la Fundació SARQUAVITAE.

S'implanta el programa al Pallars Jussà i al Sobirà, amb la incorporació d'un psicòleg un dia a la setmana.

S'amplia la cobertura a pacients i familiars derivats pels equips d'AP.

Formació específica

Curs d'actualització de conceptes en acompanyament a pacients amb malalties avançades, adreçat a professionals de l'AP de l'Alt Urgell.

Curs de valoració integral al pacient crònic complex, adreçat a professionals de l'AP del Pallars i l'Alta Ribagorça.

Atenció en salut mental

Un dels objectius de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran és consolidar i assegurar la continuïtat dels recursos sanitaris de què disposa.

En salut mental, l'atenció es realitza de forma primordial a través de dispositius ambulatoris, tant pel que fa als adults com a la població infantil i juvenil. La provisió i gestió d'aquests recursos tenen les seus a Lleida i Manresa i,



Transport sanitari circulant en mig d'una nevada

en molts casos, tenen la consideració de consultes perifèriques o extensions dels recursos existents en aquestes ciutats.

Pel que fa als recursos d'internament, es disposa de 20 places de mitja i llarga estada a Oliana, amb una baixa rotació i on s'atenen pacients de les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran i Lleida. Els altres nivells assistencials es troben a Lleida i Manresa.

Atenció farmacèutica

Els recursos de l'atenció farmacèutica als usuaris del sistema sanitari públic són les oficines de farmàcia, les farmàcies, els serveis de farmàcia hospitalària i els dipòsits de medicaments.

Les farmàcies són unitats farmacèutiques ubicades en nuclis sense serveis d'atenció farmacèutica (nuclis rurals, turístics, residencials o industrials) que depenen d'una única oficina de farmàcia i on la dispensació de medicaments es realitza en presència d'un farmacèutic

Jose Luis Remón Román

Director SAP Lleida Nord

Meritxell Feixes Betriu

Adjunta a Direcció SAP Lleida Nord

Taula 15. Centres de prestació farmacèutica i ortoprotètica

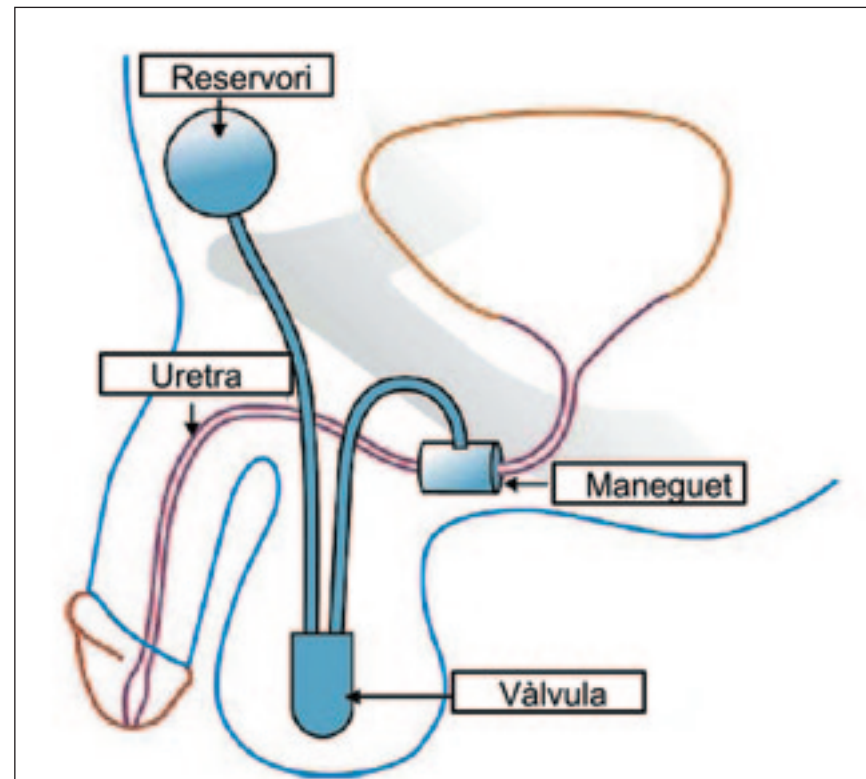
ÀMBIT	ABS	OFICINES DE FARMÀCIA	FARMACIOLES	SERVEIS DE FARMÀCIA HOSPITALÀRIA	DIPÒSITS DE MEDICAMENTS	ORTOPÈDIES
Alta Ribagorça		3				1
	Alta Ribagorça	Barruera, el Pont de Suert i Vilaller				Barruera
Pallars		10	6		1	3
	Tremp	Isona i Tremp (2)	Figuerola d'Orcau, Salàs de Pallars, Talarn i Vilamitjana		Hospital Comarcal del Pallars	Isona i Tremp
	La Pobla de Segur	La Pobla de Segur (2) i Senterada				
	Pallars Sobirà	Esterrí d'Àneu, Llavorsí, Rialp i Sort	Gerri de la Sal i Ribera de Cardós			Sort
Alt Urgell		10	1	1		5
	Alt Urgell Sud	Coll de Nargó, Oliana i Organyà				Organyà
	La Seu d'Urgell	Adrall, Martinet, Montferrer i la Seu d'Urgell (4)	Les Valls d'Aguilar	Fundació Sant Hospital		Montferrer i la Seu d'Urgell

Taula 16. Receptes, despesa farmacèutica i despesa màxima assumible per àmbit i per habitant

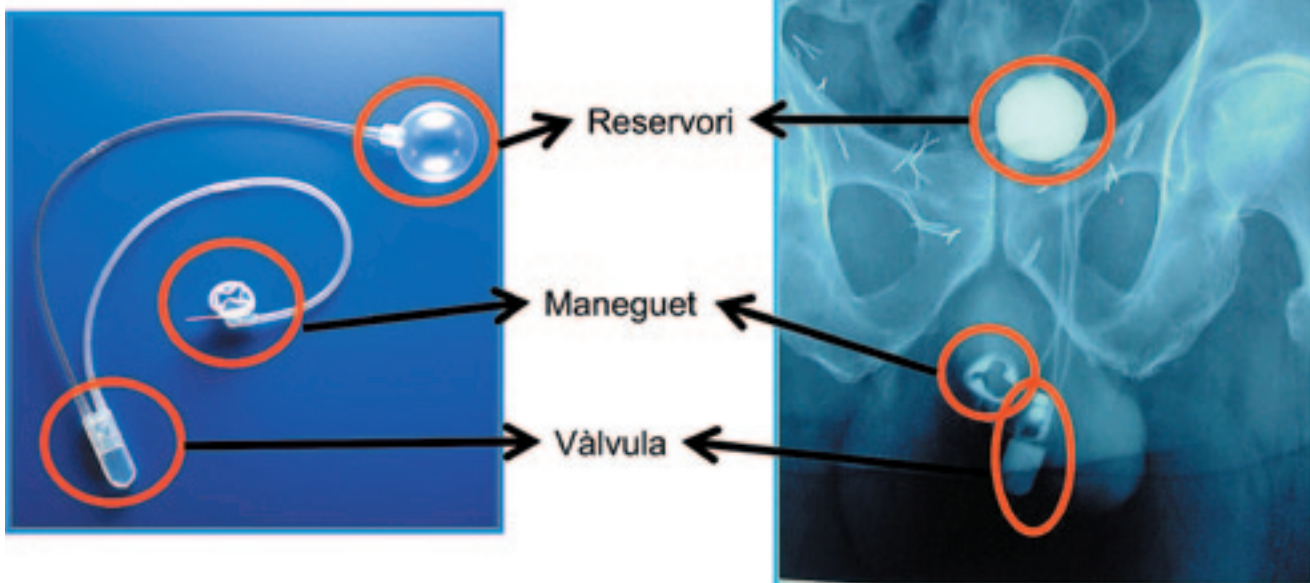
ÀMBIT	POBLACIÓ ASSIGNADA EAP	NOMBRE DE RECEPTES	RECEPTES PER HABITANT	DESPESA REAL	IMPORT LÍQUID PER RECEPTE	IMPORT LÍQUID PER HABITANT	DESPESA MÀXIMA ASSUMIBLE	% DR/DMA
Alta Ribagorça	3.541	75.911	21,44	881.929,40	11,62	249,06	808.596,25	109,07
Pallars	18.313	397.077	21,68	4.321.648,36	10,88	235,99	4.356.038,20	99,21
Alt Urgell	20.250	434.530	21,46	4.749.100,51	10,93	234,52	4.670.811,80	101,68

Esfínter urinari artificial

Durant els últims anys s'ha produït un increment en el nombre d'intervencions sobre la glàndula prostàtica, ja sigui per al tractament del càncer de pròstata (prostatectomia radical) o per al tractament del creixement prostàtic benigne (ressecció transuretral de pròstata). Aquests procediments quirúrgics poden tenir efectes secundaris. Els més habituals són l'aparició d'incontinència urinària per insuficiència esfinteriana, és a dir, una pèrdua involuntària d'orina en els moments en què augmenta la pressió intraabdominal (quan la persona tus o fa més força del normal). Això obliga la persona a portar algun sistema per no mullar-se, com ara



Les intervencions sobre la glàndula prostàtica poden comportar l'aparició d'incontinència urinària, és a dir, una pèrdua involuntària d'orina



Maneguet

Vàlvula + reservori

bolquers adaptats a l'anatomia masculina o col·lectors d'orina. Això comporta una despesa econòmica important per al pacient i una disminució de la seva qualitat de vida tant en l'àmbit de les relacions socials com en la relació amb la parella.

Durant els primers mesos posteriors a la intervenció, els uròlegs recomanen fer una taula d'exercicis de rehabilitació del sòl pelvià per millorar la continència. Fins que no ha passat un any des del procediment quirúrgic, els uròlegs no plantegen al pacient la realització d'una intervenció quirúrgica en cas que persisteixi la incontinència. Això representaria »»»



FERRERUELA
CUINA DE LA TERRA

Horari Restaurant
De dimecres a dissabte: migdies i vespres
Diumenge: migdia

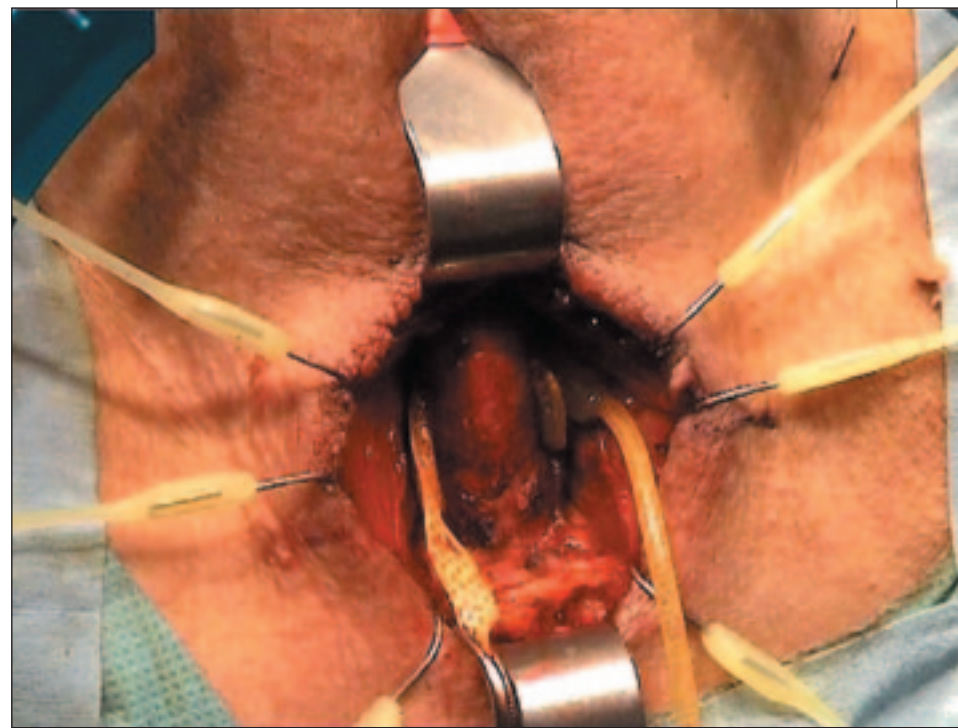
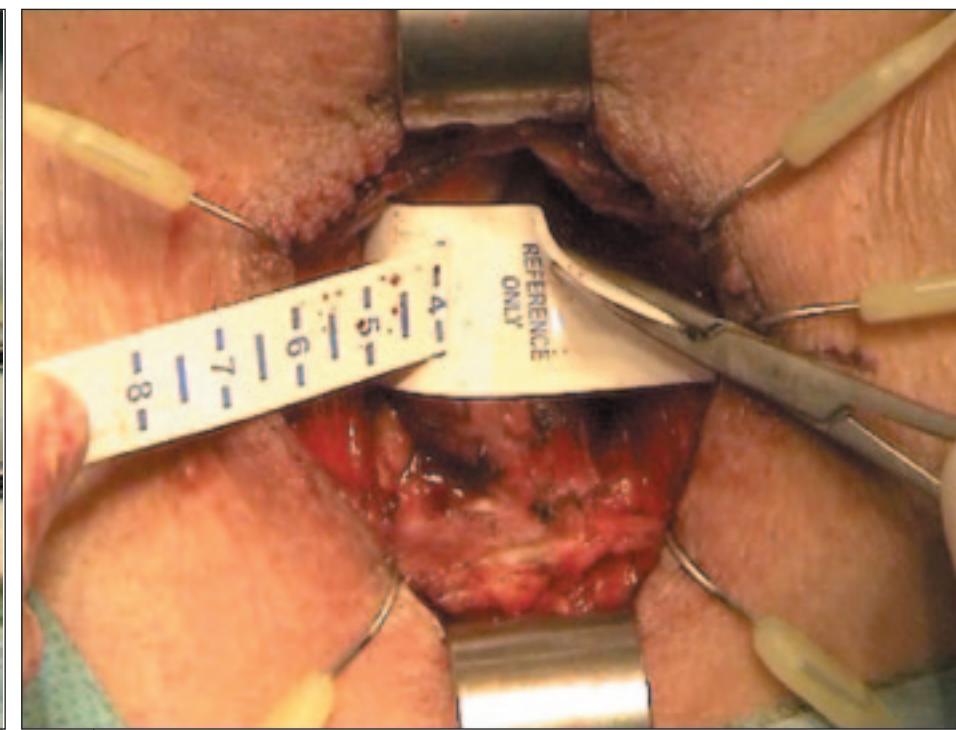
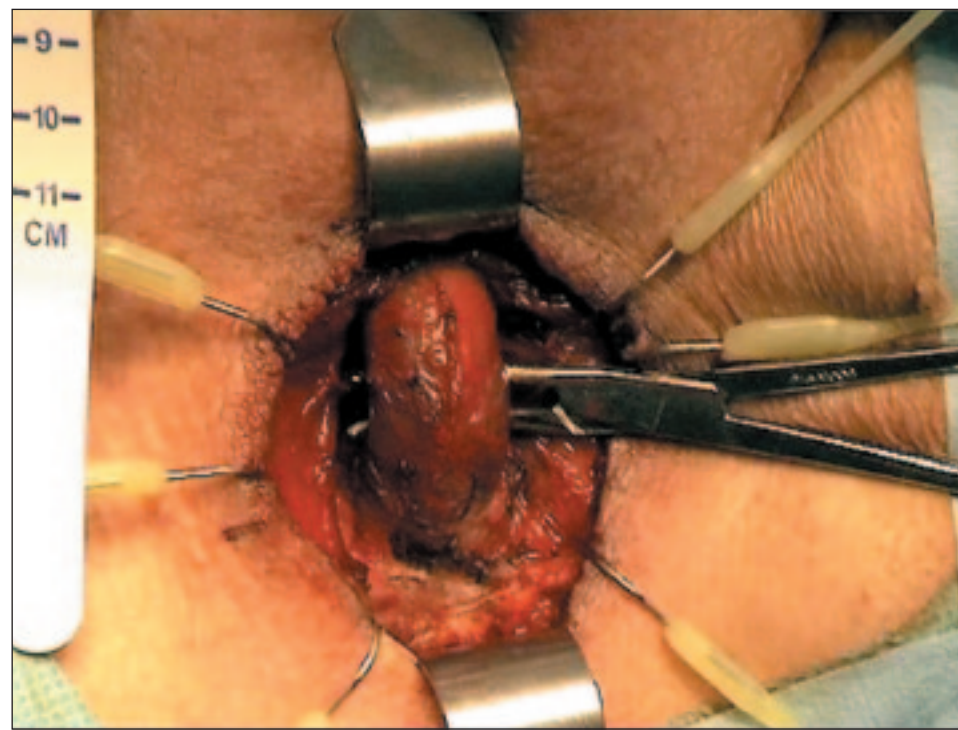
T. 973 22 11 59 | C. Bobalà, 8. 25004 Lleida | info@ferreruela.com | www.ferreruela.com

aproximadament un 3% o un 4% del total dels pacients als quals s'ha realitzat una prostatectomia radical.

En els casos d'incontinència d'orina més lleu, es recomana la col·locació d'una malla antiincontinència. Quan les pèrdues d'orina són majors, és a dir, quan el pacient ha d'utilitzar un total de 3 bolquers o més al dia, ja es recomana la implantació d'un esfínter urinari artificial. Aquests aparells són els que més bé poden reproduir la continència natural, ja que comprimeixen tot el diàmetre de la uretra. A més de mirar el grau d'incontinència, també cal tenir en compte la capacitat intel·lectual i física del pacient per poder manipular la pròtesi. Per això és important la realització d'una bona educació sanitària al pacient abans de sotmetre'l a la intervenció quirúrgica.

El primer esfínter urinari artificial va aparèixer el 1972¹, i actualment ja hi ha més de 150.000 pacients al món que porten un dispositiu d'aquest tipus. La majoria d'aquests pacients porten un esfínter conegut com AMS 800. Es tracta d'una pròtesi composta per tres elements diferents: un maneguet que es col·loca al voltant de la uretra per via perineal (n'hi ha de diferents mides segons el diàmetre uretral de cada pacient), un baló que es col·loca paravesical fent una incisió suprapúbica lateral i una vàlvula que es col·loca en zona intraescrotal, subcutània, i que és l'element que el pacient ha de prémer cada cop que vol buidar la bufeta de l'orina. Aquest esfínter porta un recobriment antibiòtic al voltant del maneguet i de la vàlvula que està compost de mupirocina i que ajuda a disminuir el risc d'infecció de la pròtesi. A més, el fluid que hi ha a l'interior de l'esfínter conté habitualment contrast iodat diluït amb aigua destil·lada i, d'aquesta manera, amb una radiografia simple d'abdomen, es pot identificar on estan localitzats tots els elements de l'esfínter i fins i tot si estan danyats (s'identificaria una pèrdua o extravasació de contrast).

Existeix un altre model d'esfínter, el Zephyr ZSI 375, del qual hi ha menys anys d'experiència. Aquest consta de dos elements: el primer és un maneguet que es col·loca al voltant de la uretra i, el segon, un reservori que al mateix temps fa de vàlvula, col·locat en zona intraescrotal. Aquest és justament el dispositiu que el pacient haurà de prémer cada cop que tingui intenció d'orinar. Aquesta pròtesi no disposa de recobriment antibiòtic i el líquid per omplir els elements de la pròtesi és sèrum fisiològic, és a dir, no porta contrast. El que sí que ofereix, en canvi, aquest segon model d'esfínter és la possibilitat de regular la pressió que el maneguet exerceix sobre la uretra un cop ja està activat al cap de 6-8 setmanes de la intervenció mitjançant la introducció de més quantitat de sèrum fisiològic a l'interior del reservori localitzat a l'escrot, i no requereix realitzar una incisió suprapúbica.



El primer esfínter urinari artificial va aparèixer el 1972 i actualment ja hi ha més de 150.000 pacients a tot el món que porten un dispositiu d'aquest tipus

Tots els pacients que són candidats a la implantació d'un esfínter urinari artificial s'han de sotmetre abans de la intervenció a tot un seguit de proves mèdiques:

- Sediment d'orina i cultiu per descartar una infecció d'orina
- Estudi urodinàmic per valorar la compliança vesical, així com la possible presència d'instabilitat vesical
- Cistoscòpia per descartar possibles estenosis uretrals o patologies vesicals que s'haurien de resoldre abans d'implantar l'esfínter.

Un cop realitzada la intervenció, el pacient surt de quiròfan amb una sonda vesical i, el que és més important, amb

l'esfínter desactivat. Això significa que un cop retirada la sonda, que normalment es fa 24 hores després del procediment, el pacient marxa incontinent al seu domicili i no serà fins al cap de 6 o 8 setmanes després de la intervenció mèdica que el metge li activa la pròtesi. Això es fa així, en primer lloc, per tal que el maneguet no comprimeixi la uretra recentment dissecada. Aquesta situació comportaria un risc elevat que aquesta s'erosionés, amb la consegüent infecció de tot el dispositiu i, per tant, s'hauria d'extreure. La pròtesi s'activa més tard perquè desaparegui la inflamació que es crea al voltant de la vàlvula escrotal durant l'operació. Aquesta vàlvula és

Els esfínters urinaris artificials tenen un temps de vida d'entre 10 i 15 anys en el 80% dels casos i augmenten la qualitat de vida dels pacients

l'element que el pacient ha de prémer cada cop que vulgui orinar.

Passades aquestes 6 o 8 setmanes, depenent de cada pacient, és el moment en què s'activa el dispositiu. Això es realitza en consulta externa i, a partir d'aquest moment, el pacient ja podrà retornar a les seves activitats habituals. Els pacients que porten un dispositiu urinari artificial disposen d'un carnet identificatiu, en què s'informa que són portadors d'un esfínter urinari artificial, i això és important perquè si aquesta persona algun dia s'ha de sondar (ja sigui per alguna cirurgia programada o per una situació d'urgència), és important que prèviament se li desactivi l'esfínter. Un intent de sondatge amb l'esfínter activat i, per tant, amb la uretra col·lapsada, podria produir una erosió uretral, extravasació d'orina per la uretra i infecció de tots els elements de l'esfínter.

Els esfínters urinaris artificials incrementen considerablement la qualitat de vida dels pacients, que arriben a un 95% de satisfacció², i tenen un temps de vida de 10-15 anys en el 80% dels casos³.

Per tant, actualment, l'esfínter urinari artificial és el *gold* estàndard per al tractament de la incontinència d'orina severa postcirurgia prostàtica, amb uns índexs de satisfacció entre els pacients molt importants.

Equip d'uròlegs de L'Hospital de Santa Maria

NOTES

(1) Frank van der Aa a,*, Marcus J. Drake b, George R. Kasyan c, Andreas Petrolekas d, Jean-Nicolas Cornu e, for the Young Academic Urologists Functional Urology Group

a Department of Urology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium; b Bristol Urological Institute, Southmead Hospital, Bristol, UK; c Department of Urology, Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia; d Department of Urology, Henri Dynant Hospital, Athens, Greece; e Department of Urology, Tenon Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Pierre and Marie Curie University – Paris 6, Paris, France

The Artificial Urinary Sphincter After a Quarter of a Century:

A Critical Systematic Review of Its Use in Male Non-neurogenic

Incontinence
EUROPEAN UROLOGY 63 (2013) 681–689

(2) ter Meulen PH, Zambon V, Kessels AG, van Kerrebroeck PE.

Quality of life, functional outcome and durability of the AMS 800 artificial urinary sphincter in patients with intrinsic sphincter deficiency.
Urol Int. 2003;71(1):55-60.

(3) Phé V, Benadiba S, Rouprêt M, Granger B, Richard F, Chartier-Kastler E.

Long-term functional outcomes after implantation of artificial urinary sphincter in women suffering from stress urinary incontinence.
BJU Int. 2013 Jul 9.

Novedades en la corrección de la presbicia

La presbicia o vista cansada es la pérdida progresiva de la capacidad de enfocar los objetos a distancias cortas, que causa la pérdida de elasticidad del cristalino, que disminuye la capacidad de acomodación. Su aparición está ligada a la edad (40-45 años) y aumenta progresivamente. La presbicia se presenta independientemente del defecto refractivo del ojo.

El ojo tiene dos lentes, córnea y cristalino, y entre las dos enfocan las imágenes en la retina (24 mm). Entre ambas lentes tienen una potencia convergente de 60 dioptrías.

La potencia de la córnea es fija, no variable. Sin embargo, el cristalino tiene una potencia variable que permite enfocar los objetos según la distancia: de lejos y de cerca. Esta variación es la acomodación. ¿Cómo acomoda el ojo? El cristalino es elástico y está conectado con fibras (zónula) al músculo ciliar, que al contraerse abomba el cristalino y aumenta su potencia. Con el paso de los años el cristalino pierde elasticidad por un proceso de endurecimiento. Asimismo, pierde transparencia. Generalmente, a partir de los 40-45 años se inician los síntomas de la pérdida de elasticidad o presbicia y hacia los 60 años se presentan los síntomas de la pérdida de transparencia, que es la catarata. ¿Cómo se corrige la presbicia o vista cansada?

Tradicionalmente, mediante el uso de gafas para ver de cerca. Con cristales convergentes con potencia +1,50 a los 45 años, +2 a los 50 y +3 a partir de los 60 años, aproximadamente.

Pero existen dos métodos alternativos para aquellos pacientes que quieren solucionar definitivamente este problema y que, además, no toleran adecuadamente el uso de gafas. Se trata, por una parte, de la implantación de lentes intraoculares progresivas y, por otra, de la corrección mediante láser excimer, la técnica denominada Supracor.

Técnica intraocular (Cirugía de Cristalino Transparente - CLE)

El cristalino es la lente natural del ojo que en condiciones normales permite



Láser Technolas 217P para la cirugía de la presbicia (Supracor) de la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo

La presbicia se corrige tradicionalmente mediante el uso de gafas para ver de cerca

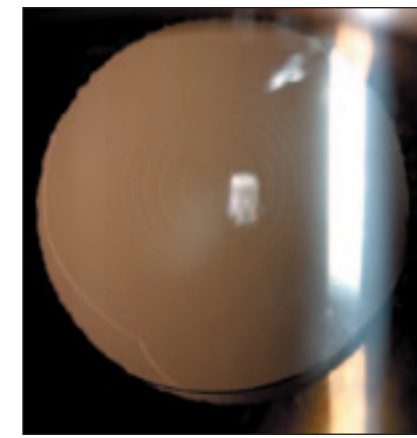
Hay dos métodos alternativos para solucionarla definitivamente:

implantación de lentes intraoculares progresivas y corrección mediante láser excimer

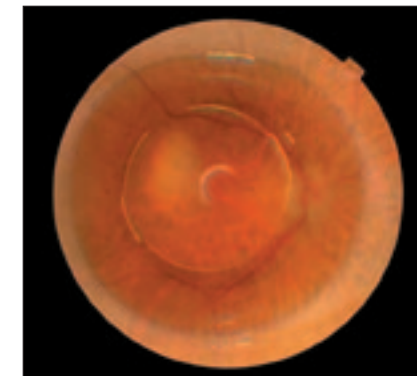
conseguir un enfoque adecuado de la imagen. La cirugía de cristalino transparente consiste en la extracción del cristalino, de forma similar a lo que se realiza en la intervención de catarata, y su sustitución por una lente intraocular Premium multifocal de la potencia necesaria para lograr un buen enfoque lejos-cerca.

Las lentes intraoculares multifocales están diseñadas de forma que permiten obtener simultáneamente un enfoque adecuado de lejos y de cerca, disminuyendo o eliminando la dependencia de gafas. Los distintos estudios publicados permiten afirmar que un 90% de los pacientes intervenidos con esta técnica consiguen liberarse totalmente del uso de gafas.

Supracor
En los dos últimos años se ha desarrollado un método innovador en el abordaje de esta alteración. Se trata de la utilización del láser excimer, conocido por su uso habitual en la cirugía de la miopía, pero en este caso aplicado a la presbicia.



Lente intraocular progresiva. En la foto se observan los anillos concéntricos de una lente intraocular progresiva que producirán una visión confortable en visión lejana (VL) y visión próxima (VP) en un paciente operado de cataratas



Observación de fondo de ojo en un paciente con lente intraocular progresiva. En la foto se observan la proyección en la retina de los anillos concéntricos de la lente intraocular progresiva

es alcanzar una visión de cerca suficientemente buena como para poder leer o trabajar con el ordenador sin necesidad de gafas, manteniendo al mismo tiempo un buen enfoque en la visión de lejos. Es decir, ser independientes del uso de gafas en la vida diaria, aunque pueden precisarse en alguna actividad concreta. Esta operación se realiza habitualmente en los dos ojos y no impide que posteriormente se realice una intervención de cataratas, en caso de ser necesario. La ventaja de realizar la intervención en ambos ojos es que respeta mejor la binocularidad normal. La tolerancia al procedimiento es mucho mejor que si se realiza en un solo ojo. Esta mejor visión permite también una mejor estereopsis. Como en toda cirugía oftalmológica, lo más importante es una buena evaluación preoperatoria. En general los pacientes están impresionados por la calidad de la visión de cerca después de la intervención y pueden leer en apenas unas horas. La recuperación de la visión de cerca es inmediata. La visión de lejos se recupera un poco más lentamente, pero en la primera semana ya no precisan gafas.

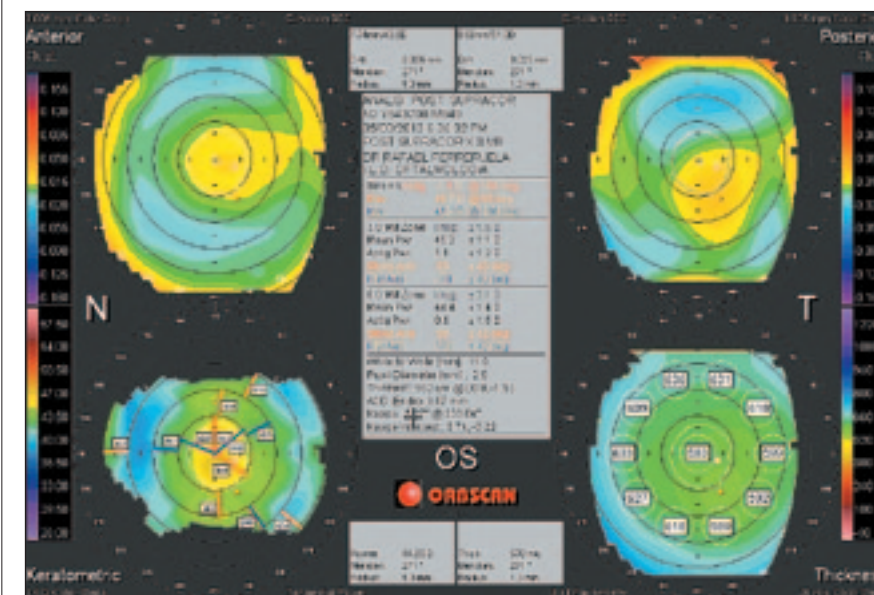
En 24-48 horas reanudan la vida normal. Los hipermétropes, especialmente, presentan una gran mejoría en la visión. Como en cualquier técnica quirúrgica, existe la posibilidad de aparición de complicaciones. En el caso concreto del Supracor, las complicaciones son similares a las que se presentan tras la cirugía láser de miopía, hipermetropía y astigmatismo. Son muy infrecuentes y en general se reducen a las molestias descritas en el apartado de recuperación, suelen ser bien toleradas y desaparecen con el tiempo.

Uno de los factores más importantes para el candidato a cirugía refractiva es entender cuáles son las expectativas reales de visión en función de su defecto refractivo. Lo que se busca es el mejor compromiso posible en la visión a ambas distancias de forma que se disminuya o elimine la dependencia de las gafas, mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

Los estudios realizados indican que, aproximadamente, el 96% de los pacientes intervenidos prescinden de las gafas tanto de lejos como de cerca. En algunos casos puede ser necesario un retratamiento para corregir un defecto residual

Un problema de siempre, la presbicia, tiene en estos momentos diferentes posibilidades terapéuticas. El oftalmólogo debe exponerlas al paciente, proporcionando toda la información necesaria para que éste, en función de sus preferencias, elija la que se acomode mejor a sus expectativas.

Dr. Rafael Ferreruela Serrano
Dra. Carolina Ribas Prante



Prueba ORBSCAN para analizar la córnea

El objetivo es alargar la profundidad del enfoque del ojo para poder ver de cerca y de lejos sin necesidad de

gafas. Ya que no podemos obtener un enfoque perfecto desde 33 cm hasta el infinito con ningún sistema, el objetivo

Les cigarretes electròniques: artefactes que curen?



Estem assistint actualment a un nou fenomen, entre mediàtic i sanitari. Aquests aparells electrònics que simulen una cigarreta, tenen una vocació terapèutica o potser són, només, un aparell electrònic que es fuma? En aquest debat estem gastant paper i tinta des de fa un temps. Intentem aportar una mica d'informació en aquest article.

Antecedents

Es tracta d'un dispositiu amb una

bateria que aporta dosis de nicotina i altres additius en aerosol, com aigua, glicerina i propilenglicol, un tipus d'alcohol amb propietats irritants que pot ser tòxic si es consumeix amb certa freqüència¹. Aquest aparell emet vapor en lloc de fum (anomenen aquesta acció "vapejar"). Qui els fabrica i comercialitza parla de la seva innocuïtat i eficàcia a l'hora d'abandonar l'ús del tabac. A Europa es mouen en aquesta categoria de productes 500 milions d'euros i uns 2.000 milions a tot el món².

Sobre la seva eficàcia terapèutica

No hi ha evidències científiques que en parlin. El que sí que queda clar és que s'inhalen diferents concentracions de nicotina i que es tracta d'un producte fora del control sanitari o alimentari. Segons el CDC (Centre de Control i Prevenció de Malalties, organisme federal dels Estats Units), el seu ús està tenint l'efecte contrari entre una població particularment vulnerable: els joves. Aquest mateix organisme afir-

ma que uns 160.000 estudiants que no havien fumat mai van començar a fer-ho gràcies a les cigarretes electròniques³.

Recentment, diversos mitjans de comunicació han fet referència a una publicació a *The Lancet* sobre un estudi que comparava les cigarretes electròniques amb els pegats de nicotina. L'autor és Chris Bullen, de la Universitat de Nova Zelanda. Els titulars deien obertament que l'eficàcia dels pegats era inferior, i així s'ha reproduït d'un mitjà a l'altre, sense —és una opinió

personal— gens de crítica metodològica. Si llegim detingudament l'estudi, trobem comentaris com: "Se suggereix que la cigarreta electrònica és comparable al pegat de nicotina per ajudar els fumadors a deixar el tabac, almenys durant sis mesos." O també: "Els resultats van ser superiors en els qui consumien cigarreta electrònica que en els qui no van poder deixar el tabac." Una altra afirmació diu: "Els pacients que usaven la cigarreta electrònica van reduir a la meitat o menys el consum de tabac." Parlen de reduir, no d'aban-

donar. Però el que més sorprèn és la conclusió final: malgrat els aparents bon resultats de l'aparell electrònic, les "diferències no són estadísticament significatives"⁴. Algú pot preguntar-se com és que una revista mèdica fa un titular amb uns resultats deguts a la mateixa variabilitat estadística de les dades i uns quants mitjans de comunicació se'n fan ressò.

En contraposició, la Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràctica (SEPAR) publica els resultats d'un estudi en què afirma que la cigarreta electrònica provoca canvis en els pulmons molt semblants als del tabac⁵.

Hi ha un altre aspecte poc tingut en compte quan es parla d'aquest tema. Deixar de fumar significa també abandonar una gestualitat. En un estudi propi hem demostrat que molts fumadors presenten una impulsivitat motora (automatismes i ritualismes) que explica moltes de les recaigudes pròpies dels processos terapèutics⁶.

Malgrat això, hi ha qui reconeix que utilitzar aquests estris li és útil. Possiblement l'ús de la cigarreta electrònica és menys perjudicial que el fum del tabac i els seus 4.700 components químics. Es requereixen amplis i rigorosos estudis que aportin més informació. Un suposat instrument terapèutic no aparegut com a fruit de la recerca ni la metodologia empírica està sota sospita. Una darrera notícia no ajuda precisament a la necessària neutralitat en aquesta qüestió: "Imperial Tobacco, matriu d'Altadis, compra patents a l'inventor de la cigarreta electrònica²." La mateixa història de les drogues explica que davant dels interessos econòmics, els sanitaris hi tenen poc a fer.

Tant de bo en breu disposem d'informació més seriosa, validada i efectiva sobre aquest curiós artefacte. Trencar amb la dependència del tabac necessita tota l'ajuda possible. 56.000 morts segueixen sent una cara factura que continuem pagant cada any.

Francesc Abella Pons

Psicòleg.
Unitat de Tabaquisme.
Hospital de Santa Maria.
Lleida

NOTES

- 1 El Periódico de Catalunya. 1 de gener, 2013.
- 2 Agència EFE. 11 de novembre, 2013.
- 3 BBC Mundo. 25 de setembre, 2013.
- 4 EuropaPress.es/salud. 15 de novembre, 2013.
- 5 Jano. 30 de setembre, 2013.
- 6 Vilarasau, A. Abella, F. Ramon, JM. "La impulsividad como predictor de recaídas en el abandono del consumo del tabaco". A La Impulsividad. Aplicaciones Clínicas. Celma, J. Abella, F. Colección Profesionalidad. Ediciones San Juan de Dios. Barcelona, 2013.

Premis a la Investigació Mutual Mèdica

Amb tu, en el teu projecte de recerca

Si ets metge i ets jove, Mutual Mèdica és la teva mutualitat. Perquè Mutual Mèdica també és jove. Una mutualitat de previsió social, que treballa en exclusiva per al col·lectiu mèdic i que està compromesa amb el metge jove. Fes-te mutualista i gaudeix d'aquests avantatges:

- Ajudes per a la teva formació,
- Assegurança gratuïta d'Assistència en viatge durant un any,
- Accés als Premis a la Investigació.

Presenta ja el teu treball d'investigació i fes realitat els teus somnis. Entra al nostre web i accedeix a les bases.



MutualMèdica

la mutualitat dels metges