

BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 64 · Maig de 2007



**Èxit del primer curs
AulaMIR al COMLL**



Pèrdues d'ingressos per guàrdies

Si exerceix la medicina, tant en l'àmbit hospitalari com en l'atenció primària i en general, en tots els àmbits, creiem que li pot ser d'interès un producte especialment dissenyat perquè, en cas de baixa laboral, tingui garantits uns ingressos per no poder treballar temporalment a causa d'una malaltia o accident.

Medicorasse li pot oferir la **cobertura més adequada a les seves necessitats** tant si duu a terme activitats en atenció primària o en centres hospitalaris —públics o privats— com si en realitza d'altres amb ingressos complementaris procedents de jornades laborals extraordinàries (guàrdies mèdiques).



Informi-se'n al seu
Col·legi o trucant al telèfon
902 198 984
www.med.es



MEDICORASSE, Corredoria de Seguros. NIF A-59498220. DGS, clau J-4928. Polissa de responsabilitat civil i aval d'acord amb la llei 26/2006, de 17 de juliol.

BUTLLETÍ mèdic

Número 64, maig del 2007

Edició:

Col·legi Oficial de Metges
de Lleida
Rambla d'Aragó, 14, altell
25002 Lleida
Telèfon: 973 270 811
Fax: 973 271 141
e-mail: comll@comll.cat
http://www.comll.cat
butlletimedic@comll.cat

Consell de Redacció:

Emiliano Astudillo Domènech
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Ignasi Casado Zuriguel
Joan Clotet Solsona
Josep M. Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñasca 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: Torsitrad

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 €

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

L'èxit de l'AulaMIR

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va endegar, l'any 2006, una iniciativa agosarada: la formació dels llicenciats i llicenciades en Medicina per superar l'examen MIR. La iniciativa, que coordina l'OMC amb el nom d'AulaMIR, s'ha desenvolupat mentre els professionals, l'Administració i els mateixos llicenciats discutim sobre la idoneïtat d'aquest sistema per accedir a un lloc de treball especialitzat. Un sistema que dificulta el procés normal d'incorporació al món laboral d'uns llicenciats que han finalitzat la formació acadèmica i que afavoreix contractacions per sota dels nivells retributius desitjables.



Així i tot, l'únic sistema actual per accedir a una especialitat mèdica és superar l'examen MIR. Per aquest motiu, ens hem de felicitar per l'èxit del resultat obtingut per l'AulaMIR de Lleida, ja que 11 dels 13 alumnes han aconseguit la plaça a la qual optaven i dues alumnes han estat distingides amb una beca pel seu excel·lent examen. Enhorabona als nous col·legues i al professorat que els ha impartit la formació!

Evidentment, l'aposta del COMLL ha prestat un molt bon servei als llicenciats lleidatans, que només podien preparar-se, fins a l'any passat, en llocs especialitzats de Barcelona o Astúries. És important que el Col·legi de Metges de Lleida porti a terme aquest tipus d'iniciatives i que lideri, en la mesura que sigui possible, la formació dels metges.

sumari

Entrevista al nou degà de Medicina

El nou degà de la Facultat de Medicina, Joan Ribera, exposa els seus objectius.

PÀGINA 13

La sanitat catalana l'any 2015

Facultatius de diferents àmbits de donen la seva visió sobre el futur de la sanitat catalana.

PÀGINA 15



Ricard López, Miriam Carvajal, Tània Volta i Fernando de Teresa

L'Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris organitza una gala lírica

L'Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris (ACES) organitza, amb motiu del seu trentè aniversari, una gala lírica a l'Auditori Enric Granados de Lleida el proper 2 de juliol. La gala a Lleida serà una prova per a la veritable estrena, que tindrà lloc el 4 de juliol al Teatre Nacional de Catalunya. L'obra, titulada *Òpera i medicina*, és un espectacle de música lírica, ideat, dirigit i presentat per Marcel Gorgori i interpretat per la soprano María Ruiz de Orduña, el tenor Guillermo Orozco, el fiscorn Carles Daza, el baix Enric Martínez Castignani i el pianista Marco Evangelista. La gala té una durada aproximada de dues hores. A la primera part, es fa un repàs de la visió que reflecteix l'òpera dels metges i la medicina mitjançant diversos fragments de caràcter irònic. A la segona part, es parla del romanticisme, la malaltia i la mort. Tot això, narrat per un conductor i amb la participació de personatges reconeguts del món de la medicina de Lleida.

Moviment de col·legiats

ALTES

Liliana Alicia Tilke, Cruz Bacallado Curbelo, Alfredo Omar Martos, Jayder Mosquera Cabarcas, Marta Hernández García, Patricia Bellera Vilar, Maria Eva Fernández Guardiola, Elena Duque Navasa, Andrzej Kaminski, Sirlene Carvalho Rezende, Encarna López Esteve, Belén Blanco López, Amanda Consuelo Alvarado Rincón i Núria Rivas Ferré.

BAIXES

Mes de març: 4
Mes de abril: 8

El primer curs AulaMIR al Col·legi de Metges de Lleida obté el 85% de fiabilitat

Les lleidatanes Miriam Carvajal i Tània Volta entre els 30 millors examens a escala estatal

El primer curs AulaMIR del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha obtingut molt bons resultats. Dels 13 alumnes que han seguit el curs per a la preparació de l'examen, 11 han aconseguit la nota per entrar en l'especialitat a la qual ells aspiraven. Per tant, el primer curs de Lleida ha estat tot un èxit, ja que ha obtingut el 85% de fiabilitat. El curs s'ha dut a terme a l'aula del Col·legi de Metges de Lleida amb el material del curs AulaMIR, que organitza la Fundación para la Formación de l'OMC.

Cal destacar, a més, que el curs AulaMir premia els 30 millors ex-

mens dels alumnes i dues estudiants de Lleida, del total de 221 que s'han presentat enguany, han aconseguit una beca corresponent a l'import del curs. Es tracta de Miriam Carvajal, que ha escollit l'especialitat d'Oftalmologia, i Tània Volta, que ha escollit Digestiu, ambdues a la Vall d'Hebron.

La resta d'estudiants que han seguit el curs al COMLL i que han triat plaça són: Albert Esquirol (Hematologia i Hemoteràpia), Laura López (Anatomia Patològica), Susana López (Anatomia Patològica), Núria Manresa (Medicina Interna), Ester Mora (Psiquiatria), Marta Obiols (Medicina Familiar i

Comunitària), Maria Ramírez (Oncologia Mèdica), Francesc Riba (Geriatría) i Imma Vila (Medicina Familiar i Comunitària). Actualment, el COMLL desenvolupa un nou curs AulaMIR des del mes de gener. La peculiaritat del curs que s'imparteix a Lleida és que el grup d'estudiants és més reduït que a les altres seus, fet que permet una atenció més personalitzada. Els estudiants del primer curs AulaMIR han valorat molt positivament el

curs. Segons ells, el temps d'estudi i preparació de l'examen ha estat menys dur i més suportable del que esperaven. Els 13 participants han creat un grup de companys molt bo, sense competitivitats internes i amb un ambient de treball a les classes absolutament distès i participatiu. Així mateix, els resultats del curs evidencien la bona feina feta per tot l'equip de professors, que està format per residents dels hospitals lleidatans. En

definitiva, l'esforç dels docents i dels alumnes s'ha vist recompensat amb aquests resultats. Finalment, a més de donar a conèixer els resultats de l'AulaMIR als col·legiats i col·legiades de Lleida, és just agrair la confiança que els alumnes han dipositat en el projecte del COMLL, el suport rebut del personal del Col·legi i de totes les persones que hi han col·laborat. Esperem repetir aquests resultats en les properes edicions!



A l'esquerra, Tània Volta i Miriam Carvajal, les dues lleidatanes becades. A la dreta, el grup d'alumnes de l'AulaMIR de Lleida



El COML es converteix en Autoritat de Certificació de la signatura electrònica

El Col·legi de Metges de Lleida, juntament amb els col·legis de metges de Girona i Tarragona, i els de diplomats d'infermeria de Girona i Tarragona han formalitzat a Ginebra la seva capacitat per emetre signatura electrònica professional als seus col·legiats.

Així doncs, es converteixen en els primers i únics col·legis professionals de l'àmbit sanitari que poden actuar com a Autoritat de Certificació davant dels seus col·legiats, en tot el territori europeu, dins un projecte multidisciplinari en l'àmbit de la salut.

Durant els dies 26 i 27 d'abril, els presidents dels col·legis de metges de Girona, Lleida -representat per la seva vicepresidenta- i Tarragona, així com les presidentes dels col·legis de diplomats d'Infermeria de Girona i Tarragona, van viatjar a Ginebra (Suïssa) amb la finalitat de representar les

seves institucions en l'acte de "creació i entrega de claus" per tal de convertir els respectius col·legis professionals en Autoritats de Certificació amb capacitat per emetre signatura electrònica professional als seus col·legiats. Aquest acte s'inclou dins del projecte HEALTHSIGN, iniciat pel Col·legi Oficial de Metges de Girona (COMG), i que es va començar amb la constitució de la societat Healthsign, de la qual formen part els col·legis sanitaris de metges i d'infermeria de Lleida i Tarragona.

En l'acte de Ginebra es va crear també el certificat arrel de Healthsign, que és l'encarregat de suportar els certificats dels col·legis professionals, i va estar representat per la seva presidenta Sra. Carme Puigvert (presidenta del Col·legi de Diplomats d'Infermeria de Girona) i pel seu conseller Delegat



Sr. Lluís-M. Barnés (gerent del Col·legi Oficial de Metges de Girona).

Amb aquesta celebració els respec-

tius col·legis professionals estan en disposició d'emetre certificats digitals als seus col·legiats i així reconèixer

professionals sanitaris s'incorporin a aquesta iniciativa ben aviat.

los per a la seva activitat en la xarxa i poder participar en projectes com la recepta electrònica i la història clínica compartida.

Els col·legis de metges de Girona, Lleida i Tarragona, així com els de diplomats d'infermeria de Girona i Tarragona, es converteixen en els primers i únics col·legis professionals de l'àmbit sanitari que poden actuar com a Autoritat de Certificació davant dels seus col·legiats, en tot el territori europeu, dins un projecte multidisciplinari en l'àmbit de la salut.

Aquest projecte compta amb el suport i assessorament de Wisekey, la primera empresa europea dedicada a la seguretat i identificació en entorns digitals (<http://www.wisekey.com>) i soci tecnològic de Microsoft i HP, entre d'altres.

El projecte Healthsign preveu que altres col·legis professionals sanitaris s'incorporin a aquesta iniciativa ben aviat.

Valoració d'una vaga que no va arribar a ser

La vaga del dia 10 d'abril ha tingut un plantejament i una resolució atípics. D'una banda, no era una vaga per guanyar més diners, sinó, bàsicament, per treballar millor. D'altra banda, s'ha arribat a un acord on ha passat just el que no acostuma a passar mai. En general, la patronal promet mesures sense posar-hi diners i, en aquesta ocasió, ha promès diners amb un conjunt de mesures concretes. Però anem a pams...

La vaga del 10 d'abril ha estat una convocatòria que s'ha produït en un moment més aviat de deserció i cansament. La primera reacció quan hom comentava aquesta possibilitat era: "vols dir que s'ha de fer una vaga justament tornant

de vacances?". Però un conjunt de fets van fer-nos reaccionar.

En primer lloc, les notícies alarmants en el sentit que alguns equips podien perdre la coincidència horària i haver de tancar a les deu. Ara, potser, aquest perill es veu llunyà, però no ho era fa unes setmanes. En segon lloc, la informació que arribava en el sentit de parar els plans de xoc. S'havia de reaccionar, i els companys de Cornellà i de l'Hospitalet van dir que ells anaven a la vaga. A partir d'aquest pas, tot eren adhesions.

El dia 20 de març, en una assemblea a la CAMFIC amb més de 55 representants, vam constatar que el suport era desigual. D'una banda, les zones més coaccionades, Costa de Ponent,

Vallès Oriental i Occidental, Maresme i algunes zones de Lleida, de ben segur que anaven a la vaga. Però mancava notòriament Tarragona, que justament té la franja de costa més coaccionada i, per tant, s'hi esperava una presència més activa. I Girona, amb representants sindicals acabats de ser elegits (Facultatius Independents), que no veien clara la mesura. El sindicat majoritari al sector, Metges de Catalunya, va expressar-se en el sentit de demorar la seva posició, tot i que diversos delegats sindicals s'hi expressaven clarament a favor. Com ja sabeu, el dimarts dia 27 de març, l'executiva estava en contra de convocar vaga, però deixava que els delegats que hi estiguessin a favor hi donessin suport, i així va ser. SATSE, que inicialment ens oferia el seu suport, s'ho repensava i ens deia que no, i UGT en cap moment es va mostrar a favor de la mesura.

S'ha de dir que CCOO, des d'un inici, es va mostrar favorable i entusiasta i hi va posar tots els recursos necessaris: edició de fulletons, distribució de cartells

editats per la semFYC en nom de la Plataforma i, sobretot, va convocar la vaga, sense la qual no hauríem tingut la cobertura legal per dur-la a bon port. En la darrera setmana de març i primera d'abril, cada cop s'adherien més i més centres a la vaga, bàsicament de l'estament mèdic i, en menys proporció, infermeria i professionals d'atenció a l'usuari. El Col·legi de Metges de Barcelona ens donava el seu suport i la CAMFIC donava a conèixer un comunicat de la Junta que no deixava cap dubte del seu suport decidit. Des d'aquestes planes, el nostre agraïment a tots ells.

La conciliació es va fer sobre un document molt complet que havíem elaborat curosament. Aquest aspecte ha ajudat força, ja que ha donat punts de referència i arguments molt clars. La mateixa consellera es va referir a aquest document afirmant que coincidí amb les polítiques que volia desenvolupar. Tanmateix, de seguida vam constatar resistències a concretar terminis (tret del tema pressupostari, per cert, el més

important). Sense entrar en detalls de la negociació, àrdua com totes, diguem-ne tan sols els resultats. El primer és qui signa l'acord: la conselleria, patronals (XHUP) i l'ICS. Aquest fet és molt cabdal, ja que alguns dels punts següents mai no havia estat admesos per les patronals. Vegem-los:

1.- En primer lloc, el pressupost s'incrementa fins a arribar, en 4 anys, al 25% per s primària, sense comptar amb farmàcia, inversions i prestacions. Això ha de voler dir força diners damunt la taula!

2.- Es menciona l'ideal dels 10 minuts com a dedicació mínima que cal assolir.

3.- Es menciona un contingent estàndard de 1.500 pacients per metge de família i 1.200 per pediatre (o 1.000 en S4 i dispersió geogràfica) com a ràtio que convé assolir.

4.- Es posaran en pràctica plans de xoc, "si s'escau".

5.- Durant el segon semestre del 2008, es determinaran quines eventualitats poden esdevenir noves places estructurals als centres de salut.

6.- Es reconeix un temps no assistencial, la coincidència dels dos torns, almenys una hora, i la necessària conciliació de la vida familiar (aquest punt convé discutir-lo en el marc de la negociació col·lectiva).

7.- En el termini d'un any, els treballadors tindrem el nostre perfil de riscos laborals.

8.- Es preservaran els programes preventius (això anava pel programa del Nen Sa).

9.- Es garantirà l'acreditació i qualitat dels centres docents.

10.- S'urgeix a posar en pràctica la recepta electrònica i a resoldre el tema de la medicació induïda.

Ja veieu que hi ha qüestions força clares i d'altres de poc concretes. Un punt que va quedar fora de l'acord, i que va ser el motiu fonamental perquè un company de la Plataforma no signés el document de conciliació, va ser el tema de retribuir l'excés de càrrega. Vol dir que

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Motius de la vaga convocada per "Plataforma 10minuts" i CCOO a Catalunya:

Recollint les reivindicacions de la "Plataforma 10 minuts" a Catalunya, volem donar un toc d'atenció als gestors sanitaris sobre la situació del primer nivell assistencial i sobre la necessitat d'implementar de manera preferent mesures encaminades a assolir una millora en la qualitat assistencial que faci possible la recuperació de l'AP com a eix central i porta d'entrada al sistema sanitari, i donar als seus professionals les eines necessàries per l'adequat desenvolupament de les tasques que li son encomanades.

Motius de la vaga

Orientar el sistema sanitari cap el ciutadà: augmentar la capacitat resolutiva de la clínica ambulatoria des de l'Atenció Primària, amb la progressiva adequació pressupostària del 15% actual al 25% en 5 anys (sense comptabilitzar la despesa farmacèutica).

Recursos Humans: garantir 10 minuts per pacient.

Adequació dels contingents per metge ponderats segons variables i característiques de la població atesa i en funció de les càrregues de treball: 1500 pacients per Metge de Família / 1000 nens per Pediatre, organitzat en Unitats Bàsiques Assistencials, adequant el número de professionals (metges, infermeres, AS) a l'increment poblacional previsible.

Redimensionar les plantilles amb el personal no sanitari o de suport necessari.

Aplicació dels plans de xoc de manera immediata, redistribució de la dotació entre els professionals que hagin assumit la càrrega en l'any precedent.

Creació anual de noves places estructurals on es demostra la necessitat.

Acords

El Departament de Salut ratifica el seu compromís en la millora de l'atenció primària de salut i la voluntat de destinar un percentatge creixent de recursos econòmics del pressupost de prestació de serveis per línies de serveis, (exclos farmàcia, inversions i prestacions) del Servei Català de la Salut, fins un 25% al final d'aquesta legislatura i que hauria de permetre, en funció del que es prevegi en el Pla de Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària acordat, fer front als requeriments bàsics de la convocatòria de vaga.

Reduir la ràtio d'habitants assignats per professional i ampliar la mitjana de temps de visita mèdica a 10 minuts.

En aquest sentit, s'entén com a punt de referència desitjable que no es superi una càrrega assistencial equivalent a 1500 usuaris d'un cupo tipus de medicina general i 1200 usuaris d'un cupo tipus de pediatria. En el cas que aquests especialistes de pediatria prestin serveis en ABS que estiguin tipificades amb el nivell S4 o amb el nivell D5 o D6, el nombre de TIS serà de 1000.

Adequant les plantilles a l'increment de la població en els Equips d'Atenció Primària per alleugerir la pressió assistencial en els que tenen més demanda.

Es posaran en pràctica Plans de Xoc en l'àmbit de l'atenció primària, seguint les mesures previstes en aquesta matèria en la memòria que acompanya els pressupostos del Servei Català de la Salut per a l'any 2007, i exercicis successius, si s'escau.

Anàlisi de les eventualitats i creació d'una plaça estructural en la plantilla.



Motius de la vaga

Distribució del temps de treball:

Garantir activitats no assistencials pròpies dels Equips d'Atenció Primària (EAP): FORMACIÓ CONTINUADA per a tots els col·lectius, Docència, Recerca, Atenció Comunitària, Activitats Preventives i Educació per la Salut.

Garantir el temps de coincidència dels torns de treball dels equips i la participació conjunta en totes les activitats pròpies de l'EAP.

Major autonomia per gestionar les agendes de cada professional, establint un màxim de 25 consultes/dia amb una mitja de 10 minuts per usuari.

Horaris que facilitin la conciliació de la vida familiar i laboral.

Desburocratització de les consultes. Recepta multiprescripció informatitzada.



Acords

Les entitats proveïdores de serveis d'atenció primària distribuïran el temps de treball entre els seus professionals de tal manera que es garanteixi el temps necessari per dur a terme d'una manera eficaç aquestes activitats:

- La seva formació continuada, en els termes que s'estableixen en els acords de condicions de treball i convenis col·lectius.
- La realització de les prestacions de la cartera de serveis d'atenció primària no estrictament assistencials.
- La docència i la recerca.

Així mateix la distribució del temps de treball ha de garantir la coincidència de torns necessària per a la realització de sessions conjuntes i la participació en aquelles activitats de l'equip que calgui realitzar conjuntament. Pel que fa al personal de l'àmbit de l'atenció primària de l'Institut Català de la Salut quan es distribueixi en dos torns de treball aquests hauran de coincidir en una hora diària per tal d'assegurar la coordinació de l'equip.

Els Equips d'Atenció Primària de l'ICS han de gaudir de la suficient capacitat de gestió i d'autoorganització per a la distribució de les seves càrregues de treball.

Els responsables dels equips, d'acord amb la normativa vigent, garantirà la necessària conciliació de la vida familiar i laboral. Es voluntat de les parts avançar en mesures de conciliació de la vida familiar i laboral en el marc de les negociacions col·lectives que corresponguin.

Les parts coincideixen en que els processos de millora organitzativa han d'ésser una constant, tenint com a objectiu principal la gestió menys burocràtica possible de les consultes. En aquest sentit, es reconeix que tots els processos organitzatius han de desenvolupar-se en funció de l'opinió i major funcionalitat possible de la tasca dels professionals implicats.

Per tal de facilitar la gestió de la prescripció farmacèutica per part dels professionals sanitaris, les parts es comprometen a que en funció dels resultats de la prova pilot per a la implantació de la recepta electrònica, aquesta s'anirà implantant en tot el territori català, a la major brevetat possible i d'acord amb la disponibilitat pressupostària.

És voluntat de les parts continuar avançant en la millora de la coordinació entre l'àmbit de la especialitzada i l'atenció primària amb l'objectiu de que la prescripció induïda des de l'àmbit de la especialitzada no afecti negativament els objectius existents en l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut.

Motius de la vaga

Medures de prevenció de riscos laborals .
- Avaluació dels riscos específics de cada lloc de treball: biològics, químics, manipulació de residus, radiacions ionitzants, ergonomia, conseqüències del treball per torns i del treball nocturn, factors psicosocials i estrès, especialment pel que fa als riscos psicològics derivats de la pressió assistencial i l'estrès crònic.
Riscos per la reproducció.
- En el termini d'1 any tots els treballadors tindran l'avaluació dels seus riscs i s'aplicaran les mesures correctores pertinents. En els casos on ja s'ha fet l'avaluació, aplicació immediata de les mesures correctores.

Preservació dels programes preventius d'atenció primària i en particular de pediatria i ginecologia.

Garantir que els centres docents de Catalunya puguin desenvolupar la seva activitat en condicions que no desmotivin els residents de MFIC, equipant-los per assegurar la docència i la recerca, reduint els contingents dels tutors perquè puguin desenvolupar la seva tasca docent sense la pressió assistencial actual.

Acords

S'avaluaran els riscos específics de cada lloc de treball: biològics, químics, manipulació de residus, radiacions ionitzants, ergonòmics, psicosocials i els derivats del treball a torns, del nocturn i dels derivats de la violència en el treball, en cada cas.

En el termini d'un any els treballadors tindran l'avaluació del risc del seu lloc i, en el seu cas, s'aplicaran les mesures correctores pertinents.

S'avaluaran els riscos específics de cada lloc de treball: biològics, químics, manipulació de residus, radiacions ionitzants, ergonòmics, psicosocials i els derivats del treball a torns, del nocturn i dels derivats de la violència en el treball, en cada cas.

En el termini d'un any els treballadors tindran l'avaluació del risc del seu lloc i, en el seu cas, s'aplicaran les mesures correctores pertinents.

PRESERVACIÓ DELS PROGRAMES PREVENTIUS

D'acord amb les orientacions i la planificació del Departament de Salut, es preservaran els programes preventius de l'Atenció Primària.

UNITATS DOCENTS DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA DE CATALUNYA

Es garantirà el compliment de la normativa sobre acreditació de les unitats docents de Medicina Familiar i Comunitària de Catalunya, per tal que, els tutors puguin desenvolupar les seves tasques amb qualitat i eficàcia.



quan fem la feina d'un company que està de baixa, sense doblar horari, tinguem un cert pagament de l'esforç extra que això ens suposa. A Madrid, per exemple, es retribueix al voltant d'uns 7 euros per dia i professional no substituït.

Comentari final

L'atenció primària travessa un moment delicat. No se'ns pot demanar més esforços sense donar-nos més mitjans. No se'ns pot carregar amb més feina sense que la que fem la realitzem en condicions.

La convocatòria de la Plataforma ha estat políticament molt oportuna, malgrat la data (i la mandra del professional). S'ha viscut la convocatòria com una oportunitat de posar de manifest el compromís amb la qualitat assistencial. De dir públicament a la població: "Si no li dediquem més temps, no és pas perquè no vulguem." Només per això ja ha valgut la pena aprofitar la convocatòria!

Els acords permeten llançar polítiques destinades a recuperar professionals que, ara mateix, estan treballant a Portugal, el Regne Unit i els països escandinaus per tal que tornin a casa. Aquest punt seria del tot cabdal en un moment en què no sortiran metges de família el proper any (ja que l'especialitat ha passat a tenir 4 anys) i la població augmenta anualment a Catalunya d'uns 150.000 habitants (i, per tant, es necessiten gairebé 30 pediatres i 100 metges de família nous en el sistema cada any!).

Tindrem el repte que els nous professionals que es vagin incorporant no sempre reuniran les condicions de seguretat clínica. No s'ha pogut incorporar un paràgraf en l'acord dirigit a aquest col·lectiu, ja que en molts casos es tracta de metges emigrants que se'ls contracta sense tenir els requeriments de titulació especialitzada que exigeix la UE. En aquest punt, tenim un problema que caldrà analitzar per no menysprear els títols d'especialista que, amb tant d'esforç, guanyen els nostres residents.

Seguirem amb molta atenció les polítiques que es llancin relatives a pla de xoc, agendes de qualitat i conciliació de la vida familiar. Necessitarem l'esforç i el suport de tots/es en un relançament de l'atenció primària, on hem de confluïr professionals, sindicats i Administració. El millor de l'acord és el compromís pressupostari, però els diners s'han de saber gastar! Per això, la Plataforma 10 Minuts us convida a participar activament, en la mesura que pugueu, en aquest redreçament de la primària.

Francesc Borrell
Plataforma 10 Minuts Catalunya

L'Hospital de Santa Maria entrega els premis d'Investigació i Recerca

El centre va homenatjar l'impulsor del Servei d'Anestèsia de l'hospital, doctor Victoriano Rodríguez

Un treball sobre els trastorns bipolars, un estudi sobre els programes de manteniment amb metadona i una investigació sobre la immigració segons el col·lectiu d'Infermeria han guanyat els quarts premis d'Investigació i Recerca Sanitària de l'Hospital de Santa Maria (Gestió de Serveis Sanitaris). En el mateix acte, celebrat el 30 de març, es va homenatjar el doctor Victoriano Rodríguez Oscáriz.

L'Hospital de Santa Maria homenatja cada any un professional de gran importància per al centre i per al conjunt de la medicina lleidatana. En aquesta edició, s'ha escollit l'impulsor del Servei d'Anestèsia i creador de la Unitat de Cures Intensives, el doctor Victoriano Rodríguez Oscáriz, que va exercir al centre des del 1963 fins al 1998. El doctor Rodríguez Oscáriz va compaginar aquesta tasca amb la docència com a pedagog a l'Escola Universitària d'Infermeria.

El certamen d'Investigació i Recerca Sanitària premia els treballs realitzats en el darrer any en els àmbits de salut mental, atenció primària, atenció especialitzada i salut sociosanitària. El premi es divideix en dues categories, titulats superiors i grau mitjà, i cada categoria està dotada amb 600 euros. En aquesta edició, el premi en la categoria de llicenciats s'ha dividit en dos

per la gran vàlua dels treballs presentats, el primer dotat amb 400 euros i el segon, amb 200 euros.

Enguany, en la categoria de titulats superiors, ha guanyat *ex aequo* el treball titulat *Persistència del déficit neuropsicològic en pacients bipolars estables: funció executiva com a déficit principal*, realitzat per la doctora Maria Mur. Aquest estudi forma part d'una línia de recerca en trastorn bipolar que va començar l'any 2001 al Servei de Psiquiatria de l'Hospital de Santa Maria. En aquesta mateixa categoria, també ha estat premiat el treball *Avaluació dels objectius assistencials en usuaris de MTD: estudi de la qualitat de vida i projecte de centre de dia*, dels doctors Xavier Samper Villar i Teresa Garriga Ramon. L'estudi analitza si alguns dels programes de manteniment amb metadona milloren la qualitat de vida dels addictes a l'heroïna. Pel que fa a la categoria de grau mitjà, el guanyador és el treball *La immigració segons el col·lectiu d'Infermeria de la Regió Sanitària Lleida*, de la Diplomada Universitària en Infermeria (DUI) Montserrat Gea Sánchez. Aquest estudi analitza la formació actual del personal d'infermeria en matèria d'immigració i les dificultats i necessitats que tenen aquests professionals respecte als nouvinguts.

El COML organitza la Jornada de la Professió Mèdica a Catalunya

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida organitza, el proper 21 de setembre a l'Auditori Enric Granados, la Jornada de la Professió Mèdica a Catalunya. L'acte s'iniciarà a les 15.30 h amb la recepció dels assistents. A continuació, tindrà lloc el primer debat sobre *El Congrés de la Professió Mèdica 3 anys després*, moderat per Joan Cal, director executiu del diari *Segre*. A les 17.30 hores, tindrà lloc el segon debat, *La vaga com a sistema de diàleg en sanitat*, moderat per Josep Ramon Correal, director general de publicacions de La Mañana.

A més, en el marc de la jornada, el COML convoca la VI edició del Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari. L'objectiu del premi és fer un reconeixement públic a la tasca altruista de les ONG i dels seus voluntaris que, de forma professional, treballen per garantir el dret a la salut de la població. Amb la dotació econòmica del premi, el COML contribuirà al finançament del projecte. Així mateix, la jornada servirà per concedir els premis a l'excel·lència que el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya lliura per distingir metges que han destacat en el seu exercici professional. L'objectiu és reconèixer l'excel·lència dels professionals en l'àmbit de l'assistència sanitària, la recerca o l'educació mèdica. El lliurament de premis serà a partir de les 19.30 h. La jornada clourà amb un àpat a les 21.00 h amenitzat per l'actuació de La Vella Dixieland.

TESIS DOCTORAL DEL DR. JORGE SOLER



El Dr. Jorge Soler, en la lectura de la tesis doctoral

“Inmigración en la ciudad de Lleida”

El Aula Magna de la Facultad de Medicina de Lleida acogió, el 29 de mayo de 2007, la lectura de la tesis doctoral *Inmigración en la ciudad de Lleida: estado de salud, incapacidades laborales, farmacia y utilización de los servicios sanitarios*, a cargo del Dr. Jorge Soler. Tesis evaluada como excelente *cum laude* por unanimidad.

Justificación del trabajo: el incremento de la población inmigrante en nuestro entorno, producido en un lapso de tiempo relativamente corto, nos obliga a considerar el estado de salud de dicha población y el uso de los servicios que nuestro sistema sanitario les presta.

Objetivos: identificar y caracterizar el estado de salud de los diversos colectivos de inmigrantes que residen en la ciudad de Lleida mediante el análisis de las incapacidades laborales temporales (IT), la frecuente utilización de los servicios sanitarios, el uso de fármacos y la atención urgente hospitalaria.

Metología: en una primera parte, realizamos un estudio observacional, transversal y multicéntrico de 1.699 pacientes de origen inmigrante atendidos en la Atención Primaria (AP) de cinco áreas básicas de salud de la ciudad de Lleida durante seis meses

talarias atendidas en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida (SUHUV) durante 2004 y 2005.

Se realizó el análisis descriptivo de las variables y se ajustaron modelos de regresión que, según la naturaleza de la variable dependiente, fueron lineales, de Poisson, logísticos o multinomiales. Además de describir las características demográficas, se seleccionaron las urgencias de los residentes en la ciudad de Lleida y se estimaron las tasas de frecuentación (número de visitas por cien habitantes y año) en función de los habitantes empadronados en la ciudad de Lleida en el punto medio del período de estudio.

Se realizó el análisis del número de visitas por persona durante los dos años de estudio, las frecuencias de los diagnósticos más frecuentes, se comparó el porcentaje de pacientes que ingresaron en el hospital y sus características (diagnósticos y días de estancia intrahospitalarios) y se ajustaron modelos de regresión logística multivariable para la obtención de odds ratios de ingreso en el hospital.

Resultados principales: el 51,2% de los inmigrantes que participaron en el estudio de la AP fueron hombres, con una media de edad de 30,5 años (DE 13,8). El origen de los pacientes fue: latinoamericanos (30,1%), magrebíes (27,1%), europeos del Este (22,8%) y subsaharianos (18,2%). Un 11,1% de los inmigrantes habían tenido algún episodio de IT, en comparación con el 13,2% de los autóctonos. La media de la duración de las IT fue de 19,4 días en los inmigrantes y de 33,5 días en los autóctonos (Fig. 1). El riesgo relativo ajustado de IT de los autóctonos

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

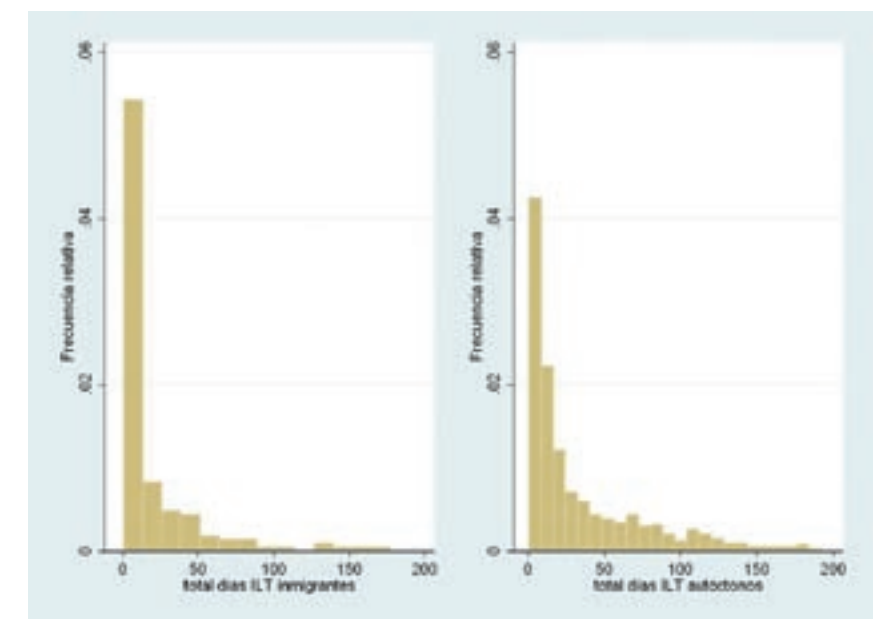


Figura 1. Distribución de los días de incapacidad laboral.

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

respecto a los inmigrantes fue 1,69 (IC 95%: 1,42; 2,00). La duración de las IT en los autóctonos fue 1,5 veces superior a las de los inmigrantes.

Entre los individuos que acudieron a la AP, el número de visitas realizadas en Medicina General fue 7 veces superior en los inmigrantes que en los autóctonos, mientras que, en Enfermería, el número de individuos que acudieron a la consulta fue 0,6 veces menor en los inmigrantes que en los autóctonos (Fig. 2). La causa más frecuente de IT en los inmigrantes fue la dorsalgia (21,8%), seguida por la rinitis alérgica (9,3%) y las gastroenteritis (5,1%). El gasto farmacéutico realizado por los autóctonos fue un 41% superior al ocasionado por los inmigrantes (Fig. 3).

En el SUHUAU, durante los años 2004 y 2005, se realizaron un total de 168.111 visitas, el 17% de las cuales correspondieron a la población inmigrante, siendo la edad media de estos últimos de 29 años, frente a una media de edad de 40 años en los autóctonos. Los inmigrantes tenían tasas de frecuentación mayores que los autóctonos por grupos de edad (Fig. 4 y 5).

El grupo más numeroso de procesos diagnosticados al colectivo inmigrante fue el de las lesiones e intoxicaciones (22,7%), prácticamente igual que el de los autóctonos (23,7%). En la franja de edad pediátrica, las tres primeras clases de diagnósticos más frecuentes también fueron iguales en ambos colectivos (infecciones respiratorias altas, gastroenteritis y síntomas generales).

En los hombres autóctonos, hubo un 38% más de ingresos que en los inmigrantes (IC 95%: 1,26-1,51). En cuanto a las mujeres, el número de ingresos en autóctonos se redujo en un 16% con relación al de las inmigrantes (IC 95%: 0,79-0,88).

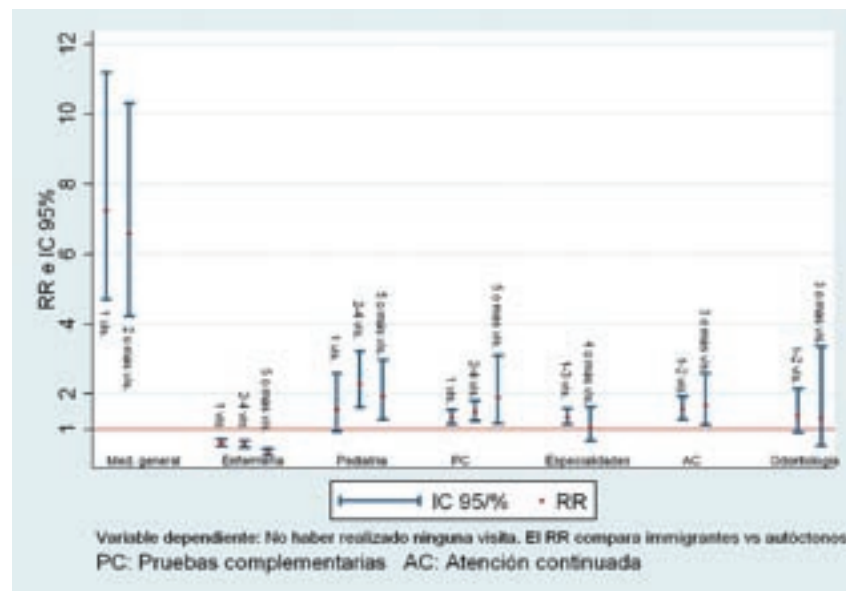


Figura 2. Modelo de regresión multinomial para estimar el riesgo relativo de realizar un determinado número de visitas respecto a no haber realizado ninguna.

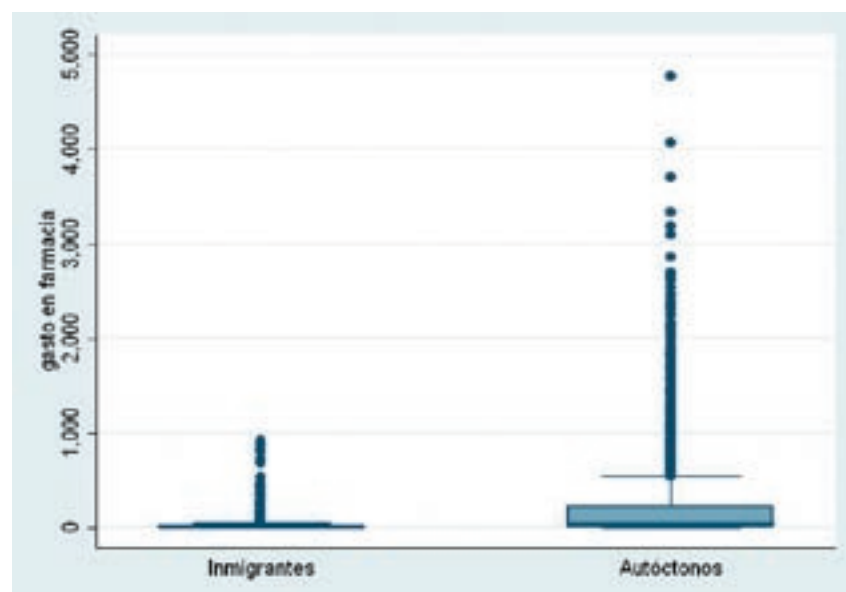
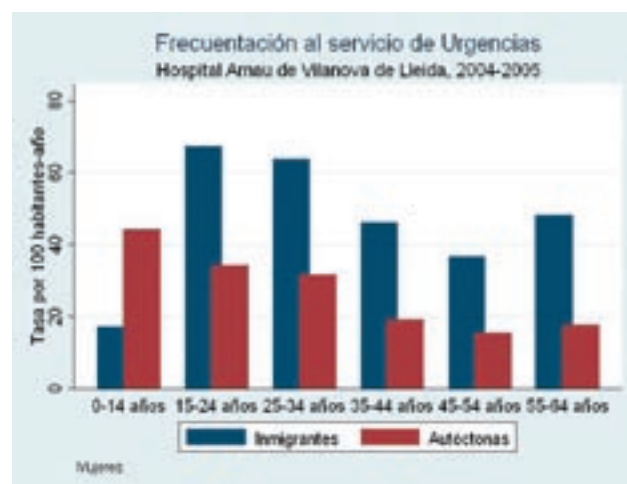


Figura 3. Gráficas de cajas del gasto, expresado en euros.



Figuras 4 y 5. Estimación de las tasas de frecuentación de los inmigrantes y autóctonos (número de visitas por cien habitantes y año) a Urgencias, en función de los habitantes empadronados.

Conclusiones: la proporción de pacientes inmigrantes que han tenido alguna IT durante el período de estudio es menor que en el colectivo autóctono y, cuando las tienen, son de menor duración. Los inmigrantes presentan un patrón de frecuentación diferente al de la población autóctona. El riesgo relativo de ser visitados en Medicina General es siete veces superior al de los autóctonos, pero no acuden tanto a las consultas de Enfermería. Se realizan más pruebas complementarias y la frecuentación a los diferentes grupos de especialidades y al Servicio de Atención a la Mujer es superior. También, la probabilidad de tener más visitas es mayor en los niños inmigrantes. Las causas de IT agrupadas son similares a las de los autóctonos. Los inmigrantes gastan menos en productos farmacéuticos que la población autóctona. Los inmigrantes acuden más al Servicio de Urgencias Hospitalario. Los hombres inmigrantes ingresan en el hospital menos frecuentemente que los autóctonos. Las mujeres inmigrantes ingresan en el hospital más frecuentemente que las autóctonas, debido al mayor número de partos. Las patologías por las que consultan los dos colectivos son similares.

Finalmente, quiero expresar mi profunda gratitud a todos los que han hecho posible la realización de esta tesis doctoral. En primer lugar, a las directoras de la tesis, la doctora Catalina Serna y la doctora Montserrat Rué, por su enseñanza, su impulso y su decidida voluntad de hacer del mérito personal y colectivo un factor determinante para elevar a la categoría de la excelencia la atención primaria y la investigación. A todos los pacientes que han participado en el estudio. A Elisard Huertas y a Leonardo Galván. A mis amigos y a los compañeros del Centro de Salud de Rambla de Ferran.

A los compañeros de los otros centros de atención primaria que también han participado en el estudio visitando y registrando a los pacientes que hemos incluido. A Xavier Cabré, Mercè Almirall y a su equipo de médicos del Servicio de Urgencias del HUAU, por facilitarnos los datos con los que hemos trabajado con relación a la asistencia al inmigrante en Urgencias. Finalmente, a mi familia y a Cristina, por haber dispuesto el entorno de todo el trabajo realizado.

Muchas gracias a todos.

Dr. Jorge Soler.
Médico de familia. CS
Rambla de Ferran

ESPAI DELS SÈNIORS

Els sèniors participen al Primer Congrés Nacional de Metges Jubilats

També assisteixen a l'Assemblea General Extraordinària celebrada a Còrdova

Un nombre no prou significatiu de sèniors vam assistir a l'assemblea general ordinària del Col·legi de Metges de Lleida celebrada el 28 de març. Entre molts temes tractats, els següents són d'especial interès per a la nostra secció:

- La tramesa, a cadascun de nosaltres, i gràcies a la demanda del Col·legi, d'un diploma de l'Organització Mèdica Col·legial en el qual se'ns considera Il·lustríssims.

- La nostra secció ha estat qualificada de "molt activa" per part del president del COML. Li agraïm el seu comentari.

- La informació sobre el lliurament de 132 talonaris de receptes l'any passat als metges jubilats, 13 d'aquests són jubilats actius.

- L'aprovació del pressupost de la nostra secció per a l'any 2007.

- El lliurament del diploma i la insígnia als metges jubilats en aquest darrer any.

D'altra banda, el president de la secció de sèniors va assistir a l'assemblea general extraordinària del passat 17 d'abril, celebrada a Còrdova, així com

al Primer Congrés Nacional de Metges Jubilats de l'Organització Mèdica Col·legial, que va tenir lloc els dies 17 i 18, amb l'assistència de 75 metges jubilats de tots els punts d'Espanya. Dels temes tractats, cal destacar el que va dir el vicepresident de l'OMC en l'acte d'inauguració: "El metge sempre és metge. Encara que estigui jubilat del treball remunerat, no deixa mai de ser metge i cal que continuï formant-se per servir la comunitat. Cal homogeneïtzar les activitats sanitàries. Hi ha comunitats que jubilen els metges als 65 anys i això és un greuge comparatiu amb altres comunitats. També cal lluitar per altres greuges europeus. Per què els topalls de pensions s'apliquen exclusivament a Espanya, a Portugal i a Grècia?"

La conferència inaugural, a càrrec del Dr. Pedro Montilla, professor de la Universitat de Còrdova, va parlar de les "bases biològiques de l'amor, la gelosia i la infidelitat" i va fer referència a les diferents fases de l'amor i de la importància dels factors de l'oxitocina

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



El Dr. Astudillo, el segon per la dreta, va assistir al Primer Congrés de Metges Jubilats

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

i vasopressina, és a dir, de la fisiologia dels neuroquímics com a circuit descobert per a les neurociències.

A continuació, van tenir lloc dues taules rodones. La primera, titulada "Les pensions: greuge del topall. El copagament", va comptar amb un catedràtic de Dret del Treball, l'assessor jurídic del Col·legi de Còrdova, dos representants dels metges jubilats i dos tècnics de l'INSS. Tal com s'esperava, les aportacions eren antagòniques. Un dels membres de l'INSS, quan responia al representant dels metges, va dir que no hi ha programa europeu, que es tracta d'un tema de regulació nacional. Va explicar que el futur serà cada vegada més complicat, ja que hi haurà més jubilats i menys treballadors. Així mateix, va afegir que la Unió Europea insta a augmentar l'edat de jubilació i a establir sistemes privats de pensions, un fet que repercutirà, de manera negativa, a Espanya.

En l'inici del col·loqui, el primer que va demanar la paraula va ser el representant de Lleida, que va fer dues preguntes. En primer lloc, va demanar, textualment, "estamos de acuerdo en que, en su momento, hubiera un tope en la base de cotización. Ello, de todas formas, equivale a una pensión futura determinada. Al jubilarse, después de cotizar (en mi caso, a los 47 años), unilateralmente se me limita la pensión a un tope máximo. Si esto pasara con un fondo de pensiones en un banco o en una mutua y, unilateralmente, decidieran pagarme menos de lo que correspondiera, sería una estafa. Al tratarse del gobierno, y tras ser aceptado por los tribunales Supremo y Constitucional, ya no es estafa. ¿Pues, qué es?"

I, en segon lloc, va preguntar "si se tienen planes de pensiones privados, ¿qué garantía tenemos de que en un futuro más o menos próximo no se nos reste su importe de la pensión, ya topada?". La seva resposta va ser que cal pensar en la solidaritat, que cal incrementar les pensions més baixes i, davant de les necessitats, no creu que es pugui eliminar el topall. I, pel que fa a la segona pregunta, ell no pot saber què passarà en el futur. A Alemanya s'han fet molts plans de pensions privats i les percepcions actuals estan en dos terços del govern i l'altre terç, de les privades. A continuació, el representant de Sevilla va dir que no està d'acord amb el tema de la "solidaritat", sobretot tenint en compte que el senyor Chávez (president autonòmic d'Andalusia) té prevista una pensió d'unes 15 vegades per damunt del nostre topall. Un altre congressista va preguntar si es podrà recuperar algun dia el que s'ha aportat de més al que es cobra. La resposta va ser: "No



Dr. Fernando Boneu



Dr. Joan Vidal



Isabel Viladomiu va impartir una conferència-col·loqui

crec que sigui possible." Tot seguit es va passar al tema del copagament. En aquest sentit, els membres de l'INSS van dir que està previst a la Llei de la Dependència, recentment aprovada, però que cal desenvolupar decrets i encara no hi ha res clar.

La segona taula rodona va girar entorn de l'atenció sociofamiliar del jubilat. El moderador, secretari del Col·legi de Còrdova, va obrir la taula amb la qüestió "Què fem els col·legis pels jubilats, familiars i vídues?". El secretari de la Comissió d'Acció Social del Col·legi de Saragossa va explicar totes les seves activitats, iniciades fa dos anys, d'atenció als metges malalts, programes específics per als jubilats amb propostes sobre limitacions funcionals, dependència, atenció socio-sanitària i de prevenció. Per la seva part, el vocal de la Secció de Metges Jubilats de Còrdova va explicar que s'ha creat la Fundación Colegio de

Médicos de Córdoba i que, actualment, estan treballant en un projecte similar al de Saragossa.

Activitats lúdiques

El curs d'informàtica, realitzat amb la col·laboració del Club Sant Jordi de Caixa Catalunya, va finalitzar el passat 24 d'abril. Els assistents estan molt contents amb l'experiència i esperem que 10 companys o companyes més s'animin a organitzar-ne un altre.

Pel que fa al cicle de conferències-col·loquis mensuals, la seva realització ens resulta molt satisfactòria. En les imatges adjuntes, es poden veure els doctors Joan Vidal i Fernando Boneu en les ponències que van realitzar els mesos de març i abril, respectivament. Al mes de maig, l'encarregada de la conferència va ser Isabel Viladomiu.

Dr. Emiliano Astudillo

Joan Ribera, nou degà de la Facultat de Medicina de la UdL

"Cal convertir Lleida en un centre de referència en biomedicina"

Joan Ribera va ser escollit, el passat 6 de març, nou degà de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL). El nou degà té molt clar que la Facultat de Medicina, com la resta de facultats lleidatanes, ha d'adaptar el seu pla d'estudis a les directrius marcades en el Procés de Bolonya.

"L'alumne ha de ser el protagonista i no un element passiu en l'ensenyament i el professor és un tutor, no un transmissor de la informació", declara Ribera. Per això, el seu principal objectiu és transformar la metodologia docent per aconseguir aquests canvis. De moment, els alumnes de primer i segon de Medicina ja reben formació segons el pla d'estudis adaptat a Bolonya. També té previst aconseguir que les activitats pràctiques es valorin més que els continguts teòrics.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

“Cal convertir Lleida en un centre de referència en biomedicina mitjançant la creació de màsters en aquesta àrea”, diu el degà. Actualment, no n'hi ha cap; per aquest motiu, un dels seus reptes és que els departaments i els grups de recerca treballin amb el recent Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida).

Punts forts de la Facultat de Medicina

El nou degà té clar quins són els avantatges de la Facultat de Medicina de Lleida. “La mida de la facultat permet una bona interacció entre els diferents estaments. Som una facultat molt familiar.” També valora el catàleg de competències professionals, la integració de matèries d'àrees de diferents àmbits, el laboratori d'habilitats i la creació de l'IRBLleida. Per contra, Ribera admet la poca interacció entre els professors de matèries clíniques i els

professors de matèries bàsiques i que la Regió Sanitària Lleida té pocs llits on els estudiants puguin fer pràctiques. Per aquest motiu, Ribera treballarà personalment perquè els punts febles de la Facultat de Medicina es converteixin en punts forts. “Cal prendre consciència que han canviat els sistemes d'aprenentatge. És un camí molt dur i complicat, però amb predisposició per part de tothom el podem assolir amb menys dificultats que altres facultats.” Per tirar endavant, el nou degà demana a la Generalitat una especial sensibilitat envers Lleida i que tinguin en compte el costós manteniment de la facultat i la falta de professionals, sobretot del vessant clínic.

Ribera aposta pel Butlletí Mèdic, ja que gràcies al butlletí “els metges podem conèixer la realitat de l'entorn”. A més, està disposat a col·laborar amb el Butlletí Mèdic, ja que “és una eina de comunicació per obrir la Facultat de Medicina a la comunitat mèdica”. Des d'aquestes pàgines, felicitem el nou degà i esperem que tingui molt èxit en la seva tasca.



Joan Viñas, nou rector de la UdL

Joan Viñas va prendre, per segona vegada, possessió del càrrec de rector de la Universitat de Lleida el passat 23 de maig. Viñas va reclamar al Govern català que assumeixi els seus compromisos amb aquesta universitat i que consolidi els centres de recerca agroalimentària i biomèdica. Així mateix, el rector va lamentar que, de la trentena de centres de referència creats a Catalunya en els darrers anys, només dos es projectin a Lleida. El conseller d'Innovació, Universitats i Empresa de la Generalitat, Josep Huguet, va presidir l'acte de presa de possessió de Joan Viñas.

La sanitat catalana l'any 2015

Les persones sovint ens preguntem què ens depara el futur: canvis, nous projectes, alternatives... El Butlletí Mèdic proposa conèixer l'opinió d'especialistes de diferents àmbits sobre com serà la sanitat catalana d'aquí a 10 anys. Els professionals plantegen l'evolució del sistema sanitari fins a l'any 2015.

Pacients i metges hem d'assumir el lideratge

Encara que els entrenaments no permetin predir amb certesa qui guanyarà la cursa, sí que ens ajuden a identificar els que trepitjaran el pòdium. Els sistemes sanitaris també són previsibles. Només experimenten reformes radicals quan es produeixen revolucions socials. En condicions normals, evolucionen responen a les pressions de l'entorn i seguint els seus valors, cultura i recursos. Així doncs, per endevinar el futur, cal considerar primer el passat. Una ullada als darrers trenta anys de la sanitat catalana ens mostra que no hem modificat els aspectes, aleshores innovadors, que van aportar l'arribada de la democràcia i les transferències de Sanitat a la Generalitat de Catalunya. Encara estem desenvolupant les directrius marcades per la Llei General de Sanitat d'Ernest Lluch i el desplegant el mapa sanitari de Ramon Espasa, i només hi ha un model assistencial de provisió mixta i de reforma de l'atenció primària que va iniciar Xavier Trias. Tot fa pensar que seguirem la mateixa tendència. La sanitat catalana del 2015 serà

molt similar a l'actual.

Si no actuem, continuarem igual

Una visió pessimista ens diu que, d'aquí a vuit anys, els consellers continuaran inaugurant hospitals d'aguts a cada racó de Catalunya, més preocupats per aconseguir els alcaldes que per atendre el creixent nombre de pacients crònics. Els polítics i els gestors encara discutiran la necessitat d'introduir el copagament i la recepta electrònica, d'integrar els serveis i de fer “la primària” més resolutiva, mentre s'oblidaran de les seves responsabilitats en la reducció de les ineficiències del sistema. El canvi climàtic i la immigració faran que malalties com la de Chagas o el paludisme siguin ateses pels centres d'atenció primària. Desapareixeran les epidèmies gripals, però el Departament de Sanitat continuarà fent uns faraònics programes d'hivern per evitar una eventual aparició de la consellera al semàfor vermell de *La Vanguardia*. Pel mateix motiu, augmentarà el pla d'estiu, ja que, des dels serveis de salut, l'únic que podem fer és aconsellar que la gent gran compri un aparell d'aire condicionat que no li rescabalarà els serveis socials. Els metges de família no hauran deixat de donar suport a la Plataforma Diez Minutos, en la qual un De Pablo, més envellit, continuarà demanant augments

de plantilla. Continuarem, però, fent les receptes i les baixes de la mateixa manera que ho fèiem amb l'INP. Bé, de la mateixa manera no, ja que ho farem com ara, “a màquina”. D'altra banda, els ciutadans, avorrits d'uns serveis públics burocratitzats que no compleixen les seves expectatives, continuaran utilitzant els serveis privats de salut cada vegada més.

El sistema davant dels canvis previsibles de l'entorn

Des d'una perspectiva més optimista, podem considerar que, malgrat que el sistema presenti una inèrcia considerable, és possible que experimenti alguns canvis influenciats per les modificacions que s'estan produint en l'entorn. És possible, també, que en aquests vuit anys apareguin altres factors decisius que avui som incapaços d'imaginar, de la mateixa manera que no vam predir el moviment migratori. Els professionals tenim la responsabilitat d'intentar aprofitar aquestes circumstàncies per millorar l'organització. Estem massa implicats per continuar en una actitud expectant, esperant que l'Administració ho resolgui tot.

Els catalans hem canviat, estem passant un interessant i llarg període de bonança econòmica que ens ha elevat el nivell de vida i ha atret un gran nombre d'emigrants. No podem desaproveitar aquesta circumstància per millorar el finançament del sistema. Sabem el que volem, desitgem escollir i busquem uns serveis de més qualitat. No entenem els serveis sanitaris només com un mitjà per aconseguir la salut, sinó que també els considerem un bé de consum per millorar el benestar.

◆ “La mida de la facultat permet una bona interacció entre els diferents estaments”

Joies úniques

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

PERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

• **El canvi climàtic i la immigració**
• **faran que malalties com la de**
• **Chagas siguin ateses als CAP**

La població serà cada vegada més envellida i dependent. Les malalties cròniques es convertiran en el principal problema de salut. Haurem duplicat, per exemple, el nombre de pacients diabètics. L'atenció sanitària haurà de fer front al conflicte de donar resposta a la demanda d'atenció de qualitat, no forçosament orientada a una malaltia, i, al mateix temps, atendre unes patologies cròniques que requereixen un abordatge coordinat social i sanitari. Les activitats preventives i de seguiment de patologia crònica seran molt més necessàries que les activitats purament diagnòstiques i curatives. Haurem de créixer en infermeres i treballadors socials més que en metges.

Les tecnologies de la informació posaran a l'abast del ciutadà tot el coneixement mèdic de forma totalment indiscriminada. Es diu que buscar a Internet és com beure d'una boca d'incendis, dóna una gran quantitat d'informació, però se'n desconeix l'origen. Una part important de la futura tasca professional consistirà justament a ajudar els pacients a discriminar la informació rigorosa. No podrem emprar els ordinadors per "passar a màquina" la història clínica, les baixes i les receptes. Haurem d'avançar cap a la utilització de les tecnologies de la informació per millorar el procés assistencial. Esperem disminuir la fragmentació dels sistemes d'informació i, tal com passa en la banca, podrem compartir informació clínica entre els diferents àmbits assistencials emprant la targeta sanitària.

La indústria farmacèutica, de material sanitari i de les tecnologies de la informació i la comunicació, que són els màxims responsables de l'augment de la despesa sanitària, ens oferiran instruments per millorar l'atenció clínica a un ritme superior al que pot absorbir el sistema sanitari. Els economistes més optimistes prediuen que l'any 2013 ja no podrem pagar les innovacions. Ens veurem inevitablement abocats a definir la cartera de serveis i a introduir copagament per aquelles activitats que no es considerin prioritàries.

Afortunadament, ja no tenim metges aturats que esperen que un company es posi malalt per poder treballar. Al contrari, estem en una situació de plena ocupa-

Les malalties cròniques es convertiran en el principal problema de salut

ció. Alguns nostàlgics parlen de manca de metges, però les estadístiques ho neguen. Tenim unes ràtios de metges per habitant superiors a la mitjana dels països europeus. Ja no podem mirar el mercat laboral des d'una perspectiva local. Hem entrat en una veritable globalització. Companys catalans marxen a Portugal, França o al nord d'Europa per trobar millors condicions laborals. Simultàniament, pels mateixos motius, els habitants d'Amèrica del Sud vénen a casa nostra. Els sistemes sanitaris ha de fer els llocs de treball més atractius si vol retenir els millors metges.

La universitat ja sap que ha d'augmentar la seva productivitat, però no té temps. Està molt ocupada buscant la forma d'adequar la seva estructura funcionària als requeriments de l'Espai Europeu d'Ensenyament Superior. Els metges, conscients que la nostra capacitat d'influència ha canviat, volem millorar les condicions laborals i compaginar millor la vida familiar i laboral. Desitgem recuperar la influència sobre les decisions que afecten la provisió de serveis. El canvi del mercat laboral farà desaparèixer el fenomen del *burnout* que s'havia fet popular a principis de segle per l'excessiva pressió assistencial, els salaris baixos i una organització dels serveis que Mintzberg classificaria més de burocràcia maquinal que professional.

El limitat nombre de metges, les millores en les comunicacions i les possibilitats que ofereixen les

tecnologies de la informació ens portaran a concentrar els serveis sanitaris. No ho podrem fer tot a tot arreu. Centralitzarem els serveis diagnòstics, farem les extraccions o les proves d'imatge al territori, però es processaran i s'informaran en un únic lloc, potser fora del país. Els centres sanitaris tendiran a especialitzar-se, els hospitals comarcals es convertiran en centres de llarga estada i tancarem molts serveis d'urgències. Malgrat l'oposició d'alcaldes i consellers, no podrem mantenir un metge de guàrdia per a cada àrea bàsica de salut.

Si reaccionem a temps

La lentitud per respondre a les necessitats de l'entorn que ens caracteritza pot fer pensar que no haurem resolt la majoria d'aquests problemes. Però, almenys, hem d'intentar fer front als més importants. No podem esperar que els polítics resolguin la situació. L'experiència ens mostra que les iniciatives de canvi sorgeixen de la professió i de la societat. Els polítics no fan res més que donar-hi suport. Ciutadans i professionals hem de reaccionar ràpidament si volem avançar i no perdre els nivells de qualitat i servei que hem assolit.

Si ho aconseguim, els ciutadans, molt ben informats, escolliran metge, especialista i hospital. Els serveis essencials gratuïts en el moment de la prestació estaran perfectament separats dels accessoris que precisaran un copagament. Amb la targeta sanitària podrem accedir a totes les dades clíniques del pacient, amb independència del centre on sigui atès habitualment. Els metges, que ja no emigrarem perquè estarem molt ben remunerats, podrem treballar sense presses ni burocràcies. Tindrem tot el coneixement mèdic a l'abast a través de les noves tecnologies de la informació i la comunicació. Ens dedicarem a fer realment de metge, ja que les feines burocràtiques recauran en adminis-

El limitat nombre de metges i les tecnologies de la informació faran concentrar els serveis sanitaris

tratus. Infermeria, que estarà estratificada en diferents nivells de formació i responsabilitat, farà molta activitat de seguiment. El sistema sanitari ja no serà tan reactiu, centrat a donar resposta immediata a la demanda d'assistència. Serà més proactiu, orientat a oferir programes preventius i d'atenció social i sanitària de les patologies cròniques a una població segmentada pels seus nivells de risc. Els ciutadans exigiran més qualitat que immediatesa. No s'espera, però, que els polítics facin cap reforma substancial. S'interessaran en les inauguracions, a amagar escàndols i a fer discursos, més que a orientar el sistema sanitari cap a les necessitats reals de salut de la població. Ciutadans i professionals no podem defugir la responsabilitat de provocar aquest canvi necessari.

Dr. Joan Gené Badia

Metge de família. CAPSE

Departament de Salut Pública UB

jgene@clinic.ub.es

La recerca biomèdica es caracteritza perquè inclou un ampli ventall de línies d'actuació

El futur de la recerca biomèdica i l'assistència clínica

No hi ha dubte que la gestió clínica dependrà del progrés científicotècnic que es produirà en els propers anys. L'evolució i els canvis de la gestió clínica sempre han anat en paral·lel amb els nous coneixements generats per la recerca biomèdica. És evident que el nivell de coneixements que la medicina ha assolit aquests darrers anys influirà d'una forma clarament positiva en la millora de la salut de les persones. La incorporació de la biologia molecular a finals del segle XX ens va permetre conèixer amb precisió els components individuals dels éssers vius, en particular pel que fa a la identificació de gens

específics. Això va suposar que, a començaments del segle XXI, es conegués l'estructura de tot el genoma d'alguns éssers vius i, més recentment, l'estructura de l'ésser humà. Hem entrat, doncs, en la medicina postgenòmica. L'objectiu de la recerca bàsica es trasllada, ara, a aspectes com l'estructura, les funcions i les interaccions de gens i proteïnes i l'estudi de les vies fisiològiques i sistemes biològics com a causes d'aplicació mèdica dels coneixements estructurats indicats. La genètica, la biologia estructural, la genòmica funcional, la proteòmica, la metabolòmica, la farmacogenòmica, la bioinformàtica, les noves tècniques d'imatge i la medicina regenerativa estan accelerant el procés d'investigació cap a un control més racional de les malalties humanes (1, 2).

La recerca biomèdica es caracteritza perquè inclou un ampli ventall de línies d'actuació, que van des de la recerca fonamental o bàsica fins a la recerca clínica, la recerca epidemiològica o la recerca en serveis de salut. Aquestes actuacions en matèria de recerca es poden fer des de l'àmbit molecular, orgànic o sistèmic fins a arribar a l'estudi de grups de població o a l'anàlisi del rendiment tècnic i econòmic del sistema de salut. A tots aquells nivells, es poden fer preguntes de recerca que siguin realment rellevants (3, 4). L'experiència

PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

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

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

Truca ARA i t'ajudarem amb tota confidencialitat!
Telèfon directe Catalunya: **902 36 24 92**
Telèfon Lleida: **973 27 38 59**

acumulada durant les dues darreres dècades ens permet considerar que és necessari que els hospitals, especialment els universitaris, disposin d'un marc adequat de recerca en què s'intentin resoldre les preguntes que es deriven de la pràctica clínica. També cal escurçar l'interval de temps entre la producció de nous coneixements i la seva recerca en condicions reals d'aplicació a la pràctica clínica diària. Aquesta cadena interactiva va des de la recerca bàsica fins a l'assistència mèdica, passant per la recerca clínica, i constitueix el que s'anomena recerca translacional.

En els darrers 30 anys, la recerca biomèdica ha experimentat un gran progrés gràcies, sobretot, a la biologia molecular. No obstant això, actualment hi ha pocs exemples en què es pugui constatar l'aplicació real a la pràctica clínica d'aquests nous coneixements generats per la recerca biomèdica bàsica. Aquestes aplicacions, habitualment, es descriuen com translacionals, que significa traslladar el descobriment del laboratori a la clínica per al diagnòstic, tractament, pronòstic o prevenció de les malalties de l'home. Per solucionar aquest problema tan important encara no s'ha trobat una fórmula vàlida. És evident que la recerca translacional s'ha de comprendre com un tipus de recerca que inclou l'aplicació dels descobriments de la ciència bàsica biomèdica envers la clínica i, alhora, s'ha de considerar que és la forma més lògica per fer preguntes científiques rellevants provinents de la pròpia activitat clínica (5-7).

La recerca translacional és un concepte relativament nou que inclou aspectes de ciència biomèdica bàsica i recerca clínica i, per tant, requereix entrenament i recursos que habitualment no es troben en els laboratoris o els departaments clínics. A més, la recerca translacional no es pot dur a terme als departaments bàsics de la universitat o als instituts de recerca exclusius de biologia molecular, perquè els investigadors d'aquests centres no tenen coneixements en recerca clínica i no disposen de centres hospitalaris on poder realitzar-la. Per aquest motiu, els centres on es combinen ambdós tipus de recerca entre universitats, centres de recerca bàsica i

hospitals d'alt nivell assistencial, són les institucions ideals per realitzar aquest tipus de recerca (8-10). Amb la combinació dels dos tipus de recerca, totes les parts hi guanyen. En primer lloc, la recerca translacional i l'assistència mèdica milloren i, en segon lloc, és un estimul potent perquè els investigadors bàsics facin una recerca més realista que, a curt o mitjà termini, beneficiarà l'assistència mèdica.

En definitiva, la recerca translacional consisteix en l'aplicació dels coneixements biomèdics bàsics (biologia molecular, genètica) al procés assistencial. Un exemple del futur desenvolupa-

El futur desenvolupament de la farmacogenètica també facilitarà un tractament individualitzat

ment de la recerca translacional, la demanda del qual anirà augmentant, són les possibilitats derivades de la seqüenciació del genoma humà. La gran quantitat d'informació derivada d'aquest fet requerirà un gran sistema de recerca translacional, particularment centrada en estudis fenotípics. Els centres assistencials acadèmics que hagin aconseguit integrar amb èxit xarxes o sistemes sanitaris en el seu conjunt, amb poblacions ben definides i amb grups d'investigadors clínics ben entrenats, podran integrar una plataforma de recerca genòmica, amb intercanvi d'informació bidireccional entre investigadors bàsics i clínics i amb el desenvolupament de grans bases de dades genètiques, genotípiques, clíniques i farmacològiques. També es requerirà un notable desenvolupament de la informàtica mèdica (històries clíniques, bases de dades de pacients, estris d'ajuda a la presa de decisions per als clínics) i de la bioinformàtica (gestió de dades referides a l'ADN, seqüència de proteïnes i de la seva estructura) (9,11). No obstant això, s'ha de considerar que hi ha tres grans obstacles que dificulten que la medicina translacional sigui realment efectiva. En primer lloc, s'ha d'intentar que els descobriments científics bàsics siguin realment

transferits a la recerca clínica. A continuació, cal aconseguir, de la manera més ràpida possible, la transferència dels resultats obtinguts dels estudis clínics a la pràctica clínica diària i a la salut pública. I, finalment, s'ha de considerar que la informació que s'obté de la ciència bàsica no és suficient per desenvolupar nous tractaments sense la recerca clínica i epidemiològica, per la qual cosa es necessita que ambdós tipus de recerca estiguin degudament coordinats per tal d'accelerar la transferència del coneixement científic a la pràctica clínica (12,13). En el cas que la recerca translacional pugui vèncer tots els

obstacles esmentats abans i es pugui desenvolupar d'una forma adequada, és molt probable que, gràcies a aquestes noves tecnologies, es puguin identificar les persones amb risc de patir una determinada patologia i així es podrà establir les intervencions necessàries abans que es manifesti la malaltia. D'aquesta manera, es passaria de la medicina preventiva a la medicina predictiva. El futur desenvolupament de la farmacogenètica també facilitarà, per primera vegada, un tractament individualitzat i, per tant, disminuirà dràsticament el risc de patir efectes secundaris relacionats amb la medicació. Tot això indica que, en un futur no gaire llunyà, la pràctica de la medicina canviarà paral·lelament l'avenç de la recerca translacional (14,15).

Dr. Joan Rodés

Director general de l'Hospital Clínic de Barcelona i director de l'Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS)

BIBLIOGRAFIA

- 1- METZGER, N.; ZARE, R. N. "Interdisciplinary research: from belief to reality". *Science* 1999; 283:642-643.
- 2- WALDMANN, T. A. "Scientist recall progress and promise of translational research". *J Nat Cancer Inst* 2001; 93:13-15.

3- RODÉS, J; TRILLA, A. "Fórmulas para la integración de la formación clínica y básica en medicina". *Med Clin (Barc)* 1999; 113:379-382.

4- RODÉS, J.; TRILLA, A. "Investigación clínica: del laboratorio al paciente". *Med Clin (Barc)* 2003; 121:189-191.

5- POBER, J. S.; NEUHAUSER, C. S.; POBER, J. M. "Obstacles facing translational research in academic medical centers". *FASEB J* 2001; 15: 2303-2313.

6- MARINCOLA, F. M. "Translational medicine: a two-way road". *J Transl Med* 2003; 1: 1. Published online 2003 July 24. doi:10.1186/1479-5876-1-1.

7- NATHAN, D. G. "The several Cs of translational clinical research". *J Clin Invest* 2005; 115: 795-797.

8- MARWICK, C. "Scientist recall progress and promise of translational research". *J Natl Cancer Inst* 2001; 93: 13-15.

9- LENFANT, C. "Clinical research to clinical practice-lost in translation". *N Eng J Med* 2003; 349: 868-874.

10- ZERHOUNI, E. A. "US biomedical research: basic, translational, and clinical sciences". *JAMA* 2005; 294: 1352-1358.

11- BRAUNSCHWEIG, T.; CHUNG, J. Y; HEWITT, S. M. "Perspectives in tissue microarrays". *Comb Chem High Throughput Screen* 2004; 6: 575-585.

12- MANKOFF, S. P.; BRANDER, C.; FERRONE, S.; MARINCOLA, F. "Lost in translation: obstacles to translational medicine". *J Transl Med* 2004; 2: 14-24.

13- DUYK, G. "Attrition and translation". *Science* 2003; 5645: 603-605.

14- ZERHOUNI, E. A. "US biomedical research: basic, translational, and clinical sciences". *JAMA* 2005; 294: 1352-1358.

15- DAVID, S. P. "Pharmacogenetics". *Prim Care* 2004; 31: 543-559.

La Medicina el 2015

Atès que desconec el món laboral, basaré aquest article en el que crec que serà la formació dels metges d'aquí a uns anys, tant en l'àmbit del pregrau com de postgrau.

En un primer moment, semblaria que no són tants els anys que han de passar des d'avui fins a la data que ens hem fixat per representar un futur no gaire llunyà. Però si em paro a pensar en els

canvis que s'han plantejat a nivell curricular i docent en la llicenciatura en Medicina durant el temps que he estat a la facultat només puc dir que veritablement han passat moltes coses. Recordo que quan cursava segon de carrera vaig sentir a parlar per primer cop de l'Espai Europeu d'Educació Superior en unes jornades del Consell Estatal d'Estudiants de Medicina (CEEM). Avui dia, l'adaptació del pla d'estudis a les noves directrius de Bolonya és una realitat a la nostra facultat.

Per tant, sent optimista, m'atreviria a dir que segurament a nivell de pregrau sí que s'aconseguirà un canvi molt significatiu des d'ara fins al 2015. En aquest període de temps s'acabarà d'implementar el nou pla d'estudis a la Facultat de Medicina que requerirà una adaptació de l'actual metodologia docent que acaba per abocar-nos a la majoria a l'absentisme a classe. El nou edifici que complementa la unitat docent de l'HUAV permetrà la realització de docència en grups reduïts, i això serà una motivació per als estudiants, a l'hora que facilitarà l'aprenentatge de les competències teòriques. A més a més, hi haurà un contacte més proper amb el mitjà hospitalari durant el transcurs de tot el segon cicle gràcies als rotatoris de quart i cinquè, i es donarà més importància a les pràctiques clíniques. Això, unit a un major aprofitament del laboratori d'habilitats, reforçarà les competències pràctiques.

L'avenç de la tecnologia és un fet que no podem passar per alt quan parlem del futur de l'aprenentatge a la Facultat de Medicina. Els dibuixos anatòmics fets amb guix sobre la pissarra, passaran a ser cosa del passat? Es convertiran en models animats en 3D? Podrà un alumne visualitzar el retroperitoneu a la pantalla

L'avenç de la tecnologia serà molt important en el futur de l'aprenentatge a la Facultat

del seu ordinador? (i entendre'l...) Es faran tutories via videoconferència? Segurament sí, els futurs estudiants veuran tot això, i més. Però perquè això sigui realitat, cal un esforç sobredimensionat per part del professorat que s'haurà d'adaptar a aquestes noves tecnologies i una enorme inversió de l'administració a la Universitat.

D'altra banda, hi ha el futur de la formació de postgrau. Un futur no tan prometedor com el del pregrau per diversos motius.

En primer lloc, la formació mèdica especialitzada està molt lluny d'arribar al nivell de consens que s'ha assolit al pregrau com a resultat de les normatives europees d'educació superior. La hipotètica instauració d'un sistema d'especialització per troncalitats ajudaria el sistema espanyol a convergir amb el model europeu d'especialitats més àmplies (ex.: cirurgia cardioràctica, oncologia, hematologia, etc.), alhora que facilitaria una major flexibilitat i permetria el flux de professionals d'una especialitat a l'altra sense haver de tornar a passar per tot el procés de selecció i així suplir de manera efectiva les necessitats del sistema sanitari públic. O potser aquesta convergència amb el catàleg d'especialitats europees no interessa per evitar l'emigració d'especialistes? Això seria un gran error, el fenomen d'emigració no s'aturarà i posarà dificultats perquè la gent marxi, sinó posant facilitats perquè es quedin. Això només es pot aconseguir fent que el sistema de formació sigui més atractiu i donant als MIR el seu veritable valor. Per exemple, mantenint uns bons convenis de retribució, com ha fet Catalunya, i millorant la qualitat dels aspectes formatius de l'especialitat.

En segon lloc, hi hauria la limitació de recursos que té aquest sistema públic, en què els MIR són la clau, i enlloc de ser tinguts en compte com un col·lectiu en formació es converteixen en mà d'obra barata i disposada a tot per accedir a una plaça de formació i obtenir un títol d'especialista. La solució d'aquesta situació passa per millorar els reials decrets que regulen tant els aspectes formatius com els laborals dels MIR, equiparant-los amb els metges en formació d'altres països d'Europa, on la qualitat de la docència de postgrau és una

preocupació de l'Administració.

En compliment de la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries, l'examen MIR haurà de passar a avaluar competències pràctiques i comunicatives, i aquest serà un altre aspecte important. Pot ser que influènci de manera positiva la formació de pregrau, perquè reforçarà la importància d'aquestes habilitats i aptituds, però, a la vegada, pot afegir subjectivitat a la valoració dels expedients.

Respecte al dèficit de professionals que augura el darrer estudi publicat pel Ministeri de Sanitat el 2006, crec que se suplirà en gran part amb la immigració de metges de l'Europa de l'est i Sud-amèrica, que accepten de bon grat les condicions que aquí se'ls ofereixen perquè als seus països la situació és molt precària. De manera que cal vigilar molt el procés d'homologació dels títols perquè la qualitat de l'atenció sanitària se'n pot veure perjudicada i la necessitat de professionals no pot ser una excusa per permetre l'accés al sistema a llicenciats dubtosament qualificats.

Crec que fa falta més temps del que ens hem fixat com un futur pròxim per veure una veritable transformació en l'àmbit de la formació sanitària especialitzada. S'han de dedicar recursos a millorar la qualitat de la docència, la retribució dels metges, el reconeixement de la tasca docent dels diferents serveis i, sobretot, plantejar-nos el repte de convergir amb Europa per complir els objectius de mobilitat que marca la normativa de lliure circulació de professionals sanitaris i prestadors de serveis.

Cheryl Terés Castillo
Estudiant de Medicina

Preveure el creixement demogràfic per cobrir les necessitats de Lleida

Per tal de donar la meua opinió sobre com serà la medicina

lleidatana el 2015, em referiré prèviament al mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya, que per a l'escenari del 2010-2015 intenta, d'una forma planificada, preveure "les necessitats dels nostres ciutadans en un sistema sanitari públic que tingui garantida la seva sostenibilitat i eficiència". El mapa es basa en un model sanitari descentralitzat, però amb intervencions integrals i transversals, amb una íntima cooperació amb les altres institucions, amb un sistema financer equilibrat i, sobretot, amb la mirada posada en el ciutadà, el territori i els professionals.

Per saber quines necessitats tindrem, hem de comprovar, en primer lloc, quina projecció demogràfica calculem. Per a la regió sanitària de Lleida (el Segrià, les Garrigues, la Noguera, el Pla

trànsit que cal preveure.

Els nostres professionals es mostren cada cop més zelosos que la seva vida professional no interfereixi en el just dret al desenvolupament personal i familiar. Això fa que siguem molt curosos per encertar les necessitats i que no ens passi com ara, que no s'havia previst l'increment demogràfic i la necessitat de dotar-lo amb recursos humans i físics corresponents.

Per això, i d'acord amb les previsions del mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, crec que hauríem de tenir en compte els següents 10 punts:

1- Continuar la política d'aquests últims anys d'inversió en construcció, manteniment i equipament de consultoris locals per garantir l'equitat territorial i la

cohesió social. Caldrà reestructurar algunes àrees bàsiques on sigui aconsellable segregar-ne una part perquè es puguin gestionar millor.

2- Augmentar el nombre de professionals, sobretot d'atenció a l'usuari, infermeria i facultatius, especialment en àrees urbanes. Crec que així donarem resposta al nou rol d'infermeria i desburocratitzarem les consultes al màxim. Caldrà consensuar fórmules perquè els professionals de nuclis petits, malgrat mantenir-los en els consultoris, en alguns casos completin la seva jornada en els CAP per tal d'atendre una massa crítica d'usuaris (1.000 hab.) que garanteixi la seva expertesa.

Evidentment, les noves infraestructures d'urgències, centres d'alta resolució, etc. faran que es doti de personal tècnic preferentment Lleida i capitals de comarca.

3- L'augment de la capacitat resolutiva de l'atenció primària farà que la història clínica compartida, la telemedicina, la infermera gestora de casos, les noves tecnologies, etc. siguin una

Cal remodelar el CAP Prat de la Riba com a Centre d'Urgències d'Atenció Primària

pràctica quotidiana. La formació continuada i la protocolització és l'aposta perquè la coordinació entre nivells sigui una realitat, des del consultori local, passant pels centres d'alta resolució -hospital lleuger o de proximitat- de Mollerussa, Tàrraga i Balaguer, fins als hospitals d'aguts de referència (Hospital Arnau de Vilanova i Hospital de Santa Maria).

4- Cal que, a més dels hospitals de proximitat de Tàrraga i Balaguer, remodelem el CAP de Prat de la Riba com a Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP) i que, entre altres coses, amb major dotació horària i d'espais, substitueixi l'actual de Rambla Ferran i sigui, per a la ciutat de Lleida i les poblacions veïnes, el primer punt d'atenció continuada de primària.

La resta dels CAP de comarca caldrà dotar-los de mitjans de suport diagnòstic que estiguin connectats en línia amb l'Hospital Arnau de Vilanova per permetre coordinar l'atenció primària amb l'especialitzada i donar una resposta més ràpida.

5- La nova llei de l'ICS, que probablement tindrem al voltant d'aquest estiu, ens facilitarà un lligam més consistent entre l'Hospital Arnau de Vilanova i el Santa Maria per aconseguir un sol hospital en dos edificis.

Ningú posa en dubte que els hospitals públics (Arnau de Vilanova / Santa Maria) són, i seran, la referència de la recerca, la formació i l'atenció urgent i especialitzada del nostre territori. Per això, cal preveure la corresponent dotació de recursos físics i humans, tant per cobrir les nostres necessitats com també aquelles que puguin generar-se en els hospitals comarcals de Tremp, la Seu d'Urgell, Viella i els centres d'especialitats de Lleida, Tàrraga, Balaguer i Mollerussa.

Crec que és necessari un acord entre els centres de gestió mutualista o privada. Està prevista la construcció d'un nou hospital

d'aguts (Clínica Ponent), una nova oferta de diagnòstic especialitzat (Avantmèdic), utilitzar tota la potencialitat de la Clínica del Perpetuo Socorro, seguir innovant a la Clínica Montserrat, augmentar l'oferta de diferents centres privats, reagrupar les mútues per reduir-ne el nombre i fer-les més fortes, etc. Hem de reflexionar si tota aquesta oferta té cabuda a Lleida amb la demanda prevista en els propers anys. Potser és el moment de fer ofertes d'allò que no tenim i no copiar allò que fan els altres.

Els diferents serveis hospitalaris + primària, és a dir, del territori, hauran de planificar la seva feina a l'hospital i a la primària per donar cobertura als hospitals i centres comarcals, que hauran de ser considerats unitats docents, dependents de l'hospital universitari, per tal que els metges en actiu o en formació puguin fer activitats en tots aquests. La coordinació de la recerca l'hem de fer a través de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRB Lleida), que ha d'integrar l'assistència i la salut pública.

6- Seguirem apostant per ser més resolutius i utilitzar els hospitals terciaris de Barcelona només en aquells casos en què el nombre d'habitants, menys de 450.000 habitants, desaconselli la implantació d'un servei d'alta especialització, perquè la poca població no produeix la rotació mínima de pacients que garanteixi la seva viabilitat i l'expertesa dels professionals altament espe-

Les previsions demogràfiques ens indiquen la necessitat de més centres sociosanitaris

cialitzats.

Per aquest motiu, és necessari un servei de transport sanitari per a urgències adient i preveiem que, com que el trasllat amb heli-còpter serà l'habitual en el futur, caldrà disposar d'un heliport que possibiliti els vols nocturns.

7- En aquest moment, tot això està previst i amb possibilitat de recursos econòmics en el Pla d'Equipaments i Instal·lacions Sanitàries (PEIS) del Servei Català de la Salut (SCS). Durant el primer semestre del 2007, s'executen diferents obres i projectes:

- Centre d'Alta Resolució de Mollerussa (ja inaugurat en publicar-se aquest article).
- Noves urgències i aparcament de l'Hospital Arnau de Vilanova.
- Ampliació del CAP de l'Eixample.
- Inici de les obres del CAP Primer de Maig a la Mariola.
- Finalització del projecte dels hospitals lleugers de Balaguer i Parc Sanitari de Tàrraga.
- Finalització del projecte de l'ala est de l'Hospital de Santa Maria.
- Projecte d'ampliació dels CAP de Cervera, Agramunt i avançament dels treballs del nou CAP de les Borges Blanques o l'ampliació del d'Artesa de Segre.

Ens quedarà definir, al segon semestre d'enguany i el primer del 2008, les necessitats de la remodelació del CAP Prat de la Riba, amb el CUAP inclòs, i dels edificis de CCEE (gabinets d'exploració i diagnòstic), zona administrativa, laboratori, rehabilitació i serveis de cuina, hotel·leria, cafeteria, sala d'actes, etc. de l'Hospital Arnau de Vilanova, que farà possible buidar aquest hospital per emprendre la remodelació de la zona d'hospitalització i la construcció, d'entrada, d'un nou bloc quirúrgic, un bloc obstètric i la nova UCI. Estem treballant per remodelar l'HUAV amb la previsió que, el 2005, tinguem garantides les necessitats previstes fins al 2025 (no preveiem més llits hospitalaris d'aguts una vegada fetes les obres projectades, però sí preveiem millorar les condicions de les habitacions actuals).

8- Les previsions demogràfiques ens fan ser cautelosos per tenir previstes les necessitats, cada cop més importants, de centres sociosanitaris. Caldrà disposar,

l'any 2012, d'un total de 90 llits al nou centre de Tàrraga i d'una nova construcció que substituïxi l'actual a Balaguer. Caldrà preveure un nou centre a Lleida o rodalies, perquè pugui assumir aquesta necessitat emergent.

També estem treballant en aquest escenari de 10 anys per disposar d'un nou centre de salut mental que ens permeti executar el pla director aprovat.

9- Durant el 2008 es desplega l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Personalment, crec que és un dels reptes més importants per integrar la salut pública a l'assistència i aquesta a la prevenció i educació sanitària i a la protecció de la salut.

El treball en equip de veterinaris i farmacèutics amb els professionals de la medicina, d'infermeria i amb tots els altres que fem tasques de protecció o assistencial donarà sentit a aquesta nova agència, que ha de garantir la salut comunitària en tot el territori.

10- Finalment, crec que per aconseguir aquests objectius necessitem tothom. Hem de sumar esforços perquè els professionals de la salut els sentin com reptes propis que consensuem i ens marquem. Cal que estiguem tots i totes disposats a ser flexibles per incorporar allò que és evident i escoltar. La Generalitat, les administracions locals, les organitzacions de representació ciutadana, els professionals i els proveïdors, entre altres, tindrem l'oportunitat de treballar de costat en el Govern Territorial de Salut, que ha de ser el fòrum on prioritzem les demandes que necessiten les terres de Lleida.

Dr. Sebastià Barranco Tomàs
Director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida

Com serà la Medicina de Família d'aquí a 10 anys?

Com pot atrevir-se a acceptar aquest encàrrec un metge, desconeixedor total de les ciències socials, de la història, de l'economia, de la política, que, si sap

• Els enormes canvis demogràfics, socials i tecnològics no eren previsibles fa uns pocs anys

alguna cosa és només de la seva professió als nivells més elementals? L'explicació d'aquest atreviment és que m'ho ha demanat un amic, amb el qual comparteixo tasques a la junta de la CAMFIC, la societat que ens uneix a la gran majoria dels metges de família d'aquest país, i que m'ha convençut que les nostres opinions tenen un cert valor, si més no, per als altres companys de l'especialitat.

Però, ho sap algú? No eren pas previsibles, fa uns pocs anys, els enormes canvis, no només tecnològics, sinó també demogràfics i socials, i tant fora com dins del nostre col·lectiu, amb tants canvis d'expectatives, de valors i d'interessos.

Per tant, crec que més que parlar de com serà la nostra professió, l'únic que em veig capaç de fer és dir com m'agradaria que fos, amb l'experiència que em donen força anys de professió i haver passat per moltes de les etapes d'una vida professional.

I, per ajudar-me en la reflexió, vull començar pel principi

- Per què els joves escullen una professió com aquesta, la de metge?

Perquè els agrada i, sobretot, la coneixen, encara que sigui superficialment, pels familiars, parents o coneguts metges (molts companys són fills, néts, nebots o germans de metge), pel metge que els atén a ells i a la seva família, però també per

causes més banals, des de notícies impactants amb referència a destacats professionals o fets relacionats amb la salut, i sense oblidar-nos dels nombrosos serials televisius. La nostra és una professió que uneix humanisme i tecnologia i, des de sempre, havia gaudit de reconeixement social. És lògic que agradi. Són molts els que l'escullen, massa?

- Com respon la universitat?

Com que sembla que hi ha un excés de demanda, intenta escollir els "millors" i ho fa de l'única manera que sap, i que pot, en un sistema formatiu que, des de fa desenes d'anys, es basa en unes puntuacions obtingudes a partir de la constatació d'uns coneixements teòrics. Així apareix el *numerus clausus*, que, en definitiva, vol dir que, en el cas de les facultats de Medicina, només hi tenen accés els que tenen les notes més altes de batxillerat i de selectivitat. Són els més idonis? I els que es queden fora per unes dècimes de punt, estem exclouint possibles bons professionals?

- Com reaccionen els estudiants de Medicina?

Doncs, seguint amb la seva trajectòria de bons estudiants —els millors—, volen ser bons metges i, per tant, es fixen en els professors que els fan més bona impressió, els millors docents i els investigadors més brillants, en definitiva, els grans especialistes dels hospitals universitaris. També es preocupen d'estudiar i estudiar per treure bona puntuació a l'examen MIR. És això el que cal esperar de la universitat? Si no hi hagués el MIR, no es preocuparien menys de la teoria i més de la pràctica?

- Escollir l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària.

Excepte en casos excepcionals, molts companys es formen com a metges de família perquè no tenien una altra elecció, o era la millor de les poques possibilitats que els quedaven, sobretot si, pels motius que siguin, volien fer l'especialitat en un lloc determi-

nat. Això, pot ser, ja, la primera frustració de la vida professional? Això ens podria explicar per què molts metges especialistes en formació ja pateixen de cansament professional?

- El metge especialista en formació (MIR) de MFiC.

L'època de resident és, per a molts, particularment angoixant, és l'hora de la veritat. Moltes exigències, responsabilitats, guàrdies, compaginar feina amb estudi, l'inici de les relacions laborals amb nous companys, caps, gent d'altres professions... I la meitat del temps en un context aliè, com és l'hospital on encara avui, després de gairebé 30 anys de creació de l'especialitat, els metges de família són uns grans desconeguts. Els tutors i els adjunts ja no són els grans teòrics. Es cau, de sobte, en la incertesa, els dubtes, els diagnòstics poc clars, les proves poc concloents de la pràctica diària real i, en definitiva, en la falta de seguretat i satisfacció. Poc a veure amb la llarga etapa universitària. I com que les expectatives eren tan i tan altes...

- La vida professional de veritat del metge de família.

Ara sí, tota la responsabilitat, en un medi no sempre amable, amb companys més grans, i alguns "cremats", cal compartir despatx i un excés de feina en un torn de treball totalment absurd i, sobretot, en un context definitivament laboralitzat de professional assalariat i, en la majoria dels casos, excessivament burocratitzat, amb poques o nul·les possibilitats d'influir o canviar l'organització, i amb mínimes perspectives de canvi i, per tant, de millora o de promoció professional. Amb uns objectius laborals poc interioritzats i amb una carrera professional que segueix premiant l'antiguitat i que està dissenyada més per als especialistes de grans hospitals que per als metges de primària, pels que la docència i la recerca no són els elements nuclears del quefer del dia a dia. I a més, sense el reconeixement ni de la

societat, ni de la resta de la professió. Era això el que volia aquell estudiant, aquell MIR tan brillant?

Davant de tota aquesta possible seqüència de fets, com m'imagino que podria ser l'atenció primària d'aquí a deu anys?

- Hi haurà una planificació en el nombre de metges especialistes de Medicina de Família, i d'altres especialitats, que necessita el país i la selecció per entrar a les universitats no es farà únicament en funció de les notes, sinó d'altres qualitats i mèrits dels aspirants.

- Els estudiants de Medicina tindran professors i investigadors brillants que prendran com a model, que seran metges de família i que participaran en activitats de docència i recerca pròpies de la seva disciplina, en un context acadèmic propi, on l'ensenyament serà pràctic, prevalent l'adquisició d'habilitats i actituds sobre la teoria i el coneixement.

- S'escollirà, amb orgull i il·lusió, l'especialitat de Medicina de Família no sols pel que per ella mateixa representa, sinó pel reconeixement de la societat civil i del món acadèmic.

- El quefer professional estarà fonamentat en el compromís personal i col·lectiu dels metges de família amb la societat, on els objectius professionals envers la salut dels ciutadans seran clars i assumits.

- Es desenvoluparan models organitzatius i laborals en què participaran els professionals i en els quals prevaldran la flexibilitat i la innovació, que han de permetre tant donar resposta a les veritables necessitats de salut de la població i a l'accessibilitat, com compatibilitzar el desenvolupament professional i la vida personal i familiar dels professionals.

- Es definiran les competències nuclears i, en funció d'aquestes, l'oferta dels serveis mínims comuns, però, en aquest marc

de major flexibilitat i un cop assumits aquests mínims, no tots els metges tenen ni poden oferir el mateix, dedicar el mateix temps o fer el mateix al llarg de tota la vida professional i, per tant, tampoc el pagament haurà de ser el mateix.

- Però també hi haurà el compromís de la societat per mantenir un sistema de salut de qualitat, equitatiu i sostenible, en el qual es farà un ús raonable dels recursos sanitaris.

- Es desenvoluparan models de participació ciutadana i de finançament diferenciat en els quals els usuaris no actuaran com ara, només "demanant", sinó "oferint", perquè seran autèntics corresponsables en la sostenibilitat i en els resultats en salut.

- La societat, els polítics, l'Administració i la resta de companys d'altres especialitats hauran comprès que un model sanitari basat en l'atenció primària no va en detriment de ningú, sinó al contrari, permet que l'atenció sigui més propera, més raonable, més sostenible i més humana, i que els professionals de totes les especialitats puguin desenvolupar millor les competències per les quals han estat formats i al nivell que els pertoca.

Que això sigui possible depèn de nosaltres. El repte és nostre, des del resident més jove fins al metge més sènior, des de l'ABS més petit fins a la més gran, o des de la més llunyana fins a la més propera, i també des dels nivells més baixos fins als més alts de la professió, ens hi hem de posar, els clínics i els gestors. Els canvis desporten recels i resistències, però si tots ho veiem clar i disposem no sols de les capacitats i competències, sinó de les eines adequades (recursos i formació), segur que ho aconseguirem, perquè ara ja no som aquells que amb molta il·lusió, però sense cap mena d'experiència, ens vam llançar a fer la reforma de l'atenció primària. Ara som autèntics experts, que sabem per on flueixja el sistema.

Dra. Dolors Forés

Presidenta de la CAMFIC (Societat Catalana de Medicina familiar i Comunitària) i membre del Consell de la Professió Mèdica

• Un model basat en l'AP permet que l'atenció sigui més propera, raonable, sostenible i humana

Models actual de provisió de serveis, la integració vertical i els models per càpita

Dr. Ramon Piñol Llovera · *Metge*

Descentralització i integració són dos conceptes que hom acostuma a trobar en molts manuals de gestió com a desitjables per millorar l'eficiència de serveis. Però com diuen en el món de les escoles de gestió, els instruments poden ajudar però no impliquen per se l'assoliment dels objectius, i amb aquests arguments com a bandera s'han fet moviments amb molt diversos resultats.

Així, per exemple, en el tema de la descentralització, a vegades actuem de manera aparentment contradictòria, ja que ara descentralitzem i ara centralitzem, com si allò que de fet importés fos el moviment en si, ja que "pel camí" s'han facilitat canvis que no havien estat possibles en la situació anterior.

Avui en dia està, potser, més de moda la descentralització i ja des dels principis del procés de la Unió Europea hem sentit a parlar del principi de subsidiarietat, on s'esmenta que si una qüestió es pot resoldre a un nivell inferior, no s'ha de decidir a un nivell superior. Es diu, per exemple, que seria millor descentralitzar qüestions com la selecció de personal en cada centre, però, a vegades, hem fet justament el contrari, com en alguns concursos de personal, amb l'argument de la planificació de recursos o amb altres arguments, com els esmerçats en les compres centralitzades de productes sanitaris (economies d'escala), per obtenir uns millors resultats, almenys en preus.

Altres temes, però, s'han de tractar amb certa perspectiva i exemples fora del món sanitari, com els lligats als recursos marins, agricultura, medi ambient, o dins del nostre entorn (seguretat en salut pública o legislació de protecció de la salut) estan avui ja regulats per directives europees.

En efecte, per exemple, la decisió de mantenir o tancar un escorxador comarcal no correspon a l'àmbit municipal on està situat ni al Consell Comarcal, ni tan sols a la Generalitat o a l'Estat, tots amb competències en el tema. Ara és una competència compartida dels estats amb la Unió Europea i és en l'àmbit europeu on s'han marcat unes

directives que obliguen a tenir unes instal·lacions i un volum de producció determinat. Això significa el tancament obligatori d'escorxadors petits, a l'igual que ja fa anys se'n van tancar alguns per la normativa de qualitat que aleshores marcava la Generalitat.

En el món més estrictament assistencial, hi ha una part de les funcions sanitàries que també s'han centralitzat, com les referents a la planificació de centres sociosanitaris i de salut pública, i que estan incloses en el mapa sanitari que s'ha presentat recentment a Catalunya o els plans directores o els plans de salut de més tradició d'ençà l'any 1993. Tots contempen, però, una especificitat més propera, ja sigui en la regió sanitària (7 a Catalunya), governs territorials de salut (37), comarques -o sectors sanitaris de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya- (41) o àrees bàsiques de salut (352).

Quan parlem de descentralitzar o de concentrar, hem de especificar de quina funció parlem, ja sigui de la planificació, el finançament, la compra i avaluació dels serveis sanitaris o de les funcions de provisió de serveis o de gestió de la prestació de serveis.

La darrera proposta de descentralització territorial i de funcions és als denominats governs territorials de salut, per arribar segurament a un model de consorcis territorials com a resultat de la possible evolució del sistema sanitari català, amb la conseqüent redistribució de les funcions dels organismes sanitaris corresponents.

Com es preveuen aquestes funcions? D'una banda, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya assumeix el paper de finançador i responsable d'establir el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut. Defineix la política sanitària i fixa els objectius de salut, els índexs i els nivells bàsics que cal assolir en les matèries incloses en el Pla de Salut de Catalunya i ara també direm que en el mapa sanitari.

El Servei Català de la Salut evoluciona com a asseguradora de la sanitat pública (i, de moment, única) de la

sanitat catalana i deixa, en part, el paper d'autoritat sanitària al Departament de Salut (planificació, ordenació, autorització, inspecció...).

Recordem que l'organització sanitària catalana ha estat la primera a adaptar-se al nou model territorial en set vegueries proposat com a nova organització territorial de Catalunya.

Cal esmentar, però, que ningú vol renunciar als principis generals del denominat model sanitari català ni a les seves característiques diferenciadores, que li atorguen una personalitat pròpia: la proximitat dels serveis als ciutadans, la participació de la societat civil i la diversificació en la provisió de serveis.

Observem que, políticament, sobretot en els darrers anys, es vol reforçar el paper de les entitats locals perquè participin en la governança del sistema (governos territorials de salut, GTS), ja que aquesta és l'administració més propera a la ciutadania. Les funcions que preveuen són les de vetllar per la defensa dels interessos dels ciutadans; participar en la planificació i avaluació dels serveis sanitaris sota les directrius del Departament de Salut; identificar les prioritats de les intervencions sanitàries; fomentar la continuïtat assistencial, la subsidiarietat i la substituïbilitat de recursos procurant que s'estableixin aliances i estratègies de coordinació i, sobretot, orientar i prioritzar l'assignació de recursos en el territori a partir de la recepció de l'assignació capítativa.

Es parla de fer la gestió macro o de GOVERN, amb majúscules, als GTS, no de gestionar (almenys, de moment) els diferents centres i serveis.

Pel que fa a la provisió de serveis, a Catalunya existeixen diferents formes de prestació de serveis de salut, amb diferents entitats prestadores de serveis o operadors, com s'ha començat a denominar-les, i que en termes més col·loquials entenem com diferents models de gestió.

Aquestes entitats subscriuen un contracte amb el Servei Català de la Salut, que (almenys, fins ara) identifica els ciutadans o territoris als quals ha de donar cobertura, l'extensió i la qualitat i en garanteix la igualtat d'accés.

Així, hi ha diferents fórmules observades en dret públic per a la gestió de serveis. Per exemple, existeixen dins de la gestió directa els instituts, les societats anònimes públiques, les mancomunitats, els consorcis, etc.

En pla esquemàtic, podem dir que a nivell macro és el Departament de Salut qui exerceix les funcions de planificació i finançament, l'assegurament el fa el Servei Català de la Salut i la compra es realitza en les seves unitats centrals o regionals (també conegut com CatSalut), que contracta diferents ens productors denominats proveïdors o operadors.

Sembla una mica de disbauxa la quantitat de noms que tenim per denominar les entitats i les funcions, quan, en definitiva, tots han de treballar ple-

gats per intentar contribuir a la millora de la salut de la població. Una altra cosa és la contribució parcial dels serveis sanitaris a la salut..., però això seria motiu d'una altra reflexió.

Els següents esglaons en la gestió que s'acostumen a explicar en els cursos de gestió són els referits a la gestió més micro que realitzen els professionals i la gestió de centres. En aquests nivells també estem dins d'un procés continu de reformes en la provisió de diferents serveis i en totes les línies assistencials: atenció primària, hospitalària, salut mental i sociosanitària.

Per exemple, es comença a treballar en processos i programes d'integració assistencial en els quals té una gran importància la durada de les malalties i les guies de pràctica clínica que abastin aspectes de la prevenció, el seu control i les complicacions. Veure els plans directores de les malalties amb més prevalença, com les de l'aparell circulatori o les guies i circuits ràpids en oncologia, per exemple.

D'altra banda, hem de considerar la possibilitat que l'actual rellevància dels centres assistencials (hospitalaris, sobretot) pugui disminuir i, per contra, tingui més protagonisme l'autonomia

d'una zona de 1.000 euros anuals multiplicats pel nombre d'habitants que tinguin, ajustat per factors com l'envelliment o la dispersió. Això afavoriria, sens dubte, les organitzacions sanitàries integrades, on una xarxa coordinada de serveis dóna continuïtat assistencial a una població determinada (sense els problemes de selecció de risc que generen els sistemes voluntaris d'afiliació) i de la qual tenen la responsabilitat de la seva salut i dels consums sanitaris que impliquen un cert risc financer.

Es tracta d'assolir una integració (vertical i, moltes vegades, solament virtual) entre proveïdors diferents que eviti les grandàries excessives dels grans operadors que tenen menys incentius per l'eficiència, una més difícil adaptabilitat als canvis i molts més costos d'influència dins de l'organització.

Es tracta de passar d'un model basat en l'oferta per línies (hospitals, APS, sociosanitari...) a un model que es responsabilitza globalment de la salut d'una zona determinada, basat, en teoria, en les necessitats i que ha de generar sinergies i substitució (donar el servei a qui ho faci millor i més barat), mesurar la qualitat en termes de salut

medis, com, per exemple, per contenir costos (elimina duplicitats), per millorar l'eficiència (cada pacient és tractat en el lloc que cal), per millorar la continuïtat assistencial (incentiva la coordinació) i per millorar l'equitat (accessibilitat).

Però quin camí agafarà en el futur la segura evolució dels contextos de provisió sanitària?

En una opció, el Departament de Salut es queda amb les funcions de planificació i finançament, l'assegurament el fan els serveis territorials de salut i la compra es realitza per àrees geogràfiques, on actuen els ens productors. És una situació similar a l'actual, però amb el pas de la compra des de serveis centrals de Barcelona a les regions sanitàries o als governs territorials de salut.

En una altra opció, el Departament de Salut es queda, també, amb les funcions de planificació i finançament, l'assegurament el fan també els serveis territorials de salut i la compra i la producció es fa integrada, ja sigui segons àrees geogràfiques de salut, per metges de capçalera o xarxes integrades de proveïdors.

En una darrera opció, el Departament de Salut es queda solament amb les funcions de planificació i finançament i les xarxes integrades -territorials- de proveïdors (asseguradors no públics) asseguren i compren els serveis que realitzen diferents operadors.

Sigui quina sigui l'opció triada, i encara que s'opti per la segona o tercera opció, molts pensen que el comprador (l'asseguradora pública) sempre s'hauria de quedar amb algunes funcions pròpies, com són la gestió (revisió) de la utilització sanitària, la regulació i el control del finançament complementari (assegurances de prestacions no cobertes públicament i assegurança de dependència), la regulació i el control del finançament privat derivat de possibles futurs copagaments i, sobretot, l'assignació principal dels recursos segons la necessitat, de molta importància, per exemple, en àrees geogràfiques petites, on és sempre més car mantenir certa oferta de serveis.

En el món de la producció de serveis (o gestió de centre, en llenguatge més planer), ja fa anys que es van iniciar allò que aleshores es va denominar noves fórmules de gestió i, encara que sempre s'havia parlat dels avantatges dels serveis multihospitalaris i que les integracions horitzontals podien afavorir algunes economies d'escala, no es vol tornar a patir els problemes de les macroorganitzacions, que, com hem dit, sembla que no tenen futur en el món de la sanitat.

El gran INSALUD ja no existeix d'ençà l'acabament de les transferències, l'any 2002, i els organismes de salut de les comunitats autònomes han esdevingut entitats jurídiques de diferent naturalesa, però amb tendència a la

◆ **Cal considerar l'opció que la rellevància dels centres assistencials disminuirà**

◆ **Catalunya segueix un pla pilot de compra de serveis amb base poblacional**

dels pacients i la seva capacitat d'elecció perquè quedi garantida la seva salut d'una manera global i continuada amb una entitat pública o privada que li ofereixi les prestacions que la societat demana avui.

Altres temes d'actualitat i que no desenvolupem aquí són els referents a la gestió clínica dels professionals, les denominades per alguns vies clíniques a l'eficiència amb la coneguda en abstracte medicina basada en l'evidència al capdavant.

Pel que fa a l'assignació de recursos, un dels models actuals de compra de serveis (pla pilot a Catalunya i que es vol estendre amb un segon model més evolucionat a tots els GTS) és la compra de serveis amb base poblacional, denominada també model per càpita o capítatiu, a diferència del model desenvolupat fins ara de compra de serveis sanitaris per línies de producte (altes o visites hospitalàries, estades en centres sociosanitaris, estructura a l'atenció primària de salut, visites o estades a salut mental...).

La compra capítativa seria, per exemple, donar els centres i serveis sanitaris

i, sobretot, ha d'estimular la comunicació, la coordinació i la cooperació per tractar cada pacient en el lloc que cal.

Aquest model pot millorar la coordinació entre nivells (mal denominada, al meu parer). A més, no oblidem que aquest tema (la interfície, en diuen) s'ha identificat com un dels grans problemes del sistema sanitari actual.

Alguns, però, veuen l'experiència com una futura porta oberta per incrementar el finançament privat (copagaments i assegurances complementàries), que possibilitaria que alguns luxes suplementaris no sanitaris (fora de la cartera de serveis obligada pública) s'obtinguessin segons el criteri de disponibilitat a pagar (i, per tant, es distingeixen els pacients més ben situats). Pensem en l'exemple de la medicina, dels que fan esport o altres prestacions no incloses ara en el sistema de salut i que podrien assegurar-se de manera complementària a la pòlissa bàsica obligatòria pública de salut.

Aquest sistema per càpita s'ha emmarcat en les denominades reformes de segona generació i s'ha utilitzat, també, amb altres objectius inter-

segmentació del sistema en diferents empreses públiques per cada activitat (urgències, bancs de sang...) o en els territoris amb una contractació global (tipus model valencià).

Sembla que ja ha quedat en el record un dels primers debats que es van obrir, ja fa anys, arran de la publicació en el que era aleshores àmbit INSALUD amb la Llei sobre Habilitació de Noves Fórmules de Gestió i que possibilitava la constitució d'empreses públiques, consorcis i fundacions; termes de sobra coneguts a Catalunya i incorporats a la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya de l'any 1990, que consolidava el model sanitari català.

Una fórmula molt utilitzada i coneguda és el consorci o col·laboració interadministrativa entre entitats públiques, encara que també poden ser entitats privades sense afany de lucre, sense que la seva participació desvirtui la naturalesa pública dels ens que formen part del consorci. Té tota la capacitat jurídica de dret públic i del dret privat i es regeix pels propis estatuts.

Una fundació és un patrimoni afectat de forma duradora a la realització, sense afany de lucre, de finalitats d'interès general. No és una entitat de base associativa i la Llei d'Acompanyament als Pressupostos Generals de l'Estat de 1999 va regular la creació de fundacions públiques sanitàries, encara que també hi havia legislació autonòmica i estatal de fundacions privades com les que molts hospitals catalans van constituir per la recerca. Les primeres van ser les adoptades pels hospitals de Manacor i Alcorcón. També poden encomanar la gestió a tercers, com ho han fet algunes fundacions d'hospitals catalans.

Les empreses públiques són entitats de titularitat pública que tenen per objecte la gestió de serveis amb contingut econòmic, industrial o financer i utilitzen fórmules de dret privat, encara que mantenen control públic de la seva activitat. Són entitats de dret públic, però subjectes al dret privat o empreses públiques amb fórmula de societat amb accions de titularitat pública. Com les altres fórmules, tenen un consell d'administració i el

control financer és *a posteriori*, mitjançant auditories. A Catalunya tenim el Sistema d'Emergències Mèdiques, SA, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, l'Institut Català d'Oncologia, el Banc de Sang de l'Institut Català de la Salut, que gestiona tots els serveis hemoteràpics d'aquesta entitat i els que van assumir les competències de les diputacions, com Gestió de Serveis Sanitaris a Lleida. A Catalunya s'ha proposat, en diferents ocasions, que l'Institut Català de la Salut es transformi en una empresa pública i el projecte de llei es va quedar pendent al Parlament de Catalunya l'any 2006.

Els tres tipus de fórmules possibiliten que les operacions es desenvolupin com en qualsevol empresa privada, és a dir, que permeten els procediments empresarials sense perdre el caràcter públic del seu servei.

Pel que fa a l'atenció primària, hem de dir que algunes de les experiències anteriors han donat lloc, la majoria de vegades, a projectes de gestió vertical, oligopolis o entitats de gestió territorial sense un pes rellevant en l'atenció primària, tot i que aquests també la gestionaven en moltes ocasions.

Però a l'atenció primària hi ha, també, altres experiències de gestió, iniciades a Catalunya arran de la possibilitat esmentada en la modificació de la LOSC feta l'any 1995, com són les entitats de base associativa per gestionar àrees bàsiques de salut formades per professionals que han de gaudir de personalitat jurídica pròpia i estar legalment constituïdes sota la fórmula de SA, SL, societat laboral o cooperativa. El 51% del capital social ha de pertànyer als professionals sanitaris que hi presten els seus serveis i aquests poden reincorporar-se a la situació anterior en els 3 primers anys. És una experiència interessant que el 2003 arribava a una dotzena d'ABS catalanes i que obre noves perspectives de gestió (en aquest cas, pròpia) en el món sanitari.

A Catalunya, han estat els consorcis, potser, els que han tingut més desenvolupament dins del món sanitari, atès que el seu règim de funcionament és resultat, més que del que diu la llei, de

l'acord entre els consorciats, és a dir, dels pactes establerts entre les parts. Això ha obert la possibilitat de vertebrar distintes administracions i entitats privades sense afany de lucre i amb interessos concurrents, i ha permès implicar diversos àmbits de l'administració territorial i institucional en la societat civil. Els municipis han participat en els consorcis, com a administracions locals que són, i tenen l'avantatge que també hi resideix la representació política de les poblacions dels seus respectius territoris. Això permet una major participació dels ciutadans, a través dels seus representants electes, en el control de la gestió dels serveis assistencials que presten aquest tipus d'entitats.

Ara es vol la participació generalitzada de les entitats locals (al 50% amb la Generalitat) en els governs territorials de salut, amb les finalitats de contribuir a la millora de l'estat de salut de la població del seu territori i de garantir la prestació efectiva de serveis en els seus aspectes d'ordenació, priorització i coordinació de serveis.

S'elaborarà un pla estratègic plurianual, avaluat anualment pel Departament de Salut i el CatSalut, que utilitzarà, com a instruments guia, el pla de salut del territori (diagnòstic i objectius), les directrius del mapa sanitari i el pla de serveis i les coordenades de l'assignació econòmica (càpita) amb un sistema d'informació territorial per a l'avaluació de l'estat de salut i les memòries anuals del seu funcionament.

En definitiva, s'han iniciat nous models organitzatius en els contextos de provisió sanitària de serveis, ja sigui a nivell macro i a nivell meso en els móns hospitalari, d'atenció primària o d'altres serveis sanitaris. Finalment, s'avança en el camí d'una atenció sanitària que pretén tenir la responsabilitat global de la salut de la població.

Respecte als models de gestió, no es poden emetre judicis en abstracte i, al final, sempre hem de fer "la prova del cotó" per veure quin grau d'eficiència social tenen, és a dir, com obtenen al menor cost social els béns i serveis que més valora la societat, en aquest cas, la seva salut.

es regula la creació de governs territorials de salut". DOGC, núm. 4594 - 16.3.2006.

10. Servei Català de la salut. *Model Sanitari Català. Descentralització*. Accessible a http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_model_des.htm (octubre 2006)

11. *El mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública*. Accessible a <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir488/index.html> (octubre 2006)

Annex

Esquemes accessibles a: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/Manual_def_gts2.pdf

L'activitat sanitària de l'oftalmòleg Antoni Pujadas

Dr. Manuel Camps Surroca i Dr. Manuel Camps Clemente

El doctor Antoni Pujadas i Fabregat (Sant Martí de Tous, 7-7-1892 - Reus, 7-12-1976) es va llicenciar en medicina en la Universitat de Barcelona l'octubre de 1916 i va obtenir el doctorat l'octubre de 1924. Es casà amb Leonor Castañón Hau el 19 de novembre de 1927 i van tenir un fill.

Començà a treballar a Lleida d'oftalmòleg el novembre de 1916 fins que es va traslladar a Barcelona el 1938, ciutat on s'hi va col·legiar el 12 de juny de 1940. Al poc temps, el 8 d'agost de 1941, es col·legià a Tarragona per passar a exercir a Reus, ciutat on va continuar fins a la seva mort.

A finals de 1950, sense deixar l'exercici a Reus, es va donar d'alta una altra vegada al Col·legi de Lleida perquè hi feia alguna visita esporàdica cada 15 dies, activitat que va continuar almenys fins el gener de 1953.

Pujadas era d'idees esquerranes. Simpatitzant de la Lliga Regionalista, es va afiliar a Acció Catalana, en representació de la qual va ser elegit conseller de l'Ajuntament de Lleida en les eleccions del 12 d'abril de 1931. Reelegit el gener de 1934, va deixar el càrrec arran de l'Alçament. Va estar afiliat també a Joventut Republicana i al partit Radical Socialista.

El 12 d'agost de 1940, el Jutjat Instructor del Col·legi de Metges de Barcelona inicià un expedient de responsabilitats polítiques contra el doctor Pujadas, que va acabar amb l'acord de la Junta de Govern de sancionar-lo amb la suspensió de l'exercici de la professió a la província de Lleida durant un any i amb la inhabilitació per trenta anys d'ocupar càrrecs directius o de confiança en l'organització o en incorporacions de caràcter mèdic o sanitari.

El tribunal que el va jutjar va considerar que havia servit positivament



Dr. Antoni Pujadas

◆ **Pujadas va ser delegat de l'alcaldia en qüestions sanitàries, càrrec que va complir brillantment**

en l'obra revolucionària marxista, judaica i anarquitxant en qualsevol dels sectors de la societat espanyola, abans i després del Moviment Nacional i d'una forma preferent en aquells sectors que havien realitzat actes, aprofitant la seva condició de metge i en perjudici dels seus companys o dels seus malalts.

Va estar afiliat a la lògia masònica Pitàgores de Lleida.

En proclamar-se la República, els metges de la capital Sal·lustià Estadella Arnó, Antoni Pujadas Fabregat i Epifani Bellí Castiel van ser elegits respectivament, alcalde, síndic de l'Ajuntament i president de la Diputació.

Immediatament, el Dr. Pujadas, que era aleshores secretari del Col·legi de Metges i director del Boletín Médico, va començar a dirigir i a publicar un nou setmanari català republicà titulat *Occident*.

L'activitat més important la va dur a terme com a conseller de l'Ajuntament i com a membre molt actiu del Col·legi de Metges, on ocupà diversos càrrecs de la Junta de Govern i va ser el defensor més actiu de l'autonomia del Col·legi de Lleida quan aquest la va perdre en crear-se el Col·legi Únic de Catalunya.

El 3 de juliol de 1931 va dimitir del càrrec de conseller perquè els resultats de les eleccions del 28 de juny li van ser desfavorables. Però com que era el cap de la minoria del Partit Republicà Català a l'Ajuntament, pocs dies després, el 19 d'agost, va reintegrar-se al consistori com a conseqüència dels esdeveniments que havien ocorregut a Madrid i a Sevilla, fets que obligaven a la unió de tots els republicans i al retorn de la minoria socialista (s'havien retirat cinc consellers per qüestió dels pressupostos), amb què tenien molts punts de contacte.

Va ser el mateix Pujadas qui en aquella sessió del 19 d'agost va demanar i es va acordar per unanimitat que es trametés un telegrama a l'alcalde del Partit Radical de Sevilla, felicitant-lo per la seva actitud gallarda i netament republicana contra l'últim alçament de caràcter militarista i monàrquic.

Pujadas va ser el delegat de l'alcaldia en qüestions sanitàries, càrrec que va saber complir brillantment. Aquestes qüestions sanitàries es concretaven en els serveis sanitaris del Laboratori Municipal i de Beneficència.

El Laboratori Municipal

A finals de juliol de 1931, la comissió de governació va proposar la clausura immediata del Laboratori i l'expedient dels seus funcionaris com a conseqüència de les irregularitats.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

ritats en el seu funcionament. Com que segons la llei es tractava d'un servei obligatori, es va acordar tan-car-lo solament d'una forma provi-sional i es va expedientar el seu cap fins que el Laboratori es reorganitzés de nou, respectant el criteri del doc-tor Pujadas d'encarregar les anàlisis a la corresponent farmàcia de torn.

Malgrat tot, la mesura del tanca-ment del Laboratori no agradava a Pujadas, perquè era conscient del perill que suposava per a la salut pública deixar de controlar la llet i els aliments.

D'altra banda, estava convençut que el Laboratori funcionaria bé quan es traspasessin els serveis a la Generalitat, però no estava d'acord amb l'expedient del funcio-nari perquè creia que la desorganit-zació no era culpa dels funcionaris sinó dels regidors de la dictadura, els quals, desconexors de les necessitats del Laboratori, en lloc de beneficiar el servei el van portar al caos amb què l'havien trobat.

Pujadas va aconseguir que se li fes cas i no es dugués a terme l'expedient del cap del Laboratori.

Els serveis d'assistència mèdica social

Quant a la Beneficència Municipal, el febrer de 1932 el doctor Pujadas va estructurar els anomenats serveis d'assistència mèdica social.

Les famílies pobres que habitual-ment o accidental residien a Lleida i desitjaven acollir-se a aquests serveis ho havien de sol·licitar de paraula al negociat de governació de l'Ajuntament. Aquest, un cop comprovada la seva pobresa, els lliurava, signada per l'alcalde, una tarja d'identitat en la qual es feia constar el nom del cap de casa, els familiars i el domicili; i a l'altre costat de la tarja hi figuraven els noms del metge, del practicant i de la llevadora del districte.

La tarja servia per sol·licitar la pre-stació del servei mèdic que neces-sitaven i per als casos d'urgència podien demanar-ho directament a l'alcaldia, la qual els hi concedia mitjançant una autorització escrita i signada.

Els serveis d'assistència domicilià-ria els prestaven els metges titulars, que feien les visites que, al seu criteri, eren necessàries en conso-nància amb la classe i la gravetat de la malaltia. L'horari per a les visites ordinàries era el que hagués establert per als contractes d'igualia el Sindicat de Metges de Catalunya i les extraordinàries a criteri del metge.

Els serveis de dispensari els pres-taven els metges municipals en la forma i hores reglamentàries i cada

mes els facultatius havien de pre-sentar al negociat de governació una nota estadística dels serveis que havien fet, amb la finalitat de regis-trar-los en un llibre on s'indicava el metge i el malalt corresponent.

L'alcalde doctor Estadella va elo-giar molt el projecte i, d'acord amb Pujadas, solament hi va afegir que per al control de la consideració de pobres calia que hi hagués algú que en tingués cura i ningú millor que la guàrdia urbana i els alcaldes de barri, que eren els que estaven més en contacte amb les famílies amb dret a acollir-s'hi

D'altra banda, Estadella creia que les targes s'havien de renovar abans de cada any i no cada any, com havia proposat Pujadas, tenint en compte els canvis de domicili.

Quan el servei ja feia un any que funcionava, la llevadora municipal va demanar que li fossin abonades les despeses que li ocasionava l'as-sistència a malalts pobres de l'extra-radi. Però se li va denegar atenent la dificultat de poder controlar les despeses, els precedents que això ocasionaria i el nombre molt reduït d'acollits a la Beneficència Muni-cipal que vivien a l'extraradi.

Tota aquesta reestructuració va ser molt elogiada per l'alcalde Estadella. Però és que la seva trajectòria mèdica i social també va ser apreciada per la Reial Acadèmia de Medicina

les de Protecció de Menors de les ex províncies catalanes i en el seu lloc s'organitza el Patronat d'Assistència Social. Com no podia ser d'altra manera, Pujadas va ser nomenat vocal de la Secció de Lleida, junta-ment amb els doctors Epifani Bellí i Francesc Serra Salsas.

Posició davant el laïcisme de la República

En el terreny de les idees, malgrat el laïcisme imperant amb el qual hi combregava, Pujadas va defensar la celebració del dia de Sant Jordi per-què la festa tenia un sentit nacional i català i va proposar que onegés la bandera al balcó de la Paeria i es fes una audició de sardanes, cosa amb la qual hi va estar completament d'acord l'alcalde Vives el 21 d'abril de 1933.

En canvi, amb relació a la festa de Santa Cecília, si bé al principi estava al costat dels que la volien suprimir -el 2 d'octubre de 1931 es va comu-nicar un informe de la comissió de governació sobre la conveniència de l'anul·lació de la festa de Santa Cecília que celebrava l'Ajuntament, perquè la festa constituïa un record ingrat-, al final va acceptar la tesi d'Estadella, que era la de conser-var-la però sense que l'Ajuntament hi participés ni contribuís a subven-cionar-la.

◆ **El doctor va estructurar els anomenats serveis d'assistència mèdica social**

◆ **Malgrat el seu laïcisme, va defensar la celebració de la diada de Sant Jordi**

de Barcelona, que el va nomenar acadèmic corresponent, juntament amb els doctors Nart, de Belcaire, i Ros, de Verdú. Això succeïa a finals de 1932. També el Boletín Médico es va fer ressò de la notícia i va explicar a la classe mèdica que l'Ajuntament havia acceptat les directrius del doc-tor Pujadas quant a l'estructura-ció dels serveis sanitaris relacionats amb la Beneficència Municipal.

El 17 de març de 1933, malgrat figurar en el pressupost municipi-al, no s'havia proveït encara una nova plaça de metge municipal. La comissió d'hisenda havia proposat la nova plaça a proposta del doctor Pujadas amb la finalitat de completar el servei de la Casa de Socors, fent efectiu així el servei mèdic de nit. A meitats de 1934, el conseller de Sanitat decretà la dissolució de les Junes Provincials de Beneficència i

Estadella va explicar que la festa de Santa Cecília es nomenà així solament perquè coincidí amb la data de l'acció bèl·lica dels lleida-tans contra els catalans de la resta de Catalunya units amb els france-sos. Va deduir que era molt possi-ble que els fills de Lleida sentissin algun afecte i estimació per Felip IV en veure que el fet d'anar amb els francesos els portaria, segura-ment, a restar feudataris seus. El cert és que l'any 1646 Lleida va ser assetjada des del mes de maig fins al novembre i va passar una espantosa misèria. Això va fer que en aixecar-se el setge els lleidatans sentissin la necessitat, aquell dia 22 de novembre, de perpetuar-lo amb la declaració solemne de declarar-lo festiu per a l'esdevenidor.

L'alcalde va fer veure també que es tractava d'esborrar una festa



Imatge del setmanari "Occident", cedit per l'Institut d'Estudis Ilerdencs. Llegat Areny

commemorativa d'un fet històric de Lleida, instituïda per l'antiga Paeria, glòria de la ciutat.

Quant als jesuïtes, Pujadas es va adherir a la petició de la seva expul-sió. Tot just iniciada la República, el 22 de maig de 1931 l'Ajuntament va acordar adherir-se a la petició d'expulsió dels jesuïtes. El 29 de gener de 1932 es decidí enviar un telegrama al Govern de la República per les mesures d'expulsió preses contra aquells.

El vot de la dona

El 6 de novembre de 1931 es va llegir un escrit signat per un bon nombre de veïns amb el qual es pro-posava que l'Ajuntament es dirigís al president del consell de ministres per demanar-li que proposés a les

◆ **Va defensar el reconeixement del vot femení com un avenç de la democràcia**

◆ **La seva actitud descentralitzadora va ser ben vista pels col·legiats**

Corts que l'article de la Constitució que feia referència al vot femení no es declarés vigent fins al cap de 10 anys.

El doctor Pujadas ho va combatre perquè creia que el reconeixement d'aquest vot era un avenç de la democràcia que estava establert en gairebé tots els pobles d'Europa, fet que trobava perfectament lògic, ja que considerava la dona totalment capacitada per exercir els drets polí-tics.

Sobre això s'havia estès l'opinió que si bé les dones de les ciutats estaven quelcom capacitades per exercir-lo, no passava el mateix amb les dels pobles, subjectes a la influ-ència clerical.

Com és natural, Pujadas es va revelar contra aquesta opinió i va manifestar que, segons els estadís-tiques, l'analfabetisme a Espanya estava més estès entre els homes que entre les dones.

Costa, el conseller que havia de ser alcalde múltiples vegades a partir de 1884, opinava que l'actuació electo-ral de la dona produiria una vertade-ra pertorbació de la vida pública i, per tant, no se li havia de concedir aquest dret ni d'aquí deu, ni d'aquí vint, ni d'aquí cent anys.

Estadella era partidari de l'ajorna-ment del dret electoral femení.

El 1932 va ser un any de comeme-moracions de celebritats femenines de la medicina. A Anglaterra, se celebrà el centenari del naixement de la doctora australiana Harriet Orisby, considerada degana de les metgesses mundials, la qual, als cent anys, gaudia d'una salut enve-jable.

El 9 d'octubre tocà a Espanya com-memorar el cinquantenari del primer doctorat femení, el de la doctora Martina Castells Ballespi (Lleida, 23 de juliol de 1852 - Barcelona, 1884), la qual va ser contemporània de les primeres doctores austríaques i nord-americanes Anna Broomall, Augusta Pope i Clara Barrús. L'any del seu doctorat va coincidir amb el de la primera doctora en medicina de l'Índia, Mary Scharlieb, profes-sora de ginecologia a la Facultat de Medicina de Madras i fundadora del Royal Victoria Hospital d'aquella ciutat hindú.

El doctor Pujadas i el Col·legi de Metges de Catalunya

En les eleccions del 5 de juny de 1932 va sortir elegida la Junta que presidiria el doctor Tomàs Nart i Fon-tova, de Belcaire, en substitució del germà de l'alcalde Josep Estadella. Per primera vegada ascendia a la presidència un metge no resident a la capital, fet que marcava l'ascens de la medicina en els nuclis forans

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

que tant havia envigorit el Sindicat de Metges de Catalunya.

Però sobretot, aquell any es caracteritzà per la discussió i l'aprovació de l'Estatut de Catalunya a les Corts Constituents, cosa que preluïava l'imminent traspàs dels serveis de Sanitat a la Generalitat. El Col·legi s'annexionà als postulats del Sindicat, que havia lliurat al president Macià la seva visió de la futura sanitat catalana.

El 24 de maig de 1933, l'organització de les professions sanitàries passava a dependre del govern de la Generalitat, que ràpidament decretà que la medicina seria reglamentada per l'Estatut del Col·legi Oficial de Metges de Catalunya, segons el qual es constituïria un Col·legi únic per a tot Catalunya.

Això va fer mobilitzar ràpidament la classe mèdica. Entre nosaltres, l'actitud descentralitzadora del doctor Pujadas va ser molt ben vista pels col·legiats, ja que es considerava que el Col·legi Únic representava un atac a l'autonomia de les comarques, que restarien sotmeses al centralisme barceloní.

Aquest criteri era compartit pel Col·legi de Girona, però no pel de Tarragona, que es mantenia en una posició neutral.

Es va acordar que els col·legis de Lleida i Girona presentarien un projecte d'Estatut del Col·legi Únic de caràcter descentralitzador, diferent del que presentà el de Barcelona, de tendència unificadora.

Els punts més importants de l'Estatut del Col·legi de Metges de Catalunya, declarat vigent el 18 de desembre de 1933, pocs dies abans de la mort del president Macià, eren que tindria la seu on acordessin la majoria de col·legiats i crearia delegacions a les comarques que comptessin, almenys, amb 100 col·legiats. En principi serien constituïdes cinc delegacions: la gironina, la lleidatana i la tarragonina, que substituirien els col·legis provincials; la barcelonina per als metges de les comarques i la de Barcelona per als de la ciutat. El govern i l'administració del Col·legi anirien a càrrec del Consell del Col·legi, format per un president, un secretari i uns vocals representats de les delegacions comarcals, a raó d'un per cada 200 associats.

En la junta general del 20 de gener de 1934, el doctor Rovira Nebot va manifestar que les atribucions que el Reglament del Col·legi Únic concedia a la Secció de Lleida havien de ser reconegudes per dret propi i no per delegació.

Al final, el conseller de Sanitat i Assistència Social, doctor Dencàs, no va acceptar el projecte de reforma de l'Estatut del Col·legi Únic aprovat per tots els col·legis catalans.

◆ **Pujades va ser escollit vocal del Col·legi de Metges de Catalunya**

◆ **Posteriorment va ser empresonat amb els doctors Humbert Torres i Enric Godàs**

El 5 de juny, Pujadas explicava als col·legiats que des de l'aparició del primer decret que estructurava l'Estatut del Col·legi Únic, els col·legis catalans havien celebrat moltes reunions amb el desig que es fessin algunes modificacions. Però les modificacions que es demanaven no foren ateses, sinó en part, pel conseller de Sanitat. Això va crear un estat de descontentament que obligà a adoptar certes actituds de resistència passiva, com la dimissió de la Junta de Govern del Col·legi de Lleida.

Però tot seguit, el doctor Nart va explicar que el dia anterior Dencàs va acceptar, excepte dues, totes les reformes que li van sol·licitar els presidents dels quatre col·legis de Catalunya i el del Sindicat de Metges.

En vista d'això els col·legiats van acordar que devia retirar-se la dimissió de la Junta de Govern i es decidí convocar les eleccions per a la junta directiva de la Secció de Lleida, acceptant també la proposta del doctor Corachan, de Barcelona, referent als candidats a la presidència i a la secretaria del Col·legi de Catalunya.

El 10 de juny se celebrà l'escrutini dels 150 vots emesos pels col·legiats i va ser proclamada la Junta de Govern de la Secció de Lleida, amb el doctor Antoni Ros Batlle, de Verdú, com a president, i com a vocals de Lleida per al Consell del Col·legi de Metges de Catalunya van resultar elegits els doctors Pujadas, Rovira, Godàs i Mostany.

Finalment, August Brossa Bosqué va resultar elegit president del Consell del Col·legi, i Joan Fontcuberta Cases, secretari.

El local de la Secció de Lleida era al número 9 de l'Avinguda Blondel, en una de les dependències del Liceu Escolar, on hi tenien també llur estatge els col·legis de veterinaris,

odontòlegs i matrones. Tenia un saló de sessions on hi cabien més de 100 persones decorat amb un bust del doctor Bartomeu Robert i tapisos d'assumptes mèdics, pantalla i màquina de projeccions.

Aconseguit aquest objectiu del Col·legi Únic, de seguida va venir la revolució del mes d'octubre.

Els metges de Lleida i la revolució d'octubre de 1934

El 12 de setembre van estar a Lleida el president Companys i el conseller de Sanitat amb motiu de la col·locació de la primera pedra de les obres d'ampliació de l'hospital. En aquell acte, va pronunciar un eloqüent discurs el doctor Humbert Torres, diputat del Parlament de Catalunya.

Pocs dies després dimitia Dencàs com a conseller de Sanitat.

Després, coincidint gairebé amb la mort de Santiago Ramón y Cajal (+17 d'octubre), el 4 d'octubre de 1934 Alejandro Lerroux formava govern, fet que va provocar la immediata posada en marxa d'una vaga general acordada per les executives d'UGT i del PSOE, que va tenir molta transcendència en els miners d'Astúries, la insurrecció armada dels quals el dia 5 va provocar la declaració d'estat de guerra.

El president de la Generalitat Lluís Companys, la tarda del dia 6 va proclamar l'Estat Català en la República Federal Espanyola i es va solidaritzar amb els dirigents de la protesta, als quals va invitar a establir a Catalunya el govern provisional de la República.

Això va ser respost immediatament pel Govern amb l'extensió de l'estat de guerra a tot Espanya. A Barcelona, la ferma actuació del general Batet va fer possible que a les 6 del matí del dia 7, el president Companys assumís la seva responsabilitat i es lliurés a les seves tropes.

Com a conseqüència d'aquests fets polítics, van ser empresonats els metges de Lleida Humbert Torres, Enric Godàs Vila, Antoni Pujadas Fabregat, Eduard Finestres Serrano, Antoni Gili Burguet i Josep Benavent Carracedo; i quant a metges rurals, ho foren Àngel Foix Quer, de Vilanova d'Alpicat; Francesc Sanuy Rúbies, del Soleràs, i Victor Salagarray Garcia, de Tarroja.

El mes de desembre ja havien estat alliberats tots, excepte el doctor Benavent, empresonat a Barcelona i després a Lleida fins que una amnistia el va alliberar després de més d'un any de retenció.

ARXIU CONSULTAT

AML (Arxiu Municipal de Lleida), Llibres d'Actes, 1931-1934.



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.

- Liure 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

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

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT





MutualMèdica

Dels Metges
i per als Metges

*Assegurances
personalitzades
que pinten molt
bé per al metge.*

A Mutual Mèdica ens agrada crear productes plens de color que pinten molt bé per al metge.

Assegurances i serveis totalment exclusius.

Poseu-vos en contacte amb nosaltres a través del CIM i descobriu com tracem el quadre de cobertures per a la vostra vida professional i familiar.



CIM
Centre d'Informació al Metge
901 215 216

www.mutualmedica.com
cim@mutualmedica.com