

BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 56 · Gener de 2006



**Lliurament
del Premi a
la Solidaritat
a Medicus
Mundi**



BUTLLETÍ mèdic

Número 56, gener del 2006

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:

Emilià Astudillo Domènech
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Ignasi Casado Zuriguel
Joan Clotet Solsona
Josep M. Groles Solé
Albert Lorda Rosinach
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascal Pujol
Josep Pifarré Paradero
Joan Prat Corominas
Jesús Pujol Salud
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
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

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 €

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

Sostenibilitat del sistema sanitari

La sanitat espanyola és de gran qualitat –ocupa el setè lloc en l'àmbit mundial, segons l'OMS–, tot i comptar amb una partida en el pressupost públic inferior que la resta d'Europa, excepció feta de Grècia i Portugal. Els professionals sabem que aquesta qualitat està llastada per la dedicació de cinc minuts a cada pacient en les consultes de primària, per l'excés de despesa farmacèutica, per les llistes d'espera quirúrgiques... i, malgrat això, hem arribat a un punt d'inflexió a partir del qual no es podrà mantenir el sistema actual?

Com més rica és una societat, més gasta en sanitat i millores socials. L'augment del nivell de renda també ha disparat a Espanya la despesa sanitària de manera preocupant tant en quantitat com en intensitat de la demanda (visites, recursos diagnòstics, ingressos hospitalaris, despesa farmacèutica). A més, hi ha un progressiu envelliment de la població i un notable increment per la immigració. Per això, els experts ens alerten que serà problemàtic mantenir a curt i mitjà termini el sistema actual de tot gratuït per a tothom.

Hi ha, però, vies encara no exhaurides. Així, per exemple, el reforçament de l'atenció primària (AP) disminuiria la despesa farmacèutica i evitaria el traspàs injustificat de pacients a l'atenció hospitalària. Convé recordar que aquest país és, dins de la Unió Europea, el que dedica menys temps a la consulta del pacient i el que inverteix menys diners en AP. I, a més d'adequar el finançament del sistema sanitari a la realitat del PIB, una millora de la seva gestió ajudaria, probablement, a mantenir-lo.

Volem anar per aquestes vies? Podem fer-ho? En depèn el futur del nostre sistema sanitari públic i universal.



Per tot allò que us faci falta

Cada dia som més a prop vostre per tal d'oferir-vos el millor servei. Trobareu l'assessorament d'excel·lents professionals i experts, les millors ofertes, prestacions i facilitats, bones condicions i preus raonables. Tot perquè us sentiu realment protegit, pugueu gaudir del lleure i guanyeu comoditat, seguretat i qualitat de vida.

- Protecció personal i familiar
- Protecció patrimonial
- Protecció professional
- Servei a empreses
- Serveis especials

Informeu-vos-en al vostre Col·legi o trucant al telèfon
902 198 984

www.med.es
medicorasse@med.es



MEDICORASSE, corredoria de segures del CMB, S.A.U. NIF: A-69-498220. DGS, clau J-928. Polissa de responsabilitat civil i fiança d'acord amb la llei 37/1992, de 30 d'abril.

sumari

La situació de la salut pública

La sostenibilitat del sistema sanitari i les possibles solucions per millorar el finançament.

PÀGINA 6

Teledermatologia: la tecnologia al servei del pacient

Les últimes tecnologies permeten millorar la qualitat assistencial als pacients.

PÀGINA 22



Els nous coneixements científics centren la IV Jornada d'Immunitzacions

La Comissió de Vacunes del Servei d'Atenció Primària Segarra-Noguera-Urgell-Pla d'Urgell de l'Institut Català de la Salut, juntament amb els Serveis Territorials de Salut a Lleida, va organitzar la IV Jornada d'Immunitzacions. En aquesta edició, que es va celebrar el 18 de novembre a l'Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut de la Universitat de Lleida, el lema de la trobada era *Mou-te! Les vacunes es mouen!* Els objectius plantejats als 200 assistents van ser: compartir protocols de treball, posar en pràctica coneixements científics i donar a conèixer les últimes novetats.

El director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida, Sebastià Barranco, va destacar, en l'acte d'inauguració, l'important paper dels professionals de Salut com a generadors d'opinió i creadors d'imatge. Per la seva part, el responsable del centre de distribució regional de l'Àmbit Centre, SAP Granollers-Mollet, Toni Peña, va presentar els resultats d'una enquesta dirigida a conèixer les raons per les quals la cobertura de la vacunació antigripal és baixa entre els professionals de Salut d'atenció primària. Els resultats conclouen que els principals motius de rebuig de la vacuna són no tenir malalties cròniques ni tenir contactes de risc a la família.

El cap de la Unitat d'Epidemiologia a Lleida, Pere Godoy, va exposar els tipus de vacunes antigripals i les perspectives futures de cara a una pandèmia de grip aviària. En aquest sentit, el doctor Godoy va destacar l'alta mortalitat (50%) en els 125 casos comptabilitzats en humans de grip aviària i les mesures de prevenció i control que dictamina l'Organització Mundial de la Salut (OMS). D'altra banda, un responsable del Departament Mèdic dels Laboratoris Esteve, David González, va presentar, de forma amena, la vacuna oral anti-colèrica.

La supervisora de maternitat de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Francesca Garcia, va abordar els problemes d'immunització de la dona embarassada. En aquest sentit, va destacar que si la mare està immunitzada es transfereix al nadó i es manté durant l'alletament. Per contra, va recordar la contraindicació de vacunar amb gèrmens vius i de tenir en compte el calendari de vacunacions dels altres països per vetllar per les embassades immigrants. A més, va parlar de la



Professionals de diferents àmbits van compartir protocols de treball

idoneïtat de conèixer la determinació de IgC toxoplasma.

Un dels responsables de la Unitat d'Al·lèrgia de l'HUAV-Hospital de Santa Maria, Lluís Marqués, va parlar als assistents de les altres vacunes, de les vacunes com a tractament etiològic, específic i individualitzat de les malalties al·lèrgiques. El doctor Marqués va explicar les característiques d'aquestes immunitzacions, amb unes reaccions adverses locals poc rellevants i reaccions severes de 1/50.000-100.000 dosis (comparable al risc d'anafilaxi per antibiòtics analgèsics (1/10.000) que poden aparèixer en els primers 30 minuts. Segons consell mèdic, l'administració, en la fase inicial del tractament, s'ha de fer a la unitat d'immunoteràpia i en fase de manteniment es pot fer a l'atenció primària. Com a novetat, va destacar l'administració sublingual d'aquestes vacunes.

El responsable del Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia de l'Hospital Vall d'Hebron, Xavier Martínez, va explicar que en l'actualitat no hi ha cap evidència que doni suport a l'associació entre la hipersensibilitat a l'ou i les reaccions a la vacuna triple vírica. Per aquest motiu, va manifestar la necessitat de seguir una actuació protocolitzada per vacunar aquestes persones i només vacunar a l'hospital en cas de:

- Reacció cardiorespiratòria després de menjar ou.
- Asma persistent i reacció lleu després de menjar ou.

• Proves positives de sensibilització a l'ou sense ingesta prèvia.

Un dels responsables del Departament de Salut de Barcelona, el doctor Joan Batalla, va justificar l'estratègia vacunal de la introducció recent de la vacuna de la varicel·la en els adolescents susceptibles (12 anys). Els avantatges d'aquesta vacuna són evitar complicacions que augmenten en nombre i gravetat amb l'edat i que, fins i tot, arriben a causar hospitalitzacions i morts. L'objectiu d'aquesta estratègia és disminuir la incidència de la malaltia en edats en què les complicacions són més greus i hi ha més mortalitat, sense deixar de banda les recomanacions de vacunació formulades el 1998. A més, per adaptar-se a la millor estratègia, es recomana fer un seguiment dels països que han implantat altres sistemes de vacunació. Cal remarcar que per sobre de 13 anys, la taxa de seroconversió és del 78-82% i arriba al 99% després de rebre una segona dosi al cap de 4-8 setmanes.

Finalment, diferents professionals mèdics van fer la presentació de casos pràctics en el nen i l'adult al taller de la jornada. Van presentar casos: Glòria Mirada, de la Unitat d'Epidemiologia de Lleida; Lluïsa Morató i Natàlia Aresté, del grup de vacunes de la CAM-FIC, i Ramon Anguera, pediatre de l'ABS Pla d'Urgell. El gerent de l'àmbit d'Atenció Primària de Lleida, Plácido Santafé, va cloure la jornada.

Pepi Estany i Maria Barqué
Comissió de Vacunes. SAP SNUPU

L'Hospital Arnau organitza un fòrum de debat sobre la síndrome d'apnea del son

El servei de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i la Universitat de Lleida organitzen el X Fòrum de Debat, amb el tema "Hot topics en la síndrome d'apnea del son", que se celebrarà a Lleida els dies 5 i 6 de maig del 2006. El debat s'adreça a professionals de la salut interessats en els trastorns respiratoris mentre es dorm.

L'objectiu del fòrum és l'intercanvi de coneixements entre professors i assistents. Per assegurar la qualitat del nivell de discussió, els organitzadors han seleccionat diferents ponents amb gran capacitat de comunicació com el doctor Ferran Barbé, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova; la doctora Marisa Bonsignore, de la Universitat de

Palerm (Itàlia); el doctor Frederic Series, de l'Hospital Laval (Quebec), i el doctor Allan Pack, de la Universitat de Pennsilvània (Estats Units).

Tots els interessats a participar en la jornada poden inscriure's a www.bcmedic.com/apneohottopics2006/. El preu per les inscripcions és de 360 euros, si es fa abans del 31 de març, i 420 euros, si es fa posteriorment. El nombre màxim de participants és de 150. Per a més informació, truqueu al telèfon 93 318 57 34.

Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML), en les sessions ordinàries del 30 de novembre de 2005 i l'11 de gener de 2006, ha acordat i tractat, entre altres, els següents temes:

- Presentació de l'escript d'allegacions formulades pel Col·legi al projecte de decret pel qual es determina la integració del personal que percep els seus havers pel sistema de contingent i zona en el sistema de prestació de serveis, de dedicació i de retribucions que s'estableix en la Llei de l'estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut.

- Celebració, l'1 de desembre de 2005, de l'acte públic de lliurament a Medicus Mundi Catalunya del Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari.

- Proposta d'organització per part del Col·legi de Metges de Lleida dels actes de l'edició 2006 dels Premis a l'Excel·lència Professional, promoguts pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, juntament amb l'edició del Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari 2006. Està previst que els actes se celebrin el proper mes d'octubre.

- Obertura del termini per a la presentació de sol·licituds al Col·legi de Metges per a col·laboració econòmica per a cursos, congressos, jornades i similars, amb càrrec al pressupost de 2006 del COML. Termini: fins al 28 de febrer.

Oposicions per a metges de família

Com molts ja sabeu, el 18 de desembre es va fer el primer examen test del concurs oposició per a metges de família. A continuació s'explica com està la situació respecte als metges de família i els pediatres.

CATEGORIES	MF	PEDIATRIA
Mobilitat voluntària (trasllat)	159	69
Concurs oposició	160	70
Torn de promoció interna	80	35
Torn lliure	80	35
Total places	319	139
Places reservades a persones disminuïdes del torn lliure	16	7

Característiques dels col·legiats a Lleida

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida té 1.472 professionals inscrits, dels quals 862 són homes i 610 són dones. Segons les dades registrades el 2005, la franja d'edat amb més col·legiats és dels 45 als 54 anys. Segons la situació laboral, una gran majoria, 1.346, estan en actiu, mentre que 126 són jubilats.

	TOTAL	HOMES	DONES
TOTAL	1.472	862	610
Menys de 35 anys	253	79	174
De 35 a 44 anys	397	182	215
De 45 a 54 anys	529	337	192
De 55 a 64 anys	169	142	27
De 65 a 69 anys	27	25	2
A partir de 70 anys	97	97	-

	TOTAL	HOMES	DONES
TOTAL	1.472	862	610
No jubilats	1.346	742	604
Jubilats	126	120	6

Moviment de col·legiats

ALTES

Fernando José Leone, Maria Lourdes Franco López, Inmaculada Vila Puñet, Juan Manuel Casanova Sandoval i Eduardo Bodet Agustí.

BAIXES

Mes de novembre: 3
Mes de desembre: 1
Entre les baixes del mes de novembre cal destacar la defunció del Dr. Miquel Àngel Álvarez Rodríguez.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passa a col·legiat honorífic: José García Rivas.

En l'apartat de mobilitat voluntària (trasllat) de MF s'han presentat 226 sol·licituds. Està previst que es resolgui durant el primer trimestre d'enguany i s'incorporin abans de l'estiu.

A l'examen del dia 18, dels 1.560 convocats s'hi van presentar 1.230 (78,85%); al torn de promoció interna, de 28 n'hi van comparèixer 24, i pel que fa a les places reservades a persones disminuïdes, dels 18 convocats hi van anar 16. Respecte a pediatria, s'hi han presentat 126 sol·licituds i estan convocades al concurs oposició 182 persones. L'examen es farà el dia 4 de febrer. A tots els companys i companyes que us trobeu en aquesta tessitura us desitjo molta sort

Dr. Josep Maria Sagrera Mis
Membre del tribunal MFIP 2006

XXXI Curs de Formació Continuada en Pediatria

El Col·legi de Metges de Lleida, l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida i la Societat Catalana de Pediatria organitzen, amb la col·laboració de la Regió Sanitària de Lleida, el XXXI Curs de Formació Continuada en Pediatria.

El programa del curs, dirigit a tots els metges col·legiats i estudiants de Medicina, és el següent:

DIA	CURS
10/01/06	Actualització en asma (inauguració). Dr. Jaume Iglesias Solà, president de la Societat Catalana de Pediatria.
17/01/06	Actualització en el tractament de la bronquiolitis. Dr. Josep Ortega Rodríguez, adjunt del servei de pediatria de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida).
24/01/06	Novetats en el tractament de la gastroenteritis aguda. Dr. Dámaso Infante Pina, unitat de gastroenterologia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona).
31/01/06	Present i futur de la pediatria a la vegueria de Lleida. Dr. Xavier Samaranch Gallart, pediatre del CAP Balafía (Lleida).
07/02/06	Actualització en autisme. Dr. J. Artigas Pallarés, neuropediatre de l'Hospital Parc Taulí (Sabadell) i membre del Grup d'Estudi de Trastorn de l'Espectre Autista de l'Institut de Salut Carlos III.
14/02/06	Angiomes en el nen. Dr. Josep M. Casanova Seuma, adjunt del Servei de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida) i professor de dermatologia a la Universitat de Lleida.
21/02/06	Maneig de les uropaties de diagnòstic prenatal. Dra. Carme Piró Biosca, adjunta de la unitat d'Urologia Infantil de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona).
28/02/06	Maneig actual de l'al·lèrgia a les proteïnes de llet de vaca. Dr. J. Boné, adjunt de la unitat d'al·lèrgologia infantil de l'Hospital Universitari Miguel Servet (Saragossa).
07/03/06	Protocol d'actuació en el traumatisme cranioencefàlic infantil. Dra. Asunción Sánchez Zapater, adjunta de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida).
14/03/06	Novetats en les cures del nadó (clausura). Dr. J. Figueras Aloy, cap de secció UCINN.ICGON de l'Hospital Clínic i professor titular de pediatria de la Universitat de Barcelona.

Totes les sessions se celebraran a les 20.00 hores al saló d'actes del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (rambla d'Aragó, 14). Per a la realització del curs caldrà inscriure's prèviament a la secretaria de l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida. Els metges col·legiats inscrits al curs que acreditin l'assistència rebran un diploma. La resta d'inscrits rebran un certificat on constaran les hores lectives i el reconeixement d'interès sanitari.

La situació de la salut pública

El finançament del sistema sanitari públic preocupa professionals i usuaris. La insuficient inversió en la salut pública en relació amb el nivell de riquesa econòmica del país és una de les crítiques al sistema. La sostenibilitat del sistema sanitari i les solucions és el tema de debat d'aquest 'Butlletí Mèdic'.

El paper del metge

La salut no té preu, però té un cost. El concepte de salut no és fix, ja que l'OMS, al definir-lo com a "benestar", és subjectiva. Els avenços científics i tecnològics han produït que la salut, la qualitat i la quantitat de vida de les persones del primer món hagi millorat i augmentat molt. Al ser subjectiu el benestar succeeix que unes persones consideren necessària una actuació mèdica i altres no; unes persones aguanten més i es conformen més i d'altres són més exigents; unes actuacions mèdiques són objectives però d'altres són subjectives. (Ningú dubta que si m'he trencat un os el sistema sanitari m'ha de tractar, però si em queda un dolor residual no quantificable es pot dubtar de la quantitat de rehabilitació pagada, de dies de baixa laboral, de la necessitat de pomades o microones o altres tractaments).

Socialment, Europa està molt més avançada que altres països del primer món. Existeix un dret a la salut i a l'educació; tothom ha de poder accedir-hi. Es considera injust que una persona no tingui l'assistència sanitària al màxim nivell de qualitat possible, amb les tecnologies més actuals. Aquest valor de la solidaritat és un avenç ètic europeu que es considera un dret i està, per tant, en la legislació.

La pèrdua de la salut requereix cada vegada més recursos sanitaris per mirar de recuperar-la utilitzant les noves tecnologies que estan sorgint. El problema es planteja quan els recursos que necessita el sistema sanitari d'un país per donar als seus ciutadans

l'assistència sanitària de qualitat, i que pugem any rere any, són insuficients. Estem davant una balança on en un plat hi ha els impostos que hem de pagar i a l'altre el cost de l'assistència sanitària i el seu límit.

Els metges, en la nostra pràctica assistencial, gestionem recursos. Si la macrogestió la fan els polítics al decidir el pressupost de sanitat; la mesogestió, els gerents al distribuir el pressupost del centre; la microgestió és responsabilitat nostra, i finalment existeix l'autogestió, que fem tots els ciutadans i ciutadanes amb el nostre estil de vida, que tanta repercussió té sobre la nostra salut.

En l'acte mèdic no només intervenen el metge i el malalt, sinó també la societat, ja que hi ha unes instal·lacions i una despesa i cobrem un sou pel nostre temps. Per tant, per ètica i justícia social hem d'utilitzar bé els recursos, no podem malgastar-los. Hem de tenir en compte el cost/benefici de les nostres decisions diagnòstiques i terapèutiques. Si el quocient no és favorable no s'ha de demanar la prova diagnòstica o no s'ha d'indicar aquell tractament concret.

Davant un malalt, hem de dedicar-li el temps que necessita per fer-li l'anamnesi i l'exploració física i arribar a una primera orientació diagnòstica. Ni més ni menys temps, ja que o no faríem bona medicina o bé estariem escatimant el temps que necessita el

següent malalt. El metge que amb la seva experiència i coneixements arriba abans al diagnòstic serà millor metge.

Després decidirem quines exploracions complementàries li demanem per confirmar el diagnòstic, si és que en tenim dubtes, ja que si no calen no crec que s'hagin de demanar. Hem de fer servir sempre el principi d'eficiència si podem confirmar el diagnòstic amb menys cost i menys molèsties per al malalt. No hi ha justificació de demanar proves més cares i sofisticades si no són estrictament necessàries.

En la propera visita i després d'interpretar les proves que hem demanat confirmarem el diagnòstic i farem la proposta terapèutica; aquesta ha de seguir també el principi d'eficiència: el millor per al malalt al menor cost. Sempre el centre de la nostra actuació mèdica ha de ser el malalt concret que estem atenent.

Hem de ser conscients dels conflictes d'interessos que podem tenir per saber prioritzar sempre el malalt i no caure en paranys que justifiquin altres actuacions, sigui per diners, per poder o per prestigi. Per exemple, si necessitem consultar un company ho hem de fer, no ens han de caure els anells per demanar-li l'opinió quan tinguem un dubte, deontològicament hi estem obligats i el company també ha d'ajudar-nos i no quedar-se el malalt ni desprestigiar-nos. Si es tracta d'un projecte de

recerca, sempre hem de prioritzar el malalt i no proposar-li si creiem que serà negatiu per a ell, a part de demanar-li sempre el consentiment per escrit. També li hem de proposar la solució més econòmica, encara que en la medicina privada hi sortim perdent diners.

La por és molt mala consellera. Practicar la medicina amb por és fer mala medicina. La medicina defensiva, que impel·leix els metges a augmentar el nombre de proves diagnòstiques i a fer tractaments pensant en la possible denúncia del malalt, no és ètica, provoca un increment del cost de la sanitat i molèsties al malalt i, al final, no impedeix que siguem denunciats, ans crec que succeeix el contrari, al no tenir prou confiança mútua es toleren pitjor els retards diagnòstics o els resultats menys perfectes i està demostrat que la manca de confiança és la font de les denúncies.

S'ha demostrat que en els darrers sis mesos de vida del malalt és quan més recursos sanitaris es gasten. Si els metges sabéssim per endavant el temps limitat de vida del pacient seria tot més fàcil; el que succeeix és que no ho sabem i li practiquem exploracions i tractaments cars que al cap i a la fi no serveixen per a res o potser per ocasionar un pitjor final al malalt.

L'obligació de resultat no és una responsabilitat ni ètica ni jurídica per als metges (a excepció de la medicina mercantilista, per exemple, de la cirurgia estètica, quan previ pagament assegurin al malalt o malalta, fins i tot amb fotografies, el resultat, però no ens referim a aquesta pràctica). Quan operem un malalt ho fem pel seu bé i si no cometem errors evitables o no ho fem més freqüentment del que les estadístiques donen de bona qualitat de l'assistència i ens apareixen complicacions o es mor el malalt, aleshores no és culpa nostra. Una altra cosa és no estar preparats per fer aquella intervenció, o no estar al dia dels coneixements científics, o fer una pràctica per recerca o per altres motius que no siguin exclusivament el bé del malalt, aleshores hauríem actuat malament, encara que el resultat fos bo.

La bona pràctica clínica és ser al mig dels plats de la balança entre el sobretractament i l'infractament. Si ens passem insistint a donar més i més tractaments a

un malalt preterminal estarem fent *obstinació* terapèutica (paraula amb la qual segueixo el doctor Abel i evito l'*aferrissament* terapèutic, ja que no crec que cap metge vulgui actuar *aferrissadament*). Saber aturar-se i no oferir al malalt i familiar un determinat tractament és molt important per no fer mal al malalt i per l'estalvi econòmic o, millor dit, per no malgastar els diners.

Tampoc és correcte que si tenim un tractament adequat per al

• El copagament pot ajudar al bon ús del sistema sanitari per part dels ciutadans

malalt no li proposem per estalvi econòmic, per complir uns objectius econòmics pactats amb les gerències o per altres motius. En aquest cas estariem fent *sotatractament* i ens hauríem convertit en dobles agents; enganyariem el malalt que ha confiat en el metge.

Els metges hem de saber el cost de cada medicament, de cada prova diagnòstica que demanem, de cada tractament quirúrgic, fil o pròtesi que posem per saber escollir el més adequat al malalt concret amb eficiència. Per exemple, és bo el que es fa de posar una pròtesis metàl·lica més barata i de menys durada a un malalt de 90 anys i una de més cara i de més durada a un altre de 70 anys. Seria ineficient posar al senyor de 90 anys una pròtesi cara de durada garantida de 30 anys si en tenim una de més barata de durada garantida de 20 anys.

La nostra pràctica assistencial és, doncs, gestionar bé els recursos que tenim a les nostres mans. Els metges som gestors responsables de la microgestió, i ho hem de fer bé. Les facultats de Medicina com la de Lleida ja tenen cursos de gestió i economia mèdica, que, en els nous plans d'estudis que s'han de fer properament per la convergència europea, hem d'incloure com a obligatoris, igual que la bioètica i les tècniques i habilitats comu-

natives. En els cursos del programa comú complementari que Catalunya ofereix als residents se n'inclou un de gestió i economia.

Per altra banda, els metges no ens hem de quedar callats quan hi ha greus necessitats de material, instal·lacions, temps o companys professionals de la salut i això repercuteix negativament en la qualitat de l'assistència al malalt. Ho hem de denunciar, primer, als directius del centre sanitari; si no ens fan cas, al Col·legi de Metges, i si tampoc ens en fan, aleshores som lliures de denunciar-ho a altres mitjans. Però callar i fer mala medicina no és una bona praxi.

Tots els ciutadans d'un país tenen dret a la mateixa qualitat de l'assistència. No per viure en un territori diferent a la gran capital hem de tenir menys assistència sanitària. L'equilibri territorial és essencial. Però això no vol dir tenir un hospital a cada poble, sinó un sistema sanitari que doni resposta als malalts d'aquell poble: urgències, desplaçament, atenció al lloc de destí, etc.

Si es construeix un hospital i els metges que hi treballen no atenen prou casos per mantenir-se en forma aleshores el malalt sí que tindrà l'assistència prop de casa, però potser per patir moltes més complicacions. Si se li pregunta, segur que preferirà estar tres dies en un gran centre a 150 quilòmetres i sobreviure, que no 15 dies prop de casa patint complicacions. Això no va contra l'equilibri territorial, ans al contrari, aquelles patologies prevalents, aquelles patologies que per la seva urgència s'han de tractar ràpidament requereixen igualtat de recursos ben distribuïts per isòcrones pel territori que als centres de tercer o alt nivell.

He parlat de l'autogestió, que és la gestió de l'estil de vida de cada persona. És essencial per la seva salut i la de la comunitat, i evidentment té molt a veure amb la despesa sanitària. Els metges hem de fer educació sanitària, ajudar a adquirir hàbits saludables a la població. El copagament pot ajudar al bon ús del sistema sanitari per part dels ciutadans. Han de saber que el sistema sanitari té un cost elevat que no s'ha de malmetre. Qualsevol copagament ha de ser just, no ha de provocar diferències socials ni dificultats d'accés als més necessitats o ens hauríem carregat la societat del

• Cal fer servir sempre el principi d'eficiència si podem confirmar el diagnòstic amb menys cost

benestar i ràpidament empitjoraria l'estat de salut de la població.

Els gerents fan la mesogestió, la gestió dels centres sanitaris amb els pressupostos que reben. Ells sols no la poden fer, necessiten la complicitat dels metges del centre. El diàleg entre gestors i assistencials és essencial. Ha d'haver-hi mútua confiança, sinó no hi ha res a fer. Les acusacions mútues no condueixen a res de bo. Els gestors saben que els metges, amb el talonari de receptes, podem arruïnar el sistema sanitari (demanant moltes proves, etc.), però nosaltres sabem que necessitem els gestors perquè ho facin bé i puguem disposar dels recursos que necessitem per donar una atenció de qualitat als malalts i familiars. Els gestors han de conèixer bé el llenguatge mèdic, per això si són metges millor, però el fet de ser metge no vol dir ser bon gestor; tots coneixem exemples del contrari. Un metge format en gestió és la combinació bona.

Resumint, els metges hem de conèixer els recursos sanitaris limitats i fer-ne gestió ètica, hem de mirar sempre primer el bé del malalt, però tenint en compte els altres malalts i el sistema sanitari i la seva sostenibilitat. Si els polítics, els gestors i els metges i altres professionals de la salut treballem en la mateixa direcció el sistema sanitari actual serà molt millor i els catalans seguirem gaudint de la gratuïtat de l'assistència sanitària com un dret del ciutadà.

Dr. Joan Viñas Salas

Rector de la Universitat de Lleida

El gasto público sanitario es excesivamente bajo

Una característica del sistema público sanitario es que está muy subfinanciado: el gasto público sanitario social es de los más bajos de la Unión Europea de los Quince, el grupo de países más semejantes al nuestro en su nivel de desarrollo económico. El gasto público sanitario como porcentaje del PIB es, junto con Grecia, el más bajo de la UE-15, 5,4% (el

promedio de la UE-15 es 6,4%). Este déficit es incluso mayor cuando se considera el gasto público sanitario por habitante (el mejor indicador para analizar el gasto público sanitario). Según los últimos datos de la OCDE, España se gasta 1.176 unidades de poder de compra (unidades monetarias que tienen la misma capacidad adquisitiva en varios países), la cifra más baja de la UE-15 después de Grecia. El promedio de la UE-15 es mucho mayor, 1.755. En realidad, España se gasta en sanidad pública mucho menos que lo que corresponde por su nivel de riqueza económica. Así, mientras que el PIB por habitante (indicador de desarrollo económico) de España es ya el 86,5% del promedio de la UE-15, el gasto público sanitario por habitante es sólo el 67% del gasto público sanitario por habitante de la UE-15. Si España se gastara en sanidad pública por habitante el 86,5% del promedio de la UE-15 (en lugar del 67%), la sanidad pública española tendría entre 18 y 23 millones de euros más que los que tiene (dependiendo de cómo se defina el tamaño de la población protegida). Éste es el déficit de gasto público sanitario español. En realidad, esta cifra debería incluso ser mayor, puesto que el porcentaje de la población anciana sobre el total de la población es ya mayor en España que en el promedio de la UE-15, y la población anciana consume más gasto público sanitario que el ciudadano promedio del país.

Algunos economistas, favorables al aumento del gasto privado en España, están relativizando este déficit, postulando que España ya se gasta en sanidad lo que le corresponde por su nivel de riqueza, siguiendo un determinismo económico que asume que el nivel de gasto público sanitario viene determinado por el nivel de desarrollo económico.

Este posicionamiento ignora los abundantes estudios que señalan que, en general, las variables más importantes para explicar el gasto público social en general, y el gasto público sanitario en particular, son las variables políticas (ver Navarro, V. (ed.), *The Political and Social Context of Health*, Baywood, 2005). El que los países nórdicos en Europa estén entre los que tienen gastos sanitarios por habitante más

elevados (Suecia, 2.148 upc; Dinamarca, 2.142) se debe a que han estado gobernados por partidos socialdemócratas en la mayoría del periodo siguiente a la Segunda Guerra Mundial (1945-2000), mientras que el hecho de que España (1.176), Grecia (960) y Portugal (1.201) sean los que tengan un gasto menor se debe a que han estado gobernados durante la mayoría de ese periodo por gobiernos conservadores autoritarios con escasa sensibilidad social. Cuando el dictador, el general Franco, murió en 1975, el gasto público sanitario era, con mucho, el más bajo de la Europa Occidental. Es un error ignorar la enorme importancia de las variables políticas para

entender el nivel de desarrollo del Estado de bienestar de un país. El excesivo enfoque disciplinario de gran número de economistas en España les lleva a asumir un determinismo económico que es insuficiente para explicar nuestras realidades.

En realidad, son también factores políticos los que explican que el déficit de gasto público sanita-

rio que España tiene con la UE-15 haya ido aumentando desde 1993, y ello como resultado de que el crecimiento del gasto público sanitario por habitante ha sido mayor en el promedio de la UE-15 que en España. Como consecuencia, el déficit de gasto público sanitario por habitante entre España y el promedio de la UE-15 ha aumentado de 320

El aumento del déficit público sanitario se debe a decisiones políticas de los gobiernos

upc en el año 1993 a 579 upc en el año 2002. Este crecimiento del déficit público sanitario se debe a decisiones políticas tomadas por los gobiernos españoles, que han priorizado la corrección del déficit presupuestario del Estado español (a fin de converger monetariamente con el promedio de la UE-15), en lugar de corregir el déficit público social (incluyendo el déficit público sanitario) que España tenía con el promedio de la UE-15, tal como había ocurrido durante la época democrática anterior.

Es importante subrayar que el déficit presupuestario del Estado español podría haberse reducido mediante un aumento de los impuestos al Estado, alternativa que no se contempló, enfatizándose en su lugar la disminución en la tasa de crecimiento del gasto público sanitario por habitante. Ello determinó el aumento del déficit público sanitario por habitante de España con el resto de la UE-15, puesto que tal gasto continuó creciendo notablemente en la UE-15. De esta manera, el equilibrio presupuestario del Estado español se alcanzó a costa del aumento del déficit público sanitario de España con el promedio de la UE-15. En realidad, este déficit (como puede verse en el gráfico 2 del capítulo "La sanidad en España", en Navarro, V. (ed). *La situación social de España, op. cit.*) aumentó incluso más acentuadamente en el periodo de gobierno conservador que en el periodo socialdemócrata. El programa del gobierno socialdemócrata incluye un compromiso de revertir esta desconvergencia de gasto público social por habitante estimulando la convergencia de gasto público sanitario por habitante con el promedio de gasto público sanitario por habitante de la UE-15. Tal compromiso, sin embargo, no se realizará a no ser que haya una presión social para que ello ocurra.

Ni que decir tiene que el necesario aumento del gasto público sanitario no es suficiente para resolver los enormes problemas que existen en la sanidad española. Es un debate falso, por lo tanto, el debate público en España que se centra en si se necesita mayor financiación o mayor eficiencia en el sistema sanitario público español. Se necesitan ambos.



Pero minimizar la gravedad que supone la enorme subfinanciación del sector público sanitario es un profundo error, pues condena a un deterioro del sector público que únicamente favorece a la medicina privada. Hoy, una consecuencia del bajo gasto público sanitario es la polarización de la sanidad española por clase social. El 30-35% de la población de renta superior (la burguesía, pequeña burguesía y clases medias profesionales de renta alta) utiliza la sanidad privada, mientras que el 65-70% restante de la población (la clase trabajadora y la clase media de renta media y baja) utiliza los servicios públicos sanitarios.

Esta polarización social no es buena ni para los primeros (las clases pudientes) ni para los segundos (las clases populares), puesto que si bien es cierto que la sanidad privada puede, en ocasiones, ser mejor que la pública en aspectos muy importantes como son el confort (una cama por habitación en la clínica privada, por ejemplo), el trato personal y la capacidad de elección, la sanidad pública es, sin embargo, mucho mejor que la privada en la calidad del personal y en la infraestructura tecnológica.

Lo que se requiere es un sistema público con confort para el usuario, con un trato personalizado, con capacidad de elección y con la riqueza científica y tecnológica ya existente. Conseguir este sistema público multiclasista requiere, sin embargo, un gasto público mucho mayor que el actual, gasto público que no tiene por qué excluir a sistemas de copago, regulados por las autoridades públicas, para nuevas prestaciones sanitarias. Pero intentar resolver el enorme déficit de gasto público sanitario a base de estas aportaciones privadas es, además de sobrecargar a las familias (España ya es uno de los países que tiene un porcentaje mayor de gasto privado en la sanidad entre los países europeos), mantener la subfinanciación de la pública, reforzando la polarización social descrita anteriormente.

Una última observación. El enorme déficit sanitario se irá sintiendo cada vez con mayor intensidad debido a una serie de cambios que están ocurriendo en nuestra sociedad, entre los cuales hay que señalar un factor escasamente visible en la literatura econó-

mica y que, en cambio, tiene una enorme importancia. Me estoy refiriendo no sólo al ya conocido envejecimiento de la población, sino también a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

La mujer española ha sufrido las enormes insuficiencias del Estado de bienestar español, que se traduce en la gran escasez no sólo de escuelas de infancia sino también en el poco desarrollo de servicios de ayuda a la dependencia, el gran reto de los servicios sanitarios españoles. La cronicidad de la mayor parte de nuestra morbilidad fuerza a un cambio de la estrategia sanitaria, que se debe orientar más a la atención de lo crónico que a la curación de lo agudo.

En este *tomar cuidado* de la población, la mujer española (máxima responsable del cuidado de la atención a la dependencia) está sobrecargada. Y su deseada y necesaria integración en el mercado de trabajo (como parte de poner en práctica su igualdad de oportunidades) está siendo dificultada por la falta de una infraestructura que permita a la mujer compaginar su compromiso familiar (que debería compartir con el hombre) con su desarrollo profesional. De ahí la enorme demanda popular por el desarrollo de la dimensión sociosanitaria, incluyendo los servicios de dependencia. Y allí es donde la sanidad española está más retrasada, como consecuencia de un enfoque excesivamente biomédico y hospitalocéntrico.

Pasos se están dando en este sentido, y la Ley de Dependencia es una buena muestra de ello. Ahora bien, el desarrollo de esta ley podría afectar significativamente a los servicios sanitarios, aunque ello depende de cómo se realice. En el caso de que se recurriera a la vía socialdemócrata, cuya mayor expresión es el modelo nórdico (siendo Suecia el mejor punto de referencia), se crearían servicios domiciliarios claramente coordinados con los servicios sanitarios, que atenderían

- **La sanidad pública es mejor**
- **que la privada en la calidad del**
- **personal y en la tecnología**

a la población directamente. La otra alternativa sería la tradicionalmente preferida por la democracia cristiana y la tradición liberal: estimular el aseguramiento público (en el caso de la democracia cristiana) o privado (en el caso de la tradición liberal), que, además de incrementar considerablemente los gastos administrativos (en EEUU, estos gastos representan el 25% del aseguramiento), polarizaría por clase social la atención de dependencia, puesto que el aseguramiento, por definición, basa su viabilidad económica en la selección del usuario, dejando los casos más crónicos, de mayor complejidad y exigencia, al sector público y quedándose el aseguramiento con los casos menos exigentes, con la agravante de que la mayoría terminan requiriendo los servicios públicos.

Ni que decir tiene que es aconsejable expresar y experimentar en varios tipos de oferta, pero una decisión clave ya en sus inicios es si vamos a la financiación pública con provisión pública de servicios (que puede tener elementos de copago) o al aseguramiento mixto con provisión privada. Sería un error —que me temo ocurrirá— que se escogiera esta segunda vía.

Vicenç Navarro

Catedrático de Políticas Públicas de la UPF. Director del Programa de Políticas Públicas y Sociales, patrocinado conjuntamente por la UPF y por la The Johns Hopkins University. Coordinador del Anuario Social de España, titulado 'La situación social de España'. Biblioteca Nueva, 2005.

¿Más recursos para la salud?

Más allá de la actual disputa política sobre déficits e insuficiencias financieras de la sanidad, los resultados obtenidos en una investigación reciente indican que

no es del todo cierto que la cifra total de gasto sanitario en España (las diferencias territoriales entre comunidades autónomas requieren aquí un análisis de segundo nivel) sea demasiado baja. Ello es así puesto que el gasto total hoy supone un nivel muy cercano al que corresponde al estado actual de desarrollo económico español (no del catalán) y al conjunto de determinantes conocidos del gasto sanitario.

En lo que se refiere al gasto sanitario público por persona en el año 2001, éste sí resulta entre un 6 y un 12% inferior al que correspondería a España de acuerdo con el nivel de renta y características socioeconómicas. Es decir, alrededor de 0,3 - 0,6 puntos del PIB, lo que equivale a una cuantía estimada entre 60 y 120 euros per cápita y año. Se trata, en todo caso, de cifras todas ellas moderadas que dejan intuir que los problemas de sostenibilidad futura del sistema sanitario español no se resuelven con un simple incremento de financiación (en la supuesta línea de nuestros referentes europeos), sino que pasan sobre todo por prestar una mayor atención a cómo gastamos los recursos (públicos) disponibles. Para ello, y de nuevo, las diversidades territoriales requieren aquí un tratamiento específico.

Con el crecimiento relativo de la renta de los españoles, es previsible que tanto el gasto sanitario privado como el público tiendan a crecer por encima de lo que lo haga nuestro PIB nominal. Ello es probable que se acentúe en comunidades autónomas de elevada renta relativa. Sin embargo, que crezca el gasto sanitario público no implica que la financiación pública de dicho gasto tenga que crecer exclusivamente con cargo al contribuyente, pudiéndolo hacer también el copago del usuario (principio del beneficio).

De hecho, en estudios comparados se observa que los países con coberturas sanitarias más amplias (nuevas prestaciones, más calidad percibida, con intersecciones asistenciales en lo sociosanitario) mantienen mayores copagos (por ejemplo, los países nórdicos) en el total de la financiación sanitaria. Ello es lógico cuando los incrementos de cobertura pueden estar recogiendo prestaciones de menor efectividad terapéutica y más valoración o preferencia individual.

- **El gasto de la**
- **sanidad pública**
- **podría crecer,**
- **en términos**
- **reales, un 35%**
- **hasta el 2013**

Es previsible, por tanto, un incremento de la financiación privada de los servicios sanitarios que reste presión al crecimiento de una mayor carga tributaria en los actuales contextos de competitividad económica internacional. En todo caso, si quiere mantenerse el criterio operativo de necesidad como guía para la asignación de los recursos que esa financiación permita, el control debería ser público, de ahí la importancia de un copago regulado o de una prima complementaria, más que de un pago directo, a efectos de evitar la explotación de los usuarios.

Conviene destacar, en el sentido antes apuntado, que desde el año 1990 hasta el año 2001, el gasto sanitario público ha crecido a un ritmo anual real, descontando el efecto de la inflación, del 2,8%. La variación en la población total y el envejecimiento progresivo de la misma es responsable de poco más de una tercera parte de este crecimiento real, de forma que el crecimiento de la prestación sanitaria media (intensidad de recursos por persona y adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas) ha sido el principal factor que ha contribuido al crecimiento del gasto sanitario público.

Las proyecciones del gasto sanitario público en los próximos diez años (2004-2013) realizadas en nuestro estudio indican un crecimiento promedio esperado que supera también el ritmo de crecimiento del PIB. En el año 2013, el gasto sanitario público se situaría así entre el 5,7% y el 6% del PIB, o sea, no más de entre 0,24 y 0,53 puntos adicionales del PIB, por encima de la cifra del año 2003.

En otros términos, de acuerdo con el escenario base de este estudio, el gasto sanitario público podría crecer, en términos reales, un 35% hasta el año 2013.

El factor con una mayor responsabilidad en el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos diez años continuará siendo, previsiblemente, la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. De ahí la importancia de los estudios coste efectividad de todas las prestaciones sanitarias, incluidos los medicamentos.

A pesar de la importancia relativa de los factores demográficos (aumento de la población y envejecimiento), el crecimiento del gasto sanitario público atribuible a los cambios en la demografía resultaría sostenible sin mayores problemas si el resto de componentes que impulsan el gasto se mantuviera constante. Además, dichas previsiones pueden variar a la baja según cuáles sean las prácticas clínicas seguidas en los estadíos últimos de la enfermedad (desde el encarnizamiento terapéutico hacia los cuidados paliativos y domiciliarios).

Sin ser, pues, menospreciable el envejecimiento relativo de la población, el ritmo esperado de crecimiento del PIB parece que permite hacer frente sin excesivas dificultades al crecimiento atribuible a dicho factor, dentro siempre de coordenadas de utilización razonable de los recursos disponibles. Otro tema distinto es el del impacto de la inmigración en el gasto sanitario público, por el momento mal resuelto en la financiación autonómica de nuestros sistemas autonómicos de salud.

En otro orden de cosas, la estimación del coste por cada año de vida ganado con un aumento del gasto sanitario público en España indica que este coste se sitúa por debajo de los 13.000 euros, cifra aún inferior a la mayoría de los valores generalmente utilizados como cifra de referencia límite para la disposición máxima a pagar por la obtención de un año de vida adicional.

En general, el establecimiento de un umbral de eficiencia, fijado alrededor de los 30.000 euros como coste máximo por cada año de vida adicional ajustado por calidad obtenido con las innovaciones sanitarias, puede representar una guía, genérica aunque no determinista, para las decisiones públicas de asignación de recursos y especialmente para las decisiones de financiación pública de nuevas prestaciones en España, que van a ser la

clave para la sostenibilidad de la financiación pública del gasto sanitario.

Hechas las salvedades anteriores, el crecimiento del gasto sanitario público real hasta el año 2013, según el escenario base de este estudio, es compatible con un incremento real del 2,5% en el consumo real del resto de bienes y servicios por la población española. Para financiar ese aumento del gasto sanitario público la población española destinaría a esta finalidad menos del 7% del aumento real de renta en los próximos diez años.

En conclusión, el problema real no es tanto la factibilidad o sostenibilidad de los aumentos del gasto sanitario público como la deseabilidad social del mismo. Aún cuando nos podamos permitir determinados crecimientos en el gasto, la pregunta relevante, a suscitar en tiempo y lugar, es si éstos valen lo que cuestan.

Al margen de cuál sea la magnitud y deseabilidad del crecimiento del gasto, resulta imprescindible identificar y evaluar de forma objetiva las alternativas para la financiación del mismo: reformas destinadas a mejorar la eficiencia del gasto público (hacer más con lo mismo), reformas destinadas a aumentar la financiación pública y privada del gasto (hacer más con más), y reformas destinadas a priorizar y racionar las prestaciones públicas.

En definitiva, ante la obviedad de que los recursos no caen del cielo, la constatación de que la imposición distorsiona la economía y afecta sin duda al bienestar de los contribuyentes (¿quién voluntariamente paga impuestos?), conviene que todos los propulsores de más gasto público y más financiación impositiva aclaren el destino del gasto con precisión y las fuentes tributarias que se vayan a gravar. Todo ello es necesario si quieren evitar posiciones demagógicas y perseguir efectivamente principios de equidad social. (La publicación del libro *¿Más recursos para la salud?* ha motivado a sus autores a ofrecer, en este breve texto, sus principales conclusiones).

Guillem López Casasnovas
Vicente Ortún Rubio
Jaume Puig-Junoy
Centro de Investigación en
Economía y Salud (CRES) de la
Universitat Pompeu Fabra

Las 12 principales conclusiones del estudio

1 El nivel del gasto sanitario total por persona en España, público y privado, se sitúa en línea (en el ajuste estadístico de regresión), y según los últimos datos disponibles, con el de otros sistemas sanitarios de nuestro entorno (países de la OCDE). Por lo tanto, los resultados obtenidos indican que no es del todo cierto que el total del gasto sanitario en España (las diferencias territoriales requieren aquí un análisis de segundo nivel) sea demasiado bajo, ya que supone un nivel muy cercano al que corresponde a su estado actual de desarrollo económico y al conjunto de determinantes conocidos del gasto sanitario.

2 En lo que se refiere al gasto sanitario público por persona en el año 2001, éste sí resulta entre un 6 y un 12% inferior al que le correspondería de acuerdo con el nivel de renta y características socioeconómicas. Ello supone una cifra de entre 2.300 y 4.600 millones de euros; esto es, en torno a 0,3 y 0,6 puntos del PIB, lo que equivale a una cuantía estimada entre 60 y 120 euros per cápita y año. Cifras todas ellas moderadas, que, dada su cuantía, dejan intuir que los problemas de sostenibilidad futura del sistema sanitario español no se resuelven con un simple incremento de financiación (en la supuesta línea de nuestros referentes europeos), sino que pasan sobre todo por prestar una mayor atención a cómo gastamos los recursos disponibles. Para ello, las diversidades territoriales requieren aquí también un tratamiento específico.

3 En las actuales coordenadas socioeconómicas, de crecimiento relativo de la renta de los españoles, es previsible que tanto el gasto sanitario privado como el público tiendan



¿Más recursos para la salud?

Autores:

Jaume Puig-Junoy (director)
Guillem López-Casasnovas
Vicente Ortún Rubio

Colaboradores:

Albert Castellanos
Ivan Planas Miret
Anna García-Altés
Anna Merino-Castelló
Pilar García Gómez
Universitat Pompeu Fabra (UPF)
Centro de Investigación en
Economía y Salud (CRES-UPF),
<http://www.upf.es/cres>

a crecer por encima de lo que lo haga nuestro PIB nominal. Ello es probable que se acentúe en comunidades autónomas de elevada renta relativa. Sin embargo, que crezca el gasto sanitario público no implica que la financiación pública de dicho gasto tenga que crecer exclusivamente con cargo al contribuyente, pudiéndolo hacer también el copago del usuario. Conviene, en este sentido, deshacer la confusión de que incremento de gasto público es sinónimo de un aumento de financiación impositiva sobre la base de la capacidad de pago del contribuyente.

4 En efecto, dados los niveles de utilización de servicios sanitarios observados, resulta también relevante y esperable la decisión de que parte se financie de acuerdo con el principio del beneficio, ya a través de impues-

tos indirectos sobre determinados consumos sanitarios o a través de fórmulas de participación del usuario. De hecho, en estudios comparados, se observa que los países con carteras de coberturas más amplias (nuevas prestaciones, más calidad percibida, con intersecciones asistenciales en lo sociosanitario) mantienen porcentualmente mayores copagos (por ejemplo, los países nórdicos). Ello es lógico cuando los incrementos de cobertura pueden estar recogiendo prestaciones de menor efectividad terapéutica y más valoración o preferencia individual. Es previsible, por tanto, un incremento de la financiación privada de los servicios sanitarios. Si quiere mantenerse el criterio operativo de necesidad como guía para la asignación de los recursos que esa financiación permita, el control debería ser público, de ahí la importancia de un copago regulado o de una prima complementaria, más que de un pago directo, a efectos de evitar la explotación de los usuarios y el desvío de fondos públicos.

5 Conviene destacar, en el sentido antes apuntado, que desde el año 1990 hasta el año 2001, el gasto sanitario público ha crecido a un ritmo anual real, descontando el efecto de la inflación, del 2,8%. Para dicho incremento, la variación en la población total y el envejecimiento progresivo de la misma es responsable de poco más de una tercera parte de este crecimiento real, de forma que el crecimiento de la prestación sanitaria media (intensidad de recursos por persona y adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas) ha sido el principal factor que ha contribuido al crecimiento del gasto sanitario público.

6 Las proyecciones del gasto sanitario público en los próximos diez años (2004-2013) realizadas en nuestro estudio indican un crecimiento promedio esperado que supera también el ritmo de crecimiento del PIB. En el año 2013, el gasto sanitario público se situaría así entre el 5,7% y el 6% del PIB, o sea, no más de entre 0,24 y 0,53 puntos adicionales del PIB, por encima de la cifra del año 2003. En otros

términos, de acuerdo con el escenario base de este estudio, el gasto sanitario público podría crecer, en términos reales, un 35% hasta el año 2013.

7 El factor con una mayor responsabilidad en el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos diez años continuará siendo previsiblemente la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. De ahí la importancia de los estudios coste efectividad de todas las prestaciones sanitarias, incluidos los medicamentos.

8 A pesar de la importancia relativa de los factores demográficos (aumento de la población y envejecimiento), el crecimiento del gasto sanitario público atribuible a los cambios en la demografía resultaría sostenible sin mayores problemas si el resto de componentes que impulsan el gasto se mantuviera constante. Además, dichas previsiones pueden variar a la baja según cuáles sean las prácticas clínicas seguidas en los estadios últimos de la enfermedad (desde el encarnizamiento terapéutico hacia los cuidados paliativos y domiciliarios). Sin ser pues menospreciable el envejecimiento relativo de la población, el ritmo esperado de crecimiento del PIB parece pues que permite hacer frente sin excesivas dificultades al crecimiento atribuible a dicho factor, dentro siempre de coordenadas de utilización razonable de los recursos disponibles. Otro tema distinto es el del impacto de la inmigración en el gasto sanitario público, por el momento mal resuelto en la financiación autonómica de nuestros sistemas autonómicos de salud.

9 En otro orden de cosas, la estimación del coste por cada año de vida ganado con un aumento del gasto sanitario público en España, en el contexto aproximativo de una función de producción simple, indica que este coste se sitúa por debajo de los 13.000 euros, cifra aún inferior a la mayoría de los valores generalmente utilizados como cifra de referencia límite para la disposición máxima a pagar por la obtención de un año de vida adicional.

10 En general, el establecimiento de un umbral de eficiencia, fijado alrededor de los 30.000 euros como coste máximo por cada año de vida adicional ajustado por calidad obtenido con las innovaciones sanitarias, puede representar una guía, genérica aunque no determinista, para las decisiones públicas de asignación de recursos, y especialmente para las decisiones de financiación pública de nuevas prestaciones en España, que van a ser clave para la sostenibilidad de la financiación pública del gasto sanitario.

11 Hechas las salvedades anteriores, el crecimiento del gasto sanitario público real hasta el año 2013, según el escenario base de este estudio, es compatible con un incremento real del 2,5% en el consumo real del resto de bienes y servicios por la población española. Para financiar ese aumento del gasto sanitario público la población española destinaría a esta finalidad menos del 7% del aumento real de renta en los próximos diez años. Tal como hemos comentado, las previsiones de impacto de la demografía sobre el gasto sanitario público en España, al igual que en muchos otros países, indican una contribución moderada al crecimiento del gasto público, que se calcula alrededor del 0,9-1% de aumento anual.

12 En conclusión, el problema real no es tanto la factibilidad o sostenibilidad de los aumentos del gasto sanitario público como la deseabilidad social del mismo. Aun cuando nos podamos permitir determinados crecimientos en el gasto, la pregunta relevante, a suscitar en tiempo y lugar, es si éstos valen lo que cuestan. Al margen de cual sea la magnitud y deseabilidad del crecimiento del gasto, resulta imprescindible identificar y evaluar las alternativas para la financiación del mismo: reformas destinadas a mejorar la eficiencia del gasto público (hacer más con lo mismo), reformas destinadas a aumentar la financiación pública y privada del gasto (hacer más con más), y reformas destinadas a priorizar y racionar las prestaciones públicas para todos los usuarios.

Projecte 'Maternitat Segura' de Medicus Mundi

El projecte 'Maternitat Segura' té com a objectiu reduir la mortalitat maternoinfantil a Gaza (Moçambic), gràcies a la creació de centres que puguin oferir cures d'obstetrícia d'emergència bàsica i ampliada als districtes sanitaris de Chokwe, Mabalane, Guijà i Massingir. El Col·legi de Metges ha entregat el Premi a la Solidaritat a aquest projecte de Medicus Mundi.

Mariola Espejo, Dr. Eduard Gascón i Dra. Montse Esquerda · Medicus Mundi Catalunya

Avui una dona està a punt de ser mare. El seu marit, però, està treballant i, sense el seu consentiment, ella no podria desplaçar-se a l'hospital. De tota manera, tot i que ell fos amb ella, tot i que volgués que el part es produís en les millors condicions, s'hauria d'enfrontar a altres dificultats afegides: el centre sanitari més proper es troba a 120 quilòmetres; no hi ha transport per al desplaçament (només hi ha una ambulància al districte, però tant se val si està o no disponible, perquè no hi ha mitjà de comunicació per avisar-la) i, a més, les principals vies de comunicació estan inundades. És època de pluges. Massingir, província de Gaza.

Aquest relat és fictici però és molt proper a milers de situacions reals que es reiteren any rere any al sud de l'Àfrica. El resultat d'aquesta situació és un índex de morbiditat i mortalitat maternes que no deixa d'augmentar. Es calcula que, als països menys avançats econòmicament, es registren, en l'actualitat, 16 morts maternes per cada una de les que hi ha als països més rics.

Al districte sanitari de Massingir, a Gaza (Moçambic), només el 25,5% de parts que es van realitzar el 2003 es van produir de manera institucional, és a dir, en un centre sanitari amb personal preparat per atendre'ls. Aquests, però, no van ser els únics parts a la zona. De

fet, la cobertura prenatal o les visites mèdiques a embarassades van arribar al 100% en aquest mateix centre.

Què va passar, doncs, amb el 74,5% de parts restants?

Sens dubte, un molt elevat percentatge d'aquests va passar a formar part de les estadístiques de morbiditat i mortalitat materna, que creixen any rere any en aquesta zona del món.

Reduir aquesta taxa i institucionalitzar el màxim de parts possibles és el principal objectiu del projecte *Maternitat Segura* que Medicus Mundi Catalunya duu a terme a la província de Gaza, a Moçambic.

El projecte, finançat per la Unió Europea, té una durada de tres anys i vol reduir la mortalitat maternoinfantil a través de la creació de centres que puguin oferir cures d'obstetrícia d'emergència bàsica i ampliada als districtes sanitaris de Chokwe, Mabalane, Guijà i Massingir. Un altre dels objectius específics del projecte és millorar l'accés de les dones a serveis amb cures obstètriques d'emergència, incloent-hi l'atenció d'emergència mitjançant la millora dels tres nivells on es prenen decisions que salven vides: la comunitat, el sistema de referència i les unitats sanitàries.

Precisament, l'accés de les dones als centres sanitaris és una de les principals problemàtiques a l'hora de garantir una maternitat segura en una zona amb un



El projecte de *Maternitat Segura* preveu crear una xarxa de consulta per radiofonia



gran índex de dispersió geogràfica de la població. En aquest sentit, la distància dels habitatges de les mares al centre sanitari més proper oscil·len de mitjana entre els 60 i els 120 quilòmetres. Si, a més a més, és té en compte que els centres sanitaris són precaris, el transport públic és deficient i la flota d'ambulàncies és escassa, molt antiga i realitza multiplicitat de serveis, a més de les emergències, el panorama és desolador.

Maternitat i sida

Aquest projecte de maternitat segura no oblidia l'impacte que l'epidèmia de la sida està tenint en aquestes comunitats. El risc de morir a conseqüència de malalties vinculades a la vida sexual i reproductiva és més gran per a les dones, que formen el grup més vulnerable. En aquest context, l'acció proposada, encara que limitada als factors que causen mortalitat materna a causa de raons obstètriques, facilita al mateix temps totes les accions del MISAU en el programa de lluita HIV-AIDS i resulta complementària amb el projecte de sida que Medicus Mundi Catalunya, amb el suport econòmic de la Unió Europea, duu a terme també a Moçambic.

L'acció de Medicus Mundi Catalunya

La intervenció de Medicus Mundi Catalunya sempre té en compte la mateixa comunitat afectada. És per

això, i com a base de suport sociocultural, que es proposa un estudi d'antropologia aplicada a la xarxa sanitària amb la intenció d'optimitzar totes les intervencions proposades i construir ponts d'interacció efectiva entre les comunitats i les institucions que presten serveis de salut.

El projecte *Maternitat Segura* té tres àmbits d'actuació: la comunitat, el sistema de referència i les unitats sanitàries. En aquest sentit, un dels principals objectius és realitzar un estudi sociocultural que doni resposta, per exemple,

a com es viu la maternitat en aquestes comunitats, quines persones hi intervenen, qui pren les decisions i en quin moment..., per conèixer les causes de la baixa cobertura d'assistència institucional al part i adaptar les accions a la realitat cultural.

Pel que fa al sistema de referència, el projecte preveu, entre altres coses, proveir d'una dotació d'ambulàncies i crear una xarxa de comunicació i consulta per radiofonia. Per últim, i pel que fa als mateixos centres de salut, el programa preveu millores en les infra-

estructures i els equipaments amb la construcció de noves cases d'espera per a dones embarassades, que permetin que aquestes esperin el part a prop del centre de salut, així com capacitar el personal maternoinfantil per atendre els parts en les millors condicions possibles.

En definitiva, el projecte de Medicus Mundi Catalunya voldria aconseguir que aquella dona que, com la de l'inici d'aquest article, ha de viure un part, ho faci en condicions dignes i pugui ser mare amb tota la seguretat.

Acte de lliurament del premi als representants de Medicus Mundi

El president del Col·legi de Metges de Lleida, Xavier Rodamilans, va entregar el V Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del COML als representants de l'entitat Medicus Mundi Catalunya pel projecte *Maternitat Segura*, que estan portant a terme a Gaza, Moçambic. El premi, dotat amb 6.000 euros, té com a objectiu contribuir al finançament de la iniciativa. El projecte pretén reduir la mortalitat maternoinfantil a través de la creació de més centres.

Foto: Laurent Sansen



Els sèniors assisteixen a la junta central de Madrid

Activitats dels sèniors del Col·legi de Metges de Lleida des de l'1 d'octubre fins al 31 de desembre de 2005:

5 d'octubre: reunió a Barcelona dels responsables provincials de l'Agrupació de Metges Jubilats de Catalunya. Objectiu: buscar fórmules per fer activitats conjuntes amb els quatre representants i coordinar les aportacions a les assemblees generals del Consell General de l'OMC.

10 de novembre: reunió de la junta de la secció per parlar de diferents temes com el dinar de Nadal, possibles activitats amb jubilats de Catalunya, comentar la reunió amb els membres del *Butlletí Mèdic*, informar la secció de jubilats del web del Col·legi, donar explicacions dels ajornaments de les reunions a Madrid i preparació de la convocatòria de la nostra propera assemblea.

25 de novembre: junta

central a Madrid. El president de l'OMC va fer una explicació dels canvis i motivacions en la institució, que es van aportar a l'assemblea del 21 de desembre.

15 de desembre: reunió de la junta de la secció per comentar els temes de la junta central i preparar l'assemblea del dia 21. A



La secció va celebrar el dinar de Nadal a l'Hotel Condes de Urgel

més, es va fer una acurada i debatuda lectura i posterior tramesa al secretari del Col·legi de les conclusions de l'*Estudi de necessitats dels professionals de la medicina relacionades amb el moment de la jubilació. Catalunya 2005.*

21 de desembre: assemblea de la secció. L'ordre del dia va ser:

1.- Lectura i aprovació, si escau, de l'acta de l'assemblea anterior.

2.- Informe de presidència.

3.- Activitats portades a terme i propostes futures.

4.- Proposta i aprovació del pressupost de la secció per al 2006.

5.- Torn obert de paraules (es van tractar els temes que, prèviament, havien estat lliurats acompanyant la convocatòria i s'hi van fer aportacions durant l'assemblea).

21 de desembre: dinar de Nadal celebrat a l'Hotel Condes de Urgel, amb 64 assistents. Independentment de l'àpat, que també va ser molt important, l'ambient va resultar força agradable i, a més, vam comptar amb la presència de deu vídues de companys. Vam desitjar-nos pau, solidaritat i alegria, i llarga vida per a la secció i el Col·legi. A més, ja es va demanar quines noves propostes hi ha per fer activitats culturals, d'oci i gastronòmiques. Hem de manifestar la satisfacció i l'agraïment dels membres de la junta de la secció per la resposta dels membres del col·lectiu.

Dr. Emilià Astudillo

L'activitat hidroteràpica de Camil Castells a Lleida i a Alcarràs

El doctor Camil Castells va néixer a Lleida el 19 de setembre de 1854. Era fill del doctor Martí Castells i germà de la doctora Martina Castells. Llicenciat a Barcelona el 1875, es doctorà el 1880. Psiquiatre i metge de banys, va ser director dels balnearis de Caldes de Montbui (1878), Quinto (1888), Caldes de Boí (1889), Lanjarón (1890), Caldes de Boí (1891), Caldes d'Estrac i Titus (1892) i de Porvenia de Miranda (1896).

Home actiu i emprenedor, la seva abnegada dedicació a la hidrologia mèdica l'impulsà a crear dos molt ben dotats complexos hidroteràpics: L'Establiment Hidroteràpic a la ciutat de Lleida i el balneari La Salutífera a la veïna vila d'Alcarràs.

L'Establiment Hidroteràpic del doctor Castells

El 15 de maig de 1885 va ser inaugurat a Lleida L'Establiment Hidroteràpic del Dr. Castells, situat als baixos del que va ser xalet vil·la, al número 1 del carrer Marquès de Vila Antònia, xamfrà amb la rambla de Ferran. Va ser enderrocat el 1907 per construir el que seria casal dels Mangrané, interessant edifici modernista que malauradament també va ser demolit a la dècada dels anys 50 per edificar una entitat bancària.

Al molt ben dotat complex hidroteràpic no hi mancava cap de les més modernes instal·lacions conegudes a l'època.

L'establiment el formaven, en primer lloc, el despatx de consulta del director metge, a l'antesala del qual, el doctor Castells, entusiasta afeccionat a la història natural, exposava en vitrines adequades la seva col·lecció de fòssils, insectes,

Doctors Manuel Camps i Clemente i Manuel Camps i Surroca

mol·luscos, crustacis, aus i rèptils. Ja al soterrani, hi havia un gimnàs complementari del sistema curatiu i per un passadís s'accedia a les sales de banys amb les corresponents banyeres de marbre. Després, seguia una gran sala dotada d'un moderníssim sistema de dutxes que rajaven a pressió, regulades per un manubri, ja que a Lleida el servei d'electricitat públic no s'establí fins a l'any 1893.

Completaven el sistema hidroteràpic, un departament conegut amb el nom de *les estufes*, amb sis llits, i el d'inhalacions, dotat de quatre aparells inhaladors amb els quals s'administraven els medicaments necessaris als malalts amb afeccions respiratòries. Finalment, a l'extrem, hi havia una caldera de vapor suficient per a les necessitats de l'establiment i que podia resistir fins a cinc atmos-

feres de pressió. A la inauguració hi assistiren la junta col·legial en ple i pràcticament la totalitat de la resta de metges de Lleida. Després de la visita, els assistents es traslladaren a la propera Fonda d'Espanya, on el doctor Castells els obsequià amb un excel·lent sopar.

En acabar, s'inicià un animat col·loqui en el qual intervingueren com a parlamentaris els doctors Oriol Combelles, president del Colegio Médico Quirúrgico, Casals, Llorens, Bañeres, Malet, Planas, Freixa, Fontanals, Viladrich, Sol Torrens, Ferrer y Garcés, Morera, Jover, Marià Torres i Pérez Dalmau.

El doctor Castells, després d'agrair l'assistència a l'acte, comunicà a tots els presents la seva satisfacció pels informes facilitats pel governador civil sobre la millora i obertura de dos camins que facilitaríen el trasllat dels malalts a la important

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Balneari d'Alcarràs

Joies úniques

De la sèrie "Piràmide",
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

estació termal de Caldes de Boí. En primer lloc, s'accelerarien les obres de la carretera entre Tremp i Àger pel congost de Terradets, la qual cosa evitaria haver de passar des d'Artesa pel port de Comiols. I, en segon lloc, la de la Pobla de Segur al Pont de Suert. Aleshores, arribats en carruatge des de Lleida fins a la Pobla, s'havia de prosseguir el recorregut en cavalleria (15 hores) per camins de ferradura fins a Boí, la qual cosa suposava una jornada i mitja de camí, fent nit al Pont de Suert.

Comunicà també la seva decisió de dur a terme el projecte iniciat pel seu pare, el doctor Martí Castells, i ja aprovat pel Ministeri per RO, de 15 de març de 1887, d'obrir un balneari a Alcarràs, aprofitant la immillorable qualitat medicinal de les aigües del brollador de l'esmentada localitat.

Balneari La Salutífera d'Alcarràs

Alcarràs disposa d'un doll d'aigües medicinals documentat universalment, que, en el seu temps, va tenir una merescuda fama. Aquestes aigües ja les coneixien i se'n beneficiaven els romans.

En segles posteriors, els vilatans, de manera intuïtiva, sabien que certes malalties de la pell milloraven o guarien si es rentaven amb aquestes aigües les parts afectades. Va ser el fat qui, propiciant l'esdeveniment de dues inesperades casualitats, va fer que fossin conegudes arreu.

La primera es va donar quan un veí d'Alcarràs decidí visitar-se a la consulta que a la plaça de Sant Joan de Lleida tenia el metge Martí Castells. En el decurs de la conversa es comentà que a Alcarràs hi havia una font l'aigua de la qual guaria les malalties de la pell i no servia per regar els horts perquè, si es feia, les verdures es pansien.

Al doctor Castells, que a més de psiquiatre era metge de balnearis, li va interessar i va valorar molt positivament la notícia. Fill de metge i nét de cirurgià, el doctor Martí Castells havia nascut a Almenar el 30 de setembre de 1813.

La segona i decisiva casualitat va ser el 29 de maig de 1868. L'esmentat metge Martí Castells, quan retornava d'una consulta mèdica que havia fet al poble de Soses, el tilburi en què viatjava topà violentament amb la diligència de Seròs. En ser el tilburi un carruatge molt lleuger, descobert i tirat per un sol cavall, apte només per a dues persones, no és d'estranyar que el resultat d'aquell fort impacte amb una pesada diligència fos de conseqüències molt serioses per al seu ocupant. I així va ser.

L'accident ocasionà al doctor Castells lesions tan greus a la cama



Casa Mangrané situada al lloc on va ser l'Establiment Hidroteràpic del Dr. Castells (cantonada rambla de Ferran i carrer Marquès de Villa Antònia)

dreta que no es va gosar, amb els mitjans de transport d'aleshores, traslladar-lo a Lleida pel perill d'ocasionar-li grans sofriments. S'optà per hostatjar-lo en una casa d'Alcarràs, on es va veure obligat a fer-hi estada durant el llarg període de disset dies, sota l'assistència del metge local Ramon Jover. El 14 de juny, ja millorat, va ser conduït a petició pròpia al seu domicili de Lleida. El trasllat es va fer en una llitera duta per vuit homes, molt lentament, per evitar tota mena de sacsejades que li aguditzaven els dolors.

Aquella obligada estada a Alcarràs, en repòs absolut, li va fer recordar les qualitats d'aquella font que ja coneixia i gestà la idea de fundar un balneari per donar-les a conèixer. Les aigües del balneari estaven classificades com a "cloruradosòdiques i bicarbonatades fredes".

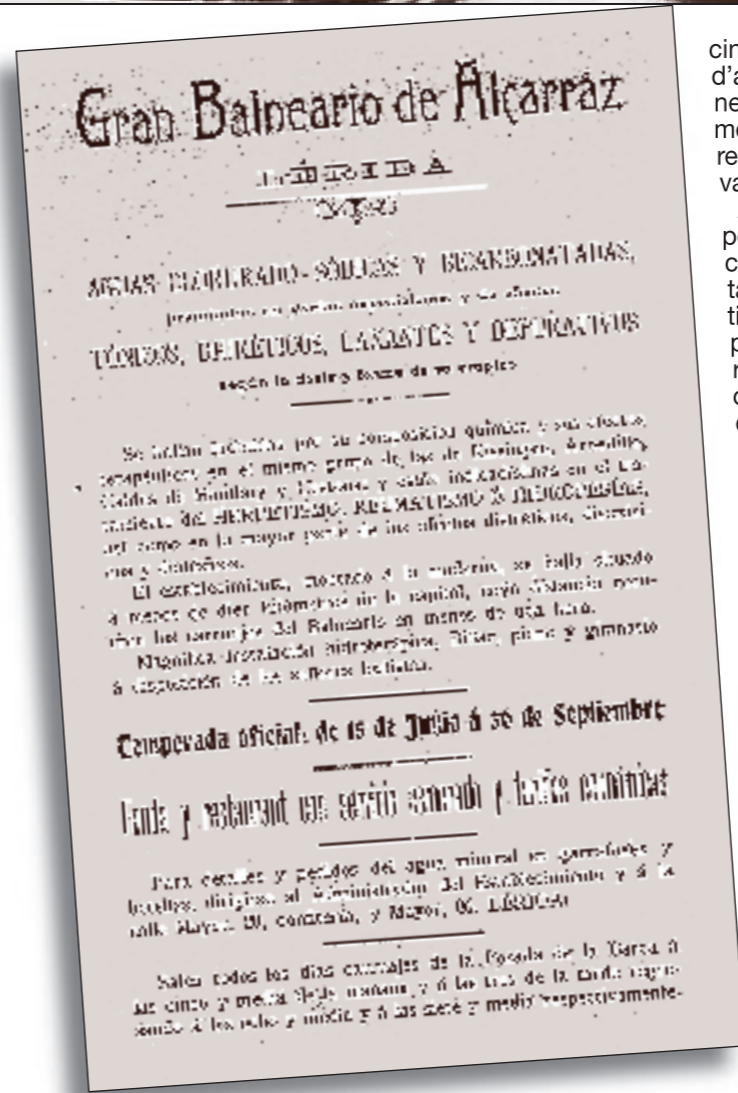
Segons l'anàlisi practicada pel doctor Munner, la composició era:	
Àcid carbònic lliure	12,88 g x 1.000
Bicarbonat ferrós	0,025 g x 1.000
Bicarbonat càlcic	0,032 g x 1.000
Fosfat fèrric	0,014 g x 1.000
Silicat sòdic	0,018 g x 1.000
Bromur sòdic	indicis
Clorur sòdic	4,750 g x 1.000
Clorur càlcic	0,170 g x 1.000
Clorur magnèsic	1,420 g x 1.000
Sulfat càlcic	2,856 g x 1.000
Sulfat magnèsic	0,540 g x 1.000
Nitrat de calç	0,559 g x 1.000
Alúmina	indicis g x 1.000

Matèria orgànica	abundant
El seu pes específic:	1,00906 g

Pleyan de Porta, en el seu *Diccionario geográfico-etimológico*, les descriu així: "Carecen estas aguas de sabor desagradable, obran como desobstruyentes a la dosis de 100 a 250 según la edad y especial complejion de cada individuo y sin causar molestia alguna. En baño constituyen un precioso recurso terapéutico por su acción antiidiastésica. Su uso es el mejor medio profiláctico contra la apoplejía y los estados fluxionarios del cerebro, de la matriz, riñones, etc. Producen admirables resultados en el escrofulismo, gastroenteritis, infartos esplenico-hepáticos, ascitis y muy invertebrados de todas clases. Son de éxito prodigioso en los desarreglos de las funciones uterinas y en la curación de las enfermedades de la piel (herpes, erisipela, eczema, etc.)."

El doctor Castells va publicar, entre moltes d'altres, l'obra *Memòria sobre el manantial de Alcarràs*. Atinent a les seves qualitats, l'Administració va declarar-lo d'interès públic i va ser premiat en l'Exposició Balneològica de Frankfurt de 1881 i Universal de Barcelona de 1888.

Amb molta il·lusió i entusiasme, el doctor Martí Castells inicià les gestions per endegar la construcció del que seria el seu balneari. Però no trobava un lloc idoni per fer-ho i si algun li semblava bé, l'enginyer oficial de mines no li autoritzava la construcció. Després d'estudiar les possibilitats que li oferien alguns terrenys lliures de construccions propers al poble, va considerar que el més idoni era una heretat de terra d'horta de 30 jornals de superfície,



propietat del Duc de Solferino, coneguda aleshores amb el nom de Els Diumenges i situada solament a cinquanta metres al sud de la població.

Considerà que era el més apte per la seva extensió, perquè era factible fer-hi arribar l'aigua procedent del doll i podria disposar de l'impres-

cindible subministrament d'aigua potable per a les necessitats de l'establiment. L'aigua mineral es recolliria en un pou excavat a la plaça de la Bassa. Aquest pou s'ompliria per mitjà d'un seguit de canonades que transportarien l'aigua des de distints punts de captació, punts en els quals, encara avui, hi flueix amb més o menys intensitat. Conduir-la del pou al balneari no representava cap problema, amb una simple i única canonada era suficient. L'aigua potable es faria arribar des de la propera sèquia a un dipòsit de 60.000 litres de cabuda, amb un filtre per quan fos tèrbola. D'aquella finca escollí una peça rectangular de 2.514,25 metres quadrats, amb el costat més llarg (de 56,50 metres) paral·lel al camí del Riu i el més curt (de 40,50 metres) paral·lel i a 1 metre de la sèquia. En tot moment, el duc de Solferino va intentar, sense aconseguir-ho, impedir l'expropiació. Després de parlar amb el doctor Castells, comunicà al seu administrador de Lleida que li havia semblat que era un "visionari". Fins i tot dubtava que disposés de la preceptiva RO d'expropiació. El plànol de l'edifici amb totes les dependències va ser aprovat per RO de 15 març de 1887. Constava de dos edificis i un ampli

jardí. El primer edifici tenia dues plantes. La primera o baixa, reservada a acollir els despatxos del director i l'administrador, sala d'espera, sala de reunions, restaurant, cuina, estança per omplir les botelles i sala de la font, on els malalts podien beure l'aigua recomanada pel servei mèdic.

A la segona hi havia les habitacions per als residents. Cinc eren simples i n'hi havia una altra més gran amb alcova. El segon edifici estava destinat a residència del director i propietari del centre. És aquest l'únic element que actualment es conserva.

Malauradament, el doctor Martí Castells va morir a Barcelona el 2 d'abril de 1887. Per tant, no va poder veure ni tan sols iniciades les obres d'aquell balneari que amb tant entusiasme havia planejat. Va ser el seu fill Camil qui va reprendre i ultimà l'obra del balneari d'Alcarràs.

Camil Castells, com el seu pare, tenia la consulta mèdica de psiquiatria a la plaça de Sant Joan de Lleida. Republicà federal, va formar part del grup polític d'aquella tendència, format per Ramon Castejón i Albert Camps, entre d'altres. Va ser també integrant del cercle impulsor de la Renaixença lleidatana.

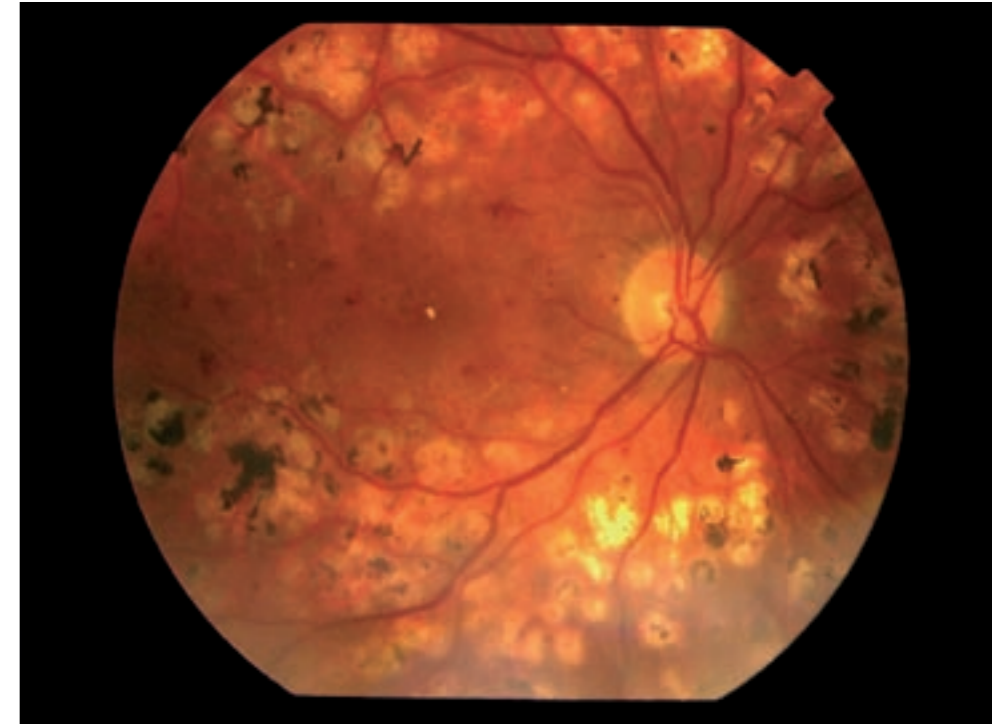
Conegut amb el nom de La Salutífera, l'establiment va ser finalment obert al públic l'estiu de 1896. A l'acte de la inauguració, que va ser molt solemne, hi assistiren les autoritats provincials i locals i, com en el cas de Lleida, el bo i millor de la medicina lleidatana d'aleshores: els doctors Arrugaeta, Banyeres, Bellí, Constantí, Inglés, Llorens, Massip, Mercé, Petit, Marià Torres, Vicens i Vilaplana, entre moltes altres personalitats.

L'establiment era obert del 15 de juny al 15 de setembre. A més dels vehicles que habitualment comunicaven Alcarràs amb Lleida, s'organitzà un servei propi de carruatges amb sortida de la ciutat a dos quarts de sis del matí i a les quatre de la tarda, i d'Alcarràs, a les vuit del matí i a dos quarts de vuit del vespre. El preu del viatge era d'una pesseta.

Malgrat l'empenta inicial, tant el balneari d'Alcarràs com l'Establiment Hidroteràpic de Lleida tingueren una vida curta, ja que el seu impulsor i director, el doctor Castells, emmalaltí d'una afecció psíquica que l'invalidà professionalment.

L'any 1939, el que restava de l'edifici que havia estat balneari, molt deteriorat a conseqüència de la passada guerra, va ser habilitat com a caserna per a la Guàrdia Civil.

És incompreensible que Alcarràs, amb la seva gran empenta econòmica, no hagi procurat rehabilitar un establiment hidroteràpic tan acreditat com va ser el seu i que encara avui continua enregistrat en tots els tractats d'hidrologia mèdica.



De izquierda a derecha; fondo de ojo normal, retinopatía diabética, retinopatía diabética proliferativa tratada con láser y papiledema

Telemedicina aplicada al cribaje de la retinopatía diabética

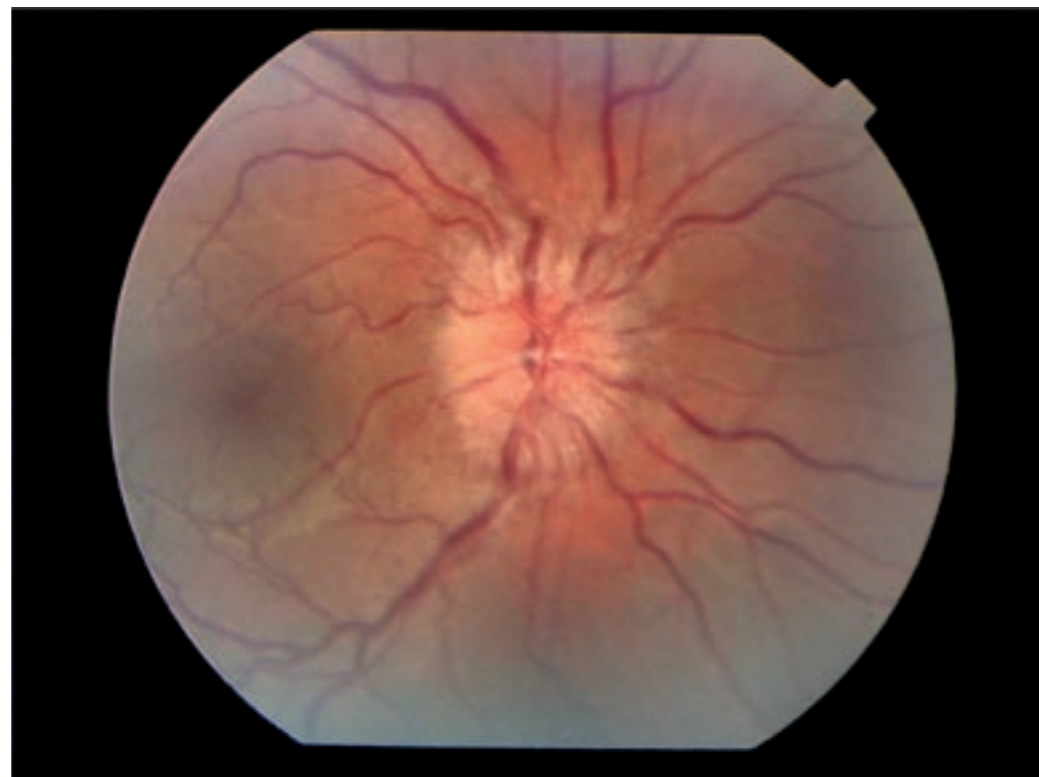
Dr. Miquel Buti Soler · *Coordinador de Metodología, Avaluació i Qualitat*
Dr. Abel Sala Carrascón · *Oftalmòleg de l'Institut Lleida d'Oftalmologia*

La teleoftalmología se ha venido realizando durante años con fotografías y diapositivas, sin embargo ha sido en los últimos años cuando ha adquirido un mayor desarrollo gracias a la fotografía digital y la transmisión de imágenes por Internet. Estas nuevas tecnologías son herramientas útiles en el diagnóstico y seguimiento de múltiples enfermedades oculares, especialmente en poblaciones rurales dispersas.

Otro paso decisivo en la fotografía de la retina ha sido el desarrollo de las cámaras no midriáticas, que permiten realizar fotos sin necesidad de dilatar las pupilas. Aunque estas cámaras tienen una limitación en el caso de pupilas pequeñas y opacidades en la córnea y el cristalino, que se estima entre un 5% y un 10% de los casos, tienen la enorme ventaja que las fotografías pueden

ser realizadas por técnicos y posteriormente evaluadas a distancia por oftalmólogos.

Desde el mes de octubre, el Área Básica de Tremp, en colaboración con el Instituto Lleida de Oftalmología (ILO), está realizando un estudio piloto de cribaje de los pacientes diabéticos de esta área. En este estudio, un oftalmólogo valora las fotos y, además, los propios médicos de familia de los pacientes valoran si existe retinopatía diabética (RD) y el paciente necesita ser derivado al oftalmólogo. Este sistema permitiría enviar pacientes a la consulta de oftalmología de forma más selectiva, de manera que se optimizarían mejor los recursos y se reducirían las listas de espera. El Pirineo leridano, con su geografía montañosa y su población dispersa en pequeños núcleos rurales, es un



lugar idóneo para desarrollar el uso de la telemedicina. Si este sistema resulta eficaz, se podría extender a otras áreas básicas.

La diabetes *mellitus* (DM) es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad de la sociedad actual, además, la prevalencia de la de tipo I va aumentando lentamente, mientras que la de tipo II aumenta de forma exponencial. Así, se estima que la cifra de diabéticos a escala mundial es de 300 millones de personas¹. A pesar de las campañas de prevención, la DM es

la primera causa de ceguera legal entre los 20 y los 70 años. Diversos estudios multicéntricos han demostrado que la incidencia de ceguera por DM puede reducirse de forma significativa con un tratamiento precoz con láser². La declaración de Saint Vincent establece como objetivo la reducción en un tercio de la ceguera producida por DM³.

Para que el tratamiento sea eficaz, ha de realizarse en una fase inicial, antes de la aparición de síntomas, y ello exige la identificación sistemática de los casos tratables por

medio de programas de cribaje. Por tanto, la retinopatía diabética (RD) cumple todos los criterios para los programas de cribaje, puesto que es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable. Sin embargo, se estima que entre un 40% y un 45% de los diabéticos que se podrían beneficiar de la detección y el tratamiento precoz de la RD siguen sin pasar por los programas de cribaje⁴. Actualmente, en nuestro país, la mayoría de los programas de cribaje son realizados por el oftalmólogo. Por este motivo, muchas veces las listas de espera se disparan para una consulta especializada con el oftalmólogo. Diversos países han incorporado las nuevas tecnologías para hacer los programas de cribaje de la RD más rentables y más accesibles a sus pacientes, especialmente en poblaciones rurales^{5, 6, 7}.

Las nuevas tecnologías

La aparición de las cámaras digitales no midriáticas (no necesitan dilatar la pupila farmacológicamente) y su incorporación a los programas de cribaje de la RD ha despertado un gran interés, como se puede ver por el aumento en el número de publicaciones que han surgido comparando esta cámara con los métodos tradicionales. La mayoría de estos estudios han concluido que si bien una simple foto del fondo del ojo no sustituye a una revisión exhaustiva ocular, hay evidencias suficientes para poderla utilizar como método de cribaje en la RD⁸.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) King, H.; Aubert, R.E.; Herman, W.H. "Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates and projections". *Diabetes Care*, 1998; 21: 1414-1431.
- (2) Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Group. "Classification of diabetic retinopathy from fluorescein angiograms: ETDRS Report Number 11". *Ophthalmology*, 1991; 98: 807-22.
- (3) International Diabetes Federation. "Diabetes care and research in Europe: St Vincent's Declaration". *Diabet Med.*, 1990; 7: 360.
- (4) Brechner, R.J.; Cowie, C.C.; Howie, L.J.; et al. "Ophthalmologic examination among adults with diagnosed diabetes mellitus". *JAMA*, 1993; 270: 1714-1718.
- (5) James, M.; Turner, D.A.; Broadbent, D.M.; et al. "Cost effectiveness analysis of screening for sight threatening diabetic eye disease". *BMJ*, 2000; 320: 1627-31.
- (6) Choremis, J.; Chow, D.R. "Use of telemedicine in screening for diabetic retinopathy". *Can J Ophthalmol.*, 2003; 38(7): 575-9.
- (7) Taylor, R. "Practical community screening for diabetic retinopathy using the mobile retinal camera: report of a 12 centre study". British Diabetic Association Mobile Retinal Screening Group. *Diabet Med*, 1996; 13: 946-952.
- (8) Williams, G.A.; Scott, I.U.; Haller, J.A.; et al. "Single-field fundus photography for Diabetic Retinopathy screening". *Ophthalmology*, 2004; 111: 1055-1062.

Teledermatologia: la tecnologia al servei del pacient amb lesions cutànies

Dr. David Riba · Metge de família, ABS Tremp

Ens situem en un petit poble del Pallars. La senyora Blanca, de 82 anys, aprofita quan baixa a mercat a la capital de comarca per fer-se visitar pel metge. Fa temps que té una pigu a la cara i li vol consultar, ha sentit a dir que a la Solita de cal Manco n'hi han tret una que era dolenta. La Blanca ha sortit de casa a les 7.00 del matí i entra a la consulta del metge a les 11.00, després d'haver comprat la fruita a aquella gent que puja de Balaguer. A la consulta, el metge avalua la lesió cutània (figura 1) i té dubtes del diagnòstic. El preocupa més el neguit que manifesta la pacient (possible malignitat) que no pas la lesió. El facultatiu posaria la mà al foc que es tracta d'una queratosis seboreica (figura 4), però té uns trets diferencials respecte a les habituals i necessita confirmar-ho. Així li manifesta a la pacient i li diu que vol que la visiti el dermatòleg. El doctor redacta un volant preferent a l'especialista, a Lleida.

La Blanca ha sortit preocupada, el problema no l'ha pogut resoldre prop de casa i ara s'ha de desplaçar. Els administratius li confirmen l'hora de visita a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova per al cap de 15 dies (quinze dies?, - es pregunta!). Ara ha de demanar a algú que la baixi a Sort per poder agafar el cotxe de línia fins a Lleida. La combinació li anirà justa, ja que, si tot va bé, l'autobús arribarà a la capital 30 minuts abans de la visita. Espera no tenir problemes. El dia programat arriba i la pacient entra acompanyada de la seva jove a la visita.

- Que n'és, de jove, el dermatòleg! -pensa la Blanca.

- No es preocupi senyora, aquesta pigu que té a la cara, tal com li va dir el seu metge de capçalera, és una queratosis seboreica. És una pigu que apareix a la gent gran i que mai es farà dolenta.

- I no me la pot treure, doctor?

- Aquí al consultori no ho acostumem a fer. Només toquem les que són molt grosses o les que molesten per la seva localització. Com vostè pot veure,

aquesta que té és petita, gairebé no es veu i no li molesta per a res. És millor no tocar-la!

Un cop arriba a casa, la pacient reflexiona mentre fa mitja.

- Renoi, per una pigu sense importància he hagut de patir la incertesa del diagnòstic durant 15 dies, he hagut de fer dues consultes (al metge de capçalera i a l'especialista), a la meua edat he hagut d'invertir tot un dia per baixar a Lleida i, damunt, la jove ha perdut un dia de feina. A més, ens hem hagut de desplaçar 120 quilòmetres de baixada i 120 quilòmetres de pujada, i torno a casa sense que m'hagin aplicat cap tractament per treure'm la pigu! En aquest país hem estat, estem i estarem endarrerits, pensa la senyora Blanca.

Aquest és el recorregut que en l'actualitat ha de viure un pacient quan s'ha d'anar a visitar a un especialista. I la situació pot empitjorar en el cas que hi hagi segones i terceres visites per conèixer resultats de biòpsies, millora de tractaments aplicats...

La província de Lleida té una gran dispersió geogràfica, fet que dificulta atansar el sistema sanitari al ciutadà. Fins ara, l'usuari s'ha hagut d'espavilar per fer-se visitar.

Avui en dia, i gràcies als avenços tecnològics, el sistema sanitari pot apropar-se molt més al pacient. En aquest cas concret, la informàtica i la tecnologia digital poden oferir un servei útil i eficient al pacient¹. Un circuit estandaritzat de consulta teledermatològica pot resoldre el problema clínic del pacient sense necessitat de fer el gran desplaçament i, sobretot, sense perdre resolució diagnòstica ni terapèutica.

La teledermatologia no és res més que la interconsulta que es realitza al metge especialista sense la necessitat que els facultatius (especialista i de primària) i el pacient coincideixin en el lloc i en el temps². La forma més eficient per fer aquesta interconsulta és a través de l'ús de la fotografia digital, tot i que es pot fer a través d'una webcam amb una bona resolució.

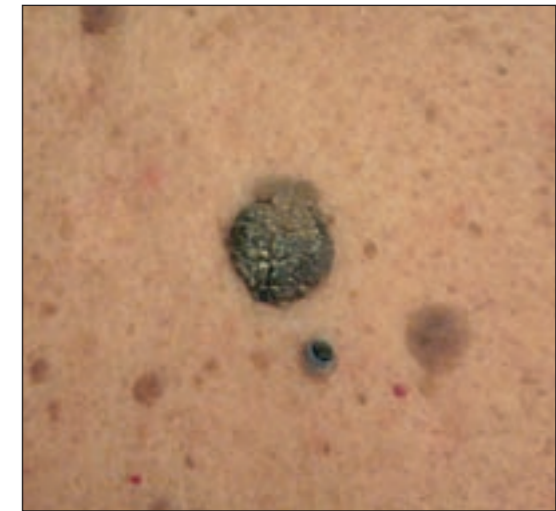


Figura 1. A la dreta a dalt, imatge de la pigu. Figura 2. A l'esquerra, el metge fotografia la pacient. Figura 3. A la dreta a baix, imatge de la falsa tinya

◆ **Lleida té una gran dispersió que dificulta l'atansament al ciutadà**

◆ **La fotografia digital i la 'webcam' permeten la teledermatologia**

◆ **Falta una aposta institucional per fer realitat la telemedicina**

Aquesta darrera opció té l'inconvenient que el pacient i el facultatiu han de coincidir temporalment.

I això com funcionaria?

El pacient acudeix a la consulta del seu metge de família. El facultatiu fa diverses fotografies digitals de la lesió dubtosa, explica al pacient que s'enviaran a un especialista perquè les revisi i després obtindran el diagnòstic.

El facultatiu, en acabar la consulta del dia, tria les millors imatges, crea un correu electrònic o comparteix un programa informàtic en xarxa amb el dermatòleg de referència i li remet la interconsulta. L'especialista rep el missatge i redacta el seu diagnòstic. El metge de família obté el resultat de la interconsulta amb diagnòstic, tractament o actitud clínica i es posa en contacte amb el seu pacient per comentar-li.

Avui en dia, les càmeres de fotografia digital són una realitat en l'equipament dels nostres centres¹. Ens permeten l'obtenció d'imatges a la consulta per a diverses finalitats: fer interconsulta telemàtica, guardar imatges radiològiques interessants per emmagatzemar-les a l'historial informatitzat del pacient, crear la pròpia iconografia personal, guardar

imatges per il·lustrar un cas clínic que ens interessi publicar...

La facilitat en el seu maneig, el poc ensinistrament requerit, la independència dels laboratoris fotogràfics per a la visualització de les imatges, la poca despesa econòmica que suposa després de la inversió inicial i la seva universalització en detriment de la fotografia convencional són trets a favor de l'ús de la fotografia digital en medicina³.

Per contra, també cal comentar que pel seu ús es necessita tenir uns mínims coneixements d'informàtica (maneig d'arxius informàtics, ús de programes d'imatge), disposar d'un ordinador amb uns requisits mínims (connexió USB, 256 Mb o més de memòria RAM i software d'imatge) i tenir temps i ganes de fer-ho!

La fotografia digital ens obre les portes a la telemedicina⁴. En concret, les especialitats mèdiques fonamentades en la imatge -l'oftalmologia, la radiologia i la dermatologia, en aquest cas- es poden beneficiar dels avantatges que aporta.

Crear un circuit de teledermatologia a la nostra província hauria de ser un projecte per millorar la qualitat assistencial i aportar beneficis en tots els sentits:

1.- Al pacient: li garanteix la qualitat

assistencial, té elevat poder resolutiu (pocs pacients hauran de mobilitzar-se per no haver-se resolt el cas per telemedicina) i evita desplaçaments.

2.- Al sistema sanitari: descongessa la consulta de l'especialista i afavoreix la interrelació entre medicina primària i hospitalària.

3.- Al metge de família: li facilita la implicació per resoldre el procés clínic del pacient i afavoreix la seva formació continuada.

Els avenços tecnològics

Els avenços tecnològics han fet que la senyora Blanca vegi les coses d'una altra manera. Han passat tres anys i ara té 85 anys. Fa uns dies, va baixar a la perruqueria i la noia que li rentava el cap li va dir que tenia molta caspa. Com a altres clientes, li va aconsellar que ho comentés al metge de capçalera. La senyora Blanca va aprofitar un dia de mercat per anar a veure el metge. El doctor va tenir dubtes i li va dir que s'havia de consultar el dermatòleg.

- Doctor, no m'ho pot resoldre vostè? No em veig amb cor de baixar a Lleida a la meua edat -li va manifestar amb

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Concursos Artístics per a Metges

2006

Sisena edició

Poesia | Narrativa breu | Dibuix i Pintura | Fotografia

La convocatòria està oberta a tots els metges col·legiats de Catalunya i els seus cònjuges.

El veredictes el farà públic el Jurat Qualificador de cada especialitat, el dia 23 de maig de 2006 a les 18 h, a la Sala d'Actes del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

El Jurat Qualificador l'integraran persones de prestigi en les arts convocades. S'atorgaran dos premis per cada especialitat: *Tritó* de Plata a les obres guanyadores i *Tritó* de Bronze a les obres finalistes.

Els premis que s'atorguen, *Tritó* de Plata i *Tritó* de Bronze, són obra d'Eusebi Arnau –escultor– i Lluís Masriera –joier–, grans artistes representatius del modernisme català.

Organitza:

Secció Col·legial de Metges Jubilats del COMB

Promou:



CONSELL DE COL·LEGIATS DE METGES DE CATALUNYA



Figura 4. El metge de capçalera avalua la lesió cutània de la pacient

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

preocupació.

- No es preocupi, senyora Blanca, podem consultar el dermatòleg sense que s'hagi de moure de casa –va dir-li el metge.

Així doncs, va treure la càmera, que ja tenia carregada i preparada al calaix, i li va fer una sèrie de fotos buscant la màxima qualitat, tal com li havien ensenyat en aquell curs de tècnica fotogràfica (figura 2). En acabar la consulta, va aprofitar per mirar les fotografies i seleccionar-les. El metge va enviar un correu electrònic a l'especialista, li va explicar l'anamnesi i l'exploració física i va adjuntar les imatges al cos del document.

El doctor sabia que el dermatòleg li donaria resposta abans de 72 hores, per tant, ja havia avançat a la senyora Blanca que quan baixés el proper dia de mercat l'anés a veure, que ja en sabia el resultat.

I així va ser, la resposta del dermatòleg va ser que patia una falsa tinya amiantàcia (figura 3) i li va recomanar que provés un tractament tòpic per resoldre-ho.

El tractament va anar perfecte. La pacient va tornar al cap de tres setmanes a la consulta per oferir una bossa de nous al metge en senyal d'agraïment i li va fer el següent comentari:

- Això (la telemedicina) és l'avenç més important des que vaig veure el primer cotxe de motor amb els propis ulls!

La telerealtat a Lleida

Després d'un any de proves i de

compartir pacients entre els metges de família de l'ABS Tremp i el Servei de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, els resultats de l'experiència han estat satisfactoris des del punt de vista clínic però desmoralitzadors en alguns aspectes pràctics.

Clínicament han participat en l'experiència 6 facultatius de primària i un especialista hospitalari. S'han compartit en un any al voltant de 100 casos i el nivell de resolució ha estat del 97% (no parlem en termes d'exactitud diagnòstica si no quant a actitud resoluciva: tranquil·litat del diagnòstic clínic, necessitat de biopsiar, necessitat de valoració *in situ*...). Els diagnòstics observats estan documentats a la taula 1.

TAULA 1. Descripció percentual dels diagnòstics sindròmics

Tumor queratòsic	14,5 %
Onicopatia	7,2 %
Infecció cutània	8,7 %
Tumor pigmentat	7,2 %
Lesions orals	8,7 %
Plaques eritematoescamoses	8,7 %
Màcula hiperpigmentada	8,7 %
Lesions purpúriques	5,7 %
Lesions eczematoses	11,4 %
Vasculitis	4,4 %
Màcula hipopigmentada	1,4 %
Pruïja	1,4 %
Lesions eritematoedematoses	7,2 %
Hipertricosi	1,4 %
Diagnòstic incert	1,4 %
No patologia	2 %

En definitiva, l'autor de l'article valora que, a hores d'ara, disposem de la tecnologia i els recursos materials apropiats, els nostres pacients poden veure's molt beneficiats d'un programa assistencial en aquesta línia, s'han fet els estudis pràctics del circuit d'interconsulta *on-line* i s'ha valorat positivament la seva utilitat, però manca una aposta institucional ferma per fer-ne una realitat més generalitzable.

Existeixen aspectes importants que cal tenir en compte, com ara la pressió assistencial, el temps de dedicació necessari (variable determinant) i els dilemes ètics lligats a l'equitat i l'accessibilitat d'uns usuaris vers altres segons les possibilitats de cada zona i del seu metge de família.

En aquest sentit, caldria valorar la pertinència i l'eficiència d'implantar aquest tipus de programa i també de posar els recursos adients per garantir-ne la seva posada en pràctica. Fins que aquests conceptes no quedin clars, experiències com les que us hem explicat quedaran en simples aproximacions a una activitat semiútil.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Soler-González, J.; Riba Torrecillas, D.; Rodríguez-Rosich, A.; Ribera Pibernat, M. "Fotografia digital en atención primaria". *FMC*, 2003; 10: 536-43.
- 2.- Wooton, R. "Telemedicine". *Br. Med. J.*, 2001; 323: 557-60.
- 3.- Barco, L.; Iglesias, C.; Barco, I.; Riba, D. "Fotografia digital frente a fotografía convencional en dermatología". *Piel*, 2001; 16: 60-2.
- 4.- Ribera, M.; Peñas, P.F.; Barco, L. "La tele-dermatología hoy". *Piel*, 2001; 16: 225-237.

Alteraciones nutricionales en el paciente oncológico

Dr. M. Mira, Dr. J.A. Carceller, Dra. E. García, Dr. J.E. Baquedano i Dr. A. Rodríguez · Servei de Radioteràpia i Medicina Intensiva. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Facultat de Medicina (UdL)

La malnutrición tiene un impacto negativo en el paciente con cáncer, independientemente del tipo de tumor, de la fase de la enfermedad y de los tratamientos aplicados. Influye en el pronóstico de la enfermedad, en la toxicidad y en la respuesta a los tratamientos. Asimismo, se sabe que aumenta la morbilidad, la duración y la frecuencia de los ingresos hospitalarios, disminuye la calidad de vida y es la responsable directa de hasta el 20% de las muertes.

Una de las principales causas de malnutrición es la anorexia, definida como la pérdida de apetito o el desinterés por la comida. La caquexia es el grado más extremo de anorexia, en el cual se añade, además, anemia, astenia, saciedad precoz y una enorme devastación de los tejidos, en especial del músculo esquelético. La anorexia es el síntoma que más frecuentemente refiere un paciente¹ con enfermedad neoplásica, aparece en el 15-40% en el momento del diagnóstico y estas cifras aumentan hasta el 80% en el caso de enfermedad avanzada². Entre los tumores que lo presentan con mayor severidad están los cánceres de estómago, páncreas y los de cabeza y cuello, y en el extremo opuesto están los de mama, los hematológicos y los sarcomas.

Se ha postulado que si se consiguiese detener o revertir este síndrome se podría influir favorablemente en la historia natural de la enfermedad y, aunque no se pretenda tratar el cáncer, se podrían disminuir las complicaciones de los tratamientos oncológicos, mejorar su respuesta, mejorar la calidad de vida de los pacientes y en última instancia aumentar su supervivencia.

Etiología

Son muchas las causas que influyen en el síndrome caquexia-anorexia³ y

las podemos dividir en causas relacionadas con el paciente, causas relacionadas con el tumor y causas relacionadas con los tratamientos empleados (figura 1).

Entre las causas más importantes está la liberación por parte del tumor o del huésped de citocinas como la caquectina o TNF (secretada por los macrófagos), que inhibe la lipoproteína lipasa. Otras sustancias implicadas son las interleucinas IL-1, IL-6, el interferón gamma y el factor inductor de la lipólisis.

Mecanismos de desnutrición

Los mecanismos a través de los cuales aparece la desnutrición se pueden dividir en:

- Falta de aporte de nutrientes y energía debido principalmente a la anorexia.
- Alteraciones en la digestión o absorción de nutrientes, bien por invasión tumoral o por secuelas del tratamiento (resecciones intestinales).
- Alteraciones en la utilización de nutrientes por mecanismos no muy bien conocidos y que sólo revierten si se cura el tumor. El metabolismo de los hidratos de carbono está alterado con resistencia a la insulina y con depleción del glucógeno hepático, que produce un aumento de la neoglucogénesis. En el meta-

bolismo proteico hay un predominio de la proteólisis muscular a través del sistema ATP dependiente ubiquitina-proteasoma y aumento de la apoptosis⁴.

- Mediadores de la caquexia, que son sustancias secretadas por el tumor que originan proteólisis como son el factor lipomovilizador, las citocinas que inhiben la lipoproteína lipasa, interleucinas IL-1, IL-6, PIF (factor inductor de proteólisis), hormonas peptídicas como la insulina y el glucagón o la leptina, que producen sensación de saciedad y disminuyen a su vez la ingesta y aumentan el estado anabólico.
- Aumento de las necesidades nutricionales por la elevada actividad metabólica, tanto del tumor como en el huésped, que conduce a una elevación del gasto energético incluso en reposo y por un hipermetabolismo exagerado.

Consecuencias de la desnutrición

La desnutrición en el enfermo con cáncer produce:

- Disminución de la calidad de vida⁵ por la sensación de debilidad y cansancio, que altera el ritmo de vida, restringe la actividad social y predispone a la depresión.
- Pérdida de masa magra, que puede llegar hasta el 30-40% y ocasionar la muerte del individuo.
- Disminución de la masa muscular, con atrofia, rotura de microfibrillas y edema intersticial, que origina una disminución de la fuerza y resistencia al esfuerzo.
- Alteraciones en el aparato respiratorio. Disminución de la contractilidad del diafragma y de los músculos respiratorios, con reducción de la capacidad vital y de la ventilación pulmonar. Disminuye la potencia túsígena y la movilidad de los cilios, lo que favorece la aparición de atelectasias e infecciones.
- Alteraciones cardíacas, con disminución del grosor de la pared ventricular y su capacidad de contractilidad. Existe hipotensión, bradicardia y prolongación del espacio QT.
- Alteraciones inmunológicas, con una deficiente síntesis de proteínas que altera las barreras mecánicas como la piel y las mucosas. Existe

PSICOLÓGICAS	LOCALIZACIÓN TUMORAL	SUSTANCIAS HORMONALES	YATROGENIA
--------------	----------------------	-----------------------	------------

Figura 1. Causas que influyen en el síndrome caquexia-anorexia

Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente

Teniendo en cuenta el formulario, señale lo que corresponda a cada dato clínico para realizar la evaluación final:

DATO CLÍNICO	A	B	C
Pérdida de peso	<5%	5-10%	>10%
Alimentación	normal	deterioro leve/moderado	deterioro grave
Impedimentos para la ingesta	NO	leves/moderados	graves
Deterioro de actividad	NO	leve/moderado	grave
Edad	≤65	>65	>85
Úlceras por presión	NO	NO	SI
Fiebre/corticoides	NO	leve/moderada	elevada
Tratamiento antineoplásico	bajo riesgo	medio riesgo	alto riesgo
Pérdida adiposa	NO	leve/moderada	elevada
Pérdida muscular	NO	leve/moderada	elevada
Edemas/ascitis	NO	leve/moderados	importantes
Albumina (previa al tratamiento)	>3,5 g/dl	3,0-3,5 g/dl	<3,0 g/dl
Prealbumina (tras el tratamiento)	>18 mg/dl	15-18 mg/dl	<15 mg/dl

VALORACIÓN FINAL

A	Bien nutrido
B	Moderadamente desnutrido o con riesgo de desarrollar desnutrición
C	Severamente desnutrido

Valorar según clasificación predominante, con especial atención a: pérdida de peso, albúmina y prealbúmina.

Modificado de Baker, JP⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾

Figura 2. La Valoración Global Subjetiva (VGS) predice la incidencia de complicaciones en pacientes oncológicos

una disminución de la inmunidad, sobre todo de la celular, con déficit de linfocitos, alteración en el cociente CD4/CD8 y disminución de la actividad fagocitaria y bactericida de monocitos y neutrófilos.

- Alteraciones digestivas, con atrofia de vellosidades intestinales y disminución de secreciones, que conduce a un síndrome de malabsorción y diarrea que se manifiesta más claramente durante la realimentación.

Valoración del estado nutricional

Para poder identificar a los pacientes malnutridos se utilizan:

- Valores antropométricos: peso, talla, índice de masa corporal y la pérdida de peso, que son parámetros fáciles de utilizar. La impedanciometría es un sistema sencillo y reproducible de evaluación de la composición corporal. Se basa en la aplicación de una corriente eléctrica de bajos potenciales e intensidad a distintas frecuencias, que se transmite de forma distinta

a través de los músculos que de la grasa, siendo mayor la conducción por el músculo. Con esto se detecta la masa magra, la masa grasa y el contenido de agua.

- Determinación de proteínas plasmáticas: se valora el compartimento proteico y para ello se utilizan los niveles de albúmina, la prealbúmina, la transferrina y la proteína transportadora del retinol.
- Tests rápidos: valoran el estado nutricional y son muy útiles. Entre ellos tenemos:
 - Mini Nutritional Assessment (MNA), que ha sido desarrollado específicamente y validado para la gente anciana, institucionalizada y hospitalizada.
 - Valoración Global Subjetiva (VGS), que se desarrolló en los años 80 y predice la incidencia de complicaciones en pacientes oncológicos, permitiendo predecir quién se beneficiará de una intervención nutricional. El Grupo de Trabajo de Nutrición y Cáncer de la Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA) ha modificado

el formato original de Ottery⁶ y ha presentado una herramienta validada y aplicada a nuestro entorno⁷ (figura 2).

Tratamiento nutricional

La mayoría de autores están de acuerdo en afirmar que el soporte nutricional puede recuperar la masa magra, las proteínas y la inmunocompetencia del paciente oncológico, ya que este síndrome revertirá si se cura el tumor⁸. La estrategia nutricional a utilizar comienza con consejos dietéticos, seguidos de alimentación básica adaptada (ABA), para continuar con la utilización de suplementos nutricionales y/o fármacos. En el último peldaño estaría la nutrición artificial.

Los consejos dietéticos se usan como primera medida y se intenta que el paciente adopte una modificación de sus hábitos alimentarios. Esto incluye una lista de recomendaciones de higiene dietética. Hay estudios que demuestran que tan sólo con los con-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

sejos se mejora el estado nutricional y se mejora la calidad de vida⁹.

Una alternativa vàlida a la alimentaci3n normal es la Alimentaci3n B3sica Adaptada (ABA), que son dietas trituradas, comercializadas y equilibradas, con alto contenido proteico y f3ciles de preparar. Existen preparados en el mercado que modifican la textura como son los gelificantes y espesantes, que se adaptan a las necesidades en cada fase de la enfermedad. Es importante recordar que siempre que sea necesario se debe instaurar tratamiento especifico para combatir el dolor, la disfagia o cualquier sintoma que presente el paciente y que vaya a interferir o dificultar su alimentaci3n.

El siguiente paso es la utilizaci3n de f3rmacos y/o suplementos nutricionales. Entre los m3s estudiados est3 el acetato de megestrol, que es capaz de aumentar el apetito y el peso a expensas de la masa magra. La dosis administrada¹⁰ oscila entre 360 y 800 mg/d3a y no se ha demostrado que dosis m3s altas sean m3s eficaces¹¹.

Los glucocorticoides producen aumento de apetito y de peso, pero por retenci3n de agua, sin modificar la masa magra. Debido a los numerosos efectos secundarios que producen, s3lo est3n indicados durante cortos espacios de tiempo. La ciproheptadina, los anabolizantes esteroideos (fluoximesterona, nandrolona), la melatonina y los cannabinoides (dronabinol) no han acabado de mostrar su verdadera eficacia y se necesitan m3s estudios para aconsejar su utilizaci3n de forma rutinaria.

Los suplementos nutricionales son f3rmulas que complementan la alimentaci3n normal y su principal indicaci3n es en aquellos pacientes cuya ingesta

vaya a ser insuficiente. Es importante advertir al paciente que los suplementos no sustituyen a la comida sino que complementan una ingesta inadecuada, por lo que aconsejaremos su utilizaci3n fuera de las comidas, por ejemplo, conjuntamente con la medicaci3n habitual, sustituyendo al agua y al ir a dormir.

Se pueden complementar con nutrientes especificos como:

- **3cidos grasos omega-3:** est3n implicados en la modulaci3n de los mecanismos de defensa del organismo, en la respuesta inflamatoria, en la integridad de la barrera intestinal, la oxigenaci3n tisular y el metabolismo nitrogenado. En los 3ltimos a3os han aparecido numerosos estudios que demuestran su efecto beneficioso en el paciente oncol3gico^{12,13,14,15}. Los m3s importantes de cara a su utilizaci3n son el 3cido eicosapentanoico (EPA) y el 3cido docosahexanoico (DHA).
- **Amino3cidos:** la complementaci3n con leucina favorece la s3ntesis proteica al inhibir la prote3lisis mediada por el sistema ATP-ubiquitina dependiente¹⁶. La arginina es otro de los amino3cidos que estimula la inmunidad, frena el crecimiento tumoral y la aparici3n de met3stasis¹⁷. La metionina es un amino3cido que inicia la s3ntesis proteica, favorece la metilaci3n del DNA y act3a como protector frente a la oxidaci3n¹⁸.
- La vitamina E: es un factor antioxidante e inmunoestimulante que tiene adem3s un efecto antiinflamatorio al disminuir la producci3n de prostaglandinas.

Nutrici3n artificial

Quando la ingesta es insuficiente,

a pesar de los suplementos, debe plantearse una nutrici3n artificial. Esta r3a indicada en todo paciente que no puede o no debe comer por v3a oral. En 2002, la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) public3 una *guideline* para la utilizaci3n de la nutrici3n artificial bas3ndose en niveles de evidencia, siendo el A el m3s alto y el C, el menor. Las recomendaciones que sugiere son las siguientes:

- Los pacientes con c3ncer est3n en riesgo nutricional y deben ser evaluados (B).
- El soporte nutricional (SN) preoperatorio puede ser beneficioso en pacientes moderadamente o gravemente desnutridos (A).
- El soporte nutricional no debe ser utilizado de forma rutinaria en los pacientes sometidos a cirug3a oncol3gica, a quimioterapia y a radioterapia en abdomen o cabeza y cuello (A).
- El SN es apropiado en pacientes desnutridos y en quienes se sabe que tendr3n problemas con la ingesta o absorci3n de nutrientes (C).
- El SN en pacientes terminales, como medida paliativa, raramente est3 indicado (B).

Posteriormente, otra sociedad, la American Gastroenterological Association, elabor3 otra *guideline* para la utilizaci3n de la nutrici3n enteral con las siguientes recomendaciones:

- No se debe dejar m3s de dos semanas sin iniciar soporte nutricional.
- La nutrici3n enteral es preferible a la parenteral.
- Para per3odos < 30 d3as se aconseja sonda nasog3strica.
- La gastrostom3a est3 justificada para per3odos de m3s de 30 d3as.

BIBLIOGRAF3A

- 1- Nelson, K.A.; Walsh, D.; Sheehan, A. "The cancer anorexia-cachexia syndrome". *J Clin Oncol*, 1994; 12:213-25.
- 2- Dewys, W.D.; Begg, C.; et al. "Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group". *Am J Med*, 1980, 69(4):491-7.
- 3- Casado, S.; Colomer, R. "Bases moleculares del s3ndrome anorexia-caquexia. Nuevos nutrientes". *Revista de Oncolog3a*, 2004; 6: 46-51.
- 4- Llovera, M.; Garc3a-Mart3nez, C.; et al. "Muscle wasting associated with cachexia is linked to an important activation of the ATP-dependent ubiquitin-mediated proteolysis". *Int J Cancer*, 1995; 61:138-41.
- 5- Van Bokhorst, D.E.; et al. "Parenteral enteral nutrition and qua-

- lity of life of severely malnourished head and neck cancer patients: a randomized clinical trial". *Clin Nutr*, 2000;19: 437-44.
- 6- Ottery, F.D. "Oncology patient-generated SGA of nutritional status". *Nutr Oncol*, 1994; 1:9.
 - 7- G3mez Candela, C.; Rodr3guez Su3rez; et al. *Intervenci3n nutricional en el paciente oncol3gico adulto*. Barcelona: Ed Glosa, 2003.
 - 8- Rumley, T.O.; et al. "Valor del sost3n nutricional en pacientes cancerosos adultos". *Surg Clin Nort Am*, 1986; 66:1175-92.
 - 9- Potter, J.; Langhorne, P.; et al. "Routine protein energy supplementation in adults: systematic review". *BMJ*, 1998; 317:495-501.
 - 10- Pardo, J.; Mena, A.; et al. *Megestrol acetate for anorexia in luna cancer patients undergoing radiation therapy. A randomized*

- trial comparing the efficacy of two different doses in 130 patients*. Proceedings of ASCO thirty-ninth annual meeting 2003.
- 11- Maltoni, M.; et al. "High-dose progestagens for the treatment of cancer anorexia-cachexia: a systematic review of randomised clinical trials". *Ann Oncol*, 2001; 12:289-300.
 - 12- Barber, M.D.; Fearon, K.C.; et al. "Effect of a fish oil-enriched nutritional supplement on metabolic mediators in patients with pancreatic cancer cachexia". *Nutr Cancer*, 2001; 40(2): 118-124.
 - 13- Fearon, K.H.; et al. "An energy and protein dense, high n-3 fatty acid oral supplement promotes weight gain in cancer cachexia". *Eur J Cancer*, 2001; 37 (Suppl 6): S27-8.
 - 14- Bruera, E.; Strasser, F.; et al. "Effect of fish oil on appetite and other symptoms in patients with

- advanced cancer and anorexia-cachexia: a double blind placebo controlled study". *J Clin Oncol*, 2003; 1:129-34.
- 15- Elaine, W. "Omega-3 Fatty Acids to Augment Cancer Therapy". *J Nutr*, 2002; 132: 3508S-3512S.
 - 16- Busquets, S.; 3lvarez, V.; et al. "Branched-chain aminoacids inhibit proteolysis in rat skeletal muscle: mechanism involved". *J Cell Physiol*, 2000; 184:380-4
 - 17- Novaes, R.M.; Lima, L.A.; et al. "Pharmacological effects of arginine supplementation in rats with Walker 256 solid tumor". *Arch Latinoam Nutr*, 2000; 50(3) 230-6.
 - 18- Anderson, M.E. "Glutathione: an overview of biosynthesis and modulation". *Chem Biol Interac*, 1998; 112: 1-14.

Internet i videojocs, noves addiccions

Dr. 3ngel Pedra Camats · Psiquiatre

Que enrere queden els records dels jocs que es feien els anys 60 i 70 com saltar a corda, jugar a papes i mames, a metges, a policies i lladres... Tots aquests jocs s3n hist3ria, ara els videojocs i Internet acaparen el temps d'oci i de f3milia de petits i grans. El m3n infantil dedica 1.400 hores a aquestes noves diversions (a l'escola n'hi destina 1.000) amb temes com la viol3ncia, la infidelitat, l'adulteri, les drogues i el sexe (durant l'any 2004, la televisi3n va emetre en horari infantil, de les 14.00 a les 20.00 hores, 2.700 escenes de viol3ncia).

En general, tenim tend3ncia a con3ixer el m3n que ens envolta, per3 com hi accedim? Tota la informaci3n ens arriba de forma r3pida i aclaparadora i, la majoria dels infants, no tenen el nivell de



Els videojocs acaparen el temps dels joves

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



un donatiu



un soci

Un donatiu, sovint, no és m3s que un pedaç. Si de veritat vols col.laborar amb els m3s necessitats, fes-te soci/a de medicus mundi. Amb la teva aportaci3n es faran realitat molts programes sanitaris. Retalla aquest cup3, omple'l amb les teves dades i envia'l a l'adreça de medicus mundi.

Fes-te soci. Far3s b3



medicus mundi catalunya

C/Elisa 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 418 47 62
La Caixa 2100 1010 51 0200065471

Nom.....
Cognoms.....
D.N.I.....
Tel3fon.....
Adreça.....
Poblaci3n.....C.P.....
Entitat Banc3ria []

Desitjo col.laborar com a soci/a de medicus mundi amb la quota de:

- 25.000 mensual
10.000 trimestral
5.000 semestral
..... anual

FIRMA:



Els detractors dels videojocs argumenten que estimulen la violència i redueixen el temps dedicat als estudis i altres activitats

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

maduració apropiat per rebre determinats missatges. És evident que s'ha d'estimular la curiositat i el desig de saber, però en el nivell i grau que la ment pugui suportar. No ens ha d'estranyar que quan els nens no entenen el món que els envolta es tanquin en ells mateixos, es mostrin indiferents i no facin funcionar el pensament crític, tot això els porta cap a l'alienació.

Internet té molts beneficis, però cal un control, sobretot perquè els més petits no puguin accedir a pàgines pornogràfiques o als jocs d'atzar. El jove, gràcies a la intimitat que dona Internet, pot donar el número de la targeta del pare sense cap problema i, tot i que els pares poden veure un canvi de caràcter del seu fill/a, no descobreixen la realitat fins que arriba el compte bancari.

Si parlem dels videojocs, alguns mitjans de comunicació ja advertien, el 1993, de l'addició i la perillositat, i

es parlava del naixement d'una nova malaltia, la videohipertèsia. Des de llavors han passat 10 anys i resulta que el 2004 ha estat l'any que més diners ha generat la indústria del videojoc, amb uns ingressos de 6.700 milions d'euros.

Els defensors dels videojocs consideren que aquests jocs tenen efectes positius:

- Estimulen el sentit del domini i del control.
- Redueixen la intensitat d'altres conductes (el temps dedicat als videojocs impedeix altres addiccions com la toxicomania).
- Desenvolupen la coordinació ocular manual.
- Augmenten l'autoestima gràcies al domini del joc.

En canvi, els seus detractors consideren que:

- Estimulen la violència, cada cop sorgeixen tendències més agressives. Actualment, no hi ha límits i es deixen portar per les imatges

que visualitzen en programes cada vegada més violents i, pel que sembla, no tenen fre.

- Promouen la competitivitat, cada vegada més present a la nostra societat, i porten a buscar ser el millor i a humiliar els contraris.
- Estimulen la necessitat de poder.
- Comporten un gran dispendi econòmic, que pot portar a cometre robatoris.
- Redueixen el temps que haurien de dedicar als estudis i altres activitats.

Encara que de moment no existeix un estereotip de jugador de videojocs, cal valorar el temps màxim que es pot jugar segons l'edat i sense comprometre la salut. El temps establert estaria entre els 30 i els 60 minuts diaris com a màxim.





Els pares haurien de tenir en compte quins programes escullen els seus fills, això no s'ha de considerar una intromissió a la seva vida, sinó una obligació com a pares.



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



jubilació

Plans Integrals
d'Alta Rendibilitat

Medicins

MutualMédica

Dels Metges i
per als Metges

Una composició
exclusiva per a
cada metge

Trieu la vostra



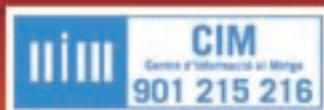
pla de jubilació

Dirigit a metges que exerceixen
la seva activitat per compte propi.



pla de previsió assegurat mutual

Dirigit a metges que exerceixen
la seva activitat per compte d'altri.



www.mutualmedica.com
infomutual@mutualmedica.com