

BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 65 · Agost de 2007



Medicina i òpera



Propera Jornada de la Professi3 Mèdica a Catalunya

MediRisc Assegurança d'accidents

MediRisc, l'assegurança d'accidents per 0,40 €/dia*

- Contractació fàcil i immediata.
- Sense reconeixement mèdic.
- Cobertura fins als 75 anys, amb prima constant fins als 60 anys.
- Capitals elevats a preus reduïts.

* En la majoria de casos



Màxima protecció davant qualsevol imprevist

Amb el cotxe o amb la moto, en el nostre lloc de treball, durant els viatges, passejant o a casa nostra... prendre totes les precaucions molts cops no és suficient. Un petit contratemps pot convertir-se en un gran problema.

- Màximes cobertures.
- Garanties especials per a metges, sense cost addicional: MediRisc té especial cura de les conseqüències d'una invalidesa parcial i permanent en la tasca diària del metge o cirurgià (inclou el barem d'invalideses parcials).

MEDICORASSE
CORREDORIA D'ASSEGURANCES

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

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE
LLEIDA
COML

BUTLLETÍ mèdic

Número 65, agost del 2007

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

Consell de Redacció:
Tomàs Alonso Sancho
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Elena Franco González
Josep M. Greoles Solé
Jordi Melé Olivé
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Ferran Pifarré San Agustín
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Javier Trujillano Cabello
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González
Edició a cura de:
Magda Ballester COMUNICACIÓ
Disseny i maquetació:
Baldo Corderroure
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COML
Fotomecànica: Euroscript, SL
Impressió: Artgràfic 2010, SL
Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

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

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

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	2.404,06 €

OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	1.803,06 €

OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
Preu total insercions	901,50 €

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

Incentius i motivació

Segons el Diccionari de la Llengua Catalana, incentiu és allò que incita a una cosa, un estímul d'ordre material o moral dirigit als diferents agents per interessar-los en la promoció o bona marxa dels processos.

El nombrós i excessiu cos de gestors del nostre sistema sanitari públic no deu haver llegit aquesta definició, perquè els incentius actuals són exclusivament materials i basats en els indicadors que l'actual i ineficient sistema informàtic permet enregistrar, i no tenen en compte gens ni mica els aspectes "morals", que són els que realment motiven i milloren el rendiment i la satisfacció dels professionals.

Per incentivar s'ha de saber motivar prèviament, i per fer-ho bé hi ha dos factors que cal tenir en compte.

Els higiènics o estructurals, que afecten l'entorn del treball. Quan no hi són desmotiven molt i, en canvi, si hi estan presents es donen per fets i la motivació conseqüent té una curta durada. Com a exemples, tenim el salari, les condicions de treball, la seguretat, la distribució de responsabilitats entre els diferents estaments, els drets i deures, les possibilitats de promoció, la formació continuada...

Els motivadors, que afecten el treball en si mateix i que si els tenim són els més estimulants. Aquí tindriem el reconeixement de l'esforç per fer la feina ben feta, el respecte dels clients i dels caps, el suport dels superiors, la responsabilitat per gestionar la pròpia activitat, la possibilitat de ser creatiu i aportar noves idees, malgrat que impliquin crítiques constructives a la gestió i que siguin escoltades...

A l'empresa sanitària pública, els factors higiènics o estructurals són considerats insatisfactoris per als treballadors (depenen massa del lloc on has tingut la bona o mala sort d'anar a treballar) i els motivadors són pràcticament inexistent. Per tant, l'actual sistema d'incentius està condemnat al fracàs, i si estiguessin al capdavant d'una empresa privada multinacional els executius s'haurien de buscar una altra feina, perquè ja els haurien acomiadat.



sumari

Medicina i òpera a Lleida

Crònica de la gala a l'auditori Enric Granados de Lleida.

PÀGINA 04

La dieta psicoprotectora o psicosaludable

Dra. Montse Esquerda · Peditra i psicòloga.

PÀGINA 16



Fotografia portada: COML



L'Auditori Enric Granados es va omplir per veure la gala promoguda per la Fundació Ferreruela Sanfeliu i la Residència Betuna Alba

Medicina i òpera a Lleida

L'Auditori Enric Granados de Lleida va acollir, el passat 2 de juliol, l'espectacle *Medicina i òpera*, organitzat en commemoració del 400 aniversari de la primera òpera. L'Auditori es va omplir de gom a gom per veure la gala operística de 3 hores de durada que va promoure la Fundació Ferreruela-Sanfeliu i la Residència Betuna Alba. Marcel Gorgori i Argemí, professional de la comunicació, va conduir la gala, que va comptar amb les interpretacions de Marisa Ruiz de Orduña, soprano; Guillermo Orozco, tenor; Carles Daza, baríton; Enric Martínez Castignanni, baríton, i el pianista i compositor Ricardo Estrada.

L'espectacle es va iniciar amb *El Berli-berli de Seviglia* (Giacomo Rossini) i *L'Elisir d'amore* (Gaetano Donizetti), amb la coneguda romança "una furtiva lacrima". A la segona part, els espectadors van gaudir de *La Traviata* (Giuseppe Verdi), *Don Carlo* (Giuseppe Verdi) i *Madame Butterfly* (Giacomo Puccini). Finalment, els quatre cantants van interpretar *el Brindis de La*

◆ **El presentador va entrevistar personalitats mèdiques com els doctors Manel Camps i Jordi Cortada**

Traviata, el cèlebre *Libiamo*.

Durant l'espectacle, Marcel Gorgori va entrevistar diferents personalitats del públic, lligant la música amb el desenvolupament de la professió mèdica. El Dr. Manel Camps, el Dr. Aníbal Areces, el Dr. Jordi Cortada, el musicòleg Roger Aliè, la Dra. Teresa Puig, el Dr. José Barco i el Dr. Sebastià

Barranco van ser les personalitats entrevistades.

El Dr. Manel Camps va explicar les sagnies, remuntant-se a l'època històrica en què s'utilitzava quotidianament aquest procediment. El Dr. Aníbal Areces va exposar el tema dels placebos i els assaigs clínics, i el Dr. Jordi Cortada, malgrat no ser pneumòleg, va parlar sobre el fenomen de la tos, sobretot en els actes públics.

Per la seva part, Roger Aliè va explicar la tècnica de cant dels personatges *bufos* cantant a molta velocitat i emprant les esdrúixoles. Finalment, la Dra. Teresa Puig i el Dr. José Barco van parlar de la tuberculosi i el Dr. Sebastià Barranco, sobre l'epidemiologia d'aquesta malaltia.

Des del Butlletí Mèdic, volem felicitar els doctors Sanfeliu i Ferreruela i tot l'equip que ha fet possible aquest acte, en especial, Glòria Rico i Xavier Caufapé. Els que, en algun moment, hem intentat fer actes culturals, sabem de la dificultat d'una assistència important, i més en un dia feiner. Per això, volem remarcar la capacitat de convocatòria dels Drs. Ferreruela i Sanfeliu i del seu equip, i els encoratgem perquè continuïn pel mateix camí.

La Fundació Ferreruela Sanfeliu es va crear per atendre les necessitats del Tercer Món, actua a Etiòpia i a l'Índia, però també ofereix ajudes d'estudis i activitats culturals com exposicions i la revista *Mirada*.

Assemblea de col·legiats

El passat dia 28 de març de 2007 es va celebrar a la seu col·legial l'assemblea ordinària de col·legiats. Es va aprovar l'acta de l'assemblea de l'any anterior i, a continuació, el doctors Xavier Rodamilans de la O i Carles Querol Vela van presentar, respectivament, l'informe de presidència i la memòria d'activitats, respectivament.

Es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea les següents propostes:

- Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici 2006.
- Aprovació del pressupost del 2007.

La tesorera, Dra. Mercè Pallerola, va informar del contingut dels documents anteriors i va lliurar prèviament als assistents el balanç de situació, el compte de pèrdues i guanys i la liquidació pressupostària del 2006, així com del projecte de pressupost per al 2007.

De les seccions col·legials en funcionament, es van tractar els següents assumptes:

- Aprovació de la liquidació del pressupost de 2006 i la de l'any 2007.

Tot seguit, hi va haver un torn de precís i preguntes.

A continuació, es va procedir al lliurament del diploma i la insígnia als col·legiats presents que havien assolit la condició de col·legiats honorífics des de la darrera assemblea. Els col·legiats que van rebre la distinció van ser: Manuel Muñoz Puigdemasa, Francisco Franch Gozalbo, Antonio J. Bataller

Vidal, Manuel Gabás Vilella, Gabriel Alonso Ortega, Rodrigo Piñas Patiño i Leticia Berenguères Ribó.

Finalment, es va efectuar el lliurament de diplomes acreditatius de capacitat en Acupuntura, Homeopatia i Medicina Naturista.

PRESSUPOST 2007

INGRESSOS	
Venda d'impresos	36.500,00
Subvencions	106.000,00
Altres ingressos	554.037,67
Ingressos financers	18.700,00
Beneficis / Ingressos excepcionals	15.000,00
TOTAL INGRESSOS	730.237,67
DESPESES	
Adquisició d'impresos	10.575,00
Variacions d'existències	600,00
Serveis exteriors	381.237,67
Tributs	22.200,00
Despeses de personal	296.000,00
Dotació amortitzacions	19.625,00
TOTAL DESPESES	730.237,67

Jornada de la Professiò Mèdica a Catalunya

L'Auditori Enric Granados acollirà, el proper 21 de setembre, la Jornada de la Professiò Mèdica a Catalunya. El programa començarà a les 15.30 hores amb la recepció dels assistents. Tot seguit, els presidents del Consell del Col·legi de Metges de Catalunya i del Col·legi Oficial de Metges de Lleida donaran la benvinguda. A continuació, començarà la taula rodona *El congrés de la professió mèdica 3 anys després*, moderada pel director executiu del diari Segre, Joan Cal. A les 17.30 hores, tindrà lloc la segona taula rodona, *La vaga és un sistema de diàleg en sanitat*, moderada pel director general de publicacions de *La Mañana*, Josep Ramon Correal.

A les 19.00 hores, es lliurarà el Premi a l'Excel·lència que concedeix el Consell de Col·legis de Metges

de Catalunya per distingir metges que han destacat en el seu exercici professional. També es lliurarà el VI Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari. L'objectiu del premi és donar un reconeixement públic a la tasca altruista de les ONG i dels seus voluntaris que, de manera professional, treballen per garantir el dret a la salut de la població. El Col·legi Oficial de Metges de Lleida vol contribuir al finançament del projecte que l'entitat ha presentat al premi. També tindran lloc les paraules d'agraïment de l'alcalde de Lleida, Àngel Ros, i de la consellera de Salut, Marina Geli.

Finalment, a les 21.00 hores, a la plaça de l'Auditori, tots els assistents soparan a la fresca i la Vella Dixieland amenitzarà la trobada.

L'assistència a la jornada és gratuïta, però és imprescindible confirmar la seva presència a M. Josep Broto, 973 271 162, congressos@publinver.com.

Per a més informació, M. Àngels Sánchez, 973 270 811, secredir@comll.cat, i M. Josep Broto, 973 271 132, congressos@publinver.com.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions ordinàries del 6 de juny i 5 de juliol de 2007, ha acordat i/o tractat, entre altres, els següents assumptes.

- Signatura del conveni de col·laboració entre el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i el Consell d'Estudiants de Medicina de Catalunya.

- Presentació d'al·legacions al projecte del conveni marc de col·laboració per a la implantació de la recepta electrònica a Catalunya.

- Signatura del conveni marc de col·laboració en la prestació de serveis amb el grup MED.

Moviment de col·legiats

ALTES: Gemma Cabús Piñol, Ester Mora Claramunt, Pascual González Urandez, Susana López Agulló, María Carmen Pérez Durán, E. Kreidler Rivero, Laia Sabaté Arnau, Teslem Emhamed Omar, Margarida Justes Mateos, Paula Judit Hernández Ferrer, Natividad Zaragoza Velasco, Marcelino Bermúdez López, José Aloy Álvarez Méndez, Ainara Ferrero Campos, Estela Mas Cagide, Leandro Abal Díaz, Miguel Casañ Pallardó, María Consuelo Hernández Aznar, María Victoria Briones Alonso, Rosa Carrasco Ponce, Alfredo Pueyo Ferrer, Antonio Martos Reyes, Teresa Fuente Yarnoz, Maryna Kosmatska, José Miguel Goñi Lopera, Raquel Rodríguez Aguilar, Miriam Gaspa Carrera, Cristian José Barrios Manco, Silvia García Sánchez, Mario Martínez Toribio, Gerard Piñol Ripoll, Maria Chiné Segura, Laura Solaz Moreno, Adriana Rodríguez Vega i Jorge Vidal Andrade. Vidal Andrade.

BAIXES: el mes de maig: 5, i el mes de juny: 7.

Canvis al Comitè de Redacció

BAIXES: Albert Lorda, Eduard Peñasal, Jesús Pujol, Carles Roca i Maite Utgés.

ALTES: Tomàs Alonso Sancho, Joan Ribera Calvet, Jordi Melé Olivé, Javier Trujillano Cabello i Josep Corbella Duch.

VI Jornada de les Terres de Ponent: 'Els metges de família al segle XXI'

La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) i la Fundació d'Atenció Primària organitzen, el proper 27 d'octubre, la VI Jornada de les Terres de Ponent: Els metges de família al segle XXI. La jornada, que tindrà lloc al Campus de Cappeda de la Universitat de Lleida, s'iniciarà a les 9.00 amb el lliurament de material. A les 9.30 hores, està previst l'acte inaugural, i tot seguit, a les 10.00 hores, la primera ponència a càrrec del Dr. Andreu Segura, *La prevenció, un afer comunitari: coordinació de les intervencions preventives clíniques i de salut pública*.

Després de la pausa, a les 11.30 hores, tindrà lloc la taula rodona *La medicina de família al segle XXI*, integrada per la Dra. Pilar Babi, que parlarà sobre la feminització de la medicina; el Dr. Miquel Àngel Mayer, que explicarà la gestió de la informació; el Dr. Josep Pifarré, que parlarà de la medicalització de la societat, i el Dr. Eduard Peñasca, que explicarà el futur de l'especialitat. El Dr. Josep M. Sagrera moderarà el debat. A les 13.30 hores, es lliuraran els premis i a les 14.00 hores està previst l'acte de cloenda. Tot seguit, el dinar de germanor.

La data màxima d'inscripció a la jornada és el 15 d'octubre. El preu de les inscripcions dels socis de la CAMFIC és de 55 euros si es fa abans del 27 de setembre, i de 65 euros si es fa posteriorment. La butlleta es troba a www.camfic.org. La butlleta d'inscripció i el comprovant de pagament es farà arribar a la Secretaria Tècnica de la CAMFIC (carrer Portaferrissa 8, pral. 08002 Barcelona o al número de fax 93 301 05 15). La data límit per a l'acceptació de resums és el 20 de setembre. Aquests s'han de fer en Word, han de tenir com a màxim 250 paraules i els següents apartats: objectius, metodologia, resultats i conclusions. No s'admetran treballs en què consti el nom dels autors o els seus llocs de treball en el títol o en el text de resum. Les comunicacions s'han d'enviar a secretariatecnica@camfic.org.

El comitè organitzador de la jornada està format per Mercè Capdevila, Gisela Galindo, Pilar Herrera, Núria Nadal, Maylos Rodrigo, Marga Sagué i Laia Llorc. D'altra banda, el comitè científic l'integren Eugeni Paredes, Manuel Sarmiento, Jorge Soler, Cristina Ruiz, M. Cruz Urgelés i Pilar Vaqué.

ESPAI DELS SÈNIORS



José Javier Lozano va parlar de l'evolució humana als sèniors

La Secció de Metges Jubilats tanca les activitats del segon trimestre

La Secció de Metges Jubilats de Lleida ha tancat les activitats del segon trimestre de 2007 amb una Assemblea Ordinària, diverses conferències i el dinar-col·loqui. El passat 7 de juny, els sèniors van celebrar una assemblea ordinària. En primer lloc, es va aprovar, per unanimitat, l'acte de l'assemblea anterior. A continuació, es va informar dels informes de presidència, de la mateixa manera que es va fer amb les activitats. En el punt del tancament del pressupost del 2006, el tresorer de la Junta va fer una detallada explicació de cadascuna de les partides i tots els membres de l'assemblea van aprovar, per unanimitat, la proposta. Per finalitzar, els doctors Boneu, Gràcia, Lladonosa, Sierra, Menen, López Hueso i Astudillo van intervenir en el torn de paraules, que també va comptar amb comentaris per part d'altres membres assistents. En definitiva, es va tractar d'una assemblea força participativa i interessant.

Pel que fa a les activitats més lúdiques, el 21 de juny, José Javier Lozano ens va parlar de *l'Evolució humana*. *D'on venim i on anem*, en el marc de les

conferències-col·loqui que organitza la Secció de Sèniors. La seva experiència i el seu gran domini de la comunicació ens van aportar una conferència molt atractiva i rica en contingut i va captivar l'interès de tots els assistents. A més, el 13 de juny va tenir lloc el tradicional dinar de companyonia que es realitza el segon dimecres de mes. En aquesta ocasió, vam comptar amb la presència de 10 assistents.

I, amb això, acabem les activitats del segon trimestre. Els mesos de juliol i agost no hi haurà cap activitat d'oci. Recordem que el tercer dijous de cada mes, a partir de setembre, continuarem tenint les conferències-col·loqui, a les 19.00 hores, a la sala d'actes del Col·legi. Durant la primera quinzena de setembre, donarem a conèixer el programa d'aquestes conferències, així com altres activitats. Així mateix, comuniquem que els dinars de companyonia del setembre i l'octubre queden anul·lats, ja que el segon dimecres d'aquest darrer mes tindrà lloc l'excursió a la ruta del Cister i els monestirs de Santes Creus i Vallbona de les Monges.

La funció dels incentius econòmics

Els incentius econòmics potencien la productivitat dels metges fins al punt que poden arribar a influenciar sobre la pràctica clínica. El Butlletí Mèdic debat sobre la funcionalitat de les primes a partir de la publicació de l'editorial del doctor Joan Gené a la revista "Atención Primària".

Basta de «clicar» casillas

Hace unos días atendimos un proceso de bronquitis aguda de un paciente joven habitualmente visitado por un compañero que estaba de vacaciones. El chico, concienciado por la política anti-tabaco del Ministerio, reconoció que fumaba demasiado y que aquel episodio le había motivado a dejar de fumar. Nos sorprendió comprobar que en la historia clínica informatizada apareciera como «no fumador». Esta circunstancia, aparentemente intrascendente que podía muy bien deberse a un error tipográfico, despertó nuestra curiosidad y nos llevó a realizar otras observaciones en los registros de nuestro compañero. Comprobamos que las cifras de presión arterial o de hemoglobina glucosilada de los pacientes bien controlados constaban perfectamente en las casillas de registro numérico, mientras que los datos de los pacientes descontrolados estaban en modo texto.

A su vuelta de vacaciones, cuando bromeamos acerca de sus astucias para aparecer bien en las estadísticas y cobrar incentivos a final de año, me hizo ver que no era un exceso de picardía por su parte, sino una tremenda candidez por la mía. Señaló, con razón, que incluso los directivos de los equipos facilitan listados de pacientes que no cumplen los criterios para que los médicos «realicemos» y sobre todo registremos las actividades que marcan los objetivos.

Comprendimos que esta conspiración por la excelencia beneficia a todos los ámbitos del sistema. Los profesionales cobramos una

parte importante de nuestro sueldo en concepto de productividad variable vinculada a objetivos de calidad que, a su vez, también condicionan el ascenso en la carrera profesional. Pero los centros también se benefician de los buenos resultados, ya que obtienen una parte considerable del presupuesto que les financia por el cumplimiento de objetivos fijados anualmente.

Esta cadena lleva a que, por ejemplo, las cifras de control de la presión arterial de todos los equipos de atención primaria de Barcelona¹, incluido un proceso de *benchmarking*², sean superiores a los de los centros excelentes adscritos voluntariamente al PAPPSP³ (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) o a los de los países de nuestro entorno⁴.

Estos hallazgos no nos deben inducir a pensar que los ciudadanos de Barcelona reciben una atención que roza la «excelencia». Sólo señalan que ha surgido la inevitable perversión del proceso. A su inicio, ya advertíamos⁵ que los objetivos, además de ser pocos y relacionados con aspectos esenciales, debían basarse en registros no modificables por los interesados. La historia clínica electrónica, escrita por los mismos profesionales que cobran los incentivos, es, en consecuencia y aunque parezca imposible, un registro manipulable.

Los datos recogidos por otros profesionales sin interés económico directo, como los listados de citas o aquellos en los que interviene directamente el paciente, como las prescripciones, son posiblemente más difíciles de modificar. Seguramente no hace

falta acceder a la historia clínica ni a listados interminables de indicadores si deseamos recompensar el resultado asistencial. Muchos de estos indicadores están íntimamente relacionados entre sí. El médico que prescribe bien también presta atención a las actividades preventivas y controla las enfermedades crónicas⁶. Hemos comprobado que el producto asistencial se descompone en 3 componentes esenciales: a) ligado a la relación médico-paciente y a la accesibilidad; b) basado en la coordinación del equipo asistencial, y c) relacionado con la calidad científico-técnica⁷.

El interés de nuestro compañero por «clicar» las casillas de la historia clínica electrónica demuestra una vez más que los incentivos económicos son un potente estímulo para modificar la conducta profesional^{8,9}. Es muy posible que su influencia sobre la práctica clínica sea superior en determinados grupos de médicos. La evaluación del cumplimiento de las recomendaciones de prescripción del Institut Català de la Salut muestra que la productividad variable únicamente modificó los hábitos de los que partían de un bajo cumplimiento. Justamente de los que no habían respondido a la formación y al *feedback* de su práctica profesional. El incentivo económico no tuvo ningún efecto sobre los que ya partían de un nivel elevado de calidad, que siguieron progresando con la misma tendencia que ya tenían¹⁰.

Las inequidades también surgen por la práctica extendida a igualar las metas que se fijan a cada centro o profesional. Es lícito intentar que todos los ciudadanos reciban la misma calidad asistencial, pero es injusto recompensar de la misma manera a los que han

hecho esfuerzos distintos para conseguirlo. La energía necesaria para mejorar los resultados no depende únicamente del punto de partida, sino también de algunas circunstancias estructurales del centro y la población atendida. Sabemos que los indicadores de la dimensión científico-técnica son superiores en los centros docentes¹¹ y en los que atienden a poblaciones socialmente más deprimidas¹², y, en cambio, empeoran en los médicos de más edad¹¹. No es justo valorar a profesionales y equipos de características estructurales distintas sin neutralizar los factores que afectan al resultado. Una política de productividad variable lineal es retributivamente injusta.

El debate sobre los incentivos en el entorno sanitario no se limita a aspectos de justicia retributiva o a sus connotaciones éticas¹³, sino que afecta al desconocimiento de su impacto sobre la práctica asistencial. Conocemos que la incentivación de la práctica de actividades preventivas cambia la conducta del profesional, pero no los estilos de vida del paciente¹⁴. Obviamente, registrar el hábito tabáquico no reduce la prevalencia de fumadores.

Se han estudiado las consecuencias de la implantación del modelo de carrera profesional y de productividad variable ligada a objetivos de calidad sobre la satisfacción de los usuarios y la calidad de vida de los médicos y los profesionales de enfermería del Institut Català de la Salut. La carrera aumentó la percepción de soporte directivo en ambos colectivos profesionales. Los médicos de atención primaria dejaron de suspender a sus directivos. En las enfermeras, esta mejora de su calidad de vida laboral se tradujo en un aumento de la satisfacción de los usuarios¹⁵. El efecto positivo que ha producido la carrera sobre la imagen de los directivos es posiblemente debido a que médicos y enfermeras aprecian el hecho de que la institución reconozca los mismos méritos que

ellos consideran importantes.

En cambio, la productividad variable ligada a objetivos de calidad que sólo afectó a médicos produjo un aumento de la percepción de demandas por parte de los profesionales, que acabó repercutiendo negativamente en la satisfacción de los usuarios¹⁵. Esto nos lleva a concluir que la aplicación de esquemas de incentivación excesivamente agresivos puede agravar la sensación de presión asistencial y, en consecuencia, dañar aspectos esenciales de la calidad de los resultados asistenciales. Sobre una parte del colectivo podría, además, desencadenar el *burnout* que presenta de forma latente.

La ambivalencia de estas primeras evaluaciones de la carrera y la productividad variable no deben llevarnos a abandonar la iniciativa volviendo a los pagos lineales y a la gestión por presupuestos. Al contrario, muestran que se ha lanzado un potente instrumento de gestión de la actividad clínica. Justamente, su fuerte capacidad para modificar la práctica profesional obliga a que sigamos aprendiendo de las evoluciones de su impacto. No sólo del que produce sobre los indicadores fijados, sino de su efecto sobre el resultado asistencial global y la calidad de vida de los profesionales. Su capacidad para promover un determinado tipo de actividades puede favorecer que se abandonen otras, menos frecuentes, pero de vital importancia.

Los modelos actuales de retribución variable tienen un elevado coste de transacción. Para que sean más eficientes, los directivos sanitarios deben aclarar si persiguen mejorar la justicia retributiva o promover la práctica de ciertas actividades. Si buscan lo primero, unos pocos indicadores les dan una aproximación muy adecuada de la calidad asistencial. Si, por el contrario, desean promover actividad, han de escoger registros que las reflejen pero que no puedan ser manipulados por los interesados. En cualquier caso, urge

seguir evaluando las repercusiones de estos modelos retributivos sobre la salud de los ciudadanos

Dr. Joan Gené Badia
Editor Adjunto de ATENCIÓN PRIMARIA.

Aten Primaria 2007;39(04):169-170. Reproducción autorizada por Elsevier Doyma S.L.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consorci Sanitari de Barcelona. *Resultats de l'avaluació 2004 dels EAP de la ciutat de Barcelona*. Disponible en: http://www.csbcn.org/area_prov/bench.htm el 19/9/2006.
2. Plaza Tesías A, Zara Yahni C, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J. *Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona*. Aten Primaria. 2005;35:122-9.
3. Subías Loren PJ, García-Mata RJ, Pérula de Torres L, por el Grupo de Evaluación del PAPPs. *Efectividad de las actividades preventivas analizada en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs) de la semFYC*. Aten Primaria. 2000;25:383-9.
4. Grandi AM, Maresca AM, Sessa A, Stella R, Ponti D, Barlocco E, et al. *Longitudinal study on hypertension control in primary care: The Insubria Study*. Am J Hypertens. 2006;19:140-5.
5. Gené Badía J, Gallo de Puelles P. *Retribución variable vinculada a la calidad asistencial*. Aten Primaria. 2004;34:198-201.
6. Torrecilla-Rojas MA, Pedregal-González M, Carballo-Camacho MO, Rodríguez-Papalardo V, Fernández-Fernández I. *Descripción y validación de indicadores de calidad de la prescripción en atención primaria*. Aten Primaria. 2006;37:273-7.
7. Gené-Badía J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom J, Catalán-Ramos A, Sans-Corrales M, et al. *Personal care, access, quality and team coordination, are the main dimensions of family medicine output*. Fam Pract. [en prensa].
8. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. *Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review [review]*. J Health Serv Res Policy. 2001;6:44-55.
9. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sergison M. *Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD000531.
10. Cafalan A. *La dirección clínica como estrategia de mejora de la*

adecuación de la prescripción farmacológica en el ámbito de la atención primaria. Beca Agència Avaluació de la Tecnologia; Recerques Mèdiques 087/23/2000.

11. Sutton M, McLean G. *Determinants of primary medical care measured under the new UK contract: cross sectional study*. BMJ. 2006;332:389-90.
12. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Bruns C, Oiver D, Thapar A, et al. *Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study*. BMJ. 2001;323:1-6.
13. Dicker A. *Target tyranny*. J Royal Soc Med. 2004;97:496-7.
14. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. *Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study*. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. BMJ. 1995;310:1099-104.
15. Gené-Badía J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, et al. *Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care*. Health Policy. 2007; 80:2-10.

Les primes a tercers

Els incentius econòmics per aconseguir uns determinats resultats no són, ni molt menys, una novetat en la pràctica empresarial i es considera una eina de gestió eficaç. Popularitzades pel món del futbol, aquestes primes econòmiques, amb l'objectiu que els components d'un equip s'esforcin (més, si és possible) a obtenir un triomf important, no hauria de resultar estrany ni criticable.

En aquest sentit, el CRV (Complement de Retribució Variable) representa un avenç important que hauria de servir per engegar una renovada il·lusió en l'hàbit quotidià d'uns professionals fins ara poc ponderats per l'empresa-administració i, en una proporció considerable, recelosos amb els canvis, aprovionats d'una certa "cultura de la queixa" que és conseqüència d'una tensa relació amb models de direcció anteriors i que fa més portador el desgast professional i la manca d'expectatives. N'hem vist de tots colors ... Ara s'anun-

• Els objectius basats en la quantitat i no en la qualitat són d'eficàcia i ètica dubtoses

cia que, a la Gran Bretanya, font de la qual beuen algunes de les actuals propostes sanitàries catalanes, la mortalitat cardiovascular s'ha reduït un 5% en els darrers 5 anys, en bona mesura, per la conjunció d'esforços entre l'Administració Blair i els professionals sanitaris; esforç que es pot quantificar i que ha suposat que els ingressos dels GP britànics hagin augmentat de mitjana un 35% en aquest període (un terç d'aquests, lligat al compliment o no dels objectius marcats en el contracte); i que cal concretar amb l'ajut de recursos econòmics (i terapèutics) a l'altura dels objectius que es pretenen. Així, veiem com al Regne Unit la majoria dels hipertensos reben tractaments combinats (68% enfront del 40% de fa 5 anys), i proporcionalment és també el país que més estalvies prescriu.

Aquestes mesures no han tingut solament una dimensió professional individual, també ha estat social. El PIB destinat a la sanitat va passar d'un 7% a un 9% (gairebé tot aquest increment va anar a parar a l'atenció primària).

Resseguint el símil futbolístic del títol, un club prima els seus jugadors si aconsegueixen un triomf important, però també ho fa amb un equip modest perquè derroti el rival i faciliti, així, el camí cap a la victòria. D'aquesta manera, sorgeixen les primes a tercers i els equips modestos s'han d'aconterar amb les engrunes garrepes que deixen caure els grans.

L'atenció primària no és, ni ha estat mai, capdavantera en la "lliga sanitària". Els avenços amb cert ressò i difusió mediàtics provenen de l'hospital, que ofereix a la població tecnologia puntera amb una metodologia de treball rigorosa i permet l'abordatge dels problemes de salut de complexitat mitjana i alta.

Els metges de família som més,

atenem tota la població (malalta o no), n'asseguem l'accessibilitat al sistema (imprescindible en qualsevol programa polític) i dotem aquesta assistència de la continuïtat necessària per al seu seguiment. Després de més de vint-i-cinc anys demostrant eficiència, no s'ha de considerar exagerat el fet d'exigir el lloc primordial (que no només és primari) que ens pertoca dins del nostre lloat sistema sanitari.

Malgrat el que pugui semblar, l'atenció primària segueix sent un "equip modest", en bona part per una antiga manca d'autoestima professional encara no del tot resolta i perquè no ha estat una prioritat política. Entestada sempre en el registre i control de variables lligades als principals factors de risc (pes, pressió arterial, nivells de lípids, glucèmies...), l'atenció primària no té una clara inferència d'aquestes variables en el resultat final del procés assistencial: malaltia, mort, incapacitat transitòria, discapacitat, salut i benestar. Activitats preventives que, conjuntament amb problemes de baixa complexitat i autolimitats, saturen les consultes i provoquen una manca de resolució davant d'actuacions de complexitat mitjana, origen d'ineficiències del sistema (listes d'espera dels especialistes) i d'insatisfacció de professionals i usuaris.

Decidir prioritats

A l'hora d'establir prioritats, els problemes gairebé sempre es troben a l'inici i al final. A l'inici, quan es tracta de decidir què i com, i al final, quan es tracta de valorar els resultats assolits i la seva repercussió en el nivell de salut d'una població concreta.

Els objectius basats en la quantitat i no en la qualitat són d'eficàcia i ètica dubtoses (a Nova Zelanda, per exemple, els metges generals van rebutjar els incentius econòmics lligats a l'estalvi farmacèutic perquè anaven contra l'ètica professional). A casa nostra, ja s'ha sol·licitat la consideració de la Comissió Deontològica del COMB pel que fa a alguns punts del CRV de l'ICS 2007 en entendre que poden col·locar el metge davant d'un dilema ètic o, fins i tot, un conflicte d'interessos o de lleialtat dual (preocupació per les persones versus eficiència de l'organització).

• **Los modelos actuales de retribución variable tiene un elevado coste de transacción**

Quan els propòsits són mediocres, els resultats també ho solen ser. Només així es pot entendre que s'encarreguin "a mida" recursos informàtics que permeten tenir una visió totalitària i globalitzadora de les variables intermediàries, sense disposar d'evidència en el resultat final.

L'incessant clic del ratolí de les nostres consultes genera milers i milers de registres que, de vegades, superen la velocitat de la xarxa informàtica, en detriment de la qualitat assistencial.

Atès aquest punt, i quan el que es pretén premiar és el registre de números, és totalment predictable que es maquillin dades (o que, senzillament, s'inventin). Aquesta pràctica no és nova, ja s'exerceix des fa temps per part de gestors quan del que es tracta és d'avaluar plans i programes de salut que, invariablement, ofereixen resultats positius amb l'objectiu de demostrar solvència i garantir la seva continuïtat. Aquesta esmentada perversió dels sistemes d'incentivació, comentada per Gené Badia en el seu article *Basta de clicar casillas*, complau tothom, o quasi.

Qualsevol estudiant que conegui prèviament les preguntes d'un examen es veurà temptat de llegir només les respostes i la resta del material docent restarà en l'oblit. L'aplicació sanitària de la coneguda llei del mínim esforç aconsegueix professionals eficients en allò que es pretén avaluar. Hom fa el que se li demana, ni més ni menys.

Més formació, més qualitat

Sembla que la prioritat en la formació continuada sigui, actualment, el registre d'aquestes variables, com i on fer-ho, molt per sobre de les competències científicotècniques, desviant el mètode comunicatiu en què s'empara la particular relació metge-pacient cap a un nou marc de xifres, de gestió d'aquestes i d'adequació de recursos cada cop més minsos. Una formació clarament esbiaixada cap a la productivitat i sense autèntics valors professionals.

Sota el lema *Apostem per la clínica*, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC), a la qual pertanyen prop de 3.800 metges de família catalans, va celebrar a Salou, del 23 al 25 de maig, el seu vint-i-

unè congrés. En declaracions del Comitè Organitzador: "Perquè no s'ha d'oblidar que la faceta essencial de la feina mèdica és la clínica, és a dir, atendre (prevenir, diagnosticar, tractar...) les necessitats de salut de la persona. Per això, aquesta edició del congrés va voler ser una crida a retrobar l'orgull de fer de metge, una professió amb un important component vocacional, en una època on potser prevalen més altres qüestions, com les econòmiques, organitzatives o les relacionades amb els recursos."

Cal ara que responsables de polítiques sanitàries facin també seu aquest lema amb una aposta clara i decidida per a la millora de les competències científicotècniques i recórrer, amb un pols ferm, el camí que es traça des de l'eficiència (necessària, però no suficient, en sistemes de qualitat) cap a l'excel·lència assistencial, que es doti l'atenció primària dels recursos que li pertocuen i es ponderi, en la justa mesura, els professionals que hi treballen (un sistema d'objectius incentivats no hauria de substituir un salari digne); a més, cal que s'estimuli qualitat i s'eviti el parany d'aconcentrar-se amb l'arrodoniment de xifres i en l'aprovat general a què ens ha dut l'actual eficientisme.

Només així evitarem el risc que quan un pacient necessita una orientació diagnòstica més o menys precisa, davant d'un problema de salut, emplenem tres o quatre dades i l'enviem cap a l'hospital.

Només és un clic.

Dr. Eugeni J. Paredes i Costa
epc@camfic.org

Anàlisi ètica de la incentivació per objectius

"L'ètica és un aspecte inherent de la medicina de qualitat"

Els sistemes d'incentivació, des del punt de vista ètic, estarien relacionats amb el principi de justícia. Ens hauriem de preguntar, en primer lloc, què considerem que és just: donar a tothom de la mateixa manera, donar a cadascú segons les seves aportacions al sistema, segons el seu esforç,

segons la seva conducta, segons l'oferta i la demanda, etc. Hom pot pensar que no tothom treballa igual i que un sistema en què tot professional rebi el mateix, malgrat la diferència de rendiment en el treball, no és un sistema just.

Ara bé, com mesurar i repartir aquesta diferència no és tan fàcil. Ho podríem resumir amb frases tretes d'altres contextos. L'energia nuclear no és èticament correcta ni incorrecta, dependrà de l'ús que se'n faci. El mateix podríem dir de la incentivació per objectius. De cara a l'anàlisi, cal tenir molt clar si el concepte de justícia que planteja la incentivació és èticament correcte o no. Per exemple, a quin professional hem de premiar: a qui millor registra a l'ordinador algunes dades concretes, a aquell que fa menys despesa, a qui té els millors resultats mèdics o quirúrgics, a qui utilitza i s'ajusta més a la medicina basada en proves i a les guies clíniques, a qui obté les millors puntuacions de satisfacció dels usuaris? Potser tots els punts són importants, però, primer, són tots èticament correctes? I segon, en cas afirmatiu: quins aspectes triem, com els prioritzem i com els mesurem?

Normalment, s'estableixen tres tipus d'activitats:

1. Valorar aquelles activitats que suposen un plus a la tasca del professional, com serien la docència, recerca, protocols...
2. Valorar aquelles activitats que milloren la qualitat assistencial, com, per exemple, el control de certs grups de població, com pacients amb HTA, diabetes...
3. Valorar l'ajustament del professional als objectius i pressupostos de què disposa el centre, sense minvar la qualitat assistencial.

Les característiques teòriques que hauria de contemplar el sistema potser també serien fàcils de definir, almenys en grans línies generals:

- El sistema hauria d'ésser motivador per al professional i viscut com a útil. Per arribar a ser-ho, hauria de correspondre a les demandes i necessitats dels professionals.
- Hauria d'ésser un reflex del treball real que realitza el professional, no una mesura estàtica percentual.
- Hauria d'ésser individualitzat i valorar les característiques diferencials de cada professional. La

generalització acostuma a afavorir aquells que parteixen de nivells de qualitat assistencial més baixos.

- Per poder-se individualitzar, caldria ésser multifactorial i valorar no sols paràmetres quantitatius i aïllats de mesura. El fet d'emprar paràmetres aïllats de registre pot crear un fenomen de piràmide inversa, és a dir, qui té més càrrega assistencial registra menys i pitjor amb relació a qui té menys càrrega assistencial.

- A més, el sistema de registre no hauria de representar una sobrecàrrega addicional en la tasca del professional.

Ara bé, el procediment de com establir i mesurar el compliment dels objectius és molt més complex de respondre. Tal com definia William Osler la medicina, aquesta "és la ciència de la incertesa i l'art de les probabilitats". Traslladar conceptes com incertesa i probabilitats en registres és força difícil, i més com més simples siguin aquests registres.

Finalment, i fonamental, caldria aplicar la màxima kantiana: tractar els altres com un fi en si mateix i no com un mitjà per aconseguir un objectiu. No hem de perdre aquest principi en la relació metge-malalt, on els malalts han de ser un fi i no un mitjà "per a". Pensem que aquesta és una de les arrels de la nostra professió i que és el que ens continua demanant la societat, la qual no només vol professionals excel·lents des del punt de vista científicotècnic, sinó que també vol bons metges que vetllin sempre pels millors interessos dels seus malalts, dins les possibilitats del sistema.

Dra. Montse Esquerda
i **Dr. Josep Pifarré**

La incentivació en el àmbit sanitari

Los métodos de incentivación variable en el ámbito sanitario se basan en dos objetivos fundamentales: premiar al que obtiene mejores resultados o promover una mejora en la práctica de ciertas actividades. A simple vista, es evidente que un profesional que trabaje mejor que otro o que obtenga mejores resultados en

la realización de su labor diaria debería ser recompensado por este motivo, pero... ¿por qué un sistema de incentivación variable provoca tanta polémica en nuestro trabajo?

Los métodos de incentivación se crearon con la intención de fomentar y organizar los esfuerzos individuales para alcanzar unos objetivos deseados. Pero hay que tener en cuenta que son las personas, los individuos, los que alcanzan la meta. La base del sistema se basa precisamente en el individuo. No todo el mundo tiene la misma visión, misión y objetivos dentro de su puesto de trabajo; en definitiva, tenemos distinta motivación. El problema radica en que se confunde motivación e incentivación. La mayoría de los médicos buscan un sistema de incentivación que les motive y cuando esto no ocurre se corre el riesgo de que aparezca una sensación de frustración. La motivación y la incentivación son dos conceptos íntimamente relaciona-

como base para la medición y evaluación de los resultados a alcanzar.

Antes de establecer una DPO, es necesario recoger información del sistema: estructura, actividad, demanda, procedimientos, resultados previos, información de unidades parecidas, etc. Dicha información debe de estar al alcance de todos los facultativos de la unidad. Tras analizar la información previa, se realiza un proceso de planificación elaborando estrategias y objetivos comunes, teniendo en cuenta las debilidades internas y externas de la unidad a la que pertenece el médico. Hay que conocer la situación interna de nuestra organización. ¿Qué recursos tiene? ¿Qué grado de capacitación? ¿Qué posibilidades de mejora existen? ¿Qué factores no pueden ser modificados o vienen predefinidos o impuestos? Posteriormente, se establece un sistema de valoración que sea posible cuantificar y valorar a lo largo del tiempo. En definitiva, un

Un DPO intenta analizar áreas de mejora tras una valoración de la situación y establecer metas

dos: la motivación es el impulso que nos ayuda a realizar nuestro trabajo, contribuye a satisfacer nuestras necesidades y alcanzar una meta y está basada en la personalidad, en los valores, en las expectativas de nuestro trabajo y en la gratificación ante un trabajo bien hecho (reconocimiento personal, profesional o económico). La incentivación tiene que ver con el sistema sanitario: es un método de gestión que intenta promover acciones y comportamientos orientados a la consecución de un resultado.

Dirección por objetivos: DPO

El éxito de un sistema de incentivación se basa en integrar objetivos individuales y objetivos de la organización. La DPO se define como método de gestión, mediante el cual el facultativo y la dirección, conjuntamente, definen y estructuran los objetivos del sistema y establecen las áreas de responsabilidad de cada cual,

DPO intenta analizar problemas o áreas de mejora, tras una valoración exhaustiva previa de la situación, estableciendo unas metas o resultados fácilmente mesurables. El proceso de información y planificación es crucial para evitar la sensación de "explotación" de los facultativos.

Cambio de mentalidad: auto-gestión

Una de las principales resistencias a los sistemas de incentivación es la de inculcar la mentalidad de gestión interna. Algunos médicos se resisten a evaluar su trabajo. La mentalidad del control, de la cuantificación y del análisis es imprescindible a la hora de establecer objetivos. La introducción del concepto de eficiencia (coste de la consecución de los objetivos propuestos) es fundamental. El facultativo tiene que integrar la eficiencia como un elemento clave dentro de la práctica clínica diaria.

Sistemes de informació

Tenemos que buscar un sistema de información que permita recoger datos de una forma fácil, fiable y que pueda integrarse en la práctica clínica diaria sin un sobreesfuerzo desmesurado. El seguimiento de este sistema de información va a permitir analizar una situación previa y elaborar un sistema de seguimiento correcto. Evidentemente, se basa en un sistema informático que permita un seguimiento de la información a todos los integrantes del sistema.

Estrategias de planificación compartidas

Previamente a la elaboración de unos objetivos, se tiene que potenciar la misión y la visión del sistema. Si existen grandes diferencias dentro de los equipos en estos aspectos será muy difícil llegar a objetivos comunes. La integración de la eficiencia dentro de la práctica diaria, como comentaba anteriormente, es un aspecto a integrar dentro de la visión del sistema.

Promover la justicia retributiva

En la actualidad, se tiende más a aumentar los objetivos vinculados con el resultado del trabajo de un equipo más que con los resultados de un individuo. De esta forma, son los propios miembros de la unidad los que estimulan a sus compañeros a que no existan diferencias entre ellos. Es el propio equipo el que gestiona sus resultados.

Obtener resultados globales en la salud de los ciudadanos

Las resistencias ante un sistema de incentivación son fáciles de entender: supone un esfuerzo por parte del profesional, puede tener la sensación de un control continuo en su trabajo, puede que no comparta los objetivos propuestos, pero lo peor es que en ocasiones da la sensación de que no repercute en resultados de salud. El principal reto de los sistemas de incentivación es el de evaluar las repercusiones en la salud de los ciudadanos.

Dr. Marcos Serrano

Director mèdic de l'Hospital de Santa Maria

Cap on mirem?

Dir, de sortida, que no estic en contra dels sistemes que perme-

- **La incentivació és una bona eina per al sistema sanitari, però s'ha de tractar amb molta cura**

ten mesurar de forma objectiva i recompensar qui realitza una bona feina. I que no ni hi ha prou a afirmar que "ho he fet bé", sinó que cal demostrar-ho. Es pressuposa que sota aquesta perspectiva, avaluar la tasca feta és una bona cosa. Millora l'actuació de qui és avaluat i permet una actitud justa de qui ha de recompensar una feina. Això és molt difícil de realitzar. La visió del que ha anat esdevenint em fa dubtar de la maduresa, tant de la forma de planificar com de la forma d'executar. Per desgràcia, la majoria dels sistemes utilitzats acaben sent imperfectes i desviats del seu fi per interessos aliens als que van estar creats. Llavors, es perden les direccions, els perquè i els objectius. Per què?

En primer lloc, qui genera l'eina de DPO ha de tenir molt clar quines són les metes del sistema i, sens dubte, que el sistema no és una meta en si. En aquest punt, es cometen els primers errors, com ara complaences a elements externs a la meta plantejada, presentació d'informació no real i magnificació del procediment enlloc del resultat. Tots porten a la tramoia d'una obra de teatre, on les coses semblen el que no són, i al mínim canvi d'on bufa el vent o davant de la realitat diària cauen per terra com castells de cartes.

En segon lloc, la participació en aquest joc ha de ser voluntària. Els beneficis obtinguts de manera personal no són un deute que no m'han pagat, ni un dret adquirit ni una demostració de nivell de capacitat adaptativa a fets adversos. És, simplement, un repte que pensem assolir i que en cas d'arribar a bon port té una recompensa. Sense aquesta voluntarietat, apareix la demanda constant, les dreteres en les obtencions de resultats i procediments que prenen rellevància innecessària en una pràctica clínica adequada. Tot

això, amb l'única finalitat de l'obtenció de la recompensa. A més, aquesta participació forçadament voluntària aporta els retrets i la pressió per part de qui organitza el sistema i, per desgràcia, molts cops per als mateixos companys que es veuen afectats. La voluntarietat no sols ha de ser de qui realitzarà la tasca, també ha d'estar clara per a qui dissenya la meta, i que el seu èxit no és que l'objectiu el faci tothom, sinó apropar-se a la meta.

En tercer lloc, tenim el *déjà-vu* en tot el procés. Una acció concreta d'un disseny, una planificació, una posada en marxa, una execució i una avaluació. SEQUÈNCIAL. No es poden plantejar metes (llevat que siguin de continuïtat) canviant el lloc en el temps d'aquesta línia d'actuació, ni estar canviant cada cert temps la forma d'avaluació, perdem el crèdit sobre el sistema i s'obren les portes a la reclamació constant, qui fa la feina es troba amb camins de treball cada cop diferents, i al final es perden.

El nivell d'errors implica més coses, però les expressades anteriorment es reflecteixen en els fets diaris, amb implantació d'objectius a assolir que en realitat no depenen d'un esforç de qui els ha de realitzar, ja que són la seva feina diària, en el seu temps de treball. En forma d'actuacions clíniques més que dubtoses. I el que per mi és més perillós, amb la desviació de l'atenció clínica cap al que em posen com a objectiu, enlloc de cap al que li passa a la gent. On són les patologies que no entren per DPO? Potser, com que no estan incloses, es curen soles?

L'aplicació incorrecta de forma voluntària o involuntària dels incentius i la interpretació de qui els realitza fora del context per al que ha estat creat l'incentiu suposa una sèrie de problemes que repercuteixen a tots els nivells. Informació errònia, actuacions professionals desvirtuades i accions de comandament que no comporten millora del sistema. La incentivació és una bona eina, però s'ha de tractar amb molta cura. Seria una llàstima que es perdés la seva funció real perquè els errors que es cometen no fossin solucionats. Em sembla que encara hi som a temps.

Dr. Miquel Buti

La implicació del pacient en la presa de decisions clíniques

Dr. Carles Vallbona · Departament de Medicina Familiar i Comunitària. Baylor College of Medicine

Aquest article intenta fer una anàlisi del procés de presa de decisions clíniques, sobretot dins del domini de l'atenció primària. Atès que, des de fa més de 54 anys, he exercit la meua tasca professional als Estats Units (on vaig iniciar una residència en Pediatria), és inevitable que la meua exposició tingui un biaix degut a les característiques del sistema de salut dels Estats Units amb les diferències (bones i dolentes) que hi ha entre la situació actual dels Estats Units i de l'Estat espanyol.

Models de presa de decisions clíniques

En el passat, la major part de les decisions que prenia el metge es notificaven al malalt o a la família, segons un model unidireccional i autoritari alhora.

A mesura que els sistemes sanitaris han augmentat llur complexitat i la funció del metge ha esdevingut compartida, no sols amb altres professionals de salut, sinó també amb professionals de gestoria, el flux d'informació és multidireccional i la presa de decisions ha d'ésser compartida entre el metge, el malalt i/o família i la institució encarregada del complicat procés de gestió de la salut que, forçosament, té un vessant econòmic que moltes vegades posa en compromís els interessos de salut del malalt més com a individu que com a membre d'un grup comunitari.

La figura 1 presenta un esquema d'ambdós models i subratlla la importància de la comunicació com un prerrequisit per a un bon procés de decisió.

Evolució del procés

Quan hom analitza el procés actual de la presa de decisions clíni-

ques, queda ben palès que aquest procés és molt diferent del que vaig aprendre durant la meua època d'estudis a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona en els anys 40 i durant els breus anys de pràctica al començament dels anys 50, abans d'anar a França i als Estats Units.

El procés d'aquella època encaixa dins del model autoritari en el qual s'esperava que el metge de capçalera fos qui prengués una decisió de diagnòstic i en prescrivís un tractament. L'autoritat del metge era perfectament acceptada i, en general, l'observança del tractament era ben alta. No era freqüent cercar una segona opinió, excepte quan el metge de capçalera ho proposava. La participació del malalt (i família) en la presa de decisions era fonamentalment passiva.

Si hagués de fer un resum de la situació de la presa de decisions clíniques a l'Estat espanyol en els anys 50, assenyalaria les caracte-

◆ **La presa de decisions s'ha de compartir entre el metge, el malalt i la família**

◆ **Als anys 50, el metge espanyol tenia una nul·la preparació per a la comunicació**

ristiques següents:

- Nul·la preparació formal del metge en la teoria i tècnica de la comunicació
- Informació molt minsa impartida a pacients i familiars (excepte en el cas especial de la Pediatria en què la família, generalment la mare, rebia instruccions bastant concretes)
- Nivell baix de comunicació bidireccional
- Poca petició de permisos abans d'endegar una activitat diagnòstica o terapèutica
- Històries clíniques rudimentàries (excepte en hospitals universitaris o en centres d'especialitats avançades)

Quan vaig arribar als Estats Units l'any 1953, i dins de l'ambient d'un hospital infantil acadèmic, vaig constatar que, en el procés de presa de decisions clíniques, hi havien algunes diferències, més aviat quantitatives, en relació a les que jo havia observat abans. N'assenyalo les següents:

- Nul·la preparació formal del metge en la teoria i tècnica de la comunicació
- Informació bastant considerable a pacients i familiars
- Nivell bastant alt de comunicació, però unidireccional
- Comunicació molt intensa i freqüent en casos greus
- Petició obligatòria, però genèrica, de permís abans d'endegar activitats diagnòstiques o terapèutiques
- Històries clíniques ben detallades (més en l'àmbit acadèmic)

A mesura que els sistemes sanitaris han anat desenvolupant-se i han adquirit una complexitat extraordinària en tots els països, sobretot en els més industrialitzats, la presa de decisions clíniques ha hagut d'adaptar-se al nivell, cada vegada més alt, de coneixements sobre la salut i les malalties que tenen la població general i, sobretot, els mateixos malalts i llurs familiars. És per això que avui, al començament del segle XXI, les característiques del procés de decisions clíniques als Estats Units són molt diferents de les de fa uns 30-40 anys segons la descripció següent:

- Bastant formació dels estudiants i residents en la teoria i tècnica de la comunicació (assolida moltes vegades després d'entrenar-se amb malalts-actors)
- Informació de salut-malaltia molt abundant i adreçada al públic en general
- Nivell alt de comunicació, multidireccional i multidisciplinària per diversos canals de comunicació: oral, visual, escrita i quínestica. La informació quínestica és la impar-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

tida quan una comunicació verbal va acompanyada d'una informació sensorial que permet entendre millor el que es vol comunicar (per exemple, indicar que l'opressió que es nota al braç, quan es mesura la tensió arterial, és comparable a la resistència que ha de vèncer el cor a cada batec).

- Comunicació molt intensa i freqüent en casos greus
- Petició obligatòria de permís per respecte als drets del pacient, per cobertura legal (medicina defensiva) i per ètica d'investigació
- Històries clíniques escrites i informatitzades, amb accés remot a la iconografia (radiografies, imatges, gràfiques, etc.)
- Guies de bona praxi que donen alguna orientació a l'hora de prendre decisions compartides amb el pacient i la família
- Ús bastant freqüent d'Internet (per a simple comunicació o per a consultes extenses)

Prospectiva de models de decisions clíniques

Atès que els sistemes sanitaris estan patint, de manera molt accelerada, d'un alt nivell d'utilització i de cost, és pràcticament impossible predir quines seran les conseqüències per al procés de presa de decisions en el futur. Basats en l'experiència assolida en els darrers 10-20 anys pels professionals de la medicina, sobretot en l'àrea de l'atenció primària, podem pensar, amb certa confiança de probabilitat, que la interrelació entre els equips de professionals de la medicina i els malalts o grups poblacionals vindrà condicionada per la incorporació, cada vegada més alta, de les modalitats de serveis de salut següents:

- Informatització de la recollida de dades sobre salut-malaltia
- Monitorització a distància de funcions fisiològiques
- Informatització parcial de la presa de decisions clíniques segons algorismes ben avaluats
- Guies d'actuació informatitzades i basades en l'evidència
- Acceptació de la telemedicina i de la robòtica mèdica
- Atenció al diagnòstic psicològic i social
- Visites de grup per a pacients amb la mateixa patologia crònica
- Nous models educatius per a la millor formació dels nous metges
- Aprenentatge precoç i longitudinal en centres ambulatoris (v. gr. programa LACE de Baylor)
- Compenetració amb el pacient mitjançant un seguiment longitudinal per part dels estudiants d'alguns malalts durant llurs visites

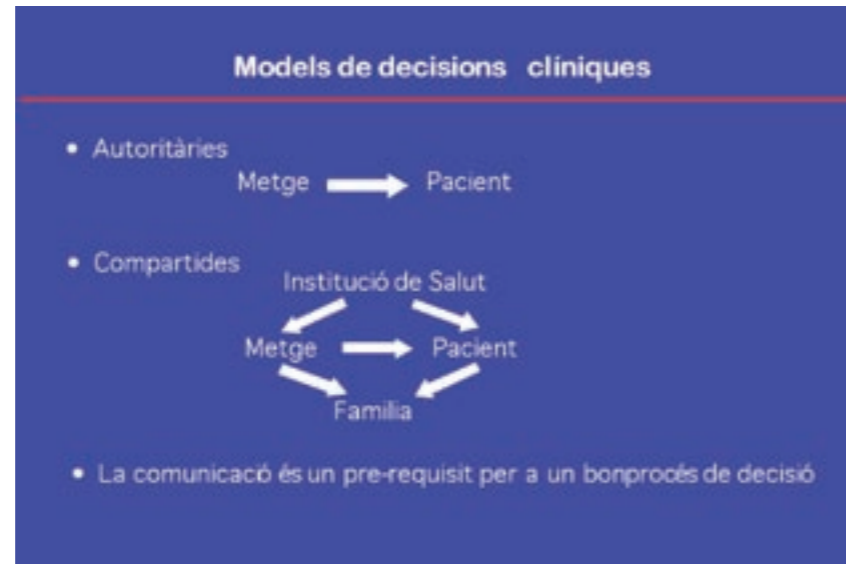


Figura 1. Esquema d'ambdós models i importància de la comunicació

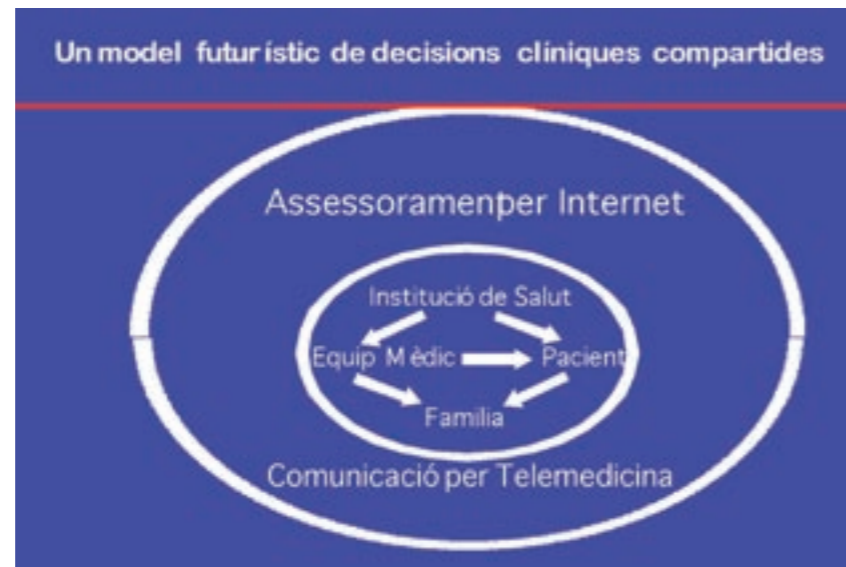


Figura 2. Model futurístic de decisions clíniques compartides

al metge general o especialista i durant estades en un hospital (v. gr. programa de Harvard)

- Autoconsultes per Internet parcialment automatitzades
- La figura 2 presenta un model futurístic de decisions clíniques compartides. L'ús, cada vegada més freqüent, de les consultes per Internet i les avaluacions per telemedicina tindran una influència decisiva en la presa de decisions clíniques a tots els nivells dels sistemes de salut.

Barreres de les decisions clíniques compartides

Sens dubte, les decisions clíniques que ha de prendre avui el professional d'atenció primària no vénen dictades segons els principis teòrics d'un bon model de decisions compartides i multidireccionals. S'ha de reconèixer que les circumstàncies del treball de tots els professionals de salut no són idò-

nies per satisfer les necessitats del pacient ni les aspiracions legítimes del metge i altres professionals. Hi ha una sèrie de barreres que s'interposen entre la utopia d'un procés perfecte de comunicació i la realitat d'un sistema de salut que en l'àrea d'atenció primària està congestionat i mancat de recursos. Cal assenyalar les següents barreres segons les hem constatat en els centres d'atenció primària dins d'una institució gestora de serveis per a persones de nivell socioeconòmic baix (Community Health Program of the Harris County Hospital District de Houston, Texas):

- Limitació del temps destinat per a cada visita d'atenció primària (20-30 minuts en una primera visita, 15 minuts en subseqüents visites)
- Manca de remuneració per sessions d'educació de salut de menys de 30 minuts (les de més de 30 minuts són remunerades si hi ha documentació escrita que indica que han tingut lloc)

• Problemes de demanda judicial i altíssim cost d'assegurança professional

• Necessitat de documentar la història clínica de manera que reflecteixi, acuradament, el diagnòstic de cadascun dels problemes que han estat motiu de la visita, el grau de gravetat de cada problema, els resultats objectius de l'exploració física, les dades d'exàmens de laboratori, el tractament prescrit i l'observança de les pautes de medicina preventiva que són aplicables a cada visita (en funció de l'edat i el perfil de salut-malaltia)

• Expectacions de nivells de productivitat calculats d'acord amb un sistema "d'unitats de valor relatiu" de cada visita. Aquest valor relatiu es calcula segons el grau de complexitat dels problemes que presenta el malalt i el temps que s'ha destinat a atendre aquests problemes. Les unitats de valor relatiu són adjudicades només si la història clínica (informatitzada o no) documenta ben clarament la plausibilitat de cada un dels diagnòstics fets per a cada problema, la complexitat de l'exploració o d'intervencions terapèutiques, l'adequació de les accions de medicina preventiva i el nivell d'educació de salut que s'ha impartit en la visita

Cada vegada més, als Estats Units, la remuneració econòmica dels metges d'atenció primària que treballen en una institució (pública o privada) ve determinada pel nombre d'unitats de valor relatiu fetes per cada metge. El nivell mínim de productivitat diària que s'espera de cada metge ha d'ésser per sobre del 50-75 % del nivell observat en centres d'atenció primària de tot

el país. Segons aquestes normes, un metge que treballa en un centre primari de salut acadèmic sol tenir una activitat diària d'una mitjana de 35 unitats de valor relatiu corresponent a unes 20 visites diàries en una jornada laboral de 8 hores.

Consideracions sobre el futur dels sistemes d'atenció primària

En tots els països desenvolupats, es preveu un augment de l'esperança de vida amb un creixement del nombre i complexitat dels problemes de salut de la població. Això comporta una sobrecàrrega cada vegada més alta per al sistema d'atenció primària. Es dubta que el sistema econòmic de tots els països, independentment d'ideologies, pugui afrontar la situació que esdevindrà encara més crítica del que ja ho és. Crec que els professionals d'atenció primària hauriem de reorientar algunes de les nostres funcions i adoptar, entre altres, les actuacions següents:

- Donar prioritat a l'educació de salut de la comunitat que depèn dels nostres centres
- Inculcar, a totes les persones sanes i malaltes, la necessitat que adoptin estils de vida sans que, malgrat la seva senzillesa (per exemple, caminar 8-10 mil passes cada dia), els permetin de fruit de més bona salut que fins ara
- Estimular les empreses que enduguin programes de medicina preventiva per als seus treballadors i llurs famílies
- Participar, activament, en els programes de medicina preventiva dirigits a escolars i mestres
- Delegar als professionals de salut

dels nostres centres que no són metges les activitats de medicina preventiva adreçades als individus i a grups de malalts amb algunes patologies, procurant assolir una observança òptima de les recomanacions terapèutiques

• Ajudar en la formulació de polítiques de finançament dels programes de salut de manera que es donin estímuls econòmics a aquells que, malgrat llur nivell de salut, segueixen, fil per randa, les recomanacions que reben en els centres d'atenció primària

És de justícia que el metge i altres professionals d'atenció primària rebin el reconeixement professional i el suport econòmic que sigui més adient per estimular-los a perseverar en la seva tasca amb un mínim de frustració i d'angoixa.

El pont entre la medicina i la salut pública

Tots els professionals d'atenció primària podem estendre aquest pont si donem resposta afirmativa a tres preguntes que el Dr. Jonathan Mann, que va ser director del programa de l'OMS per a la lluita contra les infeccions de VIH, ens va fer poc abans del seu traspàs l'any 1998 a causa d'un accident aeri:

- "Creiem que el món pot canviar?"
- "Creiem que es poden trencar les cadenes del sofriment humà?"
- "Estem d'acord amb M. L. King que "l'arc de la història és llarg, però es doblega vers la justícia?"

Font: J. Mann: *Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights*, Hastings Center Report. 1997; 27:6-13.

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

La dieta psicoprotectora o psicosaludable

Dra. Montse Esquerda · *Pediatra i psicòloga*

“Si consideramos a los hombres como son, entonces hacemos que sean peores; pero si los consideramos como deben ser, entonces hacemos que lleguen a ser como pueden ser.”
Goethe

Ens hem acostumat molt a parlar de dieta cardioprotectora i, amb molta freqüència, a les nostres consultes aconsellem sobre menjar diversos tipus d'aliments, com la dieta mediterrània, o posem pautes mitjançant un tipus de comportament alimentari, com l'*slow food*. Ho fem amb la convicció que hi ha aliments o pràctiques alimentàries que ens protegeixen d'una sèrie de malalties.

Aprofito que aquest és un concepte molt arrelat per atrevir-me a anar més enllà: en l'àmbit psicològic, existeixen una sèrie d'actituds o valors que ens permetran una més bona adaptació i una protecció del que ens passa a la vida, i crec que aquests valors tenen un efecte saludable no tan sols a nivell individual, sinó també a nivell social. De la mateixa manera que hi ha aliments poc sans, hi ha valors molt poc saludables i que, al llarg de la vida, ens comportaran força problemes, entre altres, de salut. Com molt bé resumia Erich Fromm, “les necessitats psíquiques fonamentals de l'existència humana han d'ésser resoltes de manera que l'home no emmalalteixi, així com les necessitats fisiològiques s'han de satisfer per tal que no mori”. La diferència en què es resolten les necessitats psíquiques dóna lloc a diversos graus de salut mental, tant individualment com socialment. Sembla paradoxal que, en una societat com la nostra, on s'ha arribat a quotes de benestar material molt elevades, això no s'ha traduït en una millora de la percepció de benestar. No podem oblidar que el consum de psicofàrmacs, sobretot els antidepressius, és el que “més creix” en la despesa farmacèutica, o que ja s'anomena la depressió com l'epidèmia del segle XXI. Estarem segurament

d'acord amb la forma en què resollem les necessitats psíquiques a la nostra societat no està ben resolta.

I seguint amb Fromm, la salut mental no pot definir-se tan sols com l'adaptació de l'individu a la societat, sinó també com “l'adaptació de la societat a les necessitats de l'home”. Una societat sana és aquella que ajuda a desenvolupar les capacitats de les persones, una societat insana pot crear hostilitat i recels en tots els àmbits, impaciència, expectatives poc realistes... Qualsevol societat porta implícits o explícits els valors dominants, les actituds adequades i els comportaments preuats. Aquests *inputs* són els que, de manera individual, repercutiran en la salut, no tan sols en la mental, sinó superant aquell vell i fals antagonisme cos-ment, i sabrem que també repercutirà en la salut física, ja sigui a nivell cardiovascular, oncològic o pneumològic.

Parlar d'actituds i valors sembla que sigui entrar en un terreny pantanós, en què tot val i tot depèn, sobretot quan

ens movem en una societat com la nostra. Però quan ens aproximem a un estudi comparatiu i longitudinal dels valors, la cosa comença a canviar.

Dahlsgaard i Peterson, psicòlegs de la personalitat, van realitzar un estudi de les principals tradicions filosòfiques i religions del planeta a la recerca de valors comuns. Es van incloure un total de 200 tradicions, tant occidentals com orientals, des dels darrers 3.000 anys. Entre aquestes hi havia l'estudi d'Aristòtil, Plató, Sòcrates, Confuci, Buda, l'Antic i Nou Testament, el Talmud, el Corà, el Bushido, el I Ching, Kant, i molts altres. De manera quasi ubíqua, aquestes tradicions valoraven, de forma predominant, sis valors o virtuts: amor i humanitat, justícia, templança, valor, saviesa i coneixement i espiritualitat i transcendència.

Semblen molt elevats, però tenen aplicacions en qualsevol àrea del dia a dia. Per exemple, dins del valor de justícia, s'inclou el fet de prendre responsabilitat i tenir cura adequada de recursos com el civisme. En el valor de templança, s'inclou la calma, la paciència, l'espera, la lentitud i l'autocontrol. Reivindico la denominació de pacient per als nostres usuaris, no com a subjecte passiu d'espera, sinó com a adjectiu per descriure una bona qualitat d'aproximar-se al món de la malaltia, la paciència. El valor de transcendència inclou la recerca del sentit o de metacentit, com deia Viktor Frankl.

Però, és aquesta una tasca mèdica? Ho expressa molt bé l'editorial del *Lancet* de l'agost 2005, quan ens recorda que “cal una visió holística davant de la visió centrada en la malaltia i tecnocientífica de la medicina actual”. Els avenços tecnocientífics són molt importants i tendim cap a una superespecialització necessària en molts casos, però cal, al mateix temps, no perdre la visió integral de la persona, i aquesta inclou, des de l'entorn laboral fins a l'entorn social i relacional, ja que tant un entorn com l'altre tindran influència en la salut.



Indicaciones y manejo del tratamiento anticoagulante oral

Drs. Verónica Pons, Eduardo Arellano e Immaculada Nicolau · *Servicio de Hematología. Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona*

El uso de los anticoagulantes orales se inició hace más de cincuenta años en la práctica clínica. Los anticoagulantes orales son los fármacos más frecuentemente utilizados en la profilaxis antitrombótica a largo plazo y en el tratamiento de la trombosis arterial y venosa. Para diferenciarlos de otros anticoagulantes orales con diferente mecanismo de acción, es conveniente el uso del término de antagonistas de la vitamina K. En los últimos años, numerosos ensayos clínicos han demostrado la eficacia de los anticoagulantes orales en determinadas indicaciones, tales como la profilaxis antitrombótica en la fibrilación auricular y cardiopatía isquémica. Esto ha originado un crecimiento exponencial del número de pacientes que reciben este tipo de tratamiento y que precisan un control periódico bien por los servicios de Hemostasia o por los equipos de asistencia primaria. Este artículo revisa sucintamente la farmacología, manejo e indicaciones de los antagonistas de la vitamina K en la práctica actual.

Historia

La vitamina K fue descubierta a principios de los años 30 por el bioquímico Henrik Dam tras observar que pollos alimentados con dietas pobres en esta vitamina padecían importantes hemorragias intramusculares. A principios del

siglo XX, algunos granjeros de Norteamérica describieron que sus ganados presentaban alteraciones hemorrágicas al ingerir forrajes con trébol dulce. Karl Link, de la Universidad de Wisconsin, identificó a las cumarinas como la causa de la hemorragia en estos animales, cuya síntesis se producía por determinados hongos del heno contaminado. Fue este investigador quien describió el dicumarol en 1939 y, posteriormente, desarrolló la warfarina. A partir de este momento, se realizaron los primeros ensayos clínicos con este fármaco.

Farmacología, control y manejo

Los antagonistas de la vitamina K tienen una estructura química similar a la vitamina K. El efecto anticoagulante de estos fármacos está mediado por la inhibición de la carboxilación dependiente de la vitamina K en los factores II, VII, IX, X, proteína C y S. Esto causa la síntesis hepática de factores de la coagulación que son biológicamente inactivos. El acecumarol es el anticoagulante más utilizado en España, mientras que la warfarina lo es en otros

países. Cabe destacar que la mayoría de estudios publicados en la literatura están realizados con warfarina. Ambos fármacos tienen una buena absorción oral y metabolismo hepático. Se diferencian fundamentalmente en la vida media y la duración de la acción, siendo más prolongadas en la warfarina.

El estrecho rango terapéutico de estos fármacos y la gran variabilidad interindividual hace que este tipo de pacientes precisen de controles periódicos. La prueba de control es el tiempo de protrombina (TP) o de Quick que valora la vía extrínseca de la coagulación, expresado como razón normalizada internacional (INR). El INR se creó ante la necesidad de estandarizar los resultados de los diferentes laboratorios para corregir las variaciones existentes en función de los reactivos de tromboplastina utilizados. El INR se calcula con la siguiente fórmula: $INR = (TP \text{ del paciente} / TP \text{ del control})^{ISI}$, siendo ISI el índice de sensibilidad internacional según la OMS de las diferentes tromboplastinas utilizadas. La dosis del fármaco deberá ajustarse para alcanzar el rango de INR recomendado para cada indicación terapéutica. Actualmente, la determinación en sangre capilar es el método más extendido y de mayor comodidad para los pacientes. Tras el inicio del anticoagulante oral, el efecto no se observa

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Tabla 1. Indicaciones de anticoagulación oral a largo plazo

INDICACIÓN	INCIDENCIA DE TROMBOEMBOLISMO (%)	REDUCCIÓN DEL RIESGO CON ANTICOAGULACIÓN (%)	INR DIANA
Prevención del embolismo sistémico			
Prótesis mecánica cardíaca	8,6 por año	4-8	2,5-3,5
Bioprótesis cardíaca	5-6 a los 3 meses	Existe controversia	2-3
Fibrilación auricular no valvular	4,5 por año	3	2-3
Infarto de miocardio	1,2-2,6 por año	1-2	2-3
Valvulopatía mitral (ritmo sinusal)	8 por año	6	2-3
Prevención de enfermedad recurrente			
Ictus con fibrilación auricular	12 por año	8	2-3
Infarto de miocardio	5-7 por año	4	2-3
Tromboembolismo venoso	22-29 a los 3 meses	22	2-3

Modificada de Schulman S. *Care of patients receiving long-term anticoagulant therapy*. N Engl J Med 2003;349: 675-83.



La determinación en sangre capilar es el método más extendido y de mayor comodidad para los pacientes en la actualidad

VE DE LA PÁGINA ANTERIOR

hasta transcurridos 4-5 días debido a la vida media de los factores ya sintetizados. Es por este motivo que se precisa la administración de heparina de bajo peso molecular simultáneamente. En pacientes con bajo riesgo trombótico (por ejemplo, fibrilación auricular crónica), no será necesaria la administración simultánea de heparina de bajo peso molecular. El primer control se deberá realizar a los 3-4 días del inicio y, posteriormente, una vez alcanzado el valor del INR en rango terapéutico se espaciarán los controles (según las guías clínicas hasta 4 semanas). Tanto al alta hospitalaria como tras la introducción de nuevos fármacos que puedan interactuar, se precisará de un control más exhaustivo. En general, los pacientes de mayor edad necesitan una menor dosis debido a un metabolismo más reducido del fármaco. Así mismo, suelen existir otros factores asociados que influirán en un peor control anticoagulante, como las enfermedades asociadas, ingesta de fármacos y una deficiente nutrición. Son muchas las variables que interactúan en la farmacocinética de los antagonistas de la vitamina K y nos obligarán a variar la dosis prescrita: cambios en el aporte de vitamina K en la dieta o en su absorción (dietas de adelgazamiento, diarrea, aumento de

alimentos ricos en vitamina K como col, espinaca y brócoli), alteraciones en el metabolismo (interacciones con otros fármacos, enfermedad hepática). Recientemente, se ha publicado un manual de interacciones farmacológicas con los antagonistas de la vitamina K de gran utilidad práctica. En general, cualquier problema de salud intercurrente puede desequilibrar el correcto control de la anticoagulación. Otros factores, no menos importantes, son el adecuado cumplimiento por parte del paciente y la buena prescripción o control por el facultativo responsable, quien debe tener un entrenamiento específico para ello.

Complicaciones

Los antagonistas de la vitamina K atraviesan la barrera placentaria y son teratógenos. Aunque causan embriopatía si son administrados entre la semana 6-12, si es posible, deben evitarse durante toda la gestación. La lactancia es segura. La principal complicación del tratamiento anticoagulante oral es la hemorragia, especialmente el sangrado mucoso y cutáneo leve. No obstante, diversos estudios han encontrado una incidencia anual del 1% de hemorragia mortal. Los factores determinantes para el sangrado dependen de las características propias del paciente (edad,

indicación, sangrado o accidente cerebrovascular previo), del uso de fármacos concomitantes (aspirina) y de la intensidad (INR más elevado) y duración del tratamiento anticoagulante. Hasta el 30% de los pacientes anticoagulados con un INR en rango terapéutico que presentan sangrado urogenital o gastrointestinal tienen lesiones ocultas asociadas. Los médicos deberán identificar las posibles causas asociadas, calcular el riesgo trombótico y ajustar la intensidad de la anticoagulación, siempre valorando cada caso de manera individual. Las aproximaciones para revertir los INR elevados dependerán del tipo de paciente y de la gravedad del sangrado. Podemos optar por no administrar una o dos dosis, prescribir vitamina K, plasma fresco congelado o concentrado de complejo protrombínico. En la Conferencia de Consenso del ACCP se recomienda: i) si existe un INR < 5 sin sangrado, hay que omitir una dosis y disminuir la dosis semanal; ii) para un INR entre 5-9 sin sangrado, se puede omitir una o dos dosis, disminuir la dosis semanal o, alternativamente, administrar vitamina K oral (2,5 mg); iii) para un INR > 9 sin sangrado se puede omitir una o dos dosis y administrar vitamina K oral (5 mg) y iv) en casos de INR superiores y sangrado importante se deberá suspender la anticoagulación y administrar vitamina K endovenosa,

plasma fresco congelado o concentrado de complejo protrombínico dependiendo de la gravedad del sangrado. Administrar dosis excesivas de vitamina K normalizará el valor del INR y habrá una resistencia a los cumarínicos al reiniciar el tratamiento. La utilización inadecuada de concentrado de complejo protrombínico para revertir rápidamente la anticoagulación en casos no urgentes y en pacientes de alto riesgo trombótico puede ser contraproducente originando coagulación intravascular diseminada y trombosis.

La supresión de la anticoagulación oral previa a la cirugía debe realizarse de manera individualizada e instaurar heparina de bajo peso molecular teniendo en cuenta el riesgo trombótico y hemorrágico. Algunos procedimientos invasivos, debido a su escaso riesgo hemorrágico, pueden realizarse sin la necesidad de suprimir los antagonistas de la vitamina K, aunque con un control previo de INR dentro del rango adecuado. Este es el caso de la cirugía menor dermatológica, exodoncias y fauceotomía con anestesia tópica. En procedimientos dentales, se recomienda un colutorio con ácido tranexámico.

Indicaciones

La utilidad fundamental del tratamiento con antagonistas de la vitamina K es la prevención del embolismo sistémico y la recurrencia de la enfermedad tromboembólica. En la tabla 1, figuran las principales indicaciones del tratamiento anticoagulante oral, así como las cifras de reducción del riesgo trombótico inherente al mismo y el INR diana a alcanzar. En la tabla 2, destaca la duración del tratamiento anticoagulante con estos fármacos para la enfermedad tromboembólica venosa según la presencia de un factor de riesgo adquirido o congénito.

Enfermedad tromboembólica venosa. El INR diana recomendado es de 2.5. En pacientes con trombosis ileofemoral severa o tromboembolismo pulmonar masivo, se mantendrá la heparina durante al menos 7 días. En pacientes con neoplasias asociadas, se recomienda el uso de heparina de bajo peso molecular en monoterapia. Debemos realizar estudio de trombofilia (factores pretrombóticos de laboratorio) en aquellos pacientes menores de 45 años con trombosis aislada, trombosis recurrente o de localización inusual. Además, en todo paciente que presente trombosis venosa intraabdominal, es aconsejable realizar un estudio de trombofilia y descartar la presencia de la mutación V617F de la JAK2, que se asocia, frecuentemente, con este tipo de trombosis. En cuanto a la duración de anticoagulación, si existe un factor de riesgo trombótico adquirido conocido se recomiendan 3 meses, en casos idiopáticos de al menos 6 meses e indefinida en recidivas, neoplasias no curables, hipertensión pulmonar y trom-

Tabla 2. Duración recomendada de la anticoagulación oral en la enfermedad tromboembólica venosa según la ausencia o presencia de factores de trombofilia

EPISODIO O CONDICIÓN	DURACIÓN
Sin factores de trombofilia conocidos	
Primer episodio de trombosis venosa con factor precipitante temporal	3 meses
Primer episodio de trombosis venosa o tromboembolismo pulmonar idiopático	6 meses
Episodio trombótico muy grave	1 año
Primer episodio de trombosis y neoplasia activa	Hasta curación
Segundo episodio de trombosis venosa contralateral	6 meses
Segundo episodio de trombosis venosa ipsilateral o tromboembolismo pulmonar	1 año
Tercero o siguiente episodio	Indefinida
Con factores de trombofilia conocidos	
Déficit de antitrombina	Indefinida
Déficit de protreína C o S	1 año
Homocigoto para factor de trombofilia (p. ej., factor V Leiden)	Indefinida
Heterocigoto para dos factores de trombofilia	Indefinida
Síndrome antifosfolípido	Años
Factor VIII elevado (>200 U/dL)	6 meses
Factor V Leiden, heterocigoto	Como sin factor
Mutación del factor II, heterocigoto	Como sin factor
Episodio trombótico muy grave y cualquier factor de trombofilia	Indefinida

Modificada de Schulman S. *Care of patients receiving long-term anticoagulant therapy.* N Engl J Med 2003;349: 675-83.

◆ **Los médicos deben calcular el riesgo trombótico**

◆ **La fibrilación auricular es un factor de riesgo independiente para el accidente cardiovascular**

bofilia de alto riesgo (ver tabla 2). En el síndrome antifosfolípido con trombosis venosa, se recomienda un INR diana de 2.5 y frecuentemente se utiliza un INR diana de 3.5 en la trombosis arterial o en la enfermedad tromboembólica venosa recurrente en el contexto de una anticoagulación correcta, aunque

no existen suficientes estudios para realizar esta recomendación.

Fibrilación auricular. La fibrilación auricular es un factor de riesgo independiente para el accidente cerebrovascular. Aunque sea poco común antes de los 50 años, su prevalencia aumenta rápidamente en pacientes de mayor edad. Diferentes estudios han establecido unos factores de riesgo asociados (> 65 años, insuficiencia cardiaca o fracción eyección < 30%, HTA no controlada, diabetes, trombosis intraauriculares y embolismos previos) en función de los cuales se considera la anticoagulación. Algunas guías recomiendan, en menores de 65 años sin factores de riesgo, la antiagregación con aspirina y si existen factores de riesgo el tratamiento con antagonistas de la vitamina K para alcanzar un INR diana de 2.5. Si a pesar de una correcta anticoagulación se produce un accidente vascular cerebral, se puede considerar aumentar el INR diana o asociar aspirina. En los pacientes sometidos a cardioversión, se recomienda anticoagulación dentro de rango terapéutico tanto tres semanas antes como cuatro semanas después.

PASSA A LA PÁGINA SEGÜENT

Prótesis valvulars cardíacas.

El risc de embolisme sistèmic és major en les vàlvules mecàniques que en les biològiques. Els pacients amb vàlvules biològiques hauran de mantenir-se anticoagulats durant tres mesos, mentre que en les mecàniques se precisarà de tractament amb antagonistes de la vitamina K durant tota la vida. Diversos estudis han definit el INR recomanat per a cada tipus de vàlvula i localització (veure taula 1).

Valvulopaties. El risc de embolisme sistèmic és major en la malaltia reumàtica de la vàlvula mitral. Encara que encara són necessaris més estudis, la teràpia anticoagulante a llarg termini en els pacients on coexisteix una fibril·lació auricular disminueix el risc de tromboembolisme sistèmic.

Malaltia coronària. En la malaltia coronària, la teràpia d'elecció és la antiagregació. En determinats pacients amb infarts aguts de miocardi extensos, predominantment si són de localització anterior, amb funció ventricular disminuïda o trombotisme mural, els antagonistes de la vitamina K estan indicats durant els 3 mesos posteriors al infart. Si a més presenten fibril·lació auricular, la anticoagulació pot durar a llarg termini.

Miocardiopatia dilatada. En els pacients amb fracció d'ejecció disminuïda

amb associació amb fibril·lació auricular, trombo intraventricular o tromboembolisme previ, se'n aconsella la anticoagulació oral a llarg termini.

Malaltia arterial perifèrica. En la malaltia arterial perifèrica i injertes, els fàrmacs antiplaquetaris són de primera elecció per a la prevenció secundària antitrombòtica.

Estes són solament algunes de les indicacions, se'n precisen més estudis per poder definir-les amb claredat i extreure'n unes recomanacions generals a l'hora de indicar la anticoagulació correcta als nostres pacients. La major supervivència de la població, juntament amb la ampliació de les indicacions, ha provocat un gran augment en la població que necessita de anticoagulació oral. Això ha conduït a programes de descentralització del control dels antagonistes de la vitamina K als centres d'assistència primària i a la potenciació del autocontrol per part del pacient. Perquè aquests programes puguin desenvolupar-se amb èxit, se'n necessiten més recursos per part de les autoritats. A pesar de les inconvenients inherents de la teràpia amb antagonistes de la vitamina K, en l'actualitat, són la pedra angular en la prevenció i tractament de la malaltia tromboembòlica i el desenvolupament d'assajos clínics nos indicarà sobre l'eficàcia dels nous anticoagulants orals en aquest context.

Referències bibliogràfiques

- Ansell J; Hirsh J; Poller L; Bussey H; Jacobson A; Hylek E. *The pharmacology and management of the vitamin K antagonists: the Seventh ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic therapy.* CHEST 2004; 126 (Suppl. 3): 204S-233S.
- Baglin TP; Keeling DM; Watson HG. *British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on oral anticoagulation (warfarin): third edition-2005 update.* BR J HAEMATOL 2006; 132: 277-85.
- Fontcuberta J; Tamargo J. *Teràpia anticoagulante oral (TAO). Manual de interaccions farmacològiques.* Barcelona: Novartis, 2003.
- Levine MN; Raskob G; Beyth RJ; Kearon C; Schulman S. *Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment: the Seventh ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic therapy.* CHEST 2004; 126 (Suppl. 3): 287S-310S.
- Pineo G; Hull RD. *Coumarin therapy in thrombosis.* HEMATOL ONCOL CLIN N AM 2003; 17: 201-216.
- Schulman S. *Care of patients receiving long-term anticoagulant therapy.* N ENGL J MED 2003; 349: 675-83.
- Shannon M. *Treatment of deep-vein thrombosis.* N ENGL J MED 2004; 351: 268-77.
- Tolosa C, Morón A. *Ús d'anticoagulants a l'alta hospitalària.* BUTLLETÍ D'INFORMACIÓ TERAPÈUTICA 2006; 18: 43-47.

Notes sobre la Medicina del Treball a Catalunya

Doctors Manuel Camps Surroca i Manuel Camps Clemente

Enguany s'ha commemorat el cinquantenari de la fundació de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball, mitjançant la celebració de quatre jornades que s'han dut a terme a les quatre províncies catalanes, entre les quals Lleida ha estat la ciutat encarregada d'encetar l'esdeveniment, que ho ha fet el dia 17 de maig a la Universitat amb un acte molt lluït presidit pel seu rector, el cirurgià Joan Viñas i Salas.

Si bé és veritat que vaig agrair molt la confiança que van dipositar en mi les metgesses Montserrat Puiggener i Carme Riu, exalumnes de les primeres promocions i encarregades de l'organització de la jornada, també ho és que el tema que em van proposar no era gens fàcil si es té en compte l'estat actual de plena maduresa de la Medicina del Treball, tant com a especialitat mèdica com pel lloc que ocupa en la història de la medicina catalana.

Gairebé totes les promocions d'exalumnes de Lleida que es dediquen a la Medicina del Treball s'han format amb el professor Jacint Corbella, de la Universitat de Barcelona, que, al mateix temps, és un coneixedor profund de la història d'aquesta especialitat aquí, juntament amb el doctor Josep M. Calbet.

Això fa que sigui molt difícil trobar coses noves per fer un treball original i inèdit, fet, d'altra banda, essencial per als que ens dediquem a la investigació.

És per això que he fet un treball en què dic coses conegudes per les minories que ens dediquem a la història de la medicina catalana, però afegint-ne altres d'inèdites pròpies de Lleida, encara que amb la dificultat que això comporta si es té en compte que Lleida no ha estat mai capdavantera ni continuadora del fenomen de la industrialització, que és el que de veritat va provocar el part de la Medicina del Treball i després en va estimular el seu creixement fins a culminar en la seva maduresa i estat actuals.

Antecedents sobre lesions i mort per accidents del treball. Les primeres notícies que tenim sobre malalties relacionades amb la feina procedeixen dels tribunals de justícia en processos que, en principi, no tenien res a veure amb l'assumpte laboral. El 4 de juliol de 1339, el Tribunal de Coltellades de Lleida va iniciar un procés criminal



'Les filadores', de M. Viladrich, 1920

contra un sarraí de Fraga que havia tingut relacions sexuals amb una prostituta cristiana en una vinya davant el carrer del Born, prop del camí de Fraga. En adonar-se que l'havien vist, Çayt de Massot va fugir a corre-cuita i pel camí va nafrar el fuster de Lleida Domingo de Guissona quan aquest va intentar aturar-lo. El lloctinent de cort i dos paers, mentre volien certificar si Guimerà es trobava en perill de mort i d'inutilització per les ferides rebudes, el van fer examinar pels cirurgians Johan de Solsona, Bortholomeu i P. deç Prats, els quals van concloure que estava fora de perill de mort, però que va quedar debilitat d'ambdues mans per raó de les ferides. Van condemnar el sarraí al turment de la roda i després al del foc, als quals va resistir estoicament, però al final va morir dels sofriments a la presó.

Tampoc eren estranys els maltractaments i les agressions a la feina que acabaven amb la mort de la víctima, encara que fos un infant o una dona.

El 7 de novembre de 1360 va morir per cops de peu del seu amo un nen de 12 anys que no va poder ser salvat pels metges jueus de Lleida Jucef Bonjuan i Mestre Terroç; i el 20 de març de 1385, el notari Andreu Cardós va lesionar de mort Francesca, muller del teixidor Ardèvol, mentre pastava al forn de Fontova. Malgrat aquest fet tan menyspreable, el metge Nadal Lebrí i els cirurgians Roger, Ponç i Arnau Morella van atribuir la mort al mal regim de la lesionada, que no va seguir les instruccions dels metges Ponç i Arnau Ferrer, ja que va menjar mussola i un altre peix i va beure vi, que van ser els que li van provocar la febre i la mort. També va menjar altres coses vedades, com peus salats amb vinagre i peix del Segre a la graella amb allioli.

En altres ocasions, era la gelosia de l'amo la que acabava produint la mort del mosso, tal com va succeir el 15 de

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

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

novembre de 1474, quan el mercader Johan Barutell va matar el seu criat mentre adobava les menjadores de l'estable i després la seva dona, prenyada de cinc mesos, perquè els havia trobat un damunt de l'altre. Alguns testimonis, però, van declarar que la víctima era dona de bona fama.

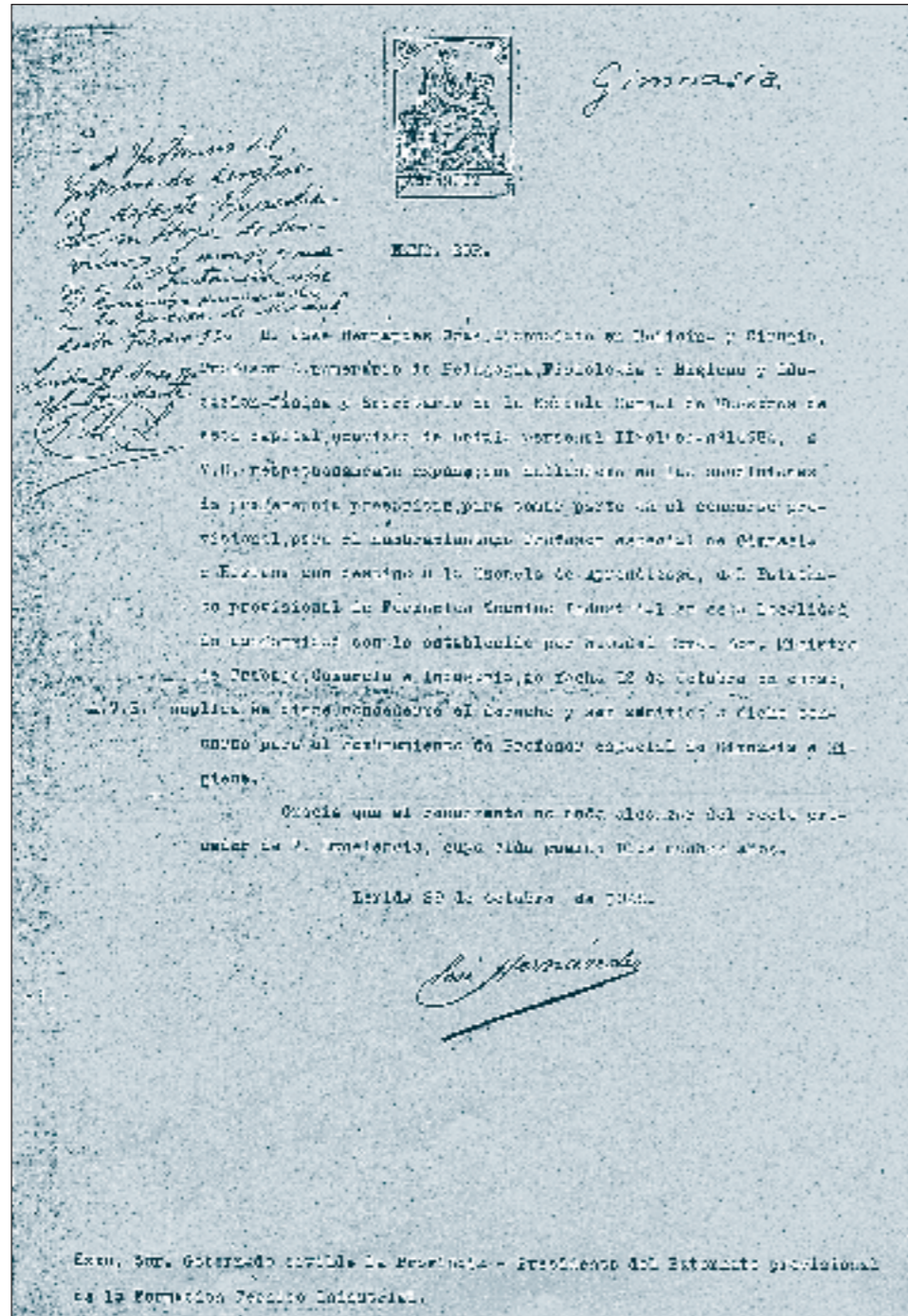
Després, ja més directament relacionats amb la feina, tal com ho entenem actualment, tenim els clàssics accidents del treball de la més variada naturalesa, amb resultat de mort: accidents d'agricultors en precipitar-se de l'arbre, submersions en treballs relacionats amb l'aigua, morts en el ram de la construcció, la clàssica potada d'animal i els accidents de la branca militar, varietats que hem pogut descobrir en les nostres recerques.

Les morts en treballs relacionats amb l'aigua eren freqüents en les dones, que eren les que anaven a buscar l'aigua per al consum domèstic i també en l'ofici d'aiguader mentre omplia els cànirs. Un cas curiós va ser la mort de Guerdona, serventa del llaurador Sancho Dolson, el 26 de novembre de 1398, en abeurar dues someres en una sitja de Sant Martí plena d'aigua. Es va considerar que la mort havia estat accidental i en el decurs de la investigació, el tribunal, entre altres aspectes, va indagar si l'esmentada fadrina havia begut vi (estolgués de vi) o fos dormidora o enamoradissa, o tingué el mal de caure.

Quant al món de la construcció, solament citarem dos casos de mort en treballadors de la Catedral de Lleida, els dies 15 d'abril de 1769 i 27 de setembre de 1771.

Molts anys després, segons un estudi que vam fer de les dades dels primers anys del Registre Civil, quan la població de Lleida comptava uns 21.000 habitants, als accidents clàssics de sempre s'hi van afegir els produïts pels avenços de la indústria, com els atropellaments per tren, els enrotllaments per maquinària i les explosions.

Dels setze casos mortals d'atropellament per tren enregistrats durant els últims 28 anys del segle XIX, cinc van succeir en treballadors ferroviaris; i l'enrotllament per maquinària va produir dos morts en el mateix període: un peó de la fàbrica de farina de Salvador Gili el novembre de 1881 i una dona el juny de 1887, que va morir enrotllada per la maquinària d'un molí fariner. Finalment, les explosions van fer quatre víctimes mortals: un mosso del restaurant de l'estació l'agost de 1884, com a conseqüència de l'explosió de la bomba d'un quinquè de petroli; un peó de la fàbrica de pólvora de Josep Juste Castells el novembre de 1886, en volar la fàbrica; un llaurador el desembre de 1888 per explosió i incendi de la fàbrica de licors d'Enric Lamolla, de la rambla de Ferran, i un home el març de 1896 com a conse-



Carta de Josep Hernández

qüència de l'explosió de pólvora de la fàbrica que la Societat Canals i Companyia tenia al terme de Lleida.

Medicina Legal, Higiene i Medicina del Treball. La Medicina Legal és la part de la medicina que estudia les relacions entre la medicina i la llei en un doble sentit o direcció.

En efecte, quan és la llei la que incideix directament sobre la medicina amb la finalitat de regular el seu exercici, la Medicina Legal rep el nom de Dret Mèdic Professional; i quan són els coneixements mèdics els que incideixen sobre la llei quan aquesta ho demana per poder ser aplicada correctament, ens trobem en el camp de la Medicina Forense.

Però és que la higiene, genuïnament, també constitueix un estudi de les

relacions entre la medicina i la llei quan aquesta s'aplica a la col·lectivitat general per evitar malalties transmissibles; i el mateix succeeix amb la Medicina Laboral, quan la llei s'aplica a la col·lectivitat treballadora i al lloc de treball per evitar accidents i malalties professionals.

Amb aquestes bases per endavant, queda clar que la Medicina Legal, la Higiene i la Medicina Laboral són tres parts de la medicina que pertanyen a la mateixa família; i si tenim en compte que la llei és cívica per essència, perquè sempre es fa de cara a l'individu en societat, aquestes tres branques de la ciència mèdica també ho són necessàriament. Per això, la barreja dels seus continguts i de les seves aplicacions ha estat una constant a



Dr. Bernardí Ramazzini



Dr. Ignasi Valentí Viivó (1841 - 1924)



Dr. Josep Estadella Arnó

través del temps.

Si Lleida, ja a partir del començament del segle XIV, va ser capdavantera en la ciència dels peritatges mèdics gràcies a la pujança de la ciutat universitària i al Tribunal de Coltellades, a finals del segle XVI seria Itàlia el país que es va posar en primera línia en el terreny de la medicina legal, gràcies a la tasca de Paolo Zacchia (1584-1659) amb les seves *Questiones medico-legales* (Roma, 1621-1635), tractat que va fer la volta al món culte de l'època.

Més endavant, ja a les portes del període que coneixem com la Il·lustració, també Itàlia va produir, de les mans d'un metge que exercia la docència de clínica mèdica a Mòdena, Bernardí Ramazzini, una obra cabdal: Dissertació sobre les malalties dels artesans, publicada l'any 1700 i on exposava ordenadament les malalties laborals conegudes aleshores.

- ◆ **L'any 1706 s'exigia unes determinades condicions als aspirants al servei de Correus**
- ◆ **Al segle XIX, les classes mitjanes rebutjaven l'hospital perquè el consideraven per als pobres**

El segle XVIII com a punt de partida. A Espanya, l'any 1706, ja es van dictar disposicions que exigien als aspirants al servei de Correus unes determinades condicions físiques que es referien a la necessitat de ser corpulents i forts i, quant a la seguretat a la feina, hi havia una ordre que obligava a greixar els eixos dels carruatges per evitar incendis, accident que ja havia ocorregut al carruatge de Madrid a Saragossa.

Aquest és un fet anecdòtic, però el que sí que és notori és que el descobriment de la màquina de filar i de la màquina de vapor van iniciar en el segle XVIII a Anglaterra un canvi molt profund en la vida de la humanitat que coneixem com Revolució Industrial, que va desenvolupar les conseqüències del treball industrial sobre la salut de les poblacions i dels treballadors.

Catalunya va ser pionera en aquest fenomen revolucionari, i per això no és gens estrany que alguns metges catalans, preocupats pel que comportava per a la salut, prenguessin cartes en l'assumpte i es posessin a escriure obres que van publicar en el període comprès entre 1782 i 1806. Els més coneguts són els doctors Josep Masdevall, Josep Parès, Francesc Santpons, Vicenç Mitjavila i Antoni Cibat.

El primer dels citats, el metge de cambra Josep Masdevall, va actuar a les terres de Lleida per encàrrec del rei com a inspector d'epidèmies quan les nostres comarques van patir les

febres pútrides malignes a finals de 1782 i l'any 1783. Quant a la capital, Masdevall va elaborar un programa sanitari basat en nou punts, un dels quals consistia a evitar llençar els residus dels molins d'oli a les sèquies. El 1784 va escriure un dictamen sobre si les fàbriques de cotó i seda eren perniciosos o no per a la salut pública de les ciutats on estaven instal·lades.

El mateix any 1783, la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona va publicar un informe on sí bé acceptava la industrialització del país, aconsellava que les fàbriques de sabó, els tintorers i els drapaires sortissin de la ciutat. També indicava els perills de les fàbriques de teixits i testimoniava la situació de la classe obrera en dir que s'havia de compadir la trista sort d'aquella molt útil part de l'Estat.

Uns anys després, el 1805, la legislació principal del país contemplava

algun d'aquests aspectes relatius a les indústries i també als obrers de la construcció. En efecte, la Novíssima Recopilació, codi legislatiu que es va publicar per primera vegada l'any 1567 i es va reeditar amb bastants correccions i addicions el 1805, assenyalava algunes normes sobre policia urbana com, per exemple, la forma de construcció de bastides i armadures amb la finalitat d'evitar riscos als operaris i també la conveniència d'allunyar de les poblacions les manufactures insalubres, com ara saboneries, blanqueries, etc.

La importància de la segona meitat del segle XIX. És conegut que la Revolució Industrial també va portar canvis en l'assistència als malalts, que es van notar a partir de meitats de segle XIX.

Els rics eren atesos en el seu domicili o bé en els consultoris privats de metges de renom, i els pertanyents a les classes baixes, sobretot el proletariat industrial, feien cap a l'hospital de beneficència, on generalment estaven amuntegats.

Les classes mitjanes s'aconductaven a metges corrents, però rebutjaven l'hospital perquè el consideraven per als pobres de solemnitat i per als econòmicament precaris.

Als pobles no es marcaven tant les diferències com a les ciutats, gràcies al clàssic sistema de conductes municipals.

Si bé tot això és cert en termes generals, a la ciutat de Lleida hem de matisar. El 6 d'agost de 1863, el governador, prèviament informat per la Junta Provincial de Sanitat, va comunicar a la Paeria la política sanitària que calia seguir amb relació a "l'hospitalitat domiciliària" dels pobres, sobre la qual la Paeria no havia disposat res perquè les conductes màximes de 20 rals anuals que es pagaven als metges eren insignificants i no hi havia cap família que no tingués metge assalariat; a més, l'hospital atenia magníficament tots aquells que per manca de recursos no podien pagar.

Segons Laín, sobretot a partir de 1848, l'obrer industrial va adquirir consciència de classe i va reivindicar el seu dret a ser atès d'una forma acceptable en les seves malalties i accidents i la seva disconformitat a ser tractat com a simple objecte per la medicina, així com el rebuig a ser considerat simple estri econòmic per una societat que tan sols estimava la seva vida des del punt de vista del "rendiment laboral".

Aquest "rendiment laboral" era ben vist pels pocs metges catalans que en aquella època es van preocupar per qüestions de Medicina del Treball. Segons Calbet, estaven convençuts que calia industrialitzar el país; i per poder-ho fer s'havia de comptar amb la suficient mà d'obra i, sobretot, que aquesta gaudís d'una bona salut per aconseguir una bona productivitat. Darrera d'això, naturalment, com que la mortalitat era alta defensaven l'augment de la natalitat amb la finalitat que no faltés gent per treballar en la indústria.

D'altra banda, els progressos tècnics de la medicina (Pasterur, Koch) i de la indústria anaven deixant endarrerides les normes higièniques marcades des de començaments de segle per Johan Peter Frank (1745-1821) amb el seu famós *Sistema Complet de Medicina Política*. Aquest desenvolupament tècnic va determinar una etapa molt interessant de la història de la medicina, caracteritzada per l'aplicació de l'estadística a l'estudi dels problemes sanitaris, per la projecció urbanística de la higiene amb la depuració de les aigües, el sistema de clavegueres i l'eixample de les ciutats i, finalment, també, per la "lluita metòdica contra les malalties professionals".

La ciutat de Lleida va introduir aquestes noves concepcions del que en podríem dir "urbanisme higiènic". Això va suposar una etapa de forta transformació de la ciutat durant el quadrienni 1859-1862, on la Paeria, presidida per l'advocat Manuel Fuster i Arnaldo, es va preocupar d'impulsar l'enderroc de les muralles amb la finalitat d'eixamplar la població, ja que el seu reduït perímetre la feia molt insalubre. Una reial ordre de 13 de gener de 1861



Dr. Pere Felip Monlau



Dr. Francesc X. Montanyà Santamaria

◆ **L'obrer va reivindicar el seu dret a l'atenció sanitària a partir de 1848**

◆ **Els progressos industrials van deixar endarrere les normes higièniques**

va autoritzar l'enderroc dels trams de muralla que anaven de la Porta de Sant Antoni a la de Boters i des de la de Ferran fins a la de Magdalena.

En canvi, la distribució, conducció i proveïment d'aigua potable no es va solucionar fins a l'any 1878, gràcies a l'impuls del metge i aleshores alcalde Josep Oriol Combelles i Navarra. Un altre tema candent en aquella època era el del trasllat de les fàbriques a l'extraradi de les ciutats. Així, el 3 de maig de 1878, la Paeria va acordar donar 15 dies de termini a Miquel Piñol, propietari de la fàbrica d'aiguardent del carrer de la Tallada, perquè traslladés la fàbrica als afores de la ciutat.

En l'entremig dels dos alcaldes esmentats, el 1866, el paer en cap Josep Sol va publicar unes ordenances municipals per al règim de la ciutat, en el capítol 43, de les quals, sobre "la construcció de barris nous fora de la capital", l'article 409 contemplava

també aspectes laborals: "Tot director d'obres serà responsable de les desgràcies que s'originin amb motiu de mals proveïments, motiu pel qual procurarà que aquestes siguin sòlides, prevenint-se, a més, que sempre que en els arrebossats i pintades de les façanes o interiors de les cases fos necessari formar bastides o ponts volants, aquests es faran de manera que, a més de la deguda seguretat en els seus recolzaments i polispasts, tinguin també dues o més maromes a la part del carrer que li formin un amplit o barana."

Entre els pocs metges catalans d'aquesta segona meitat del segle sensibilitzats pels temes higiènics i laborals, hi ha un grup primerenc que va deixar obra escrita entre els anys 1847 i 1859 i un altre grup, l'obra del qual va ser més tardana, entre 1865 i 1895.

Obres primerenques. Hi ha tres metges que destaquen: Pere Felip Monlau, Antoni Prats i Bosch i el metge de Vic Joaquim Salarich i Verdaguer.

Sens dubte, l'obra més important va ser la de Pere Felip Monlau, metge barceloní nascut el 1808 que va dur a terme la seva tasca a Madrid com a catedràtic d'Higiene Pública. En els seus *Elementos de Higiene Pública* (1847), es mostrava partidari de l'ensenyament pràctic de l'assignatura, amb la clara idea que els alumnes fossin portats als tallers, a les fàbriques i a les mines per estudiar les influències patògenes d'aquestes en veure directament els procediments manuals dels oficis, les condicions atmosfèriques del lloc de treball, etc.

Una altra obra seva, *Higiene Industrial*, publicada el 1856 i premiada per la Reial Acadèmia, incideix sobre les mesures higièniques que podia dictar el govern en favor de les classes obreres, que comprenien tots els aspectes relacionats amb la feina. També va

oferir dades sobre els accidents de treball que es produïen a les fàbriques i va parlar de la necessitat d'un metge inspector de fàbriques. Aquest últim aspecte és interessant i avançat si es té en compte que a Anglaterra, país pioner de la Revolució Industrial, no va ser fins al 1898 quan es va crear el càrrec específic d'inspector metge de fàbriques.

Entre les obres d'aquest període, hem llegit també un llibre curiós de 189 pàgines, escrit per un professor de medicina que no s'identifica, editat a Lleida l'any 1859 a la Impremta Barcelonesa d'Alejandro García, del número 11 del carrer Major, amb el títol *Manual de Higiene Popular*. L'autor, que destina el treball al públic no mèdic, es queixa que la higiene fins aleshores hauria estat solament propietat dels metges, com si no interessés a tothom conèixer els mitjans de conservar la salut i prolongar la vida.

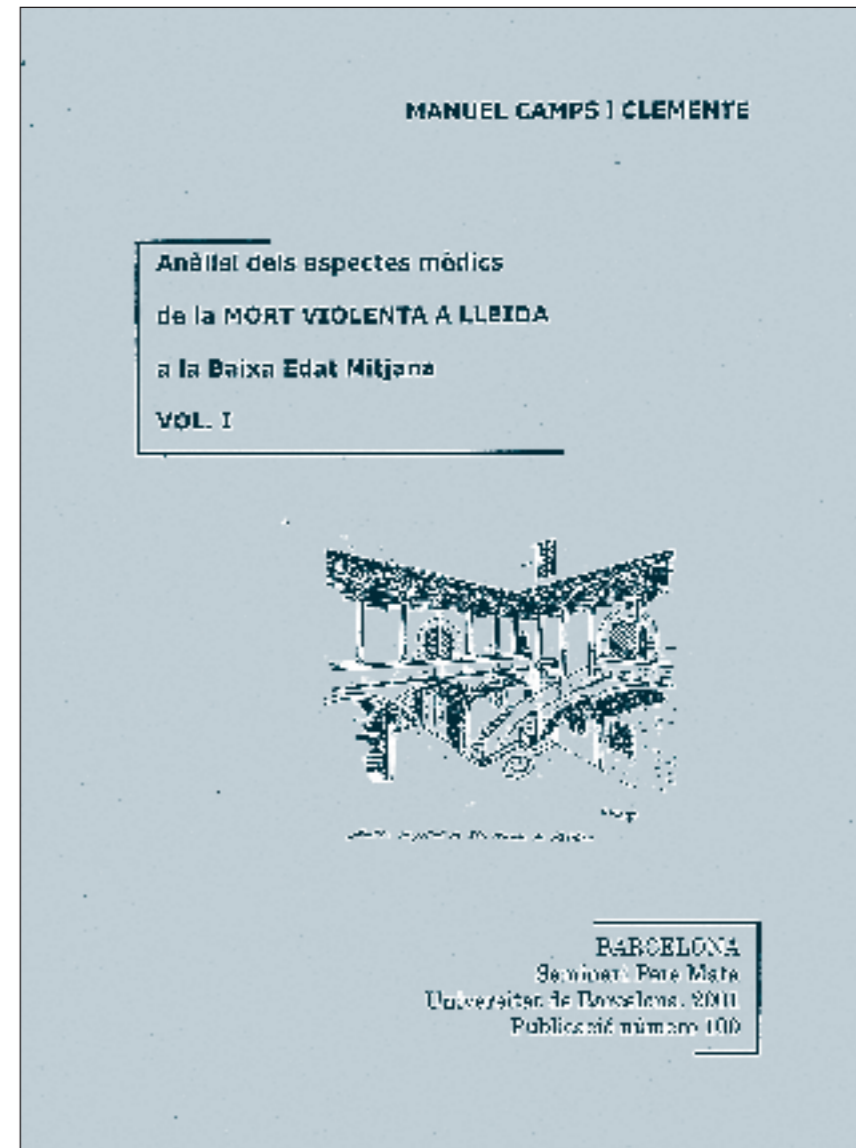
Dóna importància a l'elecció de les professions, i per això considera que primer cal saber a quina professió se sent més inclinat el que l'ha de fer. Per exemple, si un es vol dedicar a les arts i a les professions purament manuals, ha de calcular la seva força per veure si la seva salut s'alterarà en una professió o en una altra.

El llibre consta de 25 capítols, el catorzè dels quals el dedica a les malalties i a la higiene de les diverses professions. Si bé no segueix cap sistema per classificar-les, en parla de moltes, fixant-se en la seva qualitat, és a dir, si són professions sedentàries, intel·lectuals o bé aquelles en què es necessita utilitzar molt la veu i la paraula; també té molt en compte les característiques del lloc de treball, els materials amb els quals es treballa, la posició que ha d'adoptar el treballador per dur a terme el seu ofici i altres aspectes interessants.

Després escriu sobre les malalties inherents a les diverses professions i la higiene que hi cal aplicar.

Obres posteriors. Corresponen als autors que omplen els anys finals del regnat d'Isabel II fins a les acaballes del segle XIX. El més important de tots va ser Joan Giné i Partagàs, que es va doctorar a Madrid el 1862 apadrinat, precisament, per Pere Felip Monlau. El quart volum del seu tractat *Higiene Privada i Pública* (1872), el va dedicar a la Higiene Industrial.

En aquesta etapa, va ser notòria la contribució laboral d'alguns metges en revistes com el *Compilador Médico* (1865), on el doctor Francesc de P. Campà i Porta, catedràtic d'obstetrícia a València i Barcelona, va començar una secció d'higiene especial de les classes obreres; i la revista *La Salud*, dirigida per Letamendi entre els anys 1877 i 1878, on Gaspar de Sentiñón portava la secció sobre "Higiene del proletari", on s'escrivia sobre els primers auxilis en els accidents del treball, els habitatges dels obrers, la



Portada de l'"Anàlisi de la Mort Violenta a Lleida", del Dr. Manuel Camps i Clemente

patologia laboral, etc. Ja cap a finals de segle, l'any 1895, es va editar a la impremta Lorenzo Corominas de Lleida, amb el nom d'Abudallasi com a autor, un *Manual de la salut*. El contingut del text, de 103 pàgines, anava destinat al públic en general amb la finalitat d'ensenyar-li el que s'ha de fer als malalts mentre arriba el metge i també com s'ha de fer i qui ho ha de saber fer.

Canvi d'enfocament de la medicina del treball en començar el segle XX. Els començaments del segle XX ens els marquen els desitjos i sobretot la convicció dels metges que s'hi dedicaven teòricament, de la necessitat de prevenir més que no pas de curar els riscos laborals dels treballadors de les indústries.

A començaments del segle XX estava molt clar per part d'alguns sectors intel·lectuals de la Nació, que un dels problemes que més l'afectaven era la ignorància i la indiferència dels seus habitants a causa de la manca d'instrucció.

Davant d'aquest problema, i seguint l'exemple d'Europa i d'Amèrica, es va

plantejar la creació d'una Universitat Popular que a Catalunya, sobretot a Barcelona, va iniciar el camí amb el lema *Educar el poble instruint-lo*.

El doctor Ignasi Valentí Vivó, defensor d'aquesta idea, el 12 de maig de 1902 va explicar als seus alumnes de la facultat (Hospital de la Santa Creu) l'estructura que havia de tenir aquesta Universitat de l'Estat, lliure, gratuïta i independent. La lliçó constituïa l'última de sis conferències que sobre *Toxicologia popular* va impartir a l'Ateneu Obrer de Sant Andreu, amb la finalitat d'ensenyar a evitar les malalties produïdes pels tòxics als treballadors que per manca de recursos no podien anar a la Universitat.

Valentí, avi del conegut doctor Pere Ferreras Valentí, havia nascut a Vilanova i la Geltrú el 1841 i va succeir en la càtedra de Medicina Legal de Barcelona el lleidatà d'Aitona Ramon Ferrer i Garcés, quan aquest va morir l'any 1872.

Una d'aquestes conferències, la del dia 29 de març de 1902, la va dedicar

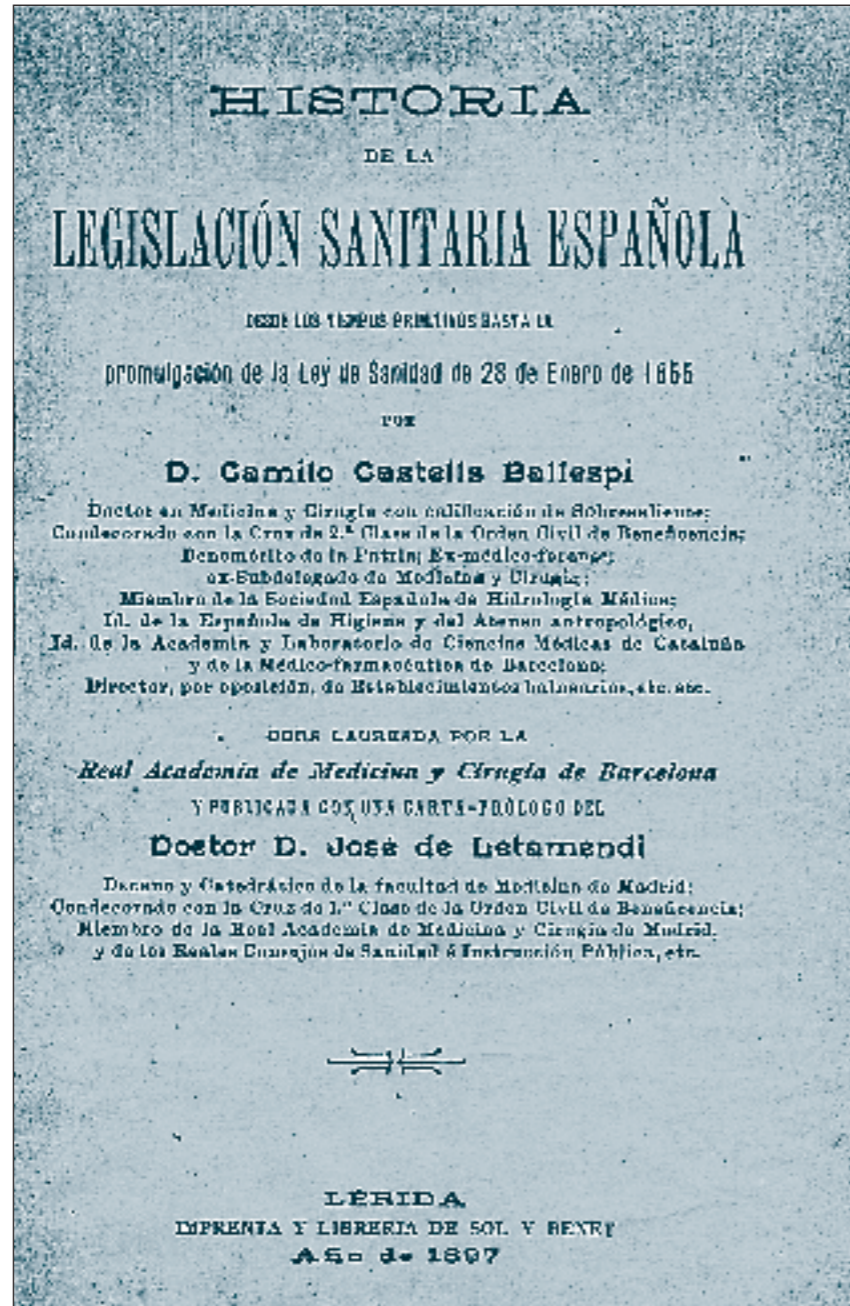
a les malalties professionals, on va tractar de les indústries tòxiques i de les causes del desplaçament de la toxicologia forense cap a la toxicologia laboral a principis del segle XX. El motiu d'aquest desplaçament era que la intoxicació conscient, objecte de la toxicologia clàssica, havia experimentat un gran descens a partir del segle XIX, gràcies al progrés de la investigació química i toxicològica, que va permetre descobrir el criminal responsable en saber trobar el tòxic que havia utilitzat per occir.

Aquest avenç, de retruc, va aconseguir intimidar els assassins que seguien pel mateix camí. Però, d'altra banda, la mateixa química, sintetitzadora de noves substàncies tòxiques, va fer que aquestes, introduïdes en el treball de l'home, el convertissin en una tasca perillosa. Per aquestes raons, segons Valentí, si la toxicologia del seu temps volia progressar no tenia altre remei que passar de la toxicologia del delictes a la toxicologia del treball, la finalitat de la qual eren les indústries tòxiques i l'home que treballant-hi podia adquirir una malaltia professional.

Valentí considerava que la Medicina del Treball s'havia de fonamentar en la sociologia, de manera que el paper del "nou toxicòleg" havia de ser ensenyar als obrers a guanyar-se la vida amb les màximes condicions de sanitat en l'aspecte tòxic. Per això, creia que no n'hi havia prou a explicar-los que la higiene pública dividia els treballs segons es fessin en establiments perillosos, insalubres i molestos, tal com indicava la legislació.

Aquesta classificació, segons ell, era més sanitària que toxicològica. D'una banda, s'havia de concretar més, tenint en compte, sobretot, l'aspecte de la mort tòxica; i, de l'altra, calia aprofundir en el vessant jurídic de l'assumpte mirant la feina com un contracte bilateral entre l'operari i el capitalista. Per això, els oficis necessitaven un nou ordenament que nomenés les feines segons fossin verinoses, nocives o insalubres per als qui les executaven, sabent que ho eren i oferint-se a realitzar-les en virtut de l'esmentat contracte, però amb la condició de: "Faig front al perill si està compensat i tan previngut com pugui, sinó, no."

La prevenció, per tant, era essencial. Per això, segons Valentí, les malalties professionals s'havien de catalogar en funció de tres condicions intrínseques: evitabilitat, inevitabilitat i fortuïtat. Amb aquestes bases per endavant, els objectius dels sociòlegs havien de ser aconseguir que desapareguessin ràpidament els verins evitables, com ho eren gairebé tots els industrials, fer que disminuïssin els accidents imprevistos en la jornada habitual i defensar tècnicament per dies, hores i minuts, els qui respiressin atmosferes nocives i manipulessin líquids molt absorbibles.



Portada del llibre 'Historia de la Legislación Sanitaria Española'

◆ Valentí creia que la Medicina del Treball s'havia de fomentar en la sociologia

◆ Les malalties professionals es dividien segons tres condicions intrínseques

Finalment, basant-se en el fet que aleshores la Toxicologia era una especialitat molt nova de la Medicina Social, havia d'influir sobre els legisladors perquè la convertissin en ciència preventiva mitjançant l'establiment de lleis de defensa social contra l'enverinament i els seus responsables. Fins aleshores no s'havia passat de la defensa social continguda en els accidents de treball. Però és que indemnitzar per aquests no era profilaxi, sinó terapèutica, ja que l'auxili anava darrere del dany i no davant. Simplement el corregia, però no l'evitava ni en disminuïa les causes.

França, amb l'impuls de Brouardel i la minoria socialista de les cambres, havia iniciat la prevenció estatal en el tema del saturnisme professional. En canvi, a Espanya només existia la imitació incompleta d'alguns reglaments estrangers del treball i intents de refor-

ma sociològica amb els decrets dels ministres Dato i Canalejas.

Deixant de banda els maldecaps que va demostrar tenir el doctor Valentí amb la toxicologia de començaments de segle, hi va haver, ja més en segon terme, altres autors que també ens han deixat obra escrita sobre aspectes d'higiene i medicina laboral. Un d'aquests va ser el metge titular de Ponts (Noguera), doctor Francesc Montanyà i Santamaria, gran lluitador en el millorament de l'exercici dels metges rurals.

Montanyà va ser un metge molt actiu. Es va doctorar a Madrid el 29 de gener de 1908 amb la tesi *Profilaxi de la tuberculosi*, quan la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona ja l'havia aconseguit com a membre corresponent i l'havia premiat amb medalla d'or i diploma d'honor en la sessió inaugural del 27 de gener de 1907.

Montanyà va participar en els Congressos de Metges de Llengua Catalana i va col·laborar en el *Boletín Médico de Lleida*. Autor de la *Topografía médica de Ponts i sa comarca* (1910), molt elogiada per Alcover per haver estat la primera d'aquesta sèrie d'obres escrita en català, va publicar a Lleida el 1912 *Higiene popular*, llibre de 222 pàgines molt elogiada pel seu mestre i catedràtic d'Higiene de Barcelona, Rafael Rodríguez Mendez.

En el capítol VII d'aquesta obra, que tracta sobre l'activitat i el repòs, va dir que els períodes de descans havien



Quadre de l'Estació de trens de Lleida pintat l'any 1973 per Joaquim Ureña

d'estar amb relació a les diferents classes de treball, ofici o professió. Així, a l'obrer que roman tancat tota la setmana al taller o a la fàbrica, obligat a respirar un aire confinat i sempre impur, amb l'atenció fixa sobre el teler i el cervell marejat per l'espectacle

incessant i uniforme de corretges que giravolten, d'engranatges que eixorden, de màquines que roden constantment amb moviment vertiginós, li és de gran profit passejar a l'aire lliure entre boscos, lluny del brogit de la ciutat.

Les passejades pels afores o enmig dels parcs i jardins, el mateix que diferents esports com les caceres, l'equitació, l'esgrima, la gimnàstica, etc., convenen més a l'home de bufet, al literat, a l'estudiant i a tot aquell que es dedica a tasques intel·lectuals.

En canvi, l'empleat en cases de banca, el tenidor de llibres de les cases comercials i l'obrer dedicat a operacions manufactureres, trobaran a vegades més agradosos esbarjo en la lectura d'algun llibre de literatura recreativa que substitueixi l'aridesa prosaica de les operacions aritmètiques o l'enutjosa uniformitat d'operacions manuals, constantment i sense variació repetides.

En la seva tesi doctoral sobre *La profilaxi de la tuberculosi* va incloure també elements de caràcter laboral. De les 36 conclusions amb les quals va concloure el treball, en la número 15 escrivia que s'hauria de procedir a la construcció de cases econòmiques i higièniques per al proletariat, ja fos mitjançant la intervenció directa de l'Estat o bé a compte de les societats obreres d'assegurances o caixes d'estalvis o per altres procediments, impedit per tots els mitjans possibles que els obrers visquessin en golfes, corralines i en tot habitatge que manqués d'espai, orientació, sol i altres condicions prescrites per la higiene. En la pàgina



'Toxicología Popular' (Barcelona, 1903)



'Higiene Popular' (Lleida, 1912)



El Dr. Josep Hernández Gras, el segon de l'esquerra assegut, amb altres personatges relacionats amb l'Escola del Treball de Lleida



Dr. Rudolph Virchow (1821- 1902)



'Manual de la Salud' (Lleida, 1895)

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

43, posa com a exemple Bèlgica, país on amb una encertada legislació havien nascut societats obreres que, amb els abundants recursos de les seves caixes d'estalvis, havien construït ja més de 30.000 habitatges econòmics i higiènics.

En la conclusió número 27, va dir que els tuberculosos no podien ser empleats en els comerços on es venguessin i preparessin aliments, com ara mercats, lleteries, carnisseries, botigues de comestibles, pastisseries, etc. I en la número 28, va escriure que s'haurien de separar dels seus treballs els professors, bidells, criats i altres tuberculosos que exercissin els seus oficis entre la joventut escolar.

Sobre els inicis dels serveis de la Medicina del Treball. A finals del segle XVI, l'any 1593, es va edificar una casa propera al municipi de Tella-Sin, de la província d'Osca, coneguda amb el nom d'Hospital, perquè es va destinar a atendre les brigades de treballadors que s'ocupaven d'obrir noves rutes muntanyoses mitjançant la construcció de pistes i carreteres.

Molt lluny d'allí, com molt bé va estudiar el doctor Adserà a Tarragona, si bé aquesta ciutat havia rebut diverses autoritzacions ja des del segle XIV per a la construcció d'un nou port, les obres del moll no van experimentar un autèntic impuls fins a finals del segle XVIII. Però atesos els problemes econòmics per tirar-les endavant, una R.O. de 3 de juny de 1792 va permetre destinar-hi 60 presidiaris procedents del presidi de Cartagena, xifra que va anar augmentant progressivament i es va sumar a la gent de la ciutat i dels pobles de la rodalia que també hi treballaven. La seva missió era extreure

la pedra de les pedreres pròximes al moll, ocupació que ocasionava molts accidents de treball que havia d'atendre l'Hospital de Pobres de Santa Tecla.

Però aviat la situació es va fer insostenible perquè el metge extern i l'infermer no podien atendre la càrrega assistencial que això suposava. Per solucionar el problema, es va crear una plaça de metge resident al mateix centre, amb dedicació exclusiva, que va guanyar per concurs el doctor Joan Vives Rubió, metge de Constantí, el qual hi va anar a viure el 22 de desembre de 1802 fins a la seva mort, el juliol de 1808.

Vives era un metge lleidatà que havia nascut a l'Albi el juliol de 1771.

Un altre lleidatà va ocupar la mateixa plaça des d'abril de 1879 fins a la seva

mort, el febrer de 1888. Era el doctor Antoni Mir Casases, nascut a Talaró el 1830 (fill del subdelegat de Sanitat del districte de Tremp, doctor Tomàs Mir i Baudina), historiador, poeta i autor, entre altres obres, d'una monografia de la vila de Tremp, del cenobi i castell de Mur (Lleida, 1883) i de l'estació troglodita de Suterris (Conca de Tremp).

Si bé és veritat que l'esmentada plaça de metge resident va néixer per la pressió assistencial creada arran dels accidents de treball del port, no va ser mai un servei específic de medicina laboral. El primer d'aquesta naturalesa es creu que va ser el que va establir la companyia de ferrocarrils, que, com se sap, es va iniciar a Catalunya el 1848 per cobrir la línia de Barcelona a Mataró.

Molt aviat, el 1854 va ser nomenat cap dels serveis sanitaris de la companyia el doctor Francesc de P. Arró i Triay, el qual, el 1879, n'escrigué una memòria sanitària, que va ser la primera publicada com a específica d'una empresa.

Els serveis mèdics dels ferrocarrils eren molt complexos, de manera que els metges titulars dels pobles tenien al seu càrrec la responsabilitat assistencial en uns determinats trams de la línia. El 1886 hi havia 24 metges i solament dos estaven en el servei central.

Arró va donar molta importància a la vista i l'oïda dels empleats com a causes potencials d'accident, motiu pel qual se'ls controlava regularment.

Ja molt més endavant, i situant-nos a Lleida, els metges dels ferroviaris van ser els doctors Mostany i Bordalba, que visitaven els treballadors de la companyia en un petit ambulatori ubicat a l'edifici de la nova estació construïda el 1927.

Un altre sector era el tèxtil i, com ja



Obra de Josep Hernández Gras

se sap, un dels grans problemes que tenia la indústria catalana era la manca de carbó propi per fer funcionar les màquines de vapor. Per això, l'havien d'importar d'Anglaterra.

Per superar aquest inconvenient,

diversos industrials catalans van decidir fer funcionar les indústries tèxtils amb energia hidràulica, motiu pel qual algunes fàbriques es van establir a la vora dels rius. Aquests establiments van rebre el nom de "colònies industrials", on, a més de la fàbrica, hi havia els habitatges del propietari i dels obrers i disposaven de diversos serveis com ara església, escola per als fills dels treballadors i, fins i tot, consultori mèdic, com ho hem vist en el cas de la colònia de la Mata de Pinyana d'Alguaire.

Els tràmits per construir aquesta colònia van començar el 1874, però no va funcionar fins al 1890. El 1897 s'hi va fundar un col·legi de monges. Hi treballaven gent dels voltants, principalment d'Alguaire, Albesa, Almenar i la Portella. L'any 1957 feien funcionar la fàbrica una mitjana mensual de 492 persones, de les quals gairebé el 80% eren dones distribuïdes en diverses categories: ajudanta, teixidora, filadora contínua, metxera, etc. El 1978 es va tancar definitivament. El servei mèdic el va portar sempre el

metge titular d'Alguaire, que hi visitava setmanalment i quan convenia, en un petit ambulatori situat a l'entrada de la fàbrica.

Cap el 1896, el metge de Rosselló era el Dr. Miquel Viladrich i Camarasa, natural de Cubells i pare del cèlebre pintor lleidatà Miquel Viladrich i Vilà, que assistia els habitants del municipi i els treballadors de la fàbrica de teixits de la localitat.

Els metges a les escoles del treball. Si bé com a cas aïllat, la segona meitat del segle XVIII es va crear una acadèmia de mines a Almadén destinada a l'ensenyament de la mineria, on hi va participar el doctor Josep Parès i Franquès, metge mataroní que exercia a la localitat, i no serà fins molts anys després que es van instaurar les Escoles del Treball tal com les coneixem actualment.

L'any 1929, per iniciativa de la Diputació de Barcelona es va crear la càtedra de Medicina del Treball a l'Escola del Treball de Barcelona, que

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

va ser regentada pel doctor Llorens Garcia-Tornel Carros (Barcelona, 1889 - Barcelona, 1972).

L'agost de 1933, s'acabava la construcció de l'Escola del Treball de Lleida, anomenada també de Formació Professional, el projecte de la qual s'havia iniciat l'any 1929. Un dels assistents a la seva inauguració va ser el doctor Josep Hernández Gras, que en va ser professor d'Higiene Industrial.

Hernández havia nascut a Castelló de la Plana el 6 de desembre de 1879, però ja va fer el batxillerat a Lleida (1897) i es va llicenciar en Medicina el 1909 per anar a exercir a Lleida a partir de 1910.

Els seus dots per al dibuix els va aprofitar per construir làmines murals, on representava el cos humà, substituint els seus òrgans per elements mecànics amb la finalitat que els obrers aprenguessin el seu funcionament.

Un altre metge lleidatà que aspirava a ingressar a l'Escola en la mateixa època va ser el doctor Francesc Blàvia i Pintó, que va presentar els plans que portaria a terme per ensenyar les assignatures de ciències naturals, física, química i francès i unes nocions d'higiene industrial. Si bé hem llegit les memòries d'aquests plans, no sabem si realment va arribar a ser professor de l'Escola.

El treball dels escolars. La preocupació per la feina dels nens en les escoles ja era un tema vell en els temps de la Segona República. Virchow (1821 - 1902), l'any 1869, ja va descriure la cefalàlgia escolar en els nens de les escoles alemanyes com a conseqüència del monòxid de carboni que travessava, per la seva gran difusibilitat, de les estufes de les aules.

El doctor Bartomeu Robert (1842 - 1902), molt admirat pel Col·legi de Lleida, estava convençut que la moderna pedagogia fonamentava els



Obra mèdica del Dr. Josep Estadella Arnó

seus preceptes educatius en allò que ensenyava la fisiologia, i per això tenia en compte la construcció dels edificis destinats a escola, la construcció del mobiliari, la il·luminació, la ventilació i la calefacció de les aules, la distribució d'hores de treball, l'alimentació dels alumnes, etc.

L'any 1911, el metge lleidatà Josep Estadella i Arnó, també amb grans inquietuds cíviques, es preocupava pels escolars de primera ensenyança, als quals anomenava "els petits proletaris".

Això el va portar a publicar al *Boletín Médico* un treball sobre l'educació física en les escoles de primera ensenyança, on es lamentava que al nostre país, malgrat haver-se predicat l'equilibri de l'educació atenent els aspectes morals, intel·lectuals i físics dels alumnes de primera ensenyança, no s'havia portat a la pràctica, i per això urgia fer-ho.

Considerava els alumnes víctimes

per igual de les vanitats paternes i dels egoismes professionals dels mestres; i deia que si els treballadors de les fàbriques i tallers, conscients de les seves forces, reclamaven la jornada de vuit hores i protestaven que s'abusés de les seves energies corporals amb treballs d'excessiva intensitat i duració, què s'havia de fer amb els nens, sobre els quals deixaven inescrutable empremta les inclemències de tot abús?

Veia clar que l'escola podia resultar nociva per al nen, tant per l'excessiva permanència a l'aula com per la feina massa intensa o per les males actituds adoptades.

Quant a l'excessiva permanència del nen a l'escola, considerava que en alguns col·legis del nostre país, com era el cas del Liceu Escolar de Lleida, existia el bon costum de fer intervals de mitja hora de descans tant en les classes del matí com en les de la tarda, durant les quals els alumnes saltaven i jugaven alegrement pels patis del recinte escolar.

Deixant de banda altres consideracions interessants sobre el tema, quan escriu sobre els exercicis físics més necessaris, ens diu que el mestre ha d'atenir-se en cada cas al dictamen previ de persones competents, motiu pel qual s'imposaven les "inspeccions mèdiques escolars" portades a terme per facultatius especials. No es va equivocar, ja que dos anys després, el 1913, es va crear el Cos d'Inspectors Mèdics Escolars.

També Josep Hernández Gras, esmentat abans, va publicar a Lleida l'any 1927, l'opuscle *Breve idea de la higiene e inspección médico-escolar*, en què tractava de la importància de la higiene en les escoles primàries i indicava la necessitat d'un "servei mèdic escolar", ja que, malgrat el certificat mèdic oficial que s'exigia per a l'ingrés a l'escola, el nen podia adquirir qualsevol malaltia en el medi escolar.

BIBLIOGRAFIA

LÁIN ENTRALGO, P.: *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.

CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.

Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida. Lleida: Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 2003.

ADSERÀ MARTORELL, J.: *IV Centenario del Nuevo Hospital de Santa Tecla de Tarragona*. Hospital de San Pablo y Santa Tecla de Tarragona. Tarragona. 1985.

VALENTÍ VIVÓ, I.: *Toxicología popular*. Barcelona: Imp. de Henrich y C.a en Comandita, 1903.

CALBET CAMARASA, J. M.: "Medicina i treball a Catalunya". *Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència*. Vol. XVII. 1992. 15-24.

CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: *Aspectes sanitaris de l'Arxiu de Sant Joan de Lleida*. Segle XVII. Lleida. 1983.

CAMPS CLEMENTE, M.: *Anàlisi dels aspectes mèdics de la mort violenta a Lleida a la baixa edat mitjana*. 2 volums. Seminari Pere Mata. Barcelona. 2001.

CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.; ALER IBARZ, C.: *Anàlisi*

de la mortalidad médico legal en Lérida en el siglo XIX. Libro de Actas "Orfila III". III Jornadas Anuales de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense. 1989, 59-84.

CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: "Les febres pútrides malignes de l'any 1783", *Miscel·lània de les terres de Lleida al segle XVIII*. Institut d'Estudis Ilerdencs. 1986, 135-171.

CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: *Anàlisi de la mortalitat mèdica legal a Lleida en el segle XVIII*. Libro de Actas "Orfila VII". VII Jornadas de la Sociedad Española de

Medicina Legal y Forense. 1995, I, 219-236.

ESPASA SUÁREZ DE DEZA, J. E.: "La sanidad en Correos". *Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència*. Vol. I. 1984. 66-72.

CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: "Aspectes sanitaris i culturals de Lleida durant la segona meitat del regnat d'Isabel II". *Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència*, 39. 2003, 77-97

PLEYÁN DE PORTA, J.; RENEYÉ VILADOT, F.: *Album històric, pintoresch y monumental de Lleyda y sa provincia*. Lleida. 1880.

¿Vols tenir-ho tot per a la teva salut i la dels teus?

Adeslas
és prevenció.

És el que vols. Tenir-ho tot per a la cura de la teva salut i la dels teus, des de l'atenció primària fins a la més especialitzada. I com que l'important és prevenir, amb Adeslas tens la tranquil·litat que necessites. Perquè ens preocupem per tu, fins i tot quan estàs bé.

profesionales.adeslas.es

Recorda que tens a la teva disposició un nou canal de comunicació interactiu que permetre un contacte directe amb Adeslas: consultar liquidacions, formalitzar dades administratives, disposar d'una formació mèdica continuada i de totes les eines de gestió clínica que siguin d'utilitat.



ADESCLAS A LLEIDA
Val·laient, 1 - 2ª edif. Trading - Balma
Tel.: 973 27 83 81

adeslas

902 200 200 • www.adeslas.es



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