

B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 46 · Maig de 2004



IV PREMI A LA SOLIDARITAT DEL COML

**Associació per al
Desenvolupament
dels Adivasis**



Amb MediConsulta, la vostra consulta sempre a punt

Per als professionals de la medicina com vosaltres, l'exercici de la vostra tasca comporta treballar en un lloc on tot estigui com cal, és a dir, en perfectes condicions: des de les instal·lacions elèctriques, o d'aigua, passant pels aparells mèdics i tot el que envolta una consulta.

- És en això que us pot ajudar MediConsulta, una pòlissa que cobreix pràcticament tots els incidents que poden afectar una consulta mèdica: incendis, explosions, llamps, danys causats per l'aigua, trencament de vidres i rètols, fenòmens atmosfèrics, danys estètics i atracaments a clients i empleats entre d'altres cobertures. Incorpora garanties pensades especialment per a metges:
- Responsabilitat civil d'explotació (no professional) amb cobertura de 175.000 € (ampliable fins a 350.000 €) a tot el territori espanyol.
 - Transportador de fons de la consulta al banc o caixa.
 - Servei d'assistència a la consulta les 24 hores del dia.
 - Deteriorament de béns en frigorífic amb cobertura fins a 400 €.
 - Possibilitat de contractar assegurances complementàries:
 - Responsabilitat civil de risc nuclear per a aparells de raigs X.
 - Assegurança multirisc per a equips d'electromedicina i informàtica.

Número 46, maig del 2004

Edició:
Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Rambla d'Aragó, 14, altell
25002 Lleida
Telèfon: 973 27 08 11
Fax: 973 27 11 41
e-mail: comll@comll.es
http://www.comll.es
butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:

Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M. Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascol Pujol
Josep Pifarré Paredero
Joan Prat Corominas
Jesús Pujol Salud
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mís
Plácido Santafé Soler
Teresa Utgés Nogués
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació

Disseny i maquetació:
Baldo Corderroure

Correcció: Dolors Pont

Publicitat: COML

Fotomecànica: Euroscript, SL

Impressió: Artgràfic 2010, SL

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

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

TARIFES PUBLICITÀRIES
Preus per insercions al Butlletí Mèdic (6 números/any)

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

Els foliols van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen el 16% d'IVA

Solidaritat

La major part de la població mundial no té cobertes les necessitats bàsiques, viu per sota del llindar de la pobresa i sense cap possibilitat de sortir d'aquesta situació. Recordar aquest fet injust és, de vegades, necessari per evitar assumir-lo i caure, per tant, en el conformisme i en una actitud d'observadors passius.

Recordem també que solidaritat es defineix com l'adhesió circumstancial a la causa o l'empresa d'altres. I aquesta és la línia adoptada pel COML, que ha atorgat el IV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari. Un premi que enguany ajudarà el poble katkari de l'Índia, una de les castes més pobres del país i, per tant, més desamparades. Durant tres anys i amb els 6.000 euros de dotació del premi l'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis portarà a terme tasques de formació de monitors, d'escolarització i d'ajuda mèdica.

Mentre al Tercer Món la població mor de diarrees, als països desenvolupats s'investiguen i financen medicaments sense cap valor intrínsec, que aniran a parar a una població que té de tot amb la complicitat dels governs i les multinacionals, les quals, al compàs de la moda solidària i del màrqueting, han creat fundacions que netegen la seva consciència i, de pas, augmenten els seus beneficis.

La solidaritat ha de ser el déu universal que busqui els sinònims de la paraula (adhesió, fraternitat, germanat) i rebutgi els antònims (egoisme, desamparament).



sumari

Assemblea del COML del 25 de març

PÀGINA 07

Dia Mundial sense Tabac

Activitats organitzades a l'entorn del 31 de maig, Dia Mundial sense Tabac, pel Grup d'Ajuda al Tabaquisme de Ponent (GAT).

PÀGINA 11



Fotografia portada: ADA

L'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis, IV Premi a la Solidaritat

El projecte de formació de monitors de salut a Panvel (Índia), que portarà a terme l'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis, ha guanyat la quarta edició del Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del COML. El Col·legi de Metges dota aquest premi, que té caràcter anual, amb 6.000 euros. Enguany han quedat finalistes diferents projectes de l'Associació Catalana d'Amics del Poble Sahrauí, Intermón Oxfam i Medicus Mundi.

Text: Magda Ballester · Fotografia: ADA



El Col·legi de Metges de Lleida (COML) ha atorgat el IV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a l'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis (ADA). Els adivasis són descendents dels primers pobladors de l'Índia i els katkkaris, una de les principals tribus, i sobreviuen en una situació molt precària. ADA formarà monitors de salut entre els katkkaris al municipi de Panvel, a l'estat de Maharashtra, gràcies als 6.000 euros de dotació del premi.

Panvel és un municipi del districte coster de Raigad, que forma part de l'estat de Maharashtra, al sud-est del gran Bombai.

El projecte d'ADA, que actua a través de l'ONG índia Janhit Vikas Trust, consta dels següents components:

- Formació de 10 monitors de salut en 10 poblats de Panvel perquè identifiquin, tractin i previnguin les malalties més comunes (abscessos, estrenyiment, estries als peus, refredats, diarrees, galteres, mossegada d'escorpi, cucs intestinals, tinya, estirades musculars, pols, etc.).

- Desenvolupament d'un jardí botànic amb herbes medicinals per poder-les distribuir.

- Tractament dels casos lleus per part dels monitors amb medicaments i herbes medicinals i trasllat dels casos greus a l'organització.

- Monitorització del programa, seguiment i visites regulars a les persones formades a càrrec d'un coordinador de salut.



Orígens i activitats d'aquesta associació

L'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis (ADA) va néixer de diferents experiències personals que donaven suport a la tasca que porta a terme el jesuïta Federico Sopena des de fa 55 anys entre els adivasis de l'Índia. L'associació es constitueix l'any 2001 i actualment està formada per 150 socis de Sevilla, Madrid, Barcelona i Lleida (Pallars Jussà).

ADA, per mitjà de diverses ONG autòctones, participa en aquests moments en quatre projectes:

- Manteniment d'un centre de formació d'educadors a Kolad.
- Internat per a nens d'entre 8 i 16 anys a Penn. Els nens, procedents d'aldees llunyanes, viuen durant el curs a l'internat per poder anar a l'escola.
- Internat a Mahad per a 90 nens, que reben classes d'agricultura i de petits oficis.
- Col·laboració en el manteniment d'un internat a Manor i en la formació de monitors de salut, educadors socials i mestres.

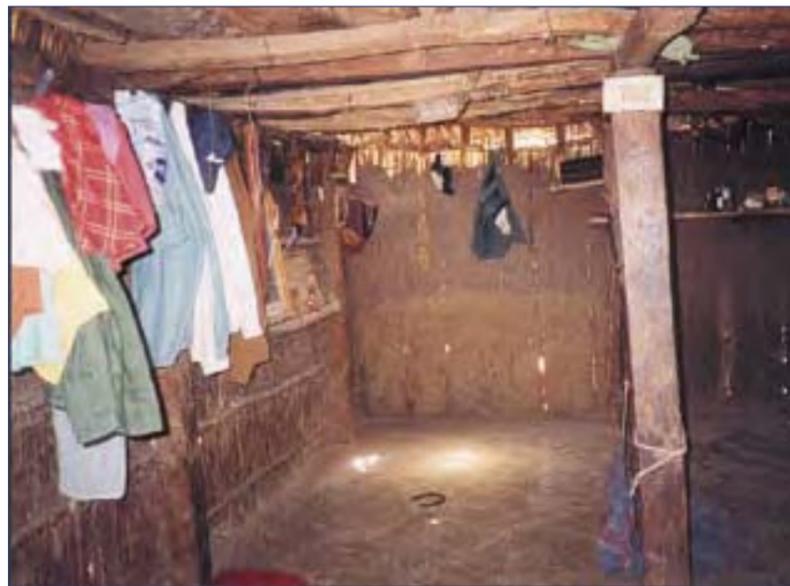
Juan José Sopena, president d'ADA i metge, explica que enguany ha arribat a la universitat el primer jove procedent de l'internat de Mahad i que dues noies més cursen estudis d'infermeria.

.....
A la imatge superior, el casament d'un membre de les tribus adivasis. Sense televisió, i la majoria analfabets, les estones de lleure seran per ballar o riure plegats. Malauradament, la manca de treball i cultura també els fa molt vulnerables a l'alcohol que destil·len ells mateixos. A la imatge inferior, un dels típics poblats adivasis, que se situen habitualment apartats dels pobles, als boscos o vessants de les muntanyes i no gaire lluny d'algun rierol. Les cabanyes estan fetes de tova i canyes.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Els internats asseguren als nens la continuïtat a l'escola, la seva alimentació, la vigilància sanitària i, com mostra la fotografia superior, els proporciona classes no formals d'agricultura. A baix, fotografia de l'interior d'un internat



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

El projecte guanyador del IV Premi a la Solidaritat del COML, que s'iniciarà el proper mes de juliol, beneficiarà unes 3.000 persones, 2.000 dones i 1.000 homes. El projecte posarà especial atenció en les dones, els nens, les vídues i els ancians. La durada prevista del projecte és de tres anys, amb un cost total de 297.950 rupies, que

equivalen a 5.227 euros.

En la convocatòria d'enguany del premi a la solidaritat del COML han quedat finalistes projectes de l'Associació Catalana d'Amics del Poble Sahrauí, d'Intermon Oxfam i de Medicus Mundi.

El COML lliurarà el premi a l'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis en el decurs d'un acte públic, que tindrà lloc la propera tardor.

Els adivasis, marginats entre els marginats

Els adivasis, primers pobladors de l'Índia, estan considerats socialment per sota de la casta més baixa. Són uns 70 milions de persones que viuen per sota del llindar de pobresa, que desconeixen els seus drets i són víctimes de l'explotació i l'abús. Els katkaris són la tribu adivasi més pobre i marginada.

Els katkaris del districte de Raigad constitueixen el 13% del total d'1.824.816 habitants. Viuen en àrees rurals, en poblats aïllats i pèssimament comunicats, on la propietat està concentrada en poques mans. Per aquest motiu, treballen com a temporers quan hi ha feina a la plana o emigren a les fàbriques de totxanes en el període comprès entre els mesos de desembre i maig. L'alt índex d'atur afavoreix la sobreexplotació.

Les necessitats bàsiques no es cobreixen. Els serveis sanitaris i educatius són deficitaris i insuficients i hi ha un elevat índex de mortalitat infantil.

Assemblea del COML celebrada el 25 de març

Els membres del Col·legi Oficial de Metges de Lleida van celebrar el dia 25 de març una assemblea ordinària a la seu col·legial que, entre altres temes, va aprovar el balanç i la liquidació del pressupost de l'any 2003, l'aprovació de la proposta de pressupost per al 2004 i la modificació de les quotes d'inscripció col·legial en cas de reingrés. L'assemblea va ser també testimoni del lliurament d'insignies i diplomes als metges que enguany gaudeixen de la condició de col·legiats honorífics.

El doctor Xavier Rodamilans de la O, acompanyat de la doctora Rosa Pérez Pérez i els doctors Carles Querol Vela i Sebastià Barranco Tomàs, tots ells membres de la comissió permanent de la junta del Col·legi, van presidir la reunió.

El president va donar la benvinguda als assistents i, tot seguit, va iniciar-se l'assemblea. Els punts debatuts i aprovats van ser els següents:

Aprovació de l'acta de l'assemblea extraordinària del 16 de maig de 2002.

Aprovació de l'acta de l'assemblea ordinària del 14 de juny de 2002.

A continuació, el doctor Rodamilans va demanar un record per als col·legiats que han mort des de la darrera assemblea, que han estat els doctors Ramiro García Mercè, Josep Sala Camats, Pau Ribó Jordana, Ramon Jovellar Santamaria, Joan A. Garcia de Oteyza, Antoni Sanuy Canela, Jaume Cardona Vila, Francesc Rabasa Reimat, Ignasi Mola Mayayo, Emili Rotellar Lampre, Josep Torné Vallverdú i Josep M. Veganzones de la Fuente.

Informe de presidència

El doctor Xavier Rodamilans va iniciar la intervenció assenyalant que el darrer any ha estat un any de transició i que el Col·legi s'ha projectat socialment en diversos camps. L'any 2003 va ser, segons el doctor Rodamilans, un període de consolidació de projectes, que es van iniciar amb anterioritat i que ara s'han materialitzat.

Entre els projectes va destacar la presència del COML als mitjans de



Presidència de l'assemblea col·legial (Fotografia: Laurent Sansen)

◆ **L'assemblea va delegar a la junta l'aprovació inicial de les seccions col·legials i dels pressupostos corresponents**

comunicació i va posar, com a mostra més palpable, el ressò que ha obtingut el Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari. Així mateix, va esmentar la projecció del Col·legi cap a la societat i cap a altres institucions professionals del nostre àmbit.

El president també va fer referència a la concessió de la medalla Francesc Macià al doctor Lorenzo Diaz-Prieto Cassola, concessió promoguda pel Col·legi i que ha assolit, per tant, l'objectiu inicial.

Altres qüestions destacades van ser la signatura d'un conveni amb l'Agència Estatal d'Administració Tributària per a la presentació per via telemàtica de declaracions fiscals i la celebració d'un Fòrum d'Hospitals, on va quedar palesa la defensa dels interessos professionals dins de l'àmbit hospitalari.

L'informe de presidència també va destacar l'acollida del progra-

ma PAIMM, la resolució judicial del contenciós amb Previsió Sanitaria Nacional per la problemàtica d'AMF-AT favorable als col·legiats afectats i la disposició per part dels col·legiats jubilats de talonar de receptes.

El president va agrair la tasca que desenvolupa l'equip de redacció del *Butlletí Mèdic* per la bona acceptació que té entre els col·legiats. Al mateix temps, va assenyalar el bon funcionament del conveni subscrit amb l'assessoria jurídica Simeó Miquel Advocats.

Entre els aspectes econòmics va fer esment del funcionament amb tota normalitat de Comlleida Serveis SLU, que en el darrer exercici va obtenir uns resultats d'explotació positius, i les pèrdues del Fons d'Inversió Medivalor Global i va assegurar que s'espera que aviat es puguin recuperar i tornar als nivells de normalitat.

El doctor Rodamilans va informar, a més, de diversos aspectes que en aquests moments s'estan tramitant (conveni amb Telefónica, línies ADSL, etc.).

I, finalment, va fer una menció de la darrera assemblea extraordinària en la qual es van aprovar els nous estatuts col·legials.

Memòria d'activitats

El doctor Carles Querol Vela, secretari del Col·legi, va llegir la memòria d'activitats col·legials, la qual s'incorpora com a document annex a l'acta i recull la gestió col·legial des de la darrera assemblea del mes de juny

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



L'assemblea va ser testimoni de l'acte, sempre entranyable, de lliurament d'insignes als col·legiats honorífics

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

del 2002. Entre els temes tractats, hi figuren el moviment de col·legiats, col·legiats honorífics i activitats de la junta de govern. Tot seguit, es fa un resum dels temes més importants fins al dia d'avui, classificats en:

Assumpes col·legials: procés electoral, PAIMM, expedients disciplinaris i informatius, activitats de membres de la junta, nous estatuts col·legials, carnets col·legials, oficina d'informació col·legial, tramitació d'expedients MESTO, cursos, tallers i fòrums, premi del COML a la Solidaritat en l'àmbit sanitari, activitat de la Comissió de Deontologia, distribució de talonaris de receptes als jubilats i edició del *Butlletí Mèdic*, entre d'altres.

Assumpes econòmics i jurídics: aprovació dels comptes anuals de Comlleida Serveis SLU, quotes col·legials, manteniment de tarifes pels serveis fiscals, contractació de personal, adquisició d'accions del Club Bàsquet Lleida-Caprabó, adjudicació a Zurich de l'assegurança de responsabilitat civil professional.

Nomenaments:

- Dr. Sebastià Barranco Tomàs, per a la comissió de seguiment de MEDIFOND.

- Dr. Xavier Rodamilans de la O, conseller de Medicorasse SA.

- Dra. Rosa Maria Pérez Pérez, vicepresidenta del COML.

- Dr. Eduard Peñascol Pujol, coordinador de docència.

- Dr. Gonzalo Marión Navasa, representant de la junta del Col·legi a la comissió de docència.

- Dr. Jordi Planella Potrony, represen-

tant autonòmic dels metges jubilats.

- Dra. Inés Gil Gil, representant del Col·legi al Consell Aranès de Salut

Convenis i col·laboracions: conveni amb l'Agència Tributària i resum de la col·laboració del Col·legi de Metges de Lleida en diverses jornades i congressos.

Altres propostes

Elecció de tres membres del Plenari del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

La junta va exposar que al Col·legi de Metges de Lleida li corresponen un total de cinc membres al Plenari del Consell de Col·legis. El president i el secretari en són membres nats, segons els estatuts del Consell i, per tant, li correspon a l'assemblea de col·legiats l'elecció dels tres membres restants.

La proposta, que va ser aprovada per unanimitat dels presents a l'assemblea, va ser elegir el vicepresident, el vicesecretari i el tresorer de la junta de govern del Col·legi com a membres del plenari del Consell de Col·legis de Metges.

La proposta, que va ser aprovada per unanimitat dels presents a l'assemblea, va ser elegir el vicepresident, el vicesecretari i el tresorer de la junta de govern del Col·legi com a membres del plenari del Consell de Col·legis de Metges.

Balanc i liquidació del pressupost del 2003

El tresorer va sotmetre a la consideració de l'assemblea els comptes de l'exercici 2002, que van lliurar-se prèviament als assistents, configurats en el balanç de situació, en el compte de pèrdues i guanys i en la liquidació pressupostària d'ingressos i despeses, els quals s'incorporen com a annex en aquesta acta.

El tresorer va comentar les partides més destacades d'aquests documents i va assenyalar que tots els justificants de la comptabilitat estaven a disposició dels col·legiats per si desitjaven consultar-los. Els comptes presentats van rebre l'aprovació dels assistents a l'assemblea col·legial per unanimitat.

Revisió de les quotes d'inscripció al Col·legi

Va adoptar-se l'acord de suprimir la quota d'inscripció al Col·legi dels metges que procedeixen d'altres col·legis, així com les quotes d'inscripció dels metges que reingressen al COML. L'assemblea va acordar, a més a més, establir la quota d'entrada per als col·legiats per primera vegada en 90,00 euros.

Pressupost de l'any 2004

El doctor Sebastià Barranco, tresorer del COML, va informar del projecte de pressupost per a l'any 2003, del qual s'havia lliurat un resum als assistents, en va comentar els capítols més importants i va respondre a les qüestions que se li van plantejar. El projecte presentat va passar a formar part de l'acta com a annex. Els assistents a l'assemblea van acordar aprovar el pressupost presentat per unanimitat.

Lliurament de diploma i insígnia als col·legiats honorífics

A continuació, es va fer el lliurament de diploma i insígnia als col·legiats presents en aquest acte que havien assolit la condició de col·legiats hono-

rífics des de la darrera assemblea i que van ser els següents:

- Dr. Hermenegildo Greoles Balagué.
- Dr. Jaume Ortonoves Gil.
- Dr. Miquel Gardeñes Cabeceran.
- Dr. Carlos Ferrándiz Calvo.
- Dr. Luís A. Gavela Fernández.
- Dr. Joan Morros Moset.
- Dr. Andrés C. Escudero Fernández.
- Dr. Jordi Llaberia Marco.
- Dr. Josep Pifarré Barqué.

Seccions col·legials

La junta va informar de tot allò que fa referència a les noves seccions col·legials, que es resumeix de la següent manera:

Reglament marc

Perquè les seccions col·legials disposin d'un marc en què puguin desenvolupar les seves activitats, s'ha aprovat un projecte de reglament marc, del qual ja es va fer l'oportuna publicitat.

Reglament i pressupost de la secció col·legial de metges acupuntors, homeòpates i medicina naturista.

Els membres de la comissió gestora d'aquesta secció han presentat per a l'aprovació de l'assemblea una proposta de reglament i pressupost per a l'exercici del 2004.

Facultar la junta de govern per a l'aprovació provisional dels reglaments i pressupostos de les diferents seccions que es constitueixin entre assemblees de col·legiats.

Amb la finalitat de poder fer més operatives les seccions col·legials des que es constitueixen fins a la celebració de la propera assemblea i obtenir la preceptiva autorització de constitució, es facultarà la junta de govern del Col·legi per a l'aprovació provisional dels estatuts i pressupostos de les seccions col·legials que es presentin, amb la posterior ratificació per part de l'assemblea de col·legiats.

Nous membres de la Comissió de Deontologia del Col·legi

L'assemblea va ratificar l'acord de la junta de govern que designava com a nous membres de la Comissió de Deontologia els següents col·legiats i amb aquesta composició:

- Dra. Teresa Puig Ganau, presidenta
- Dr. Eduard Gascó Eguiluz, secretari
- Drs. Josep Lluís Barco Abán, Francesc Pallisó Folch, Josep F. Pifarré Paredero, Maria Nabal Vícuña i Antoni Rodríguez Rosic, vocals

Finalment, el president va donar les gràcies als col·legiats i col·legiades per la seva assistència a l'assemblea i va plantejar com a objectius més immediats del Col·legi de Metges de Lleida la defensa de l'autonomia professional, la dignificació de les retribucions i l'apropament als metges joves.

Resum de les sessions de la junta de govern

La junta de govern del COML ha tractat en les sessions celebrades en el transcurs dels mesos de març i abril els següents temes:

- Rebutjar els atemptats de l'11 de març i solidaritzar-se amb les víctimes i les seves famílies, per la qual cosa la junta va aprovar expressar públicament aquesta actitud mitjançant un comunicat i la col·locació d'una pancarta a la seu col·legial, i donar suport als actes solidaris convocats per les institucions democràtiques.

Atorgar el IV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a l'ONG Associació per al Desenvolupament dels Adivasis pel seu projecte de promoció de la salut a Tara (Índia). L'acord

va adoptar-se per unanimitat el 21 de març.

- Aprovar el balanç i la liquidació del pressupost de l'exercici del 2003 i el projecte de pressupost col·legial per a l'any 2004, que posteriorment es presentarà a l'assemblea del Col·legi de Metges.

Delegar la representació del Col·legi a l'advocat Santiago Serrano Masip per als assumptes derivats de l'assegurança de defensa i reclamacions per agressions.

Així mateix, en les sessions dels mesos esmentats, es van gestionar diverses sol·licituds de col·laboració econòmica del Col·legi amb l'organització de cursos i congressos.

Moviment de col·legiats

ALTES

Gema Rodríguez Argilés
Anna Escolà Benet
Carlos A. Villanueva Spelucin
Joaquín Costa Gracia
Diego Márquez Medina
Violant Pujol Aymerich
Miguel F. Romeo Rubiales
María Dolores Usón Álvarez
Juan Pablo Walter
Mónica Mediavilla Merino

BAIXES

Mes de març: 3
Mes d'abril: 6
Entre les baixes del mes d'abril figuren les defuncions dels doctors Severino Fernández Vereia, Josep Sabanés Puyal i Josep Domingo Mas.

Pressupost 2004

INGRESSOS

Venda d'impresos	44.290 €
Subvencions	17.600 €
Altres ingressos de gestió	482.295 €
Ingressos financers	18.000 €
Beneficis/ingressos excepcionals	1.500 €

TOTAL INGRESSOS 563.685 €

DESPESES

Adquisició d'impresos	13.375 €
Variació d'existències	906 €
Serveis exteriors	283.659 €
Tributs	20.900 €
Despeses de personal	215.000 €
Dotació d'amortitzacions	29.845 €

TOTAL DESPESES 563.685 €

Nomenaments de l'ICS i de l'SCS a les terres de Lleida

El Servei Català de la Salut i l'ICS van nomenar el mes d'abril els següents càrrecs:

Director gerent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova: Rafael Ballús Molina, llicenciat en dret i diplomad en administració i direcció d'empreses.

Adjunt a la gerència de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova: Jaume Capdevila Mas, llicenciat en medicina i cirurgia.

Gerent de l'Àmbit d'Atenció Primària a Lleida: Plácido Santafé

Soler, llicenciat en medicina i cirurgia i diplomad en sanitat.

Coordinador de l'Àmbit d'Atenció Primària dels Pirineus-Aran: Josep Ramon Casas Iglesias, llicenciat en medicina i cirurgia i diplomad en gestió hospitalària i en economia de la salut i gestió Sanitària.

Cap de la Unitat de Planificació de la regió: Gerard Ferrer Valdés, llicenciat en medicina i cirurgia i diplomad en gestió hospitalària i en gestió de la qualitat assistencial (reingrés).

La salut mental infantojuvenil

La salut mental en general ha de procurar el desenvolupament harmònic de la persona i lluitar per tot allò que fa perillar la capacitat d'aprendre, de comunicar-se i d'integrar-se, així com controlar les situacions d'abús, de privació, d'explotació i les relacions patològiques amb la família o amb les institucions.

Hi ha possibilitats de recuperació en els nens per mitjà de mecanismes d'adaptació i reorganització que presenten. Cada etapa de la vida té una organització específica, que permet respondre a les exigències tant internes com externes a què s'exposa l'ésser humà segons l'edat, la maduresa biològica, sexual, social i afectiva.

Els professionals, metges de capçalera, pediatres i psiquiatres, es correlacionen mitjançant els següents punts: l'observació directa de la relació mare-fill, la dinàmica familiar, el control de la salut, de la nutrició, d'alteracions conductives o d'aprenentatge, entre altres.

La població de 0 a 18 anys a les comarques de Lleida és de 67.786 nois i noies. Correspon gairebé al 20% del total de la població de Lleida i és el 5,4% dels menors de divuit anys de tot Catalunya (1.250.983 nois).

La regió sanitària de Lleida ha atès en primera visita l'any 2003 un nombre total de 1.048 casos, amb una taxa d'incidència del 15,33% i de prevalença del 31,3%, de manera que hi ha un lleuger augment de la taxa d'incidència i un descens de la de prevalença

Dr. Àngel Pedra · *Psiquiatre*

Taula 1. Procedència de les primeres visites

PEDIATRES	568
GENERALISTES	143
ESPECIALITATS	1

en relació amb anys anteriors.

Els diferents ambulatoris han derivat l'any 2003 un total de 712 nois i noies dels 1.048 pacients de primera visita (vegeu la taula 1).

Els principals motius de consulta han estat els trastorns conductuals, amb el 55,51%, seguits dels trastorns emocionals i de personalitat, amb un 20,17% (vegeu el gràfic 1).

L'auge de la psiquiatria infantojuvenil ens porta a reflexionar sobre l'evolució dels trastorns, així com a valorar l'aparició i l'augment de noves patologies. Els professionals que treballem en aquestes patologies volem cercar

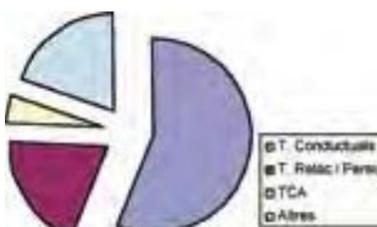
solucions. Per això, ens hem de reunir per dialogar sobre els mètodes de treball i compartir les experiències de cadascun.

L'Associació Espanyola de Psiquiatria Infantojuvenil (AEPIJ) celebrarà els dies 3, 4 i 5 de juny, a l'hotel Condes de Urgel, la seva quarantena reunió nacional. En aquesta trobada, que tindrà lloc per primera vegada a Lleida, tindrem l'oportunitat d'analitzar i debatre les diferents experiències i inquietuds professionals en un fòrum on es parlarà de les patologies disocials, que representen actualment el percentatge més elevat de demanda i les primeres manifestacions de les quals es troben en l'adolescència. Cal, doncs, cercar recursos i plantejaments terapèutics per tractar aquesta problemàtica.

També podrem conèixer i reflexionar sobre quins són els problemes de salut mental i els motius de consulta dels nens i joves immigrants, i sobre les respostes terapèutiques utilitzades arreu del món. A la vegada, debatrem i analitzarem els nous plantejaments terapèutics entorn de l'autisme, ja que en els últims anys han aparegut tractaments paramèdics, que han creat les conseqüents confusions i distorsions familiars.

Confio en la vostra participació en la quarantena reunió de l'AEPIJ i espero tenir l'oportunitat de donar-vos la benvinguda en aquesta jornada que, estic segur, deixarà un bon record pels temes científics que s'hi tractaran.

Gràfic 1. Motius de consulta



Quarantena reunió de l'Associació Espanyola de Psiquiatria Infantojuvenil

L'Associació Espanyola de Psiquiatria Infantojuvenil celebrarà a l'hotel Condes de Urgel de Lleida la seva quarantena reunió el dies 3, 4 i 5 de juny. Els principals temes que es tractaran en aquesta trobada són "Migració i conflicte intercultural",

"Patologies disocials. Tractaments" i "Autisme. Situació actual". És la primera vegada que aquesta associació tria Lleida per convertir-la en la seu de la seva trobada anual.

Les quotes d'inscripció són les següents:

- Socis: 265 euros.
- No socis: 300 euros.
- Estudiants: 160 euros.
- Assistència només a tallers pràctics: 25 euros.

Les inscripcions es formalitzen a CSMIJ Lleida, al número 2 del carrer Bisbe Torres de Lleida, telèfon 973 267 221, fax 973 282 710 i adreça electrònica inscripcion@reunionaepij.com

Volta ciclista a Lletó

Tres membres del consell de redacció de *Butlletí Mèdic*, acompanyats d'un grup d'amics i metges de la Seu d'Urgell, van atrevir-se el dia 17 d'abril a fer la volta ciclista a Lletó. Van ser 25 quilòmetres d'itinerari llarg i tècnicament difícil, però espectacular, amb magnífiques vistes del Cadí, que pujava per Alàs, Sta. Maria de les Peces, Banat, Vilanova de Banat i el coll de Lletó, amb un desnivell de 1.000 m. La baixada va ser més planera, tot i que alguns no van arribar a la carena.



31 de maig: Dia Mundial sense Tabac

Organitzat pel GAT (Grup d'Ajuda al Tabaquisme de Ponent), s'ha promogut un concurs d'eslògans entre tots els alumnes de la UdL basat en la lluita contra la malaltia tabàquica. Hi haurà un únic premi, que serà una càmera digital, que es lliurarà el dia 31 de maig.

Aquest grup neix el juny del 2001 amb la voluntat de reunir tots els professionals de les terres de Ponent que d'una manera voluntària, altruista i amb esforç personal es dedicaven a ajudar els fumadors que volien deixar l'hàbit. Al crear el grup es va intentar buscar i consensuar maneres de treballar comunes, encara que això ha estat difícil, ja que la majoria d'aquests professionals han treballat molt temps en solitari i amb mètodes propis.

Actualment, el grup està format per 15 professionals entre metges/esses, diplomats d'infermeria i psicòlegs procedents de diferents àmbits (metges de família i especialistes d'AP, d'hospitals, d'entitats públiques i privades) i amb el suport dels laboratoris farma-



Membres del Grup d'Ajuda al Tabaquisme de Ponent (GAT)

cèutics més implicats en la prevenció i el tractament de l'addicció al tabac. Hi ha hagut de bon principi ganes de treballar i això va quedar demostrat en l'organització de la I Jornada de Tabaquisme que va tenir lloc a Lleida el 18

d'octubre de 2003, de la qual tothom va quedar força satisfet. De fet, ja s'estan pensant nous temes per organitzar la segona.

Encoratgem tots els fumadors a iniciar consulta programa per a la deshabitació del tabac, per la qual cosa els convidem a establir contacte amb nosaltres. Estem a la seva disposició per assessorar-los i ajudar-los al màxim. Endavant!



Joies úniques

De la sèrie "Piràmide",
anell d'or groc i d'or blanc amb safir blau
i dos diamants de talla princesa.

PERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · www.peretena.com · Pàrquing Blondel Gratuït

Proveïdors i alhora espònsors 2

‘Butlletí Mèdic’ va iniciar al número anterior un debat sobre els límits ètics de la relació entre metges i indústria farmacèutica amb la publicació de les opinions de Rafael Manzanera, Marisa Buelta i Albert Lorda. I, tal com va anunciar aleshores, en aquest número tres professionals més completen aquesta reflexió.

Ha de ser regulada la relació entre els metges i la indústria farmacèutica?

Evidentment que sí. M'explicaré:

La indústria farmacèutica mou milers de milions d'euros l'any i els principals laboratoris tenen uns pressupostos anuals superiors als de molts països i no precisament dels considerats pobres. Estem en un sistema capitalista, són empreses multinacionals i es mouen per les lleis del mercat. Per tant, aquestes indústries, com és lògic, busquen un benefici comercial i utilitzen les tècniques més adients per fer-ho. No siguem innocents, no tenen fins altruistes i l'objectiu principal és millorar el compte de resultats. Tampoc enganyen ningú, estem en un país del primer món i aquestes són les regles del joc.

La recerca es fa sobre malalties que són prevalents en el món industrialitzat, perquè hi hagi possibilitat de recuperar la inversió realitzada. Val a dir que la part del seu pressupost dedicat a la recerca per aconseguir nous fàrmacs que puguin curar les malalties dels països pobres –els que no poden pagar, per entendre'ns– és insignificant: no arriba ni a l'1%.

I per què van tant al darrere dels metges? Perquè som els que tenim el poder de prescriure els fàrmacs en les corresponents receptes i som l'origen del consum farmacològic dins el nostre

sistema sanitari. Per tant, entrem directament en l'objectiu del màrqueting de les empreses farmacèutiques i aquesta relació ha de ser regulada, perquè hi ha molts interessos econòmics implicats i no n'hi ha prou amb les normes ètiques individuals.

Marc legal

1. Llei del medicament 25/1990 de 20 de desembre (BOE 22/12/1990), article 7: “Prohibeix l'oferiment directe o indirecte de qualsevol incentiu, prima o obsequi per part de qui tingui interès directe o indirecte en la producció o fabricació i comercialització de medicaments als professionals sanitaris implicats en el cycle de prescripció, dispensació o administració.”

2. Codi de Deontologia. Normes d'ètica mèdica. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 1997. Toca el tema de forma indirecta i sense entrar en profunditat en la qüestió. Al capítol V (43) diu: “El metge no emprarà procediments ni prescriurà medicines amb les quals no estigui familiaritzat; per exemple, aquelles que no estiguin basades en l'evidència.”

- Els metges
- entrem
- directament en
- l'objectiu del
- màrqueting de
- les empreses
- farmacèutiques

Al capítol II (8), de la relació amb els pacients: “La primera lleialtat ha de ser cap a la persona a qui atén, la seva salut ha de ser anteposada a tota conveniència.”

3. Codi Espanyol de Bones Pràctiques per a la Promoció de Medicaments. Farmaindústria, 2002, modificat el gener del 2004 amb l'objectiu de reforçar-ne el compliment. Segons aquest codi (als articles 10.1 i 10.2): “No poden atorgar-se, oferir-se o prometre's obsequis, avantatges pecuniaris o en espècie als professionals sanitaris implicats en el cycle de prescripció, dispensació i administració..., excepte quan es tracti d'obsequis de poc valor i relacionats amb la pràctica de la medicina o la farmàcia. Per tant, és admissible obsequiar amb utensilis d'ús professional en la pràctica mèdica o farmacèutica o utensilis de despatx de valor insignificant. Es considerarà que l'obsequi és de poc valor quan no superi els 30 euros. Aquesta quantitat s'actualitzarà periòdicament atenent criteris de mercat.”

4. Codi Europeu de Bones Pràctiques per a la Promoció de Medicaments. Federació Europea de les Associacions de la Indústria Farmacèutica, 1991. S'hi sotmet Farmaindústria amb referència a les regles d'aplicació, recepció de les queixes, instrucció d'aquestes, sancions i Comitè de Vigilància del Codi Europeu.

Seguidament citaré alguns comentaris extrets del document *Relacions dels metges de família amb la indústria farmacèutica*, publicat per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària a principis de l'any 2003:

- Segons la literatura, les activitats que més influeixen en la prescripció són: la donació de mos-

tres gratuïtes, la formació mèdica continuada pagada per la indústria i el finançament dels viatges per a conferències i congressos. Seguint en aquesta línia, s'ha vist que els simposis satèl·lit són una de les activitats més efectives per modificar els hàbits de prescripció dels metges.

- No sembla que el metge a casa nostra accepti regals de la indústria perquè està pitjor pagat que en altres indrets. Aquest és un fet contrastat i amb prou evidència científica –com us podeu imaginar, aquest comentari és meu i suposo que el compartiu–, ja que on els ingressos dels metges són més alts també recorren al pagament per part de la indústria. Sembla més un problema d'actituds que de salari.

- Molts autors coincideixen que té més impacte sobre la prescripció el tracte directe del visitador amb cada metge que el col·lectiu i els obsequis de tipus lúdic que les aportacions formatives.

- De 200 autors participants en l'elaboració de guies de pràctica clínica canadenques, el 87% van admetre tenir llaços financers amb la indústria farmacèutica i un 93% van manifestar que aquests llaços no els afecten en les recomanacions de les guies, tot i que el 19% creien que sí que influïen en els seus companys.

- A l'àmbit hospitalari, un estudi de Chern i altres col·laboradors publicat a la revista *JAMA* el 1994, observava que quan els professionals rebien diners de la indústria per a recerca o per assistir a congressos, hi havia una probabilitat 19 vegades superior que sol·licitessin la inclusió dels medicaments d'aquesta indústria en els formularis de l'hospital.

Dins la nostra professió, un apartat molt significatiu i imprescindible és el de la formació continuada per conservar habilitats, actualitzar coneixements, aprendre noves tècniques... I alguns dels mitjans utilitzats per aconseguir aquesta formació –no els únics, per sort– són les reunions científiques, les jornades i els congressos, entre d'altres, la majoria dels quals tenen una societat científica de reconegut prestigi al darrere. Però, l'assistència a aquestes reunions mèdiques científiques o pseudocientífiques té un preu: inscripció, viatge, hotel... que no acostuma a baixar de 1.000 euros per congrés. I aquí se

m'acudeixen algunes preguntes: per què tenen aquests preus els congressos mèdics?, qui ho paga, això?, qui hauria de pagar-ho?

Comencem per la primera. *Per què tenen aquests preus els congressos mèdics?* Doncs, perquè són un negoci en la majoria dels casos i serveixen per finançar les societats mèdiques amb els beneficis generats: els preus d'inscripció són més alts del cost real; a les ciutats, amb els seus palaus de congressos, i al sector hotelier els va molt bé tot aquest moviment de professionals; a la indústria farmacèutica, també, perquè així es fa imprescindible i la roda es va fent gran i es forma un cercle viciós que va encarint els preus...

Qui ho paga això? Teòricament, el metge que hi va, però aquesta és l'excepció. I aquí podem fer algunes reflexions: el seu excel·lent sou no li permet fer gaires floritures, la seva empresa no té gaires detalls, la indústria farmacèutica està disposada a contribuir a la formació del metge i acaba pagant la factura, i això té un lligam més o menys important, però que és real.

Qui hauria de pagar-ho? Una endevinalla: coneixeu una empresa moderna en què el seu màxim valor és el professional sanitari que té l'obligació de reciclar-se i formar-se continuadament per poder oferir un servei de qualitat al ciutadà, i que dedica un pressupost mínim per a la formació dels seus treballadors, es desentén pràcticament de la seva obligació com a empresari en aquest apartat i que, a més, exigeix uns resultats de prescripció farmacèutica, una qualitat en l'assistència, etc.? Si no encerteu la resposta, no us amoïneu, la solució la trobareu al següent *Butlletí*.

Per acabar, una reflexió: estariem disposats a pagar-nos les activitats que la indústria ens subvenciona?, estariem disposats que es faci públic tot el que la indústria ens proporciona?

Si la resposta és “no”, estem acceptant quelcom contrari tant a les Bones Pràctiques de Farmaindústria com al Codi de Deontologia.

Dr. Josep Maria Sagrera Mis
Metge de família

La informació sobre medicaments per prendre decisions terapèutiques, qui la genera?, qui i com la distribueix?, com se selecciona?

A l'era de la informació respondre a les preguntes d'aquest titular no és una qüestió senzilla i, tanmateix, ha esdevingut una qüestió fonamental per als metges, farmacèutics i sanitaris en general. Els medicaments constitueixen una tecnologia mèdica de primera línia, tant des d'un punt de vista quantitatiu com qualitatiu, i és un fet que han contribuït de forma decisiva a la millora de l'esperança i de la qualitat de vida de les persones. Tal com expliquen Peddicord i altres autors en un article publicat a *Pharmacotherapy*, la indústria farmacèutica s'adjudica l'honor d'haver contribuït decisivament a aquesta millora a través de la producció de medicaments tan importants per a la humanitat com la vacuna de la polio o els antiulcerosos.

El que no comenten els autors de l'article de *Pharmacotherapy* és que aquest honor pertany a un percentatge molt petit de l'enorme arsenal terapèutic disponible actualment. Dades de la mateixa FDA americana indiquen que solament un 15% dels medicaments registrats cada any poden considerar-se veritables avenços terapèutics.

Qui genera coneixement sobre medicaments i quin tipus de coneixement es genera?

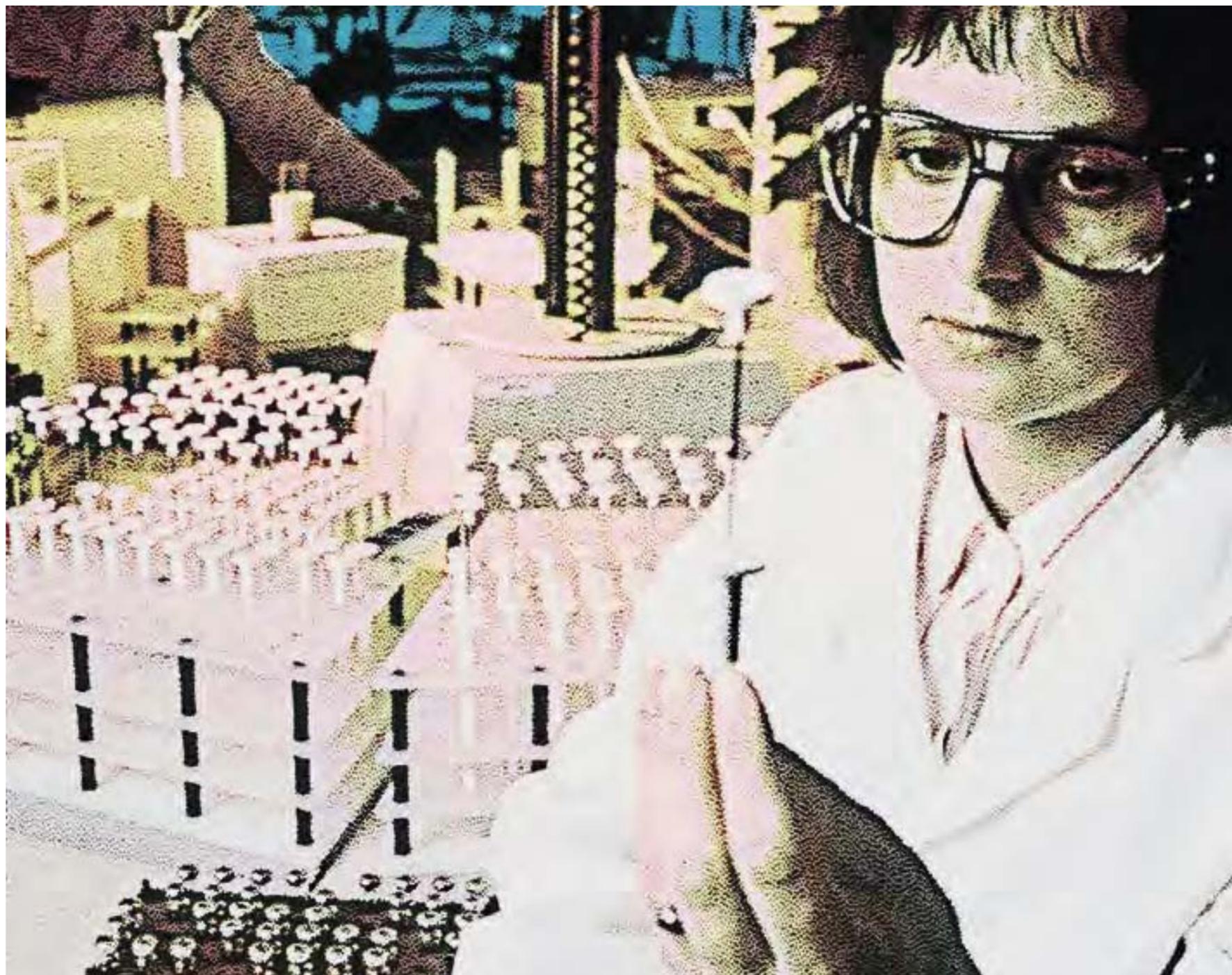
La indústria farmacèutica figura entre els negocis més rendibles que existeixen actualment

i aquest sector ha assumit de forma hegemònica la recerca i el desenvolupament de nous medicaments. És un fet que els fons públics per a recerca es dirigeixen fonamentalment cap a la recerca bàsica i que la indústria transforma el coneixement generat en medicaments, tot finançant la recerca oportuna. Però, amb quin objectiu? La resposta és clara: obtenir productes rendibles per a la companyia i/o augmentar la rendibilitat dels que ja fabrica (noves indicacions, noves formulacions, més pacients tractats, etc).

Repassem una mica l'activitat del CEIC de la regió sanitària de Lleida per fer-nos una idea de com van les coses. Del total de projectes de recerca aprovats pel CEIC, es poden considerar assaigs clínics amb medicaments 131 projectes (61,8%) i 11 (5,2%) serien estudis postautorització. Pràcticament tots aquests estudis són de promoció externa i la indústria farmacèutica participa directament en 118 (83%) i indirectament en almenys 15 més.

Cal admetre, doncs, que la indústria farmacèutica és la principal generadora de coneixement sobre medicaments i que, a més a més, està implicada indirectament en molts estudis dels quals no és la promotora directa (corresponen normalment a grups de col·laboradors que investiguen amb medicaments). Però, si la informació que es genera té com a objectiu posar al mercat nous productes o augmentar-ne la rendibilitat és clar que no es genera tota la informació que necessitem sobre farmacoteràpia. Molts estudis sobre medicaments tenen com a únic objectiu promoure la prescripció dels medicaments que ven la companyia promotora. Els sanitaris necessitem informació per prendre decisions clíniques tant en l'àmbit micro (davant del pacient durant la consulta) com en l'àmbit macro (a l'hora de prioritzar la despesa en programes sanitaris). Els assaigs clínics controlats amb placebo, amb criteris d'inclusió o exclusió molt estrictes, o aquells que tenen per objectiu demostrar equivalència o no inferioritat, normalment, no serveixen per a aquest propòsit, encara que es necessitin per registrar o aprovar noves indicacions de fàrmacs.

D'altra banda, i com a part



interessada, les companyies farmacèutiques insisteixen que cal accelerar el procés de desenvolupament i aprovació d'innovacions terapèutiques i que els pacients haurien de tenir un accés més ràpid a aquestes innovacions. Professionals independents, que treballen per a butlletins d'informació terapèutica, consideren que aquesta és un impressió enganyosa, ja que solament un percentatge petit de les innovaci-

ons que apareixen cada any en el mercat farmacèutic ofereixen un avantatge real per als pacients.

I és que el terme *innovació* inclou diferents conceptes:

- El comercial, que fa referència a la introducció d'un nou producte al mercat.
- El tecnològic, que fa referència a una nova forma de fabricar un medicament.
- El sanitari, que fa referència a una millora en el tractament que

beneficia els pacients quan es compara amb les opcions existents.

Sovint es desdibuixa la diferència entre els conceptes i s'accepta que totes les innovacions comporten millores sanitàries i són avenços terapèutics quan això no és realment cert. La llarga llista de medicaments *jo també* està farcida d'exemples d'innovacions purament comercials. Com a exemple d'innovació tecnològi-

ca sense valor terapèutic afegit, podem esmentar els pegats d'analgèsics o el registre de productes que contenen les formes *dextro* o *levo* de fàrmacs ja coneguts.

L'interès de la recerca independent orientada a trobar veritables avenços terapèutics

La recerca promoguda per organismes no comercials ha

disminuït molt en els últims anys. Cal potenciar la recerca que no té interès comercial per a la indústria: el paper dels tractaments no farmacològics, la comparació entre diferents fàrmacs, la comparació dels nous fàrmacs amb genèrics, etc.

La recerca independent s'ha d'orientar cap a la identificació dels avenços terapèutics i intentar respondre a preguntes sobre salut.

Identificant la necessitat d'avenços terapèutics:

els professionals de la salut i les organitzacions de pacients haurien de posar-se d'acord per identificar les malalties en les quals cal fer més recerca amb medicaments, al marge dels interessos industrials. Les entitats públiques i les fundacions que financen recerca sanitària han de destinar fons per a la realització d'assaigs clínics independents en aquestes àrees.

Identificant els veritables avenços terapèutics:

l'eficàcia d'una nova intervenció terapèutica basada en fàrmacs s'ha de contrastar utilitzant variables rellevants com la mortalitat, la morbiditat i la qualitat de vida avaluada des de la perspectiva del pacient. Quan en el tractament d'una malaltia disposem de mètodes d'eficàcia provada, es necessiten estudis comparatius per demostrar la superioritat de la nova intervenció. Pel que fa a malalties cròniques, aquests estudis han de ser necessàriament a llarg termini.

A banda de l'eficàcia, hi ha dos dimensions determinants per establir el que realment és un avenç terapèutic: la seguretat i la conveniència per als malalts.

La millora de la seguretat en comparació amb opcions terapèutiques existents pot fer que una nova intervenció terapèutica sigui qualificada d'avenç terapèutic, sempre que es considerin dades de farmacovigilància a curt, mig i llarg termini. Per cert, aquestes dades haurien de ser públiques des del moment de la comercialització, cosa que ara no succeeix. Els estudis postautorització (EPA) ben dissenyats i aprovats per les autoritats sanitàries són eines importants per obtenir informació sobre aquest tema, sobretot si es fan en pacients de risc que habitualment no s'inclouen en els assaigs clínics.

Abans del registre, s'haurien de fer estudis per posar de manifest

que el medicament pot ser utilitzat correctament en condicions de pràctica real, ja sigui pels mateixos pacients o pels cuidadors.

Qui i com distribueix informació sobre els medicaments? El problema de la publicitat per a metges i la seva relació amb la indústria farmacèutica

És obvi que si la indústria monopolitza la generació de coneixement sobre els medicaments també en controla la distribució. Alguns autors són del parer que "l'ús dels assaigs clínics per comercialitzar medicaments és una burla a la investigació mèdica i un abús d'una eina poderosa", sobretot si es té en compte que els pacients participen en els assaigs de forma altruista i que sovint no en treuen cap benefici directe (Davidoff i col·laboradors).

La publicitat és la forma més directa que tenen les companyies farmacèutiques per utilitzar les publicacions mèdiques. En la majoria de països aquestes companyies solament poden fer publicitat dels medicaments als metges. Aquest fet crea un mercat editorial molt profitós de publicacions especialitzades, que són enviades gratuïtament només als metges i que es financen exclusivament a partir d'aquesta publicitat.

La publicitat farmacèutica afecta, sens dubte, la prescripció de medicaments, tot i que no hi ha estudis aleatoritzats que ho demostrin i que molts metges afirmen que les seves decisions no es veuen afectades per aquesta publicitat. En canvi, els editors han calculat el retorn per la inversió en publicitat de medicaments i argumenten que les despeses en publicitat són més rendibles que invertir en delegats de vendes.

En el 40% dels anuncis de medicaments d'aquestes publicacions un grup de revisors independents van considerar que la informació sobre eficàcia no es compensava adequadament amb informació sobre efectes secundaris i contraindicacions. Globalment, els revisors haurien recomanat la no publicació d'un 28% dels anuncis i la modificació prèvia d'un altre 30%. Un estudi fet a Espanya va revelar que les afirmacions fetes en els anuncis de medicaments publicats en revistes mèdiques no eren realment recolzades per les cites bibliogràfiques a què es

La publicitat farmacèutica afecta, sens dubte, la prescripció de medicaments

referien.

El monopoli que ha assolit la indústria farmacèutica en la formació dels metges i la dependència que diferents corporacions i societats mèdiques tenen del finançament aportat per les companyies fabricants de medicaments, constitueixen altres oportunitats per a la inducció a la prescripció de certes medicines i la introducció de publicitat encoberta.

El metges prescriptors han d'aprendre a resistir la pressió de la indústria farmacèutica i a dir no quan calgui. Hauran d'aprendre a explicar als seus pacients que, de vegades, encara que un medicament amb valor terapèutic dubtós hagi estat aprovat per les autoritats sanitàries i fins i tot recolzat per grups d'experts, les opinions independents estan en contra de la seva utilització després de revisar l'evidència disponible.

Un bon exemple del que succeeix és el cas de la moxifloxacina. Aquesta és una fluoroquinolona amb registre per al tractament de les pneumònies d'origen comunitari i diferents societats mèdiques en recolzen la utilització, almenys al mateix nivell que la levofloxacina, per exemple. En canvi, l'ús d'aquesta fluoroquinolona ha estat rebutjat per altres experts, atès que no s'ha demostrat la seva superioritat enfront d'altres antibiòtics útils en infeccions respiratòries i que comporta un risc de cardiotoxicitat superior al d'altres fluoroquinolones.

Com es pot trobar informació independent i de qualitat?

La publicació dels resultats de la recerca clínica en revistes respectables constitueix la base de gran part de les decisions terapèutiques i ja hem comentat la magnitud dels conflictes d'interès que comprometen la generació de coneixement independent sobre els medicaments. Per tant, és legítim preguntar-se respecte a la informació que es genera qui ens en garanteix la fiabilitat

i la independència. Les companyies farmacèutiques argüeixen que la recerca clínica, és a dir la realització d'assaigs clínics, és una activitat fortament regulada i controlada per les autoritats sanitàries i que difícilment pot ser manipulada. Això és cert, almenys pel que fa als medicaments, però hi ha formes molt subtils per portar l'aigua al seu propi molí. La majoria d'investigadors que fan recerca clínica promoguda per la indústria saben que els contractes imposen sovint condicions draconianes pel que fa, per exemple, a les condicions per a la publicació i la difusió dels resultats.

Les revistes mèdiques tenen aquí un paper fonamental i els editors de les més importants estan molt preocupats per la independència dels investigadors que presenten els resultats d'assaigs clínics en les seves publicacions (Davidoff i col·laboradors). Són del parer que l'ambient intel·lectual en què actualment són concebuts aquests assaigs, es recluten els participants i s'analitzen i es publiquen els resultats pot ser una amenaça per a aquesta independència i objectivitat. Els editors insisteixen que el patrocinador d'un estudi (el que paga i té interès perquè es faci) no ha de posar cap impediment a la publicació de tots els resultats, inclosos els que es consideren perjudicials per al producte que s'estudia. Aquest tipus de censura també pot ser exercida per governs o agències que patrocinen estudis, sobretot si els resultats d'aquests estudis contradueixen les polítiques que aquests patrocinadors defensen.

Alguns treballs han posat de manifest que es produeix una publicació selectiva dels estudis promoguts per la indústria farmacèutica. Melander H. i els seus col·laboradors van estudiar les publicacions que havien generat 42 assaigs clínics sobre antidepressius inhibidors de la recaptació de serotonina que s'havien presentat a les autoritats sanitàries de Suècia per aprovar-los. D'aquests 42 assaigs,

la meitat van generar almenys dues publicacions cadascun. Els estudis que demostraven efectes significatius dels fàrmacs es van publicar més que aquells en què els efectes no eren significatius i quatre estudis en què no hi havia resultats significatius no es van publicar. A més, es va posar de manifest una selecció de la informació que se subministrava als lectors: tot i que els estudis havien analitzat els resultats tant per protocol com per intenció de tractar, a les publicacions en general solament es donaven dades dels resultats per protocol que tendeixen a sobreestimar el percentatge dels que responen al tractament.

Per poder identificar els avenços terapèutics als quals ens referíem anteriorment, els metges han de poder comparar les noves teràpies amb les existents. Els representants de la indústria farmacèutica consideren que per aconseguir-ho és absolutament imprescindible una relació fluida de les seves companyies amb els metges. Jo crec que això no és cert i que la cerca d'informació independent, tot i que no és una tasca senzilla, és un imperatiu ètic i professional. Avui en dia aquesta cerca es veu facilitada per l'aplicació de les noves tecnologies de la informació. Els metges han d'aprendre a no fer cas de la pura propaganda, a posar en quarantena la informació seriosa que proporciona la indústria farmacèutica i a trobar i valorar informació independent pel seu compte.

La cerca i la valoració d'informació independent requereixen una certa formació en els principis bàsics de la medicina basada en l'evidència: què és una revisió sistemàtica i com se'n valora la qualitat, què significa nivell d'evidència, quines són les variables i els resultats que s'han de considerar rellevants per una determinada entitat nosològica, etc. Tanmateix, cal posar a disposició dels sanitaris fonts independents d'informació de medicaments que facin les comparacions necessàries de forma objectiva i equilibrada com els butlletins d'informació terapèutica institucionals o lligats a organitzacions de consumidors: *Prescrire International*, *Drug Therapeutics Bulletin*, *Butlletí Groc*, *Boletín Terapéutico Andaluz*, *Butlletí d'Informació Terapéutica*, *Informació Terapéutica del Sistema Nacional de Salut*.

No vull finalitzar aquestes línies sense esmentar els articles que han inspirat les reflexions anteriors sobre aquest tema i que poden ser útils al lector per ampliar alguns aspectes d'aquesta problemàtica:

Peddicord, T.E. "A casting call from industry: reel in and retain appropriate information. Release the rest". *Pharmacotherapy*, 2002; 22: 934-38.

Liberati, A. "Information from drug companies and opinion leaders". *BMJ*, 2003; 326: 1156-7.

Anònim. "Moxifloxacin. A me-too with more cardiac risks". *Prescrire International*, 2002; 11:168-9.

Moynihan, R. "Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement". *BMJ*, 2003; 326: 1189-92.

Moynihan, R. "Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 2: Disentanglement". *BMJ*, 2003; 326: 1193-96.

Richard, S. "Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows". *BMJ*, 2003;326:1202-5.

Wilkes, M.S.; Doblin, B.H.; Shapiro, M.F. "Pharmaceutical advertisements in leading medical journals: experts' assessments". *Ann Intern Med*, 1992;116:912-9.

Villanueva, P.; Peiro, S.; Librero, J.; Pereiro, I. "Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals". *Lancet*, 2003;361:27-32.

Davidoff, F.; DeAngelis, C.; Drazen, J.M.; Hoey, J.; Hojgaard, L.; Horton, R.; Kotzin, S.; Nichols, M.G.; Nylenna, M.; Overbeke, A.J.P.M.; Sox, H.C.; Van Der Weyden, M.B.; Wilkes, M.S. "Sponsorship, authorship, and accountability". *Lancet*, 2001;358: 854-856.

International Society of Drug Bulletins (ISDB). *Declaration on therapeutic advance*. París, novembre, 2001.

Joan Antoni Schoenenberger Arnaiz
Cap de secció del Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

La industria farmacéutica y los profesionales sanitarios

La gran importancia del gasto farmacéutico dentro del coste

sanitario global hace que con frecuencia salgan a la luz pública las relaciones entre los laboratorios farmacéuticos, señalando los incrementos del coste atribuible a la farmacia dentro de la asistencia sanitaria global así como en las medidas correctoras para controlarlo.

La Administración ha intentado, por una lado, negociar con la industria farmacéutica y, a la vez, aplicar medidas de control de la prescripción farmacéutica con el fin de intentar contener el incremento de los gastos. Todo ello, sin embargo, sin llegar a realizar un análisis en profundidad de las causas y los mecanismos que hay detrás de este enorme crecimiento de costes en farmacia.

Sin embargo, se habla poco, incluso dentro de la prensa médica, de la relación entre la industria farmacéutica, y los profesionales médicos.

Las industrias farmacéuticas investigan y desarrollan la producción de fármacos y los comercializan, en competencia o no con otros laboratorios que tienen productos similares.

En este proceso, los laboratorios dedican más tiempo y recursos a la promoción que a la investigación y uno de los elementos básicos es el papel de los médicos. En la fase de investigación, participando en los ensayos clínicos. La mayoría de la investigación que hoy se realiza en el campo médico está patrocinada y dirigida por la industria farmacéutica, que es la que promueve los trabajos, financia y selecciona a los investigadores, diseña los protocolos y realiza la interpretación de los datos, que luego son publicados o no en relación con los resultados obtenidos.

La mayoría de los médicos que participan en estos estudios no son propiamente investigadores. Se limitan a seguir unos protocolos que les vienen dados, aún cuando en ocasiones no cumplen los requisitos exigibles en aspectos metodológicos y éticos ni tienen el control sobre la publicación de los resultados, por lo que sólo se publicarán aquellos que son favorables a los laboratorios.

Por otra parte, un hecho fundamental es que el consumo de fármacos se realiza por medio y como consecuencia de la prescripción del médico, que elige determinados productos de los

que existen en el mercado. El médico se convierte así en una pieza clave dentro del engranaje del consumo farmacéutico y en blanco decisivo de la actuación de la industria farmacéutica.

Los laboratorios dedican más tiempo y recursos a la promoción que a la investigación. Aproximadamente un 20% del gasto total (mayor que el dedicado a la investigación) se utiliza en la promoción de sus productos.

De hecho, la labor de promoción de algunos productos se inicia cuando aún están en fase de investigación creando ya expectativas en los profesionales médicos y entre la población potencialmente consumidora de esos productos. Aunque luego algunos de ellos fracasan en las fases de desarrollo o han de ser retirados poco después de su lanzamiento.

La promoción de los medicamentos adquiere diversas formas. Directamente sobre los médicos, aunque de forma indirecta también posiblemente parece ser que se está ejerciendo sobre asociaciones de enfermos.

En lo que respecta a los médicos, la información se realiza de forma personalizada a través de los visitadores, que con una cierta periodicidad visitan a cada médico de forma individual en su lugar de trabajo. Estos se encargan de informar sobre nuevos productos, información que se acompaña de algunos datos que teóricamente avalan la eficacia del fármaco y de recordar nombre, presentación y posología de los que llevan más tiempo en el mercado.

También en forma de reuniones realizadas con fines promocionales para dar a conocer un nuevo producto, habitualmente en lugares turísticos.

Y a través de las revistas médicas especializadas. Los métodos utilizados para realizar publicidad y promocionar determinados productos en publicaciones médicas han sido analizados recientemente por el editor de *British Medical Journal* (BMJ) en un artículo editorial que ha sido traducido y publicado en alguna revista española.

Según este artículo, al menos las tres cuartas partes de los ensayos aleatorizados que se publican en las revistas médicas de más prestigio están financiadas por la industria farmacéutica.

Los laboratorios utilizan también

la incentivación a los médicos, costeando la asistencia a congresos de las sociedades científicas de las diferentes especialidades médicas e incluyendo en muchos casos una serie de actividades de ocio para ellos e incluso sus acompañantes.

A consecuencia de esto, parece derivarse la idea de que tanto la investigación clínica como la formación de los médicos dependen de los laboratorios farmacéuticos y la Administración queda exenta del deber de ofrecer formación continuada a los profesionales que trabajan para ella.

Además, los laboratorios ofrecen con frecuencia a los médicos incentivos sin objetivo formativo, regalos que no tienen ninguna relación profesional y son de índole exclusivamente personal.

Estas prácticas se han hecho

tan habituales que estas situaciones llegan a parecer *normales*, y por lo tanto nadie se las cuestiona. Se asume así dentro de la normalidad lo que en otros ámbitos podría llegar a considerarse prácticas cuando menos poco correctas o incluso claramente corruptas.

En este sentido, sorprende la escasa atención que desde los colegios de médicos y particularmente desde las comisiones de Deontología se ha prestado a esta situación.

Recientemente, Farmaindustria ha puesto en marcha un nuevo Código de Buenas Prácticas para la promoción de medicamentos con el fin de poner un cierto orden en los métodos para promocionar los medicamentos. Contiene una serie de medidas de autocontrol, que suponen una

buena declaración de intenciones y, en teoría, un cierto avance, pero no suficiente.

Desde la Administración se debería elaborar una normativa que obligue a la industria a realizar una publicidad objetiva y transparente, y a cortar con los sistemas de incentivación a los médicos. Se deben de dedicar recursos para apoyar y promover la investigación independiente basada fundamentalmente en las necesidades de la sociedad, y favorecer la formación de los médicos.

Todas estas medidas no han de ser obstáculo para que se llegue a acuerdos con las empresas farmacéuticas sobre la base de una clara división de objetivos con intereses puntuales convergentes.

Nos encontramos pues en una situación complicada. La industria

farmacéutica controla y dirige gran parte de la investigación médica, interviene en la formación y, a través de su política promocional, influye en la prescripción médica y como consecuencia está incidiendo y hasta condicionando en buena parte la práctica clínica.

Por otro lado, la Administración consiente este sistema en la medida que le permite ahorrar unos recursos que deberían dirigir a mantener un adecuado nivel científico en el personal de su red sanitaria. Recursos que son insuficientes por el orden de prioridad que se concede a la investigación y formación de los profesionales sanitarios y por el exceso de gasto en el sistema sanitario, una parte del cual está determinado por los enormes costes de farmacia.

Es el pez que se muerde la cola...

¿Que pueden hacer los médicos si quieren mantener la relación de independencia frente al poder de la industria?

En primer lugar, tomar una actitud crítica ante la gran cantidad de información recibida. Acudir a fuentes de información realmente independientes para cotejar los datos asegura una mayor corrección en las actitudes terapéuticas.

Exigir a la Administración como un derecho del médico la puesta al día de nuestros conocimientos a través de congresos, reuniones, cursos, intercambios con criterios de calidad e imparcialidad.

Participar en trabajos de investigación clínica con un adecuado bagaje científico y ético para evitar ser utilizados por los intereses de las empresas frente a los de la sociedad y los propios enfermos.

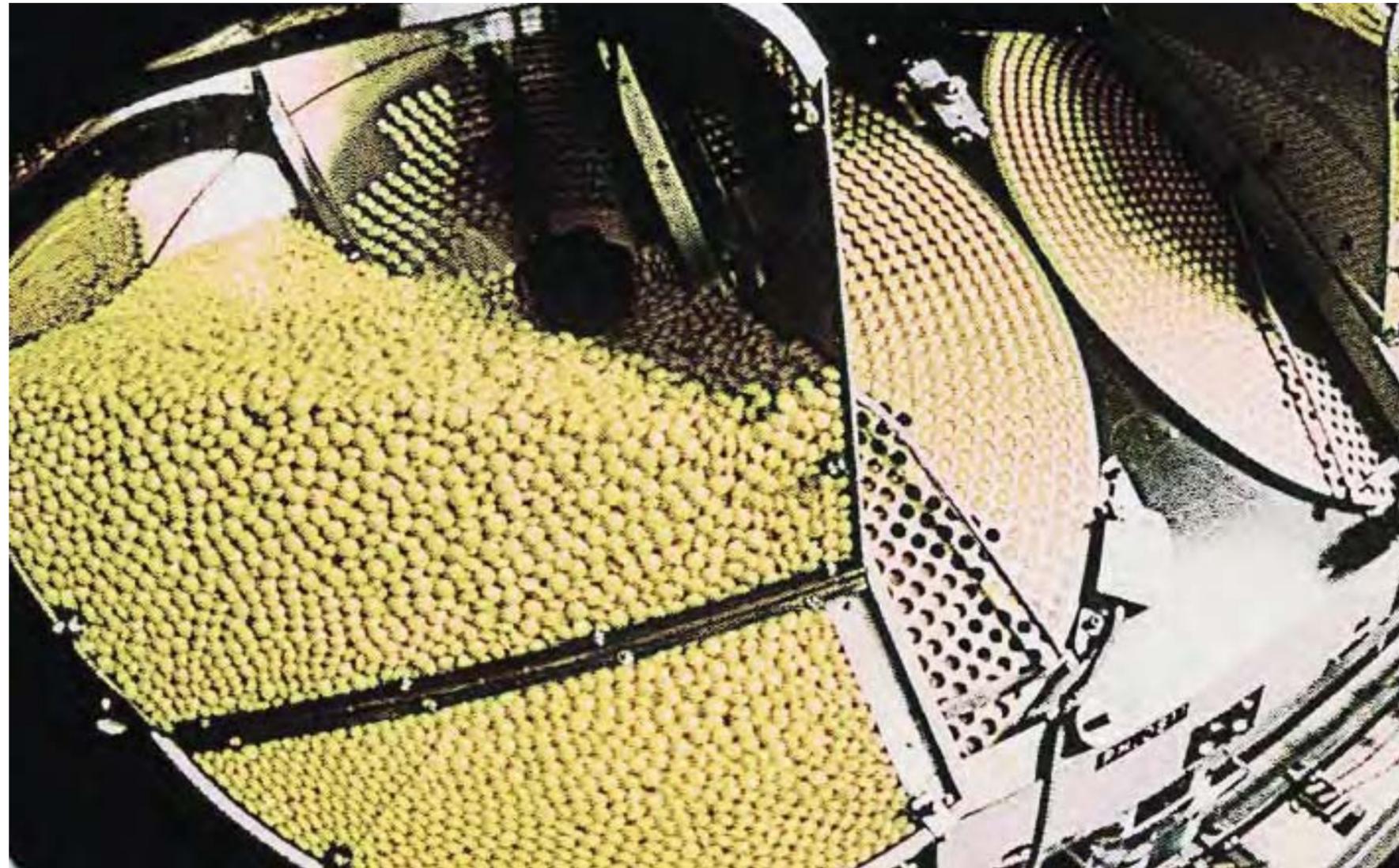
Y en todo caso reflexionar sobre nuestro papel en todo este sistema para dejar de ser sujetos pasivos y defender los intereses que nos son propios como colectivo profesional, y los de los pacientes y de la sociedad general.

En estas tareas deberían de implicarse los colegios de médicos apoyando y promoviendo una nueva cultura y adoptando una actitud firme y decidida con medidas concretas destinadas a desterrar hábitos y comportamientos poco éticos.

Dra. Elena Franco

Bibliografía

- Guerrero, P. "Revistas médicas y conflictos de intereses con la industria farmacéutica". *Rev Neurol*, 2004;38 (1): 1-2
- Smith, R. "Journals and pharmaceutical companys: uneasy bedfellows". *BJM*, 2003;326:1202,5
- Martín-Moreno, S. "Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica". *Med. Clínica*, 2001; 116:299-306
- Cesarale, V. N. "Reformulación de la relación sociedad-industria farmacéutica". *Rev. médicos*, N 26 :26-30
- "Código español de buenas prácticas para la promoción de medicamentos". Edición 2004. *Farmaindustria*.





La cirurgia laparoscòpica comprèn tota la cirurgia que es fa quan s'entra a la cavitat abdominal a través de petits forats mitjançant l'ús d'aparells d'endoscòpia

Tècnica de la cirurgia laparoscòpica

La cirurgia laparoscòpica comprèn tota la cirurgia que es fa quan s'entra a la cavitat abdominal a través de petits forats i mitjançant l'ús d'aparells d'endoscòpia per al control visual de tot el que es realitza, habitualment a través d'aparells electrònics d'imatge (càmeres, monitors, etc.), els quals permeten que tot l'equip quirúrgic segueixi minuciosament les activitats que es realitzen. Tots els instruments són molt especialitzats per a les seves funcions i estan dissenyats per facilitar la cirurgia en un camp de mobilitat i visió limitades per la mateixa tècnica. L'objectiu bàsic d'aquestes tècniques és realitzar les intervencions clàssiques i de demostrada utilitat, ja utilitzades fa molts anys en la cirurgia oberta, amb la gran diferència de fer-ho amb unes incisions molt petites que comporten després poques molèsties postoperatòries, amb una molt més ràpida recuperació dels pacients, i menys complicacions.

Dr. Josep M. Greoles i Solé

Aquesta cirurgia s'inclou en el terme de cirurgia mínimament invasiva, que ha canviat molt les tècniques quirúrgiques de moltes i diverses especialitats en els darrers 15 o 20 anys.

També és usat el terme cirurgia endoscòpica a causa de l'imprescindible ús d'aparells d'endoscòpia per dur-les a terme.

Finalment, també es coneixen aquestes tècniques amb el nom de videocirurgia per l'ús imprescindible de càmeres i sistemes d'imatge per vídeo en temps real. Cal recordar que la primera càmera de vídeo d'estat sòlid va aparèixer el 1982.

La història i l'evolució de la cirurgia laparoscòpica va molt lligada a l'endoscòpia, àmpliament usada per digestòlegs i ginecòlegs des de fa anys. Els uròlegs ja fa molts anys que

usaven equips de cistoscòpia i els traumatòlegs feien artroscòpies.

Inicialment, tots ells usaven aquestes tècniques amb objectius diagnòstics (mirar i prendre mostres per fer una biòpsia) i mínimament terapèutics (electrocoagulacions).

Calia l'existència de material adequat, és a dir, òptiques eficaces i fines, instruments precisos i funcionals, càmeres petites i d'alta resolució, fàcilment esterilitzables, monitors d'alta qualitat, insufladors automàtics, etc.

Especialitats que actualment usen aquestes tècniques mínimament invasives:

1. Cirurgia ortopèdica i traumatologia
2. Otorinolaringologia
3. Ginecologia
4. Urologia
5. Cirurgia digestiva
6. Cirurgia toràcica
7. Cirurgia vascular
8. Cirurgia pediàtrica

Abans se sentia a dir: "... Grans incisions, grans cirurgians", avui ho diríem a l'inrevés, ja que aquesta cirurgia és molt més exigent tècnicament i requereix una preparació i un entrenament específics i sovint llargs. Aquest és precisament un dels punts *delicats*, la coneguda amb el nom de corba d'aprenentatge de cada tècnica i les

◆ **Aquestes intervencions provoquen menys molèsties i menys ús de fàrmacs**

◆ **La recuperació i el retorn a l'activitat laboral són més ràpids**

dificultats que tenen els cirurgians per assolir la mestria en cada intervenció, problema que s'ha resolt amb cursos específics i entrenaments amb animals d'experimentació o bé amb models de

simulació, i amb l'aprenentatge en directe actuant amb l'ajuda d'altres cirurgians més experimentats. Avui en dia la formació dels MIR en cirurgia inclou la realització d'intervencions de cirurgia laparoscòpica.

Aquestes intervencions no estan pas lliures de complicacions i mortalitat i tampoc es poden aplicar a tots els pacients ni a totes les intervencions de cirurgia oberta, però han quedat ben demostrats, quan es poden usar, els beneficis de tota mena, tant per al pacient com per al sistema sanitari i per a la societat, en forma de:

- Menys molèsties, menys ús de fàrmacs, menys complicacions, menys estada a l'hospital.

- Recuperació més ràpida i retorn a l'activitat laboral abans (menys baixes).

Molts estudis han demostrat també menys alteracions en el cos humà com a resposta a l'acte quirúrgic, degudes clarament a la menor lesió de teixits.

En cirurgia digestiva aquests beneficis són ben clars per a les següents intervencions:

- Colecistectomia.
- Apendicectomia.
- Cirurgia de l'hèrnia hiatal.

I semblen bons, però no acceptats

per tots els cirurgians per:

- Hèrnia inguinal.
 - Cirurgia de colòn i recte superior.
- Altres tècniques estan limitades a equips molt especialitzats:
- Cirurgia de l'obesitat mòrbida.
 - Esplenectomia.
 - Cirurgia de suprarenals.

L'exemple més clar i més didàctic de l'evolució d'aquesta cirurgia el tenim en el cas de la colecistectomia, que és la intervenció que es realitza per tractar la litiasi biliar simptomàtica i/o complicada des de fa més de 100 anys amb l'accés obert (laparotomia).

Va ser Mouret a Lió (França), el 1987, qui va practicar la primera colecistectomia laparoscòpica, i al cap d'un any ja l'havien realitzat també altres com Dubois (París), Perissat (Bordeus), Nathanson i Cushieri (Escòcia), McKernan i Saye (Marietta, Geòrgia), i Reddick i Olsen (Nashville, Tennessee).

En pocs anys, aquesta intervenció va ser acceptada com a elecció en la litiasi biliar i practicada de forma àmpliament generalitzada. A la nostra ciutat, vam ser el doctor A. Fermià i jo personalment, a la Clínica l'Aliança, els que vam realitzar la primera intervenció d'aquesta mena el 21 d'abril de 1991, seguits en poc temps per altres equips, de manera que en la majoria d'hospitals del nostre país s'ha introduït aquesta intervenció i avui en dia s'accepta que fins a un 60% o més de colecistectomies es poden realitzar per via laparoscòpica.

I quin és el futur que ens espera, un fet recent ens el pot indicar: el 7 de setembre de 2001 es va realitzar amb èxit una colecistectomia laparoscòpica a distància com a part del projecte Lindbergh, que va ser practicada per un cirurgià, el professor J. Marescaux, situat a Nova York (EUA), en un edifici no mèdic, utilitzant un sistema de robòtica digital, mentre que el pacient era intervingut amb els braços robotitzats i els instruments corresponents al quiròfan de l'Hospital Universitari d'Estrasburg (França).

Adreces interessants :

www.laparoscopia.org

www.seclaendosurgery.com

<http://usuarios.lycos.es/enfermeriaperu/enlaces/cirurgialap.htm>

<http://www.cirugest.com/revisiones/Cir01-07/Cir01-07.htm>

http://fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/jb/jb_3314_p0.html

http://www.laparoscopyhospital.com/history_of_laparoscopy.htm#top

El projecte Mirall

Els metges de capçalera de guàrdia als centres d'atenció primària (CAP) de Balaguer, Mollerussa, Tàrraga, Cervera i Agramunt, els vehicles d'assistència medicalitzada (VAM) i les urgències hospitalàries de Lleida administren des del passat febrer fàrmacs fibrinolítics, que desembossen l'artèria coronària i permeten que torni a fluir la sang. A més, Sanitat ha dotat aquests centres i serveis de desfibril·ladors, els aparells que solucionen els canvis de ritme del cor que comporten la mort. Fins ara, aquests pacients rebien tractament a l'UCI i de manera esporàdica a Urgències de l'Hospital Arnau de Vilanova.

La malaltia coronària aguda és la causa de mort més important del món desenvolupat. L'any 2000, a l'Estat, gairebé unes 68.500 persones van tenir infarts aguts de miocardi, de les quals quasi un terç van morir abans d'arribar a l'hospital per un trastorn greu en el ritme del cor. A més, aproximadament un 25% dels casos que ingressen amb vida als hospitals moren al llarg dels 28 dies següents a causa, principalment, de la grandària de la lesió que ha produït la manca de reg sanguini al cor. L'única manera

de salvar aquestes persones és lluitar contra el temps i administrar-los amb celeritat fàrmacs fibrinolítics i, segons els casos, una descàrrega elèctrica amb un desfibril·lador.

L'administració de fibrinolítics i de maniobres desfibril·ladores als cinc centres de primària, als VAM i a les urgències és una experiència pilot, que només es desenvolupa a Lleida, fruit del projecte MIRALL (miocardi isquèmic ràpidament assistit a Lleida). El programa intenta reduir el temps transcorregut des de l'aparició dels primers símptomes d'infart fins a

l'aplicació del tractament adequat per salvar el major nombre possible de vides. Segons els resultats, aquest tipus d'assistència s'estendrà d'aquí a un any a tots els centres d'assistència primària lleidatans.

El projecte MIRALL, que coordina el doctor Manel Piqué, és obra d'un grup de treball de professionals sanitaris interessats en aquesta malaltia. El grup ha estudiat i consensuat el protocol d'actuació a Lleida en els casos d'infart agut de miocardi i ha elaborat un quadern docent que recull els punts bàsics de l'assistència. L'equip ha impartit cursos de formació als metges de capçalera prèviament a la posada en marxa de l'experiència pilot. L'antecedent d'aquest projecte és el Pla d'Atenció Integral a la Cardiopatia Isquèmica (PAICI), que va endegar la Generalitat l'any 2003.

Les mesures que han demostrat una capacitat de minimitzar les conseqüències de l'infart són:

- La ràpida detecció del pacient.
- L'obtenció amb celeritat d'un electrocardiograma prehospitalari.
- L'administració precoç d'àcid acetilsalicílic i fibrinolític, especialment dins de les dues primeres hores des de l'inici dels símptomes.
- La desfibril·lació urgent.
- L'eficient i ràpid trasllat a l'hospital.

Per tant, es tracta d'aplicar les esmentades mesures en el primer esglaó assistencial.

- ◆ **L'any 2000 es van produir a l'Estat 68.500 infarts aguts de miocardi**
- ◆ **El programa vol reduir l'espera en l'aplicació del tractament**



Membres de l'equip que desenvolupa el projecte MIRALL sota la coordinació del Dr. Manel Piqué

La teràpia electroconvulsiva

Dra. Marta Quesada, Dra. Aurora Torrent i Dr. Josep Pifarré · *Servei de Salut Mental i Drogodependències. Gestió de Serveis Sanitaris-Hospital de Santa Maria*

Però, això de l'electroxoc, encara s'utilitza avui en dia?

La teràpia electroconvulsiva (TEC) és una tècnica que consisteix en l'aplicació d'un estímul elèctric controlat. Aquesta energia provoca una convulsió tonicoclònica generalitzada, la qual produeix una sèrie de canvis bioquímics neuronals i hormonals, canvis que s'associen a millores clíniques en alguns trastorns psiquiàtrics i neurològics.

La teràpia electroconvulsiva (TEC) és un tractament que s'utilitza principalment en algunes malalties mentals, especialment en alguns trastorns de tipus afectiu i psicòtic. També hi ha altres indicacions, tot i que molt menys freqüents, com són alguns casos de malaltia de Parkinson amb fenomen *on-off* resistent a fàrmacs, la síndrome neurolèptica maligna, epilèpsies refractàries i l'estatus epilèptic resistent a fàrmacs.

Les indicacions d'aplicació de la TEC, segons les guies terapèutiques nacionals i internacionals, es classifiquen en primàries i secundàries. A la taula següent es mostren les indicacions de la TEC segons l'Associació Americana de Psiquiatria (APA).

Indicacions

Les *indicacions primàries* són els casos en què aquest tractament es considera una teràpia de primera elecció. Pel que fa als trastorns afectius, en les depressions amb elevat risc de suïcidi, en presència d'alteracions motores, ja sigui inhibició o agitació, i en les depressions greus amb o sense simptomatologia psicòtica. En el cas dels trastorns psicòtics, en l'esquizofrènia amb alteracions psicomotores, tant l'agitació com la catatonia, i en episodis aguts amb conducta desorganitzada.

Les *indicacions secundàries* són aquelles que són de segona elecció, és a dir, quan el tractament habitual no ha estat eficaç o no es pot administrar. Per tant, aquestes inclouen aquells casos en què hi ha contraindicacions o resistències al tractament psicofarmacològic i també en les pacients embarassades, ja que la TEC es considera més segura que els psicofàrmacs en el primer trimestre de l'embaràs.

Existeixen múltiples teories sobre el mecanisme d'acció d'aquesta tècnica,

Taula 1: Indicacions primàries

DEPRESSIÓ:
Greus amb o sense simptomatologia psicòtica
Inhibició psicomotora
Risc de suïcidi
Severa agitació
ESQUIZOFRÈNIA:
Episodis aguts amb una gran desorganització conductual
Agitació greu o estupor catatònic
Antecedents de bona resposta a TEC

Taula 2: Indicacions secundàries

DEPRESSIÓ:
Contraindicació dels antidepressius
Resistència a antidepressius (6-8 setmanes sense resposta)
Embaràs
Situacions que requereixen una ràpida resposta terapèutica
ESQUIZOFRÈNIA:
Resistència als antipsicòtics
Impossibilitat d'administrar medicació al pacient per la poca col·laboració d'aquest
Existència d'efectes indesitjables dels antipsicòtics
Existència de clínica afectiva predominant (esquizoafectius o depressions secundàries)
MANIA:
Contraindicació clara de la medicació antipsicòtica o del liti
Embaràs
Cicladors ràpids
ALTRES:
Malaltia de Parkinson resistent
Sd. neurolèptica maligna
Epilèpsia refractària
Discinèsies tardanes

però les més acceptades actualment es basen en la seva acció sobre els receptors i els sistemes de neurotransmissió, de manera que produeixen una neuromodulació d'aquests. Una altra hipòtesi és l'efecte *kindling* (producció de crisis convulsives) i al mateix temps *antikindling* (ja que augmenta el llindar convulsiu en el curs de la TEC) per inducció localitzada d'estimulacions elèctriques repetides, mitjançant un augment estable i durador de la resposta postsinàptica.

Pel que fa a l'eficàcia, els estudis demostren, en fase aguda, una eficàcia igual o superior als fàrmacs i una major rapidesa d'acció. També s'ha demostrat eficaç en pacients resistents a farmacoteràpia. D'altra banda, també és eficaç com a tractament de manteniment en casos resistents. Un estudi realitzat en el nostre medi sobre una mostra de 60 pacients en tractament amb TEC demostra, per exemple, una disminució en el nombre i la durada dels ingressos, i també una major eficiència, amb una disminució dels costos globals.

Quant a seguretat, la TEC no presenta contraindicacions absolutes. També s'ha d'afegir que gràcies a les condicions d'aplicació actual s'han minimitzat la majoria dels efectes secundaris que van *desprestigi* aquesta tècnica. De fet, en algunes poblacions de risc, com els pacients d'edat avançada i les embarassades del primer trimestre, es considera que la TEC és més segura que el tractament amb psicofàrmacs.

Actualment, la TEC s'aplica en unes condicions molt diferents respecte als inicis. Els protocols d'ús actuals d'aquesta tècnica inclouen una valoració mèdica, anestèsica i psiquiàtrica completa prèviament a la seva realització. Un exemple de protocol és el següent:

Primer, es valora si la indicació és apropiada i, posteriorment, es realitza una valoració per part de l'anestesiista, que inclou una exploració física, ECG, raigs X al tòrax i una anàlítica completa amb perfil hepàtic, renal, hemograma i coagulació.

La tècnica s'aplica a la sala de reanimació del Servei d'Anestesiologia. Prèviament a la inducció de l'anestèsia, el pacient és monitoritzat. En el procés anestèsic, d'uns 3-4 minuts de durada, s'utilitza un hipnòtic, un relaxant muscular i, opcionalment, un anticolinèrgic.

Prèviament a la realització de l'estímul s'assegura que la saturació d'oxigen està al voltant del 100%, es dona una dosi determinada d'energia, individualitzada per a cada pacient tenint en compte l'edat, el sexe i el tractament, entre d'altres, que superi el llindar convulsiu i es procedeix al registre de la durada de la convulsió, tant clínica com central (aquesta última, mitjançant el traçat electro-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA P. ANTERIOR

o als usuaris, ja que tot té un component compartit.

Institucionals

- Millorar aspectes com l'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència del sistema. Si acceptem la universalitat del dret a l'assistència, l'envelliment de la població i l'alta prevalença de malalties cròniques i discapacitants, caldrà reestructurar i racionalitzar els recursos sanitaris. La seva optimització és una norma imprescindible per arribar més enllà.

- L'ús programat de sistemes telemàtics possibilita l'atenció en àrees disperses i aïllades (vaixells, avions, expedicions, aïllament geogràfic, catàstrofes, zones subdesenvolupades i desastres...).

- Evitar la duplictat innecessària de proves complementàries, compartides entre àmbits.

- Suport al model de gestió sanitària centrat en el pacient.

Professionals

- Millorar la coordinació entre professionals facilitant l'accessibilitat de l'usuari i simplificant aspectes de derivació i seguiment.

- Reduir l'aïllament del professional en zones disperses facilitant la seva actualització.

- Millorar la qualitat tècnica i el grau de resolució de problemes de cada professional en el seu àmbit.

Usuaris

- Disminuir les pèrdues de temps, l'absentisme laboral i els trasllats de vegades evitables.

- Disminució de les llistes d'espera per la millora en la coordinació i suport al diagnòstic.

- Accés generalitzat a la informació sanitària.

- Opinió i satisfacció envers l'assistència.

Inconvenients

L'aportació tecnològica no ve exclusivament envoltada d'avantatges i la gran generalització de la xarxa d'Internet n'és el reflex més patent. El capítol d'inconvenients està força relacionat amb les limitacions de



A la imatge de l'esquerra, fotografia d'una lesió dermatològica per a interconsulta o docència. A la imatge de la dreta es pot veure un pacient crònic domiciliari i l'ordinador

la mateixa telemàtica i les transgressions que això pot suposar a la privacitat de la relació metge-malalt. A grans trets, podem assenyalar les següents:

- Manca de normativa i legislació adequades amb relació a l'assistència per TM. Manca d'aspectes contractuals i retributius, garanties en l'acreditació professional en determinades ofertes virtuals.

- Seguretat del registre i confidencialitat de les dades.

- Dificultats amb relació al nou model d'entrevista clínica i d'assistència no presencial.

- Criteris tècnics com la prescripció farmacèutica i l'acreditació de signatura digital.

- Poca acceptabilitat de la TM en determinats sectors d'usuaris, d'acord amb el nivell socioeconòmic i

d'instrucció. La necessitat de consentiment informat en certs sistemes d'atenció no tradicionals que ofereixen altres alternatives possibles.

- Avaluació segons criteris de cost-benefici i cost-oportunitat que no sempre han estat favorables als programes alternatius de TM implementats.

- Situacions de manca d'equitat i de calidesa per als usuaris menys propers a les noves tecnologies i que valoren l'atenció cara a cara.

- Problemes derivats del cost, el manteniment i la continuïtat dels recursos materials necessaris.

La literatura científica què en diu?

La literatura científica ens pot donar una idea més pràctica i real de les aplica-

cions executades en TM. Si cerquem en els darrers vuit anys els articles sota el terme *telemedicine* en el *PubMed/Medline* veurem que les aportacions creixen de manera exponencial i que després es redueixen oportunitat que no sempre han estat favorables als programes alternatius de TM implementats.

- Situacions de manca d'equitat i de calidesa per als usuaris menys propers a les noves tecnologies i que valoren l'atenció cara a cara.

- Plans de telemedicina en zones remotes o rurals per millorar aspectes d'assistència, diagnòstics

i segones opinions d'especialistes. Suport a zones aïllades i no ateses per metges. Plans especials per atendre malalts en vols aeris, navegació, etc.

- Aspectes d'organització i gestió d'accessibilitat i serveis a l'usuari mitjançant Internet. Criteris d'avaluació i satisfacció.

- Suport a l'atenció domiciliària en sistemes de monitoratge de patologies i malalts crònics: MPOC, insuficiència renal, atenció a la gent gran, discapacitats, oncològics, hospitalització a domicili, etc. En aquest grup tenen un especial interès els projectes lligats a la medicina pal·liativa i la coordinació dels equips de suport amb l'atenció primària i els cuidadors.

- La teleconsulta i els programes d'assistència a distància mitjançant portal

d'Internet. Aquesta opció via webs específiques s'ofereix a col·lectius d'àmbit laboral, universitari, militar, institucionalitzats, tot i que proliferen a Internet les consultes virtuals per a població en general.

- La teleconsulta interprofessional i el suport al diagnòstic. Millora de la resolució de l'AP i col·laboració d'especialistes. Les experiències en el camp clínic poden abraçar qualsevol especialitat, les més habituals són: dermatologia, radiologia, oftalmologia, cardiologia, psiquiatria, ORL, anatomopatologia, ginecologia, urgències i coordinació de trasllats, entre d'altres (fotografia 2).

- En el camp d'informació al pacient es publiquen moltes experiències de diabetologia, portals interactius de formació i autocontrol, i programes de

rehabilitació física.

- Són pocs els articles que fan referència a la formació professional continuada, normalment l'ús de la videoconferència i els portals temàtics. Hi ha una àmplia oferta, però segurament no prou avaluada.

La telemedicina en el nostre entorn, realitat o ficció?

Lleida és una província amb característiques orogràfiques, geogràfiques i climàtiques especials, on pot ser interessant des d'un punt de vista de gestió i de cara als professionals i usuaris la implantació de millores a través de propostes de TM. Algunes activitats d'aquest tipus ja es desenvolupen de forma global o parcial, com el control de pacients anticoagulats, la teleassistència de gent gran, el recordatori vacunal

i d'adherència terapèutica i la formació continuada a través de la xarxa, entre d'altres.

Segurament, l'alternativa de futur seria enquadrar les expectatives i les necessitats en un reglament marc que condicioni els recursos i afavoreixi la progressió del tema, però això queda molt lluny de les pretensions i possibilitats dels autors. Volem posar l'èmfasi en el fet que els recursos actuals i una certa iniciativa professional possibiliten l'execució de propostes a curt termini.

Els recursos bàsics necessaris per anar encaixant algunes experiències a l'entorn d'aquest tema són: els ordinadors a les consultes, la millora progressiva d'un *software* de gestió integral de processos d'AP (e-CAP), escàner a disposició dels equips, càmera fotogràfica digital per a alguns projectes, webcams i una connexió adequada a

PASSA A LA P. SEGÜENT



Interconsulta radiològica a través de correu electrònic

VE DE LA P. ANTERIOR

la xarxa (Internet/intranet). És ben cert que els recursos materials poden ser imprescindibles, però no suficients. Cal una bona disposició personal o de l'equip per engegar propostes i iniciatives de millora que són lluny de l'estricta obligació. Amb l'ànim de remoure el tema i intentar donar algunes respostes proposem un seguit d'activitats que estan documentades en la bibliografia:

- Teleconsulta i suport al diagnòstic en oftalmologia, dermatologia i reinformació radiològica.
- Coordinació assistencial i HCAP compartida amb relació a serveis d'atenció continuada, atenció de pal·liatius, unitats d'atenció de crònics i geriatria (fotografia 3).
- Generar i trametre els informes d'alta hospitalària i algunes interconsultes cap a l'HCAP. L'opció de veure com interactuem amb un mateix pacient des de dife-

rents àmbits dona confiança a l'usuari i ens permet revisar les nostres actituds i coneixements.

- Informes o imatges de tècniques diagnòstiques compartides entre àmbits assistencials (mamografies, TAC, RNM, radiologia, ultrasonografia, analítica, ECG, etc.). És fonamental compartir la documentació clínica del pacient en una carpeta virtual accessible o fàcilment traslladable quan se sol·liciti. Quants cops ha estat rellevant obtenir un ECG o raig X previs?, quantes vegades es repeteixen proves analítiques o d'imatge que estan en un altre arxiu?
- Formació continuada en portals específics d'Internet dissenyats habitualment per societats científiques, indústria farmacèutica o editorials. A través de llistes de correu hem iniciat la presentació de casos clínics a debat, fonamentalment d'imatges dermatològiques, radiològiques o ECG en què es considera

el diagnòstic i la presa d'actituds en AP (fotografia 4). La transmissió per correu electrònic permet bona resolució de text i imatge, tot i que la videoconferència per compartir sessions clíniques necessita reduïts recursos. Aquesta opció permetria als interessats seguir les sessions clíniques de les ABS docents i generalitzar les xerrades amb especialistes.

Tots som conscients de les limitacions pròpies i institucionals, però només les expectatives ens fan avançar. Els que així ho subscriuim seguirem fent fotografies i arxius digitals a les nostres consultes i procurarem donar curs al tema de la TM, que sembla un camí apropiat.

Antoni Rodríguez Rosich
Torrelameu ABS Balaguer
David Riba Torrecillas
ABS la Pobla de Segur
Jorge Soler González
ABS de Balàfia-Pardinyes-Secà. Lleida

Bibliografia

Soler-González, J.; Riba Torrecillas, D.; Rodríguez-Rosich, A. "Aplicaciones de la tecnología digital en la medicina rural". *Semerger. En prensa*.

Richard Wootton. "Telemedicine. Clinical review". *BMJ*, 2001;323:557-60.

Wootton, R. et al. "Multi-centre randomised control trial comparing real time teledermatology with conventional outpatient dermatological care: societal cost-benefit analysis". *BMJ*, 2000; 320: 1252-6.

Kamil, M.A.; Teng, CL. Rural health care in Malaysia. *Aust. J. Rural Health*; 2002;10: 99-103.

Cornish, P.A. et al. "Rural interdisciplinary mental health team building via satellite: a demonstration project". *Telemedicine journal and e-Health*, 2003;10: 63-71.

Roine, R.; Ohinmaa, A. i Hailey, D. "Assessing telemedicine: a systematic review of the literature". *CAMJ*, 2001;165:765-771.

Evans, R.; Stone, D. i Elwain, G. "Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence". *Famil practice*, 2003; 20: 304-10.

Wallace, G. "Information technology and telemedicine". *CMAJ*, 2001;165: 777-9.

Hassol, A. et al. "Rural telemedicine data/image transfer methods and purposes of interactive video sessions". *J Am Med Inform Assoc*, 1997; 4:36-7.

Michael, A. et al. "Telemedicine reduces discrepancies in rural trauma care". *Telemedicine journal and e-health*, 2003; 1: 3-11.

Plan de Telemedicina del INSALUD. Ministerio de Sanitat i Consum, Madrid, 2000.

Programa de TELEMEDICINA de la Universitat Politècnica de València. València, 2001.

Què és i el perquè de la Plataforma 10 Minuts

La reforma de l'atenció primària (AP) va començar fa uns vint anys i va suposar una millora en la qualitat i la capacitat de resolució d'aquest àmbit assistencial per diversos motius: creació de l'especialitat de medicina familiar i comunitària, metges i metgesses joves, ben formats i entusiastes amb els principis de la reforma, augment dels recursos al primer àmbit, utilització generalitzada de la història clínica i dels sistemes de registre, realització de protocols i programes de salut, aplicació de mesures preventives i de promoció de la salut, creació de revistes mèdiques d'AP, etc. La conseqüència va ser un augment de l'autoestima dels professionals i de la satisfacció i confiança dels pacients.

Hi va haver força errors inicials fruit de la inexperiència: excés de filosofia, separació traumàtica entre els metges de família i el personal d'infermeria sense definir adequadament el seu rol i sense adjudicar a cap personal auxiliar les noves tasques burocràtiques que s'assignaven als nous equips de primària i que ara havia d'assumir el metge. Això va comportar situacions de malentesos i d'ineficiència que encara persisteixen en l'actualitat.

Després de l'impuls inicial, s'ha produït un estancament de l'AP, que ha estat sotmesa de manera progressiva a un deteriorament. Dia rere dia augmenta el nombre de pacients per consulta, la burocràcia és excessiva i fa que minvi el temps per visita. Sovint el professional es troba fent dues coses alhora, com passar consulta i atendre les urgències, i no té temps per a altres activitats que l'assistència. Els pressupostos dedicats a l'AP han disminuït i la pressió per l'estalvi ha estat cada cop més gran. La restricció en les subestacions, una demanda assistencial molt per sobre dels increments de plantilla, agreujada per l'envelliment de la població i pel fenomen de la immigració i la proliferació de contractes en condicions molt precàries (contractes porqueria), augmenta la distància entre els gestors i els clínics per culpa de la importància excessiva que s'ha donat a l'increment negatiu que suposa l'obsessió per l'estalvi i la burocratització consegüent de l'activitat, per sobre de la dignitat i la motivació dels professionals.

El metge veu com cada vegada té més pacients, menys temps per fer bé les coses, més exigència social, més pressió dels gestors i cada cop menys satisfaccions professionals i econòmiques. Tot això origina una alta prevalença de desmotivació i estrès entre els metges d'AP: la síndrome de *burnout* oscil·la entre el 15 i el 30 % dels metges de família (1-2).

L'informe de l'OMS 2000 (3) diu que, malgrat que els resultats del sistema sanitari espanyol són bons, amb referència a l'accessibilitat dels usuaris i amb uns índexs molt acceptables en la resolució dels problemes de salut, els metges d'AP de l'Estat tenen un 40% més de visites que els seus col·legues europeus i són els que menys temps dediquen per visita.

L'últim informe de l'OCDE del 2003 sobre sanitat indica que el pressupost per l'AP pública és dels més baixos d'Europa, molt per sota de la mitjana Europea i que fa anys que està estancat.

Tot això implica greus repercussions en el sistema sanitari públic, ja que segons la professora americana Barbara Starfield, experta en sistemes sanitaris, aquells països que tenen una AP de qualitat presenten millors índexs de salut, són més eficients i reparteixen de forma més equitativa els recursos sanitaris entre la població. Starfield diu que la proporció

de metges de família (MF) i els altres especialistes hauria d'estar al voltant del 50%. A Espanya és el 35% (4).

Mentre la situació de la primària s'anava agreujant, els sindicats no actuaven amb l'energia suficient i no sintonitzaven amb els professionals. Les societats científiques tenien el perillós i asèptic discurs de centrar-se exclusivament en *lo científic* i delegaven els aspectes laborals als sindicats. Com si es poguessin separar les dues situacions. Davant d'unes pessimes condicions laborals, es podia ser mínimament científic? I les organitzacions col·legials? Miraven cap a un altre cantó i obviaven i menyspreaven el problema.

Fa més de tres anys, els companys d'Aragó, que són més tossuts que ningú, van creure que la situació havia tocat fons i va nàixer un moviment espontani i independent de metges de base,

PASSA A LA P. SEGÜENT



VE DE LA P. ANTERIOR

d'àmbit estatal i totalment obert, que va aglutinar les iniciatives descoordinades d'arreu de l'Estat: la Plataforma 10 Minutos, que amb l'eslògan *10 minutos por visita, ¡que menos!*, volia sensibilitzar la professió mèdica i l'opinió pública d'aquest deteriorament. La intenció era i és la d'aglutinar totes les organitzacions de l'AP, tant de professionals com de pacients, en defensa de la qualitat i la dignitat d'aquest àmbit assistencial.

Dins de la història de la plataforma hi ha fets que han marcat la seva evolució posterior:

La creació del Grupo de Consenso de Atención Primaria entre el sindicat CESM i les societats SEMERGEN i SemFYC, que va publicar el juny del 2000 un document titulat *Un modelo de atención en crisis*, on es demanava un augment del nombre de metges i disposar de 10 minuts per pacient.

El Congrés de Medicina de Família de la SemFYC, celebrat a Gijón l'any 2000, va marcar el punt de sortida de la plataforma i va ser batejat amb el nom de Congrés dels 10 Minuts; es van repartir milers de díptics i les famoses xapes amb el logotip. La repercussió va ser important a la premsa professional i local. La reunió de Madrid del desembre del 2000 va crear una coordinadora nacional i va planificar la primera aturada simbòlica pel 28 de març de 2001. Havia nascut la Plataforma 10 Minuts.

Les aturades s'han anat repetint, les últimes els passats 10 d'octubre de 2003 i 10 de febrer de 2004 i els membres del col·lectiu han exposat el seu missatge en els congressos de les societats científiques d'AP. I el que és més important, ha tingut ressò als mitjans de comunicació i, sobretot, entre la població que aplaudia que els seus MF demanessin més temps per visitar-los millor. Fins i tot els polítics en parlen als seus programes electorals com una promesa més.

Els principis de la Plataforma 10 Minuts compten amb el suport de l'OMC, les principals organitzacions sindi-

cals, les societats científiques d'AP i el que ha marcat la diferència: associacions d'usuaris, pacients i veïns que han sintonitzat ràpidament amb el missatge.

L'eslògan "10 minutos, que menos" malgrat el seu indiscutible èxit, reflexa una petita part de les demandes del col·lectiu que queden recollides en unes peticions bàsiques.

1. Cal augmentar els pressupostos destinats a l'atenció primària.

Segons l'OMS, Espanya és dels països europeus que menys pressupost dedica per habitant a la sanitat pública i el percentatge del PIB destinat a la salut ha baixat: l'any 1993 era del 7,6% i el 1998 del 7,1%, fet que ens situa en el setè pitjor lloc entre els 29 països europeus. Aquesta precarietat és més manifesta en l'AP, ja que el seu pressupost baixa del 40,7% el 1982 al 32,8% l'any 1991 (inclosa la despesa farmacèutica directa i induïda). Aquesta tendència s'ha mantingut en els últims anys, malgrat que la població atesa ha passat de 32 a 39 milions (5).

2. Racionalitzar l'agenda assistencial.

El document *Criterios básicos para el ejercicio médico*

en atenció primària, de l'OMC, afirma que cal assolir les condicions necessàries per implantar una agenda de treball equilibrada que dediqui menys del 65% del temps a l'assistència directa al pacient.

Es necessari que part de la jornada laboral dels MF (al voltant d'un 35% del temps) es pugui dedicar a feines no assistencials com la recerca, la formació continuada, la docència, la coordinació amb altres àmbits assistencials, l'organització interna, el treball a la comunitat, etc.

La bibliografia consultada recomana una dedicació mínima de 10 minuts per visita i recalca que 7 minuts són pocs i que 5 són clarament insuficients (6-7).

Perquè l'MF sigui resolutiu i no perdi competències ha de tenir assignat un contingent de pacients adient (8). Per planificar-ho, s'ha de considerar que la càrrega assistencial que genera una persona més gran de 65 anys és quatre vegades més alta que la d'un jove, consulta el doble i consumeix el doble de temps (9); que la població socioeconòmicament més desfavorida genera un major nombre de visites (10), i que la dispersió geogràfica i el

grau d'immigració han de ser tinguts en compte a l'hora de planificar les dimensions numèriques dels cupos.

Com a conseqüència de l'elevada pressió assistencial, el temps disponible és absorbit per la consulta a demanda, en detriment de l'activitat programada, l'atenció domiciliària i les activitats no assistencials. La massificació i la manca de temps impedeixen resoldre adequadament els motius de consulta i afavoreixen l'error mèdic. El ciutadà es queda insatisfet per la pèrdua de la calidesa, la impersonalitat i el burocratisme del servei, i el metge és desmoralitzat i desmotivat perquè veu disminuir la qualitat i la capacitat resolutiva de la seva tasca professional. Poc a poc, les ABS s'estan convertint en ambulatoris de 7 hores.

3. Cal augmentar la capacitat resolutiva del metge de primària.

Per disminuir la despesa sanitària és imprescindible que l'AP sigui resolutiva i per això s'ha de facilitar l'accés sense traves a les exploracions complementàries (11), millorar la comunicació amb els altres àmbits assistencials utilitzant sistemes informàtics compatibles i dotar els equips de capacitat de gestió i organització.

S'ha de minimitzar la burocràcia, eliminant papers superflus amb la utilització de sistemes informàtics i col·locar la burocràcia en el lloc i les mans del personal adient, però fora de la consulta i amb l'objectiu que les visites burocràtiques quedin reduïdes a un 10% (12-13).

Fer contractes dignes suprimint els contractes porqueria.

Resumint, és un moviment de metges d'AP independent i deslligat de partits polítics, sindicats, organitzacions col·legials i societats científiques. És un col·lectiu professional preocupat per l'evolució negativa de la sanitat i que no es resigna a veure morir les seves expectatives i il·lusions davant del deteriorament progressiu de la seva activitat laboral. I a més, reclama solucions i fan unes peticions bàsiques per defensar la qualitat, la calidesa i la dignitat d'aquest àmbit assistencial.

Bibliografia

- De Pablo González, R.; Suberviola González, F. "Prevalencia del síndrome de burnout en los médicos de atención primaria". *Atención Primaria*, 1998; 22 (9): 580-584.
- Prieto Albino, L.; Robles Agüero, E.; Salazar Martínez, L.M.; Daniel Vega, E. "Burnout en los médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres". *Atención Primaria*, 2002, 29 (5): 294-302.
- Informe de l'OMS: "Health Care Systems in Transition" Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for Europa. 2000. AMS 5012667(SPA) tagert 19. 2000.
- Starfield, B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson, 2001.
- Bengoechea, E.; Del Llano, J.E. "Las cifras del sistema sanitario: el gasto sanitario y su evolución en España". A: Navarro, C.; Cabasés, J.M.; Tormo, M.J. (editors). *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG Editores SA; 1995. 181-196.
- Sauras Llamas, J. "Los médicos de familia y el tiempo de consulta ¿Es imposible llegar a 8 minutos?". *Jano APS opinión*, 19-25 de novembre 1999, vol. LVII, 1320.

7. Mechanic, D. "How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care". *BMJ*, 2001; 323: 266-268.

8. Palomo, L.; Gervas, J.; Garcia-Olmos, L.M. "La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia". *Atención Primaria*, 1999; 23: 363-370.

9. Brugos Larrumbe, A. [i col.] "Previsión de carga laboral en la AP" *Jornadas nacionales sobre la calidad y dignidad de la AP*. Saragossa, 2002.

10. Hemingway, H.; Nicholson, A.; Stafford, M.; Roberts, R.; Marmot, M. "The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study". *Am J Public Health*, 1997; 87: 1484-1490.

11. Servicio Andaluz de Salud (1997). *Proyecto de desarrollo de la gestión clínica* (document intern).

12. Ruiz Téllez, A. "La organización de un equipo en atención primaria". *Centro de Salud*, vol 7, 10: 592-606.

13. Bellon Saameño, J.A. "Como reducir la utilización de las consultas en atención primaria y no morir en el intento". *X Taller Nacional de entrevista clínica y comunicación asistencial*. El Escorial (Madrid), 1999.



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

La vocació, la dedicació i la responsabilitat són aspectes molt importants per als 1.500.000 d'assegurats d'ADESLAS. Confiar en la professionalitat del nostre equip mèdic és, per als nostres assegurats, un motiu de tranquil·litat.

Som eficaços

- Lliure elecció d'especialistes i clíniques en quadre mèdic.
- Les unitats de diagnòstic i de tractament més avançades.
- Targeta Adeslas Or a cada assegurat per a una més gran rapidesa i seguretat.
- Més de 25.000 professionals, de 220 clíniques i més de 144 punts d'Atenció al Client.

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

902 200 200

www.adeslas.es

DELEGACIÓ A LLEIDA

Vallcaient, 1-2^a edif. Trading-Balmes
Tel.: 973 26 92 11

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT





canvi per naturalesa

nova imatge, nous serveis, més protecció per als metges.



MutualMèdica



COL·LABORACIÓ PER NATURALES A AMB EL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA

901 215 216

www.mmcb.es

infomutual@mmcb.es