

# La recepta electrònica ja està en marxa



**El COMLL celebra les II Jornades No Sólo Ojos,  
organitzades pel SOLL**



## Pel que pugui passar...

**Medicorasse** li ofereix una assegurança de vida que li ajudarà a fer més còmodes els moments delicats, proporcionant estabilitat econòmica davant de situacions difícils.

**La pòlissa de vida de Medicorasse** li assegura tranquil·litat, perquè passi el que passi el benestar de la seva família és el primer.

## BUTLLETÍ mèdic

Número 73, desembre del 2008

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

**Consell de Redacció:**

Tomás Alonso Sancho  
Ferran Barbé Illa  
Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esqueda Aresté  
Josep M. Greoles Solé  
Xavier Matías-Guiu Guiu  
Jordi Melé Olivé  
Àngel Pedra Camats  
Josep Pifarré Paredero  
Manel Pons Juanati  
Joan Prat Corominas  
Joan Ribera Calvet  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep M. Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Jorge Soler González  
José Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González

**Edició a cura de:**  
Magda Ballester Comunicació

**Disseny i maquetació:**  
Baldo Corderroure

**Fotografia:** COMLL

**Correcció:** Torsitrad

**Publicitat:** COMLL

**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 inserció (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 €          |
| <b>Preu total insercions:</b> | <b>2.404,06 €</b> |
| OPCIÓ 2                       |                   |
| ESPAI CONTRACTAT              | PREU PER NÚMERO   |
| 6 Pàgines interiors           | 300,51 €          |
| <b>Preu total insercions:</b> | <b>1.803,06 €</b> |
| OPCIÓ 3                       |                   |
| ESPAI CONTRACTAT              | PREU PER NÚMERO   |
| 6 Mitges pàgines interiors    | 150,25 €          |
| <b>Preu total insercions</b>  | <b>901,50 €</b>   |

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

## EDITORIAL

# Agressions als professionals de la salut

Probablement, sempre s'han produït agressions als professionals de la salut i, per diverses raons, s'han obviat o amagat, sobretot en una època passada, en què semblava que imperava el principi "no news, good news". Però la realitat és que les agressions van incrementar-se el 2007 en un 37%, xifra que sembla prou preocupant.

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), sensible al problema des de fa temps, va contractar una pòlissa d'assegurança per a tot el col·lectiu públic i privat. A més, ha signat darrerament un conveni amb la Fiscalia de Catalunya, que considera l'agressió a metges i metgesses un atemptat a l'autoritat. Així, el número anterior del BUTLLETÍ MÈDIC publicava la notícia de la signatura amb el fiscal en cap de Lleida, Juan Boné.

Amb aquestes mesures s'intenta acabar amb les agressions i amb la impunitat dels agressors. No obstant això, el COMLL ha volgut anar més enllà i ha creat una comissió encarregada de conscienciar la societat, estudiar les possibles causes desencadenants i els mecanismes de prevenció d'aquesta situació.

És important que la feina de la comissió tiri endavant, ja que l'entorn violent en el món assistencial, a part d'afectar la seguretat i la dignitat del metge, pot afectar també el ciutadà usuari de la sanitat per una atenció defectuosa causada per l'impacte emocional de la situació.

## SUMARI

### Anàlisi de l'ús que es fa del sistema sanitari en l'actualitat

Diferents facultatius analitzen la hiperfreqüentació de molts pacients, tant en l'atenció primària com en l'hospitalària. **09** )))

### L'estat de l'especialitat d'Oncologia a Lleida

Dos importants oncòlegs de l'HUAV reflexionen sobre el present i el futur de la diagnòsi i tractament dels tumors al centre lleidatà. **22** )))





La primera sessió de les jornades va tractar sobre la retinopatia diabètica proliferativa

# El COMLL celebra les II Jornades No Sólo Ojos del SOLL

La Secció d'Oftalmologia de Lleida (SOLL) del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha organitzat enguany les II Jornades No Sólo Ojos: Concordances, Controvèrsies i Interaccions en Oftalmologia i Medicina. La primera sessió es va celebrar el dia 18 de setembre i va tractar sobre la retinopatia diabètica proliferativa. Van participar a l'acte el Dr. Ferran Rius, endocrí de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV); la Dra. Laura Elena Sararols, oftalmòloga de l'Institut Oftalmològic de Barcelona, i la Dra. Rosa M. Roca, oftalmòloga de l'ABS Prat de la Riba, que va moderar la trobada.

El dia 16 d'octubre va tenir lloc el segon curs, que va tractar sobre artritis i artrosi. Els ponents van ser la Dra. Núria Montaña, reumatòloga de l'Hospital Santa Maria de Lleida, i el Dr. Antonio Segura, internista de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. El Dr. Fernando Albano, oftalmòleg de l'ABS Prat de la Riba, va moderar la sessió.

El tercer curs va tractar sobre les interaccions entre l'oftalmologia i la

dermatologia. La ponència, que es va celebrar el dia 13 de novembre, va comptar amb la participació del Dr. Josep Manel Casanovas, dermatòleg de l'HUAV, i del Dr. Joan Prat, oftalmòleg de l'HU Sant Joan de Déu de Barcelona. El Dr. José A. Ventosa va ser l'encarregat de moderar el curs.

Finalment, la quarta i última jornada tindrà lloc l'11 de desembre. La ponència sobre el paper de les ONG en el camp de l'oftalmologia comptarà amb la participació de la Dra. Pilar Bolívar, oftalmòloga de l'Hospital Xeral de Vigo; el Dr. Abel Salas, oftalmòleg del Centre d'Oftalmologia Avançada de Ponent, i la Sra. Beatriz Faro, cap de l'Àrea Terapèutica de Pfizer Espanya. Tots ells seran moderats per la Dra. Carolina Argilés, oftalmòloga de l'Hospital Santa Maria de Lleida.

El curs està acreditat per la Universitat de Lleida (UdL) i per l'Institut Català de la Salut. Hi han col·laborat la mateixa UdL, el COMLL, l'Acadèmia, el Servei Català de la Salut i l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida.

## La presidenta rep a la nova junta col·legial d'oftalmologia

El dia 1 d'octubre la presidenta del COMLL, Dra. Rosa Pérez, va rebre la nova junta de la Secció Col·legial d'Oftalmologia (SOLL).

La composició de la nova junta després de les eleccions del passat mes de juliol és la següent: presidenta, Dra. Rosa M. Roca Cortés; secretari, Dr. Abel Salas Carrascón; tesorera, Dra. Rosa Nieves del Agua López; vocalies, Dra. M<sup>a</sup> Jesús Muniesa Royo, Dr. Antonio Montserrat García, Dr. J. Ramón Roca Cortés, Dr. J. Amado Ventosa Blasco i Dr. Fernando Celada Escanilla.

# 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 2 de setembre a l'11 de novembre de 2008, ha acordat i/o tractat, entre d'altres, els següents assumptes:

- El Col·legi ha proposat els seus representants als futurs consells comarcals de salut de la Regió Sanitària de Lleida, que han estat: les Garrigues: Dra. Innocència Bobadilla Machín; la Noguera: Dr. Tomás Alonso Sancho; el Pla d'Urgell: Dr. Manuel Pena Arnáiz; la Segarra: Dr. Fernando Marqués Molías; el Segrià: Miguel J. Casanovas Gabal, i l'Urgell: Mercè Agustí Parareda.

- S'han iniciat els treballs per a la reforma dels estatuts col·legials per tal d'adequar-los a la normativa vigent en matèria de col·legis professionals i d'altres disposicions.

- S'han pres els acords necessaris per avançar en les diferents fases que conduiran al lliurament de la signatura electrònica entre els metges col·legiats, per tal de poder implantar la recepta electrònica.

- La Junta de Govern ha realitzat una revisió de la seva tresoreria per tal d'analitzar la situació dels fons dipositats en les diferents entitats bancàries amb motiu dels esdeveniments als

mercats financers.

- Es va constituir el Consell de la Gent Gran de l'Ajuntament de Lleida, en el qual el Col·legi està representat per la Dra. Susana Sarriegui.

- S'ha nomenat el Dr. Josep Pifarré Pifarré Paredero, tesorero de la Junta, membre del Consell d'Administració de la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears, en representació del nostre Col·legi.

- S'ha presentat proposta davant el Consell General de la Fundació Pública de l'Institut d'Estudis Ilerdencs de la Diputació de Lleida perquè la presidenta del Col·legi, Dra. Rosa Maria Pérez, en formi part.

- S'ha signat amb la Fundació Universitat de Lleida un nou conveni de col·laboració per a la continuïtat del Màster en Acupuntura, organitzat per la Secció Col·legial de Metges Acupuntors, Homeòpates i Medicina Naturista.

- S'han aprovat les bases corresponents i s'ha convocat la primera edició del concurs de felicitacions de Nadal.

- S'ha assistit a les sessions del Consell de Direcció i de Salut de la Regió Sanitària de Lleida i al Consell de Direcció del SCS, en les quals s'ha presentat el pressupost per al 2008 del Departament de Salut.

- El projecte que ha estat premiat amb el VII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del COMLL és el presentat per l'ONG Alpicat Solidari, basat en una instal·lació fotovoltaica per al subministrament d'energia a l'Hospital de Baja Kunda (Gàmbia).

- El passat dia 12 de novembre va tenir lloc a la sala d'actes del Col·legi una sessió informativa sobre l'anul·lació del decret de jubilació forçosa als 65 anys i les possibles accions per dur a terme, que va comptar amb la presència de la senyora Meritxell Estiarte, assessora jurídica del COMLL.

- S'ha sol·licitat al Consell General de Col·legis de Metges que estudiï la possibilitat de reforçar les mesures de seguretat pel que fa a la comprovació als col·legis de metges dels títols de llicenciat en Medicina i d'especialistes, així com de les homologacions de títols estrangers que es presentin.

- S'informa que un grup de 30 col·legiats especialistes en Medicina del Treball han sol·licitat la creació d'una nova secció col·legial.

- S'ha signat a l'Ajuntament de Lleida, juntament amb altres institucions i entitats, el protocol d'atenció a les dones en situació de violència masclista al municipi de Lleida.

## Moviment de col·legiats

### ALTES

Felipe Vilardell Villellas (4307), Lorena Roxana Álvarez (4308), Maria Ximena Herrera (4309), Sandra Serra Torrecillas (4310), Roger Poblet Cozar (4311), Jan Stanislaw Franek (4312), Carlos A. Villanueva Especulin (3857), Héctor Ducet Teixeira (4313), Eduardo Alberto Triguboff (4314), Nelson Manuel Marca Zuna (4315), Crenguta Margareta Danciu (4316), Ancuta Viorica Danciu (4317), Adriano Vincitorio (4318), Gemma Montagut Fornós (4319), Mes d'agost: Hernán Alfonso Martínez Osorio (4304), Alberto de Dios Romero (3668), María Ángeles Zarco Gómez (4305), Luz Stella Marín Muñoz (4306).

### BAIXES

Setembre: 2

Octubre: 3

### CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els doctors Ramon Torres Palou (801), Josep Santamaria Oller (907) i Josep Masip Meseguer (1008)

**Total col·legiats el 31-10-2008: 1.618**



La Dra. Rosa Pérez, presidenta del COMLL, amb la nova junta del SOLL

Es va presentar el programa d'activitats programades per als propers quatre anys, que està a disposició de la junta col·legial i de tots els companys col·legials.

La Dra. Rosa Pérez va felicitar el SOLL i la junta sortint per les activitats realitzades i en concret per l'èxit de contingut i participació de les Jornades No Sólo Ojos.

# Felip Infiesta, nou gerent de Gestió de Serveis Sanitaris

Felip Infiesta i Garcia és el nou gerent de Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) i gerent de l'Hospital Santa Maria de Lleida. El Dr. Infiesta substitueix Armand Arilla, que ha ocupat el càrrec durant set anys i mig.

Felip Infiesta (Barcelona, 1954) és llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona, en l'especialitat d'Endocrinologia i Nutrició. És, a més, diplomad en Nutrició Humana, Dietètica i Dietètica Terapèutica per la Facultat de Medicina de la Universitat de Nancy a França, i en Gestió Hospitalària per l'Escola d'Administració i Direcció d'Empreses de Barcelona.

La seva trajectòria professional en l'àmbit de la gestió sanitària comença a l'Hospital Dos de Maig de Barcelo-

na, on ha estat adjunt de gerència. Al mateix centre, ha estat director mèdic i coordinador d'Urgències.

Dins el Consorci Hospitalari de Catalunya, ha treballat com a consultor en projectes de consultoria internacional realitzats a Hondures, Guatemala, Mèxic i l'Argentina. En consultoria nacional, ha treballat a l'Hospital Clínic de Madrid i a la comunitat autònoma de l'Aragó. Infiesta ha ocupat també la direcció de l'atenció d'aguts del Grup SAGESSA, a Reus.

L'any 2004, Infiesta assumeix la direcció de l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. Des de l'any 2007, és director dels Serveis Territorials de Salut a Tarragona i gerent de la Regió Sanitària Camp de Tarragona.



# Josep Corbella, acadèmic de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

El 14 d'octubre, Josep Corbella Duch (Guimerà, 1948) ha estat nomenat acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, per elecció del ple i a proposta de la Junta de Govern.

Els estatuts de la Reial Acadèmia permeten l'admissió de personalitats que, sense ser metges, a judici de l'Acadèmia, gaudeixen de prou mèrits en altres àmbits professionals, científics o literaris. Són nomenats acadèmics afins. Aquest és el cas de Josep Corbella, doctor en Dret per la Universitat de Barcelona i que exerceix l'advocacia des del 1975 a Barcelona i a Lleida.

Malgrat la seva estabilitat familiar i professional a Barcelona, on també està vinculat als serveis jurídics de l'Hospital de Sant Pau, no ha volgut deixar mai la seva terra, on acudeix cada setmana a resoldre problemes i, sobretot, a fer-ho d'una forma humanitària, molt allunyada de l'objectiu purament material que tant abunda a la nostra societat.

De la mateixa manera que per ser



un bon metge, també és condició imprescindible ser una bona persona, per ser un bon advocat cal saber veure d'una forma equilibrada les possibilitats materials i les necessitats morals dels clients i conèixer profundament el dret. Puc garantir que Corbella forma part d'aquest grup humanitari de la seva professió i és un estudiós constant del dret.

L'afecte que professa Corbella a la nostra ciutat té una explicació. S'hi va instal·lar cap a l'any 1961 per fer el batxillerat com a alumne intern al Col·legi Episcopal, aleshores recentment inaugurat. Va elegir aquest camí en lloc del de Barcelona, malgrat la vinculació del seu pare a aquesta ciutat per motius laborals. A l'Episcopal ens vam conèixer i l'amistat perdura. Des que es va crear l'Associació d'Antics Alumnes, Corbella n'és el president.

La seva bonhomia i el seu natural respecte cap als altres han fet que les seves opinions siguin molt ben valorades també pels mitjans de comunicació ciutadana, on participa quan se li

demana amb articles a la premsa.

La seva vàlua l'ha portat també a ser membre numerari de l'Institut d'Estudis Ilerdencs, màxima institució cultural de les nostres terres.

Ha participat amb lliçons magistrals de dret mèdic als alumnes de l'assignatura de Medicina Legal i Forense que dirigeix a la Facultat de Medicina. Aquesta parcel·la del dret és, potser, la seva especialitat acadèmica preferida, sobre la qual ha deixat constància escrita amb obres de valor i en les quals continua treballant. Principalment per aquest motiu ha entrat a formar part de la Reial Acadèmia de Medicina.

Entre les seves obres, destaquen temes com el de la protecció de dades en l'àmbit sanitari, un manual de dret sanitari, un curs de legislació sanitària, un manual d'introducció al dret penal, últimament un llibre sobre la responsabilitat civil dels centres sanitaris, etc. A més, té múltiples articles en revistes.

Els metges de Lleida que llegeixen el Butlletí Mèdic ja saben que Corbella és membre del consell de redacció des de l'any passat i que també hi col·labora en temes de la seva especialitat. No hi ha cap mena de dubte que el doctor Joan Flores va tenir un gran encert el dia que el va nomenar per exercir aquest càrrec, el mateix que ha tingut la Reial Acadèmia en acollir-lo entre els seus membres.

En nom del consell de redacció del Butlletí, li desitjo molt d'èxit en les tasques que se li encomanin des del nou càrrec.

Dr. M. Camps Surroca



## La signatura electrònica ja és una realitat

El Col·legi de Metges de Lleida ha iniciat, a través del personal acreditat, la distribució dels dispositius de la signatura electrònica als CAP en què s'ha d'implantar la recepta electrònica, d'acord amb els responsables de les diferents regions sanitàries.

# Joies úniques

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

## PERETENA

— JOIER —

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · [www.peretena.com](http://www.peretena.com) · Pàrquing Blondel Gratuït



## Emilià Astudillo rep la Medalla President Macià

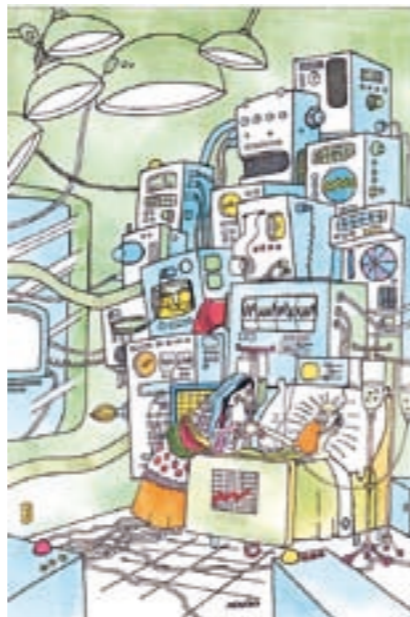
La Generalitat ha guardonat Emilià Astudillo amb la Medalla President Macià al reconeixement de la trajectòria professional. Astudillo ha dedicat gran part de la seva vida a la tutela de persones amb discapacitat des de la Fundació Shalom. Un esforç i una labor social que li han valgut aquest guardó als 74 anys.

## IV Concurs d'Humor Gràfic i Salut

Els trastorns de la conducta alimentària centraran la IV Edició del Concurs d'Humor Gràfic i Salut, que tindrà lloc la primavera vinent a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL). S'espera que hi participin unes 500 obres de països de tot el món, com la Xina, el Vietnam o Rússia, com en les anteriors edicions. El jurat pronunciarà el seu veredictes l'abril del 2009.

El primer premi està dotat amb 1.000 d'euros i el segon, amb 500, que finançen Adeslas i l'Hospital Montserrat. A més, l'organització edita una publicació amb les 50 millors obres presentades. Com a novetat d'enguany, i tenint en compte l'elevat contingut didàctic i de reflexió que tenen aquestes peces, s'elaboraran altres tipus de materials divulgatius, com ara pòsters, per enviar als centres sanitaris i educatius.

L'inici del Concurs d'Humor Gràfic i Salut es remunta a l'any 2000, quan, coincidint amb la celebració dels 25 anys de l'actual Facultat de Medicina, se'n va organitzar la primera edició. En aquella ocasió, es va comptar amb la participació de més de 400 obres gràfiques. Des d'aquell moment i fins a l'actualitat, s'ha organitzat l'esdeveniment de manera bianual, i cada



Cartel·l guanyador de l'última edició d'Humoràlia. Autor: Luis Mendiguren, "Menta"

cop s'ha dedicat a un tema diferent relacionat amb la salut. L'última edició va girar al voltant del tabaquisme.

El Servei de Cultura de la Facultat de Medicina ha pres aquesta activitat d'una manera decidida per la importància que ha adquirit edició rere edició. Organitzar aquest concurs dona un important prestigi al centre, i també a les institucions que l'avalen i a la mateixa ciutat.

Les bases del concurs es distribueixen mundialment mitjançant Humoràlia, una plataforma internacional adreçada a professionals de l'humor.

## La Facultat de Medicina acull les XXIII Jornades de Bioètica

Els dies 17, 18 i 20 de novembre, han tingut lloc a la Facultat de Medicina les XXIII Jornades de Bioètica, organitzades pel Departament de Cirurgia de la Facultat de Medicina de Lleida juntament amb l'Institut Borja de Bioètica, de la Universitat Ramon Llull.

El contingut de les xerrades ha girat al voltant de la relació entre el personal sanitari i el malalt. Les jornades han comptat amb diferents ponents. El més destacat, sens dubte, ha estat el Dr. Moisès Broggi, que ha aportat la visió d'un home que ha viscut ja més de cent anys. Al llarg de la seva xerrada, va deixar entreveure una coherent i entranyable combinació entre medicina i valors, tècnica i ètica. Nascut el 1908, va participar a la Guerra Civil en els equips quirúrgics de les Brigades Internacionals, on va obtenir una experiència humana i mèdica molt enriquidora. Després de la guerra va ser cessat de qualsevol càrrec oficial i va

ser objecte d'un procés que va limitar greument la seva activitat professional. El seu interès no només per la medicina i la cirurgia, sinó també per la cultura i l'humanisme, el fan un home amb una vida interessant i moguda pels valors. "Abans, la medicina curava alguna vegada i consolava sempre. Ara, cura una mica més, però consola molt menys", van ser paraules de l'inici de la seva xerrada. Va subratllar el vessant comunicatiu, relacional i humà que ha d'acompanyar sempre els coneixements i habilitats mèdiques. Cal centrar-se en les persones i no en les malalties, i saber acompanyar en el patiment. Va fer extensiva la necessitat de la presència d'aquests valors en tots els àmbits de la vida. El seu testimoni va ser una aportació de valors plena d'actualitat i feta des de l'experiència.

La resta de convidats a les jornades van fer aportacions des de la perspectiva de

l'assistència primària, dels gestors i també dels pacients i familiars. Va destacar la jurista Núria Terribas, directora de l'Institut Borja, que va parlar d'aspectes legals en la relació sanitària. El Dr. Pena i el Dr. Rodríguez van parlar de la relació metge-malalt en l'assistència primària i la Dra. Teresa Puig, del codi deontològic dels col·legis de metges de Catalunya. Especialment colpidor va ser el testimoni del Sr. Miquel Mora, que va parlar des del punt de vista del malalt-usuari. Sovint un usuari que no està preparat per ser autònom es troba davant un sanitari que no està preparat per escoltar i comunicar. La Dra. Esquerda, en l'última xerrada de les jornades, va aconseguir que tota la sala participés activament en la conversa que ella encapçalava al voltant de l'eina terapèutica que pot arribar a ser la mateixa relació sanitària.

Vivim en una societat on el dolor i la mort són grans tabús. La comunicació i el respecte mutu són eines indispensables en la relació sanitària per fer front a aquests tabús.

**Dra. Montserrat Torra Riera**  
Anestesiista Hospital Santa Maria

## Com evitar l'abús del sistema sanitari?

*Aquest número del Butlletí Mèdic analitza l'ús que es fa actualment del sistema sanitari. Abans de res, em permetré posar en dubte l'afirmació inicial. Existeix aquest abús? Té prou magnitud per estar-ne preocupats? És un abús per part de la societat del sistema sanitari i, per tant, s'ha de tractar específicament, o també afecta serveis públics i, per tant, s'han d'adoptar mesures més generals?*

Per contestar aquestes preguntes, abans hem de definir què s'entén per abús. La gent va al metge per divertir-se? Hi va massa vegades? Quina xifra és massa, 10 vegades a l'any quan es té 80 anys? Tot és relatiu; ara bé, quan la visita al metge és gratuïta, en un entorn capitalista i empresarial i de valoració de les coses segons el que valen en diners, és fàcil que hi hagi desequilibris i diferents enfocaments del problema. Si, a més, els treballadors de la salut són assalariats i els responsables de l'organització tenen problemes de sostenibilitat del sistema —tenen dèficit—, es complica la resposta de les preguntes.

L'actual funcionament de la societat i els valors que se n'han apoderat tenen importants efectes secundaris:

- Fan que les persones tinguin la impressió que poden demanar tot allò a què creguin tenir dret en el sistema sanitari i que aquest els ho ha de donar. Un "no" d'un metge és possible motiu de denúncia, sigui dins del sistema, als seus caps administratius, o al públic en general, amb un escrit al diari o una denúncia als mitjans, provocant desprestigi o anant al jutjat, cosa que també és, inicialment, gratuïta.

- Fan que la malaltia es consideri una injustícia, com si tinguéssim dret a la salut. Aleshores, la manca de salut és culpa del sistema: si caic al carrer és culpa de l'Ajuntament i li puc exigir una indemnització; si vaig al metge i no m'atén

immediatament, no em cura de seguida o s'equivoca amb mi, el denuncio.

La limitació humana, la cultura de l'esforç, de resistir un patiment o una pèrdua quan és inevitable, la cultura del compartir, de la confiança mútua, de la cooperació, és a dir, de l'estimació dels altres per cohesionar una societat amable, acollidora, respirable i segura en què es respecti la dignitat de tothom, per desgràcia, no està de moda. Tot plegat té repercussions en el sistema sanitari.

Hi ha molts ciutadans, la majoria, que no abusen del sistema, sinó que l'utilitzen quan el necessiten. Molts d'altres el fan servir poc i moltes vegades, massa tard. Ens arriben molts malalts amb malalties i càncers avançats, que han patit símptomes molt de temps abans de decidir-se a anar al metge. Però també hi ha consumidors habituals del sistema sanitari, gent que n'abusa. I davant l'escassetat de recursos per respondre a la demanda per part dels usuaris de més i més prestacions i de més i més seguretats, amb proves i més proves cada vegada més cares, gairebé confiant

**És del tot necessari implementar mesures per evitar l'abús i una millor eficiència dels recursos**

més en les màquines que en les persones, davant el nombre de metges del sistema públic per habitant (que no de metges per habitant, ja que som dels països que més en tenim del món), es fa del tot necessari implementar mesures per evitar l'abús i aconseguir una millor utilització dels recursos, basada en l'eficiència.

La solució que hi veig és un pacte entre l'administració sanitària, els metges i la societat, representada pels polítics i les associacions ciutadanes.

Els que demanem proves diagnòstiques i receptem som els metges. L'alt cost del sistema sanitari es deu, no als sous dels seus professionals, tot i que la nòmina sigui sempre la part més alta del pressupost, sinó a la manera d'exercir la medicina i els criteris a l'hora de donar prestacions sanitàries.

Tractar un símptoma d'un malalt es pot fer simplement amb l'anamnesi, una exploració física o una resonància magnètica nuclear, a més d'una analítica completa. Un bon professional, amb experiència, té el seu algorisme diagnòstic al cap i s'equivocarà poques vegades en la primera visita. Selectivament, demanarà les proves només quan li siguin imprescindibles davant un dubte.

La medicina americana és molt més cara que la nostra, en part per la quantitat de proves diagnòstiques que es demanen i practiquen. Està demostrat que l'esperança de vida dels habitants dels EUA no és més alta que la nostra. Els errors mèdics per manca de proves o el retard diagnòstic per esperar primer un temps prudencial amb un tractament de prova ben sustentat científicament, és clar, són un risc menor davant l'agressivitat de proves diagnòstiques amb una certa morbimortalitat; per tant, un metge ben format i amb experiència —amb bon ull clínic— és més barat i més segur.

Si s'invertís en reorganitzar el sistema sanitari i es pensés abans d'oferir a la ciutadania unes prestacions preventives que després no es poden mantenir ni pagar i que col·lapsen el sistema, i que a vegades sembla que són promeses electoralistes demagògiques, se'n podria millorar la sostenibilitat.

Proposaré una possible via de solució: si es dona al metge i a la infermera la capacitat de decidir si creuen que el malalt està abusant del sistema i informar-ne la inspec-

ció sanitària perquè aquesta avisi el pacient, alguns casos es podrien reconduir. Si el malalt seguís abusant del sistema, una comissió formada per clínics, inspectors i representants dels usuaris analitzaria el cas i establiria la sanció oportuna per al pacient, que podria ser pagar per cada visita posterior o una multa.

El fet de pagar per visita i per prova diagnòstica és una possibilitat que podria ser bona. Permetria que l'usuari del sistema valorés més el temps del metge i la despesa que ocasiona. Que pagui primer i que se li retorni després una part dels seus diners segons el seu patrimoni (declaració de la renda) és un altra possibilitat. Els que no tenen ingressos o estan fora del sistema productiu, acollits pels serveis socials, podrien rebre un carnet sanitari específic que els dispensés de pagar. No comprenc l'escàndol social davant l'anomenat euro per visita, tenint en compte que l'actual sistema sanitari espanyol no és gratuït: els no-pensionistes, tot i que siguin mileuristes amb fills petits per mantenir, paguen més d'un 30% del preu dels medicaments, mentre que els pensionistes, siguin o no multimilionaris, no paguen res. Crec que s'ha de reformar aquest sistema per fer-lo més just, equitatiu i sostenible.

La confiança entre els directius, polítics responsables i administradors del sistema sanitari i els seus treballadors, especialment metges, és essencial. Els metges hem de ser conscients del nostre codi deontològic i ètica professional i del nostre deure davant el malalt i la societat, que va al davant dels nostres interessos personals i corporatius, atesa l'especial característica de la nostra professió: el fet que tractem amb el dolor, el patiment i la mort i amb persones dèbils, en inferioritat de condicions. Per això, una vaga sanitària mai ha de ser igual que qualsevol altra. Els metges hem de ser mereixedors d'aquesta confiança i comprendre que el poder que tenim és per servir el malalt i la societat.

Finalment, crec que cal anar creant una nova cultura social respectuosa amb la societat vista com un tot en un món global, és a dir, solidària i compromesa per mirar d'evitar la injustícia que suposa que la majoria d'homes i dones, de nens i nenes, no tinguin el mínim per viure una vida digna i que diàriament morin 60.000 persones per malnutrició i malalties fàcilment tractables.

### *El fet de pagar per visita i per prova diagnòstica és una proposta que podria ser bona. Permetria que l'usuari valorés més el temps del metge i la despesa*

Una societat que miri cap al futur, que sigui solidària amb els nostres nets i futurs besnets i que els vulgui deixar un món respirable i habitable, i, per tant, una societat respectuosa amb l'ecologia, és a dir, amb el nostre planeta, que no malbarati recursos, que reutilitzi material i que usi més l'inventari.

Sense aquesta nova cultura dels principis i els valors bàsics, radicals, de l'arrel de l'ésser humà, valors essencials per a una vida autènticament humana i humanitzadora, serà molt difícil que només una part d'aquesta societat, el sistema sanitari, aconsegueixi una solució parcial. Tots els membres de la societat en som coresponsables, i encara més en una societat democràtica, en què tenim el dret de votar i la llibertat de parlar. Confio en les persones i en un futur món millor.

Dr. Joan Viñas Salas

### **Un problema endèmic: la mala utilització dels serveis d'Urgències Hospitalàries**

En els darrers deu anys s'ha produït un increment de prop del 40% en la pressió assistencial dels diferents dispositius d'Urgències del sistema públic de salut del nostre país. Si ens centrem en l'activitat dels Serveis d'Urgències Hospitalàries (SUH), dels quals disposem de dades més precises, veurem que, sobre un cens poblacional de gairebé 45 milions d'habitants, el nombre d'assistències del conjunt dels serveis d'Urgències dels hospitals espanyols va ser, l'any 2006, de 25.300.444. A Catalunya, amb un cens de més de set milions d'habitants<sup>2</sup>, el nombre d'assistències urgents hospitalàries, també l'any 2006, va ser de 4.612.909, gairebé el 66% de la població. El nostre àmbit no ha quedat al marge d'aquest fenomen, i si l'any 1998 es van assistir 61.996 malalts al

servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, el 2007 van ser 87.947.

L'anàlisi de les causes d'aquest fenomen és enormement complexa, perquè s'hi barregen motivacions molt diverses. En primer lloc, constatem que l'increment detectat de l'activitat urgent no és proporcional a l'augment de la població en el mateix període de temps, que es

pot calcular en un 15%.

Revisant l'evolució del cens de la població ens adonem —i ja podem apuntar la primera de les causes de l'increment— de l'envelliment progressiu que ha experimentat la nostra societat, en part per la disminució de la taxa de natalitat i en part per l'augment de l'esperança de vida. Aquest fet comporta nombrosos reingressos de pacients pluri-patològics amb descompensacions freqüents de les seves malalties.

Altres causes estan relacionades amb l'evolució de la societat: la demanda de solucions immediates per a qualsevol problema, per petit que sigui, la precarietat laboral que impedeix disposar de temps en horari de feina per a visites mèdi-

ques convencionals, canvis en la percepció subjectiva d'urgència davant un problema de salut, percepció de més eficàcia de l'hospital davant d'altres dispositius (hospital-centrisme) o dèficits en l'educació sanitària de la població —paradoxals, però reals— en la nostra presumpta societat de la informació.

Un tercer grup de motivacions rau en la pròpia naturalesa i funcionament dels SUH: estan oberts les 24 hores del dia, tenen total accessibilitat, són considerats resolutius i eficaços per la població i disposen, en general, de tota la cadena d'elements que permeten el diagnòstic i tractament d'una malaltia.

Amb la recent i progressiva implantació de sistemes de triatge

estructurat als SUH, que permeten la classificació en nivells de risc de les malalties ateses i també la comparació entre SUH de diversos hospitals, s'ha constatat l'existència, i l'increment, de consultes banals, estimades en un 30% del total i que de cap manera requeririen els recursos d'un SUH i, una part d'aquestes, probablement ni tan sols es mereixeria una visita mèdica, urgent o no. Això vol dir que, tenint en compte el cost d'una visita en un SUH, uns 75 € de mitjana, el conjunt de pacients amb malalties lleus representaria una despesa formidable per a l'Administració sanitària.

No podem oblidar, quan analitzem aquest problema, les conseqüències que es desprenen de la sobrecàrrega assistencial en forma de perjudici per als malalts, per al mateix personal i per a l'organització sanitària en general: errors mèdics, dèficits docents per als residents en formació, desmotivació, esperes excessives, situacions d'agressivitat i violència i el malbaratament de la tecnologia i l'alta preparació del personal dels SUH.

Amb aquest panorama —estem parlant d'increments assistencials mitjans del 5% cada any—, fàcilment deduirem que podríem arribar aviat a una situació del tot insostenible, malgrat la modernització, ampliació i dotació dels diferents SUH —cosa, d'altra banda, absolutament necessària.

Obviarem un bon nombre de les causes que provoquen la plèthora dels SUH, algunes de les quals hem enumerat anteriorment i d'altres, estructurals, no mencionades en aquest article, sense oblidar que constitueixen, en conjunt, la major part del problema, i ens centrarem en el mal ús, o l'abús, que en fan els usuaris, tema d'aquest debat. Hi podem fer alguna cosa?

La lògica ens diu que si volem solucionar el problema a llarg termini hauríem de posar en marxa mesures educatives, ja des de l'escola (potser en l'àmbit de la famosa assignatura d'educació per a la ciutadania), adreçades a tota la població. Malgrat tot, també sabem que aquestes mesures tarden anys a donar fruit i sovint no arriben a tots els potencials destinataris (immigració, població marginada, etc). Com que el sistema sanitari no es pot permetre el luxe d'esperar tant de temps, caldria, mentre es posen en marxa, afegir-hi mesures d'efecte més ràpid i contundent.

Contundent, però políticament



]] molt incorrecta, segons sembla, seria la implantació d'un sistema de copagament o de penalització econòmica pel mal ús del SUH, basat en una despesa inicial per part de l'usuari i la seva devolució posterior en cas de procedència de l'assistència. Aquest sistema comporta dificultats de justícia, ja que podria penalitzar els sectors econòmicament més desfavorits de la societat, que, fins i tot en casos d'evident urgència, podrien abstenir-se d'anar a un SUH per por d'una despesa excessiva per a ells. El sistema també comportaria l'ús d'un mètode validat i comú per apreciar si la petició d'ajuda mèdica urgent és procedent o no. Alguns dels països europeus tenen implantades des de fa anys mesures d'aquesta mena.

Com ja s'ha comentat, els moderns sistemes de triatge estructurat permeten la classificació dels motius de consulta en grups de risc. S'han publicat experiències que demostren la seva eficàcia a l'hora de determinar quins malalts podrien ser atesos en altres instàncies sanitàries alternatives als SUH. Partint d'aquest fet s'ha suggerit que, un cop triat el pacient, en cas de ser classificat com de baix risc, aquest seria derivable, sense visita mèdica prèvia, a un sistema d'urgències de menor complexitat o fins i tot al seu metge de família.

Aquesta solució comporta una bona informació als malalts, una perfecta coordinació entre tots els dispositius d'atenció urgent de la zona (és recomanable i desitjable que constitueixin una única organització assistencial, sota un únic comandament) i una excel·lent interrelació amb l'atenció primària. Tot això suposa un compromís ferm de les autoritats sanitàries envers aquesta via, compromís que ha de ser clarament visible a l'hora d'afrontar els inevitables conflictes amb determinats usuaris que una mesura semblant provocaria. Cal dir que iniciatives d'aquesta mena podrien tenir efectes a curt i mitjà termini, però també hi influïrien de forma notable a llarg termini.

Hem dit prèviament que un dels motius principals pels quals els malalts van als SUH és la seva confiança en l'eficàcia resolutiva que mostren. Si volem que davant de determinats problemes de salut consultin altres instàncies sanitàries, les haurem de dotar d'una capacitat resolutiva semblant (lògicament, per a malalties de baix risc) i informar-ne adequadament la població. També serà convenient que tots els

## Seria fonamental l'existència d'una central coordinadora realment eficaç (...) que filtrés qualsevol avís urgent i li donés el destí adequat

dispositius d'Urgències d'una zona sanitària comparteixin un sistema estructurat de triatge i protocols diagnòstics i terapèutics en el marc, com també s'ha dit, d'una organització unitària que en garanteixi la uniformitat d'acció. En aquest sentit, seria fonamental l'existència d'una central coordinadora realment eficaç, que no es limités a enviar un mitjà de transport sanitari, sinó que, a més, filtrés qualsevol avís urgent i li donés el destí adequat segons els nivells de risc i de recursos per utilitzar estimats.

Esperem que els nostres polítics i gestors tinguin la valentia de fer front a un problema que s'arrossega des de fa molts anys i que llastra de forma notable el funcionament dels SUH i de la totalitat del sistema sanitari públic.

**Dr. Xavier Cabré Ollé**

Coordinador mèdic d'Urgències  
Hospital Universitari  
Arauc de Vilanova

### REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Ministeri de Salut i Consum. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Información anual 2006. Accés a l'octubre de 2008 a: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/home.htm>
- Institut Nacional d'Estadística. Censos de población. Accés a l'octubre de 2008 a: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspop.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspop.htm)
- Pasarin MI, Fernández MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. Gac Sanit 2006; 20: 91-100.
- Lloret J, Aregall S. Reflexions sobre el passat, present i futur dels serveis hospitalaris d'urgències. Annals de Medicina 2002; 85: 122-125.
- Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. Med Clin (Barc) 2003; 120: 0711-716.
- Gómez J, Becerra O, Boneu F, Burgués L, Pàmies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. Gac Sanit 2006; 20: 40-46.
- Miró O, Salgado E, Tomás S, Espinosa G, Estrada C, Martí C et al. Derivación sin visita desde los servicios de urgencias hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción.

Med Clin (Barc) 2006; 126: 88-93.

## On s'han de posar els límits?

Analitzant els canvis socials més significatius dels darrers anys, podríem destacar les següents tendències:

- Canvis en la societat. Vivim en la societat del consum, que és també la de la impaciència i la immediatesa, on cada dia que passa tot és a més curt termini.
- Creixement importantíssim en el camp de la informació. Hi ha més informació i coneixement que mai en les dues parts de la relació assistencial, però això no es tradueix en més capacitat d'autocura i de contenció davant els problemes.

L'usuari entén la medicina com una ciència omnipotent per l'arsenal de proves diagnòstiques de què disposem i, si no obté el resultat esperat, dedueix que no li hem aplicat correctament les tècniques o que aquestes no han estat les suficients.

- Infantilisme o manca de responsabilitat. Hauríem de ser capaços de responsabilitzar més els pacients del control de les seves patologies i implicar-los en l'autocura i en l'adopció d'hàbits saludables. Cada obès es té a ell mateix i no el tenim nosaltres. Em sembla un vici adquirit dir que tenim obesos i hipertensos. Ens hem de formar per ser capaços de convèncer la persona obesa que s'ha de cuidar i no fer-la dependre del sistema sanitari o de nosaltres com a persones.

És més fàcil traslladar la responsabilitat de la teva patologia al personal sanitari que posar-hi esforç personal i constància. Cada dia els mateixos discursos: que fer-se analítiques no baixa el colesterol ni prendre's la tensió constantment en millora les xifres. Tot i així, com a professionals, això ho haurem de continuar dient si volem regular la demanda, el que no hem de fer és continuar sent complaents i poc eficients.

- Mal ús del sistema sanitari.

Tots tenim consultes diàries amb un percentatge molt alt de banalitats i amb gairebé més problemes socials, econòmics i laborals —a més de totes les malalties que no són més que una situació normal de vida— que no pas problemes de salut. Ni la medicina ni els fàrmacs són capaços de resoldre aquests problemes.

Als professionals ens manca temps i mitjans humans per continuar responnent a aquest tipus de demanda i correm el perill que el sistema acabi no sent viable econòmicament si se'n continua fent un ús indiscriminat i abusiu. Però, realment s'ha de continuar creixent a aquest ritme?

La salut no pot ser un objecte de consum més amb expectatives il·limitades. Malgrat que ho volem tot al moment, només prement un botó, no podem confondre accessibilitat amb immediatesa i hem d'educar per la tolerància a l'espera. Ateses les condicions del sistema sanitari que tenim (assistència universal i gratuïta), s'hauria de regular la demanda, ja que els recursos són limitats.

Més oferta crea més demanda. Veiem com es duplica anualment el nombre de visites al CUAP, 240 nens a Pediatria en 12 hores d'un diumenge d'hivern i que, aproximadament, el 80% de les visites no són urgències... Això és servei o és comoditat? Les llistes d'espera i la pressió assistencial van creixent i cada cop serà més difícil oferir qualitat si no limitem la quantitat. Per frenar aquest ritme creixent de la demanda, fórmules com l'ús racional ja no tenen gaire impacte.

Aprofitem els serveis que se'ns ofereixen durant les 24 hores, però en salut hem d'oferir el que és necessari, racional i més eficient. Hem de fer l'esforç de donar valor a aquest servei de salut, que també inclou els professionals sanitaris i que és gratuït i obert les 24 hores. Si li donem valor evitem que es menystingui, com passa algunes vegades en la relació professional sanitari-usuari.

Algunes possibilitats:

- Dedicar temps i campanyes informatives (com les dels antibiòtics) a explicar que l'accés al sistema sanitari es regularà segons el motiu de la demanda, sobretot a Urgències, però també al centre d'atenció primària.
- Amb el triatge, la gestió de la demanda o altres mètodes objectius, els professionals sanitaris

determinen quina atenció pot esperar i quina és urgent. D'aquesta manera, s'ordenen els processos per poder fer un millor seguiment dels no urgents i resoldre amb més qualitat les urgències.

- Als usuaris els hem d'ensenyar la diferència entre la necessitat i la comoditat, ja que són molts els que utilitzen l'esglaó sanitari que no els correspon, alguns per desconeixement, però molts per comoditat.

- Es podrien estudiar sistemes de copagament per alguns serveis més accessoris, no bàsics, o la penalització per l'ús inadequat del sistema. Fixem-nos en com es respecten més els límits de velocitat i l'alcoholèmia des que s'han endurit les sancions!

Els ciutadans entendran que és una millora en l'atenció, sempre que aquestes propostes les treballem plegats entre polítics, gestors, professionals sanitaris i usuaris.

**Alicia Perera i Enjuanes**  
Infermera d'AP

## El papel del médico y del paciente en el abuso del sistema

A cualquier médico o profesional sanitario que se dedique a la atención directa y real de pacientes —o, en otras palabras, que toque tripas— le resultarán familiares frases como estas: “Venga a mi casa, que tengo un mareo y no puedo salir”, “¿Y no me va a pedir una ambulancia?”, “Yo así no me lo llevo (al abuelo)”, “Lo que me pasa es que tengo malas digestiones desde hace años y por eso he venido hoy a Urgencias”, “Pues tengo a mi madre ingresada y, ya que estoy aquí, a ver si me toman la tensión en Urgencias”, “Hágame unas recetas rojas de paracetamol, que siempre viene bien tener en casa (para mis nietos)”.

Al escucharlas sentimos una mezcla de rabia e impotencia, pues creemos que se abusa de nosotros y, por extensión, del sistema sanitario (que pagamos todos, aunque unos

**La solución parece ser: “Si tuvieran que pagar, aunque fueran cinco euros, seguro que no vendrían”**

más que otros).

La solución inmediata suele ser siempre la misma, por ser la más sencilla (aparentemente): “Si tuvieran que pagar, aunque fueran cinco euros, seguro que no vendrían”, algo que en términos técnicos se llama copago.

Las soluciones sencillas, como la de los cinco euros, suelen funcionar... ante problemas sencillos.

Sin embargo, si analizamos el problema del abuso del sistema sanitario con detenimiento y, sobre todo, con amplitud de miras, podremos ver como se trata de un asunto complejo y que requerirá un abordaje centrado en las causas del problema (¿por qué se abusa del sistema?) y no en las consecuencias (el paciente con lumbalgia crónica estable en Urgencias).

Para empezar, sería conveniente definir qué es usar frente a abusar. Según la Real Academia Española de la Lengua:

**usar**

1. tr. Hacer servir una cosa para algo.

**abusar** (De abuso).

1. intr. Usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente de algo o de alguien.

En definitiva, abusar no es sino una forma de usar, de manera indebida. Una vez aclarados los términos, la primera cuestión que nos asalta es: ¿quié define la manera adecuada o inadecuada de usar los servicios sanitarios?

Al decir que un paciente abusa del sistema por ir a Urgencias a las cinco de la madrugada, somos los médicos los que estamos definiendo quié es adecuado que vaya a Urgencias a esa hora. Lo hacemos desde el conocimiento médico y desde el convencimiento de que las Urgencias de un hospital (por poner un ejemplo) están para atender emergencias.

Podría argüirse que el paciente, al no ser médico, no puede saber lo que es una emergencia o no. O podría ser que el paciente considere que las Urgencias de un hospital son convenientes no sólo para las emergencias, sino como un método para evitar listas de espera o para obtener lo que busca con menor inversión de tiempo (por ejemplo, una analítica con resultados disponibles a las dos horas).

Aunque todos los profesionales sanitarios damos por supuesto que el paciente/usuario debe tener sentido común para saber si algo

» es una emergencia o no... ¿podría ser que no fuera así? ¿Podrían los pacientes haber perdido el sentido común?

Ivan Illich dedicó gran parte de su obra filosófica a defender la tesis de la alienación del individuo por parte de las estructuras sociales. Para ello, utilizó tres ejemplos: el sistema educativo, el sistema de transportes y el sistema de asistencia sanitaria. Para Illich, cuya producción intelectual se centró en los años 60 y 70 del siglo XX, los sistemas sociales institucionalizados estaban robando de manera paulatina a los individuos la capacidad de aprender, de transportarse a pie y de gestionar su enfermedad, su salud y su propia muerte.

Las hipótesis de Illich son atractivas, puesto que permitirían explicar esa sensación palpable que tenemos los médicos de que los pacientes cada vez tienen menos sentido común, menor capacidad de autocuidado y menor tolerancia a la incertidumbre diagnóstica o pronóstica. Y es la propia clase médica la que ha fomentado este fenómeno, por ejemplo mediante la pornoprevisión (al transmitir a la población el mensaje de que la consulta a un médico es adecuada incluso en caso de encontrarse completamente sano).

No sólo, como decimos, es posible que el paciente no sea capaz de discernir qué es una emergencia y qué no lo es, o cuándo algo es un problema médico o simplemente forma parte de la vida (como un duelo no patológico, el envejecimiento, el llanto de un bebé o una infidelidad), sino que puede que el paciente use el sistema sanitario de una manera que para él es adecuada, pese que para nosotros no sea así.

Para identificar estos supuestos, simplemente tenemos que ponernos en el pellejo del paciente y pensar: ¿por qué hace uso del sistema sanitario de esta forma? En el caso del servicio de Urgencias, es evidente que muchos pacientes lo utilizan para evitar los inconvenientes de las listas de espera o porque simplemente saben que la capacidad de resolución de un hospital es mayor que la de un centro de salud.

En un sistema en el que no se paga directamente por usar las Urgencias de un hospital, el único coste para el paciente es, en general, el del tiempo que tiene que pasar en el servicio (aunque probablemente existan otros cos-



tes en forma de falsos positivos e iatrogenia médica). Si pensamos, por ejemplo, en una lumbalgia crónica, veremos como, para obtener un diagnóstico médico con radiografía y tratamiento, el coste de ir a Urgencias puede ser de cinco horas, mientras que el coste de ir a través de la atención primaria puede ser de: 1) el tiempo para pedir cita, 2) una hora de espera en la consulta del médico de atención primaria, 3) otra media hora y otro día para hacer la radiografía, 4) otra hora de espera en la consulta del médico de cabecera. Eso puede significar, al menos, cinco días para obtener

lo mismo que se obtiene esperando cinco horas en las Urgencias de un hospital.

Además, el tiempo no tiene el mismo valor dependiendo de la hora del día y, por ejemplo, para una persona que trabaje por la mañana y por la tarde, cinco horas un domingo por la tarde en Urgencias tienen un coste menor que cuatro horas dispersas en cuatro días diferentes en horario laboral.

Por lo tanto, vemos como basta con analizar la perspectiva de Illich, así como la perspectiva del coste

de oportunidad, para comprender que lo que a nosotros nos parece un abuso o un uso inadecuado, desde la perspectiva del paciente parece un uso inteligente y completamente adecuado del sistema sanitario.

¿Cuáles son, por tanto, las posibles soluciones al problema del uso médicamente inadecuado de los servicios sanitarios?

Las soluciones deberían pasar, como hemos visto, por el análisis desde la perspectiva del paciente y de su coste de oportunidad. Se investiga mucho sobre nuevas

moléculas o tratamientos, pero poco sobre el uso de los servicios sanitarios desde la perspectiva del paciente. Seguimos, en general, practicando una medicina centrada en los valores de la organización médica y poco centrada en los valores de los pacientes. Valores que, además, son cada vez más heterogéneos en una sociedad cambiante e inestable como la nuestra.

Además, los valores de los pacientes se ven influenciados —y, no pocas veces, manipulados— por los intereses de algunos grupos. Los médicos, como clase, hemos estado muchísimas décadas transmitiendo a la sociedad la necesidad que tienen de nuestros servicios. “Ante cualquier duda, consulte con su médico”, “Más vale prevenir que curar”, “Los partos, en el hospital”. Frases aparentemente bienintencionadas, pero que minan la autonomía del paciente y su capacidad de autocuidado.

En los últimos años hemos observado el crecimiento espectacular de la industria biomédica, que incluye desde la industria farmacéutica hasta los fabricantes de aparatos para la toma de tensión, pasando por los proveedores de servicios sanitarios. Esta industria, en un contexto de economía de mercado, ha basado su crecimiento, principalmente, en la introducción de innovaciones tecnológicas (nuevos fármacos, nuevas vacunas, nuevas pruebas diagnósticas, más revisiones ginecológicas, nuevas necesidades estéticas) y, en segundo lugar, en la optimización del uso de esos recursos tecnológicos. También este sector tiene interés en que el paciente pierda autonomía o capacidad de afrontar su propia enfermedad.

Por otra parte, los sistemas nacionales de salud han sido uno de los principales logros políticos de la segunda mitad del siglo XX. Esto ha hecho que la asistencia sanitaria se politice, no siempre con buenos resultados. Al igual que el ejecutivo de los bancos de inversión actual de forma cortoplacista, puesto que sus incentivos económicos eran mayores si subía la valoración en bolsa de la compañía que si la empresa iba bien a largo plazo, muchos políticos, cuyo horizonte de mandato se centra en los próximos cuatro años, han actuado de la misma forma. Al igual que hemos asistido a una burbuja especulativa en las finanzas internacionales, podríamos estar asistiendo a una

burbuja en las expectativas de la población respecto a los servicios sanitarios. El político promete, porque prometer da votos. Crea infraestructuras para inaugurarlas, pero no se preocupa tanto de si son necesarias o de si habrá suficientes profesionales para sostenerlas. Importan las soluciones cortoplacistas y efectistas, que son las que hacen ganar las elecciones cada cuatro años.

El político, la clase médica y la industria biomédica, con sus promesas, generan expectativas a una población que tiene miedo a la enfermedad y la muerte, como todo ser humano, y que ve como estas expectativas no se ven colmadas. Porque el muro de la realidad es más tozudo que el marketing y la ley de hierro de la epidemiología (todo el que nace muere) siempre termina por cumplirse.

Los médicos de a pie tenemos un incómodo papel. Somos ese muro contra el que los pacientes cargados de falsas expectativas chocan. No nos queda más remedio, por lo tanto, que practicar una medicina basada en la ética del compromiso (“No le abandonaré”), en la ética de la negativa (“No puede hacerse”) y en la ética de la ignorancia (“No lo sé”). Acompañar al paciente y ayudarle a vivir, a enfermar y a morir. Pero, ¿acaso no fue siempre esa la labor del médico sanador?

**Dr. Julio Bonis**

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en Madrid

Impulsor del proyecto Keyose.com

## Una situación que han de resoldre la política i la gestió sanitària

*“Les institucions, o “regles de joc”, malgrat que es fonamenten en instints, emocions i sentiments (d’instint, sentiment de culpabilitat i vergonya, impuls justicier...) han estat dissenyades de forma intencional —encara que no previsible— per permetre una interacció cada vegada més gran. El procés de canvi institucional té poc a veure amb la selecció natural, ja que està influït per l’aprenentatge i la imitació, però són precisament les institucions les que han de desenvolupar els mecanismes de cooperació (control del comportament antisocial) i racionalitat que millorin la nostra adaptació a un entorn molt diferent.”*



(Vicente Ortún Rubio, 2006)

Ens trobem davant d'un problema amb causes múltiples i conseqüències importants, propi de la complexitat del nostre món assistencial, el seu abordatge només vol ser una aproximació a una petita part (es pot dir que una part molt petita) del coneixement d'aquesta preocupació per la utilització inadequada —per excés o per defecte— que suposa un cost d'oportunitat que afecta les possibilitats de millora del sistema sanitari i un risc afegit i innecessari per als pacients.

Cal dir que la sobreutilització de serveis sanitaris (de vegades, relacionada amb l'oferta disponible —com més oferta, més ús innecessari— llei de Romer<sup>1</sup>) es veu com un problema de més despesa, però no de pitjors resultats clínics per als pacients, però produeix retards i problemes amb l'espera, més ús de serveis d'urgències i mecanismes defensius burocràtics. Aquesta perspectiva fa que, entre els clínics, la sobreutilització —el nombre de vegades que un diabètic ben controlat visita l'endocrinòleg— sembli menys preocupant que la mala utilització —estatinas o antibiòtics sense indicació mèdica— o la subutilització —percentatge de pacients amb història d'infart de miocardi que no prenen betablocadors— (clarament associada a problemes de qualitat i a pitjors resultats) i que es vegi com un problema que afecta gestors<sup>2</sup>.

*"En el treball central de Fisher i col·laboradors<sup>2,3,4</sup> construeixen diverses cohorts de pacients (159.000 pacients amb IAM, 195.000 amb càncer colorectal, 614.000 amb fractura de maluc i 18.000 de població general amb cobertura Medicare) i els van fer un seguiment per avaluar el consum de serveis i els resultats clínics en funció de la despesa mitjana per persona, de 3.900 \$ en el primer quintil a 6.300 \$ en l'últim. Van mostrar que els residents de l'àrea de més despesa sanitària rebien molta més atenció sensible a l'oferta, un 50% més de dies d'hospitalització, gairebé el doble de tomografies i ressonàncies magnètiques, o el triple de proves funcionals respiratòries, però les de més despesa també mostraven una significativa major mortalitat que en les àrees del quintil de despesa més baixa.*

*Això podria dur-nos (rendiments marginals decreixents) a actuacions etiquetades com flat-of-the-curve medicine (increment de ser-*

Taula 1 (resum extret del grup de gestió de SVMFiC)

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   | · Diferències de morbiditat<br>· Estructura demogràfica<br>· Característiques socioeconòmiques<br>· Expectatives dels pacients<br>· Costums que prevalen   |
| 1. Factors de la població (usuari/pacient/client extern) | a/ Factors de necessitat subjectius i objectius | Major nombre de símptomes percebuts, patiment de malaltia crònica...   |
|  | b/ Factors facilitadors                         | Bona accessibilitat, satisfacció amb el proveïdor, menor percepció de barreres...  |
|  | c/ Factors predisponents                        | c1/ no modificables<br>Més edat, sexe...<br>c2/ modificables<br>Rol del malalt disfuncional, cultura i educació sanitària, ajuda social...   |
| 2. Factors del professional o proveïdor de serveis       | a/ Demanda induïda pel mateix professional      | Característiques del mateix professional (edat, sexe, formació...)   |
|  | b/ Estils de pràctica clínica                   | Diferents formes d'abordar un mateix problema depenent d'aspectes culturals, recolzats més per l'experiència pròpia o del grup que per l'evidència científica  |
|  | c/ Estrès professional                          | Burnout  |
| 3. Factors del sistema sanitari o de l'organització      |   | · Major disponibilitat i accessibilitat dels ciutadans<br>· Relacions deficientes amb el segon nivell (especialistes)<br>· Absència de "feedback"<br>· Oferta de recursos<br>· Sistemes de finançament i pagament<br>· Organització i productivitat dels serveis<br>· Cobertura i accessibilitat |

*veis a la part plana de la corba o, fins i tot, a la part descendent)<sup>5</sup>."*

L'ajustament de l'oferta de recursos a les necessitats és una qüestió tècnica, científica i clínica, no de decisions polítiques o factors històrics, on són els criteris d'ordenació basats en l'evidència científica i en la investigació?

L'anàlisi que cal desenvolupar es realitza des de la perspectiva de l'atenció primària i es pot dir clarament que no hi ha receptes màgiques que ens puguin donar una estratègia per tractar el problema, factors que influeixen en la demanda<sup>6</sup> afecten dimensionalment els centres, la població assignada (poca correlació amb la demanda assistencial), la seva distribució poblacional (si no hi ha població

pediàtrica en els metges de família, s'incrementa el percentatge de majors de 65 anys), el tipus d'activitat assistencial (què s'ofereix, la integralitat), els aspectes metge-pacient (rols, habilitats de comunicació, personalitat del metge), la composició de l'equip, l'accessibilitat (horària, geogràfica, cultural...), el tipus d'equip (que delega, col·laborador...), la motivació (incentius transcendents, materials...), la pressió assistencial (demanda davant de la freqüentació), el temps per consulta, el tipus de retribució (sou, captació per acte)... Com a pas previ, s'ha de fer un diagnòstic correcte de quins factors influeixen en la utilització de serveis (hem de saber que els models explicatius que l'intenten interpretar, en el moment actual, que cap d'aquests, per motius empíricoteòrics o metodològics, han pogut desxifrar la utilització en la seva totalitat), els dividirem en tres grups diferenciat, però alhora estaran interconnectats entre si: factors dels usuaris/pacients/clientes, factors dels professionals o proveïdors de serveis i factors dependents del sistema sanitari

**No hi ha receptes màgiques que ens puguin donar una estratègia per tractar el problema**

o de l'organització.

*En l'anàlisi de la VPM (Variacions en la Pràctica Mèdica), el model causal dominant dona importància als factors derivats de l'oferta de serveis i no tant als factors derivats del pacient. Darrere d'això hi ha la hipòtesi de la incertesa<sup>7</sup>, segons la qual: 1. La variabilitat serà poca quan existeixi acord entre clínics en el valor d'un procediment; 2. En presència d'incertesa, els clínics prendran decisions diferents; 3. L'oferta de serveis (nombre de llits, nombre de metges, consultes disponibles) resultarà important en la generació de variacions davant d'incertesa i tindrà poca influència en la seva absència.*

*Els conceptes clau serien la incertesa (quan no existeix evidència científica de l'efectivitat de les alternatives de diagnòstic o tractament en una situació concreta) i la ignorància (quan existeix evidència científica del valor de les proves o tractaments, però el metge la desconeix o, si la coneix, utilitza altres pautes)<sup>8,9</sup>.*

Els factors considerats per la literatura com els determinants de l'augment de la demanda i la utilització de serveis sanitaris (Barea, 1988<sup>10</sup>; Coll, 1990<sup>11</sup>; López-Casasnovas, 1998<sup>12</sup>, 2000<sup>13</sup>; Murillo, 1997<sup>14</sup>; Alonso i Herce, 1999<sup>15</sup>) són l'envelliment de la població, l'increment de la renda i de la cobertura sanitària, la demanda induïda per l'oferta, la productivitat dels factors i l'efecte del canvi tecnològic.

La necessitat d'assistència ha de diferenciar-se de la demanda d'assistència i l'ús de serveis o utilització (Matthew, 1971<sup>16</sup>) permet desglossar la presa de decisions d'un individu en tres fases: la fase que s'inicia amb la necessitat, en forma de dolència, malaltia o malestar; la fase que segueix amb la demanda, quan un individu percep que el seu estat de salut requereix algun tipus d'assistència i pren la decisió de contactar amb el sistema i la fase que finalitza amb l'ús o la utilització, quan el metge ratifica que la necessitat i l'atenció estan justificades i l'individu rep el servei. La utilització és el resultat d'una decisió que es tradueix, per exemple, en una visita mèdica o una estada hospitalària<sup>17</sup>.

Quan es treballa únicament amb dades individuals s'ignoren variables del context sanitari que exerceixen una gran influència sobre la utilització i la demanda, mentre que quan s'utilitza informació a nivell agregat es perd informació de la

## S'ha de reduir la sobreutilització de serveis infecciosos o insegurs i incrementar les tecnologies que siguin efectives on hi hagi infrautilització

variabilitat individual (Meneu R., 2002); per tant, les dues aproximacions presenten diferents limitacions metodològiques.

Comentar que un model de referència per a un gran nombre de treballadors que formalitzen la utilització de serveis sanitaris com un procés de presa de decisions individual és el model de comportament en la utilització dels serveis sanitaris d'Anderesen (1968<sup>18</sup>, 1995<sup>19</sup>). Aquest model està basat en teories sobre comportament humà i principis d'organització social. El seu interès es troba en els tres factors explicatius que condicionen l'ús de l'assistència sanitària: la necessitat, els factors que faciliten o impedeixen l'ús de serveis per part d'un individu i la propensió o predisposició per utilitzar serveis mèdics, si bé presenta l'inconvenient que no es tracta d'un model econòmic ni matemàtic que precisi les variables, els seus efectes i els mètodes d'estimació que haurien d'aplicar-se<sup>17</sup>.

### A efectes pràctics, com es pot analitzar la demanda?

L'anàlisi ha de estar sempre per sobre d'una realitat concreta. Quan coneixem quant, què i com estem a disposició d'escollir les solucions més pertinents. S'ha de conèixer prèviament, de forma qualitativa i quantitativa, la seva realitat<sup>20</sup>.

En l'anàlisi quantitativa de la demanda, o mesura de la utilització, hem de saber la pressió assistencial, la freqüentació (de vegades, s'anomena intensitat d'ús) i la població per professional (utilitzar la població assignada, si es coneix). Estan molt relacionades entre si i tenen interès a intervenir sobre l'excés d'utilització (sempre que les dades siguin fiables) complementant-se amb l'anàlisi qualitativa.

En l'anàlisi qualitativa s'ha d'anàlitzar la tipologia de la demanda, és a dir, el motiu de la consulta (necessitat assistencial o necessitat administrativa) i la seva previsibilitat (previsible o imprevisible).

S'han d'identificar les preferències dels pacients que vénen a les nostres consultes (la realitat és que en sabem molt poc, d'aquest tema),

Little et al., en una anàlisi factorial, ens proposen un model amb tres components que és capaç d'explicar fins al 91% de la variància: el primer component seria la comunicació, que inclouria, en la relació metge-pacient, escoltar, explorar les preocupacions i oferir explicacions entenedores; l'empatia (*partnership*) entesa com un espai de discussió i acord sobre les idees del pacient, el problema i els possibles tractaments; i el tercer component és la promoció de la salut, valorada com a control de factors de risc i aspectes de la millora de l'estat de salut del malalt<sup>21</sup>.

És necessari informar les decisions de qualsevol tipus, s'ha de reduir la sobreutilització de serveis infecciosos o insegurs, incrementar les tecnologies que siguin efectives on hi hagi infrautilització, en l'oferta s'han de reduir els riscos poblacionals (prevenció quaternària) i maximitzar el benefici social i incorporar els pacients a les decisions sobre l'ús de tecnologies d'alta incertesa<sup>22</sup>.

Fins ara, com diuen Peiró S et al, la política i la gestió sanitària s'han preocupat més dels preus dels serveis sanitaris, de les quantitats que es consumeixen, que es prescriu més genèrics o altres medicaments de baix cost, del nombre i el tipus de medicaments que es prescriuen, que no pas que l'estada mitjana sigui curta o que les intervencions es facin sense ingrès i quan s'intervé (aspecte que, fins i tot, és estimulat).

**Dra. Conxita Teixidó Armengol**  
Pediatria CAP Rambla de Ferran

### BIBLIOGRAFIA

- Gálvez Toro A. Variaciones en la Práctica Médica: proyecto VPM-IRYSS. Evidencia 2005 set.-des.; 2 (6).
- Peiró S, Meneu R, Bernal E. Editorial. Gestión Clínica y Sanitaria. Vol 7, Núm. 2. Estiu 2005.
- Fisher et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality and accessibility of care. Ann Intern Med 2003; 138: 273-87.
- Fisher et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction

- with care. *Ann Intern Med* 2003; 138: 288-98.
5. Fuch VR. More variation in use of care, more flat-of-the curve medicine. *Health Aff (Millwood)*. 2004; Suppl Web Exclusive: VAR 104-7.
6. SVMFiC: grupo de trabajo Gestión Clínica, febrero 2007.
7. Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. A population-based health information system can guide planning and regulatory decisions-making. *Science* 1973; 18: 1102-8.
8. McPerson K. The best and the enema of the good: randomised controlled trials, uncertainty and assessing the role of patient choice in medical decision making. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 6-15.
9. Peiró S et al. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el SNS? *Gac Sanit*. 2006; 20 (Supl 1): 110-6.
10. Barea J. Gasto público en asistencia sanitaria. *Papeles de Economía Española*, 1988, 37: 242-254.
11. Coll P. La dimensión del sector sanitario español ayer y hoy: variaciones y causas. *Información Comercial Española* 1990, 681-682: 75-87.
12. López-Casasnovas G. Financiación autonómica y gasto sanitario público en España, *Papeles de Economía Española* 1998; 76: 2-14.
13. López-Casasnovas G. Financiación del sistema sanitario español y su incidencia en el gasto: perspectivas macroeconómicas, territorial y funcional. En Antoñanzas F, Fuster J, Castaño E. *Avances en la gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica*. Barcelona: Asociación Economía de la Salud; 2000.
14. Murillo C. et al. La financiación privada de los servicios sanitarios. En López-Casasnovas G, Rodríguez D, eds. *La regulación de los servicios sanitarios en España*; Madrid: Civitas; 1997.
15. Alonso J, Herce JA. El gasto sanitario en España: evolución reciente y perspectivas. En López-Casasnovas G, Callau J, coords. *Necesidad sanitaria. Demanda y utilización*, Zaragoza: Asociación Economía de la Salud; 1999.
16. Matthew, GK. Measuring need and evaluating services, en McLachland G (ed). *Portfolio for health*, London: Oxford University Press; 1971, 6th Series.
17. Clavero A, González ML. Una revisión de modelos económicos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. *Rev Hacienda Pública Española/Revista de Economía Pública*; 173-(2/2005): 129-162.
18. Andersen RM. Behavioral model of families' use of health services. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies-University of Chicago Press, Research series n° 25; 1968.
19. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and acces to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995; 36: 1-10.
20. Casajuana J, Bellón JA. La gestión

de la consulta en atención primaria. En Martín Zurro A et al. eds. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier ED; 2003. 5ª ed.; 84-109.

21. Little P. et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 321: 1-7.

22. Bernal E. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (VPM). Coordinador científico. Editorial, Vol. 1, Núm. 1. Març 2005.

## La necessitat de recursos humans

L'ús inadequat del sistema sanitari es podria definir, a judici del professional, com l'ús dels serveis sanitaris amb més freqüència de la necessària pel motiu de consulta que es realitza<sup>1</sup>.

### Qui el produeix i on es dona?

Acostuma a ser realitzat per un grup més o menys definit d'usuaris que generen la majoria de la demanda, mentre que d'altres, probablement amb més necessitats de cura de la seva salut, no acudeixen mai a la consulta<sup>2</sup>. Determinats autors comuniquen que aquest primer grup, constituït pel 15% dels pacients, són generadors del 50% de les visites en Atenció Primària (AP)<sup>1</sup>.

En entrevistes no reglades a professionals d'AP i serveis d'Atenció Continuada (AC), defineixen un perfil d'usuari que recull en el seu historial clínic nombrosos antecedents de visites "no programades", "espontànies" o "urgents" a la consulta, serveis d'AC i d'Urgència (UR). Els motius de consulta no acostumen a ser per entitats medicoquirúrgiques que afectin la seva qualitat de vida o, almenys, són entitats la valoració de les quals podria ser demorada en el temps sense alterar significativament (dins del sentit comú) la qualitat de vida de l'usuari.

Un estudi<sup>3</sup> realitzat amb 276 pacients hiperfreqüentadors a Astúries va detectar un percentatge més elevat d'hiperfreqüentació en dones, sectors de població amb baix nivell educacional, majors de 45 anys, socialment no productius (la mestressa de casa a qui, en l'estudi, atribueixen el fet que disposa de més flexibilitat horària per anar a la consulta mèdica), jubilats (atribuïble a la seva comorbiditat) i aturats.

En un 95% dels casos, l'usuari hiperfreqüentador coneix bé el funcionament del sistema i les prescripcions que pot obtenir-ne, motiu

pel qual alguns treballs relacionen l'augment de la demanda amb l'augment de la disponibilitat de recursos sanitaris<sup>6</sup>.

Diferents estudis comuniquen que un nombre important de consultes per trastorns de conducta, somatització, simptomatologia poc definida i patologia psicosocial estan relacionades amb una disfunció de l'entorn familiar<sup>4,5</sup>.

Es considera que les persones amb trastorn psíquic utilitzen amb

## Caldria avaluar el pacient per detectar patologia que justifiqui la hiperfreqüentació

més freqüència els serveis d'AP, fins a detectar-se en el 50% dels consultants<sup>3</sup>.

Algunes situacions que es poden relacionar amb l'ús inadequat del sistema sanitari:

- a) Saturació de les consultes d'AP,

serveis d'AC i d'UR.

b) Pèrdua de temps potencialment utilitzable en pacients amb patologia greu que afecta qualitativament i quantitativament la vida del pacient.

c) Empobriment de la relació personal sanitari-usuari, sovint per fatiga del professional envers un usuari, reiteradament espontani.

e) Perpetuació de l'ús inadequat del sistema en l'usuari autòcton i participació en l'empobriment de l'educació sanitària de l'usuari no autòcton.

### Es podria millorar?

Atesa l'etiologia multifactorial del problema, el plantejament de solu-

cions resulta eminentment complex, i molt més si es tenen en compte factors com el marc d'actuació del sistema sanitari i l'entorn socio-econòmic i cultural on aquest és immers.

A part de les opinions que suggereixen alguna mena de copagament, caldria avaluar el pacient per detectar patologia psiquiàtrica o psicològica i somatització en l'usuari o en el seu entorn que justifiqui la hiperfreqüentació<sup>1,3</sup>.

Per realitzar aquesta tasca, és recomanable el treball de tot l'equip sanitari per tal de detectar l'etiologia de la hiperfreqüentació, amb la realització d'un abordatge integral del pacient i de l'entorn familiar i aprofundint en la recerca dels indicadors d'alarma i del perfil biopsicosocial de l'usuari hiperfreqüentador. Així mateix, és important detectar possibles factors dependents del professional i de l'organització del sistema<sup>1</sup>.

### Conclusions

Realitzar una educació sanitària, disposar de recursos humans adequats i de temps de visita suficient, entre altres, contribuirien a millorar l'ús del sistema sanitari<sup>1</sup>.

Malgrat tot, és imprescindible la col·laboració de l'usuari, que ha de ser conscient que un abús de la utilització del sistema sanitari és contraproduent per a ell, per als pacients, per al sistema i per al personal sanitari.

Dr. J. Melé Olivé  
MFIC

### BIBLIOGRAFIA

- Orueta Sánchez R. El paciente frecuentador. Guía de actuación en Medicina Familiar y Comunitaria. 3a ed. Barcelona: semFYC. 2006; 473-4.
- Delgado Sánchez A. Influencia de la necesidad y otras variables individuales. De la Revilla, ed. *Monografías Clínicas en atención primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. 1a ed. Doyma. Barcelona 1991; 11-9.
- Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, et al. Perfil del hiperfrecuentador en el centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 17: 100-6.
- Good MJD, Good BJ, Cleary PD. Do patient attitudes influence physician recognition of psychosocial problems in primary care? *J Fam Practice* 1987; 25: 53-59.
- Reger DA, Goldberg FA, Burns BJ, et al. Specialist / generalist division of responsibility for patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatr* 1982; 39: 219-224.
- Pineault R, Daveluy C, eds. *La planificación sanitaria*. Barcelona: Masson, 1987; 141-159.



# Los ojos de África



En el mundo se estima que hay unos 40 millones de ciegos, de los cuales el 80% están en los países subdesarrollados. Esto es debido a la carencia de medios y profesionales. El 80% de estas cegueras son tratables por medios quirúrgicos, farmacológicos u ópticos, lo que nos lleva a la conclusión de que muchas de estas personas podrían "regresar al mundo de la luz" con un tratamiento adecuado.

Desde que hace unos años tuve la oportunidad de vivir la increíble experiencia de colaborar en África, he trabajado con distintas ONG -Proyecto Visión en el St. Louis Eye Hospital (Mekelle, Etiopía) y Fundación Ruta de la Luz en el Hôpital Saint Jean de Dieu (Tanguetá, República de Benín)- y he ido acumulando un pequeño tesoro en todos los aspectos de mi vida. Y es que la sensación de plenitud que experimenté tras vivir el África real, conocer a sus gentes y poner mi esfuerzo al servicio de unos seres humanos para quienes una simple visita mía es un regalo que constituye un tesoro que me acompañará cada día de mi vida.

Soy oftalmóloga por vocación. En un momento en el que mis compañeros estudiaban futuras salidas profesionales o elegían especialidad dependiendo del prestigio, el número y la calidad de las guardias o la distancia geográfica de los suyos, yo ya me había enamorado de la especialidad cuando, siendo estudiante, tuve la maravillosa suerte de asomarme con un oftalmos-

Una persona que no ve bien no puede estudiar, no puede trabajar, es discriminada socialmente

La incidencia continuada de la radiación UV hace que existan multitud de personas ciegas por cataratas en África, incluso menores de 45 años

copio al fondo de ojo de un joven diabético y sentí que me zambullía en otro universo, algo increíble, que estaba ahí, al alcance de mi mano. Después de eso vinieron los años de especialidad y trabajo y, aunque todavía no han conseguido que me arrepienta de nada, sí que es cierto que, a veces, la presión asistencial, la burocracia y todas esas cosas que nos rodean en nuestra profesión han puesto a prueba mi entusiasmo. A veces "el milagro de la vista" se pierde entre papeles, números, reclamaciones, ingratitud, etc. Pero África me hace reconciliarme

conmigo misma y con mi profesión.

Posiblemente todos conocemos a alguien con problemas de visión y sabemos hasta qué punto eso hace su vida más difícil. Imaginemos ahora a esa misma persona en un país pobre en el que no hay acceso a la salud, ni a la protección social ni a las ayudas a la educación de las que nosotros disfrutamos. La lucha contra la ceguera es, sin duda, una acción de enorme impacto para luchar contra la desigualdad y dar dignidad a las personas. Una persona que no ve bien no puede estudiar, no puede trabajar, es discriminada socialmente -especialmente la mujer-, necesita otra persona que la cuide. Un niño que no ve bien por no llevar unas gafas adecuadas tendrá limitado su acceso a la educación y, con ello, todo su futuro. La incidencia continuada de la radiación UV hace que existan multitud de personas ciegas por cataratas en África, incluso en menores de 45 años. Las posibilidades de operación para la población más pobre son escasas o nulas debido a la falta de recursos humanos y económicos. La impotencia que se siente ante esta situación es grande, porque la catarata, hoy por hoy, es una de las cegueras más evitables del mundo.

En 1958, el polaco Ryszard Kapuscinski escribe en su libro *Ébano*: "El centro de la ciudad está densamente edificado. Hay mucho tráfico, multitud de gente, bullicio; la vida se hace en la calle. La calle no es sino mera calzada, separada de los bor-



Arriba, la Dra. Pilar Bolívar con dos niños tratados durante su última visita a África. Abajo, un niño afectado de cataratas



des por un arroyo-alcantarilla. No hay aceras. Los coches se entremezclan con la multitud pedestre. Todo avanza junto: peatones, automóviles, bicicletas, carros de portadores, y también vacas y cabras. En los bordes, más allá del sumidero y a lo largo de toda la calle, se desarrolla la vida doméstica y mercantil. Las mujeres machacan la mandioca, asan a la brasa bulbos de ocumo, cocinan algún plato, comercian con chicles, galletas y aspirinas, y lavan y secan la ropa. Y todo ello a la vista de todos, como si rigiese un orden que obliga a los habitantes a abandonar sus casas a las ocho de la mañana y a permanecer en la calle. La causa real es muy distinta: las viviendas son pequeñas, estrechas y pobres. El ambiente es sofocante, no hay ventilación; el aire es pesado, y los olores, nauseabundos. No hay con

qué respirar." Y parece que, a pesar de haber pasado 50 años, las cosas no han cambiado: el porcentaje de población bajo el nivel de pobreza es del 38,7% en Etiopía y del 37,4% en la República de Benín.

Pero es allí donde, entre el calor, las incomodidades y las necesidades, descubres que tú has ido para darles "el milagro de la vista", pero te vas con mucho más de lo que llevaste: su agradecimiento, sus bendiciones, su alegría -porque a pesar de las negras estadísticas económicas, la gente es feliz; a veces me pregunto si incluso más que nosotros-, la sonrisa del niño que descubre el mundo por primera vez, la esperanza recuperada de un futuro mejor. Y que no me digan que eso no es el mayor tesoro del mundo.

Para todos aquellos que estén interesados, que sepan que desde hace

unos años son muchos los médicos, de todas las especialidades, que han tomado conciencia y que se han creado multitud de organizaciones no gubernamentales para la participación en acciones humanitarias en países del Tercer Mundo. En muchas, como en las que yo participo, se aprovechan los periodos vacacionales para organizar las expediciones. Las hay en gran cantidad de países de América del Sur (donde el idioma facilita la experiencia), África y Asia. Sólo hacen falta ganas, la cartilla de vacunación completa y tiempo. Y para aquellos que no puedan ir, que no olviden que las donaciones no sólo sirven para financiar las expediciones, sino que ayudan a la educación de personal sobre el terreno, para que los voluntarios trabajen de manera continua y coordinada en la lucha contra la ceguera y luego, a su vez, formen a otros que permitan la continuidad de los proyectos.

Dra. Pilar Bolívar  
Miembro del SOLL

## DIRECCIONES DE ONG OFTALMOLÓGICAS:

**Andalucía por un Mundo Nuevo**  
Pérez Hervás, 10, 6º 41003 - Sevilla 954 411 849 jopelayo@supercable.es

**Asociación Nuevos Caminos**  
Jorge Juan, 65, 3º 28009 - Madrid 915 776 897 turkanaoftalmol@hotmail.com

**Cátedra UNESCO Salud Visual y Desarrollo**  
Violinista Vellsolà, 37 08222 - Terrassa (Barcelona) 937 398 913 unesco.vision@upc.edu

**Fundación Barraquer**  
Muntaner, 31 408021 - Barcelona

**Fundación Incivi**  
Ana Teresa, 24 28023 - Aravaca (Madrid) 913 078 942 incivi@incivi.com

**Fundación Mirada Solidaria**  
Gran Vía, 40 bis - 5º dcha. 48009 - Bilbao (Vizcaya) 944 597 258 begirada@miradasolidaria.org

**Fundación Ojos del Mundo**  
Tamarit, 144-146 entlo. 2ª 08015 - Barcelona 934 515 152 fundacion@ojosdelmundo.org

**Fundación Ruta de la Luz**  
José Echegaray, 7 28230 - Las Rozas (Madrid) 916 402 980 rutadelaluz@cione.es

**Fundación Visión Mundi**  
Calvo Sotelo, 14, principal 26003 - Logroño (La Rioja) contacto@visionmundi.org

**Médicos del Mundo - España**  
Andrés Mellado, 31, bajo 28015 - Madrid 915 436 033 informacion@medicosdelmundo.org

**Medicus Mundi Andalucía**  
Carretera Huetor Vega, 12, Edificio Puerto Lápice 18008 - Granada 958 135 070 andalucia@medicusmundi.es

**Medicus Mundi Bizkaia**  
Virgen de Begoña, 20, bajos 8006 - Bilbao (Vizcaya) 944 127 398 bizkaia@medicusmundi.es

**Proyecto Visión**  
Camp, 18, bajos 08021 - Barcelona 932 128 497 info@proyectovision.org

# L'Oncologia Radioteràpica a Lleida

L'especialitat d'Oncologia Radioteràpica ha format part del nostre hospital des que es va posar en funcionament, amb diferents ubicacions, dotacions i dependències jeràrquiques.

Fent un breu record històric, en un primer moment va formar part del Servei de Radiologia, en consonància amb la situació en aquell moment de l'especialitat, que aleshores era l'Electroradiologia i englobava totes les branques del funcionament dels elements físics en medicina. Posteriorment, i encara amb la mateixa dependència, va passar a denominar-se Radioteràpia fins que les especialitats es van separar. Llavors van passar a denominar-se Radiodiagnòstic i Oncologia Radioteràpica, respectivament.

Al principi, en consonància amb la tecnologia de l'època, l'equipament estava format per una unitat de radioteràpia superficial, una unitat d'ortovoltatge de 120 kV i una unitat Stabilipan de 300 kV.

La plantilla estava constituïda per un metge especialista i dues infermeres. Al final d'aquesta primera fase, Oncologia Radioteràpica va deixar de dependre jeràrquicament de Radiologia i va passar a fer-ho directament de la direcció mèdica del centre a l'organigrama hospitalari.

L'any 1993 es va dur a terme a l'hospital una profunda remodelació de l'especialitat, a la qual es va dotar de nous recursos, tant materials com humans. Des d'aquell moment, la Unitat d'Oncologia Radioteràpica està ubicada al soterrani de l'hospital, en un espai aproximat de sis-cents metres quadrats, construïts de nova planta, i amb la incorporació d'una zona de planificació de tractaments i una unitat de telecobaltoteràpia. A tota aquesta nova dotació s'hi va afegir l'equipament de radiofísica i els espais necessaris per a la posada en funcionament del nou servei (despatxos, consultes, cambra fosca per al revelatge de plaques radiogràfiques, zona d'espera de llits, etc.). A més, se'n va modificar la plantilla incorporant-hi metges especialistes, radiofísics i tècnics en Radioteràpia.

Finalment, l'any 2005 es va tornar a remodelar el servei, afegint-hi un espai que comprèn un búnquer on es

va instal·lar un accelerador lineal, amb espai per als seus equips d'operació, dos vestidors, una sala d'espera, dues noves consultes, tres despatxos i un nou taller on s'ha traslladat l'antic, amb la qual cosa s'ha aconseguit ampliar l'espai que es dedicava a Radiofísica. L'any 2006 va ser un any d'activitat febril al servei, amb l'objectiu de posar en funcionament els nous equips, fonamentalment l'accelerador lineal multienergètic i un sistema de planificació tridimensional, units per xarxa.

Una altra millora notable va ser la incorporació de la consulta d'infermeria. Els malalts en tractament radioteràpic presenten sovint efectes secundaris en forma de dolor, mucositis, epidermitis, pèrdua de pes, etc., que amb cures adients d'infermeria permeten finalitzar en millors condicions la prescripció de l'especialista, fet que suposa una millora del seu estat general i dels resultats a llarg termini.

Aquesta darrera remodelació va deixar el servei en disposició de poder tractar la majoria de localitzacions tumorals. De fet, l'any 2007 es van realitzar 838 primeres visites i prop de 5.000 visites successives, en què es van realitzar un total de 657 tractaments amb radioteràpia externa.

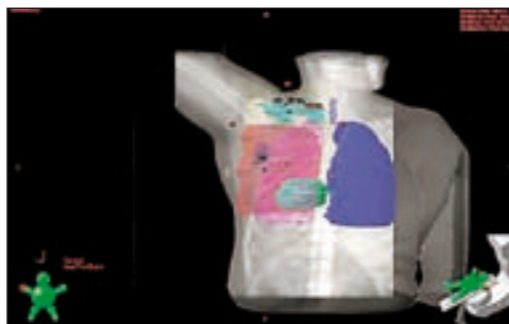
L'increment constant del nombre de pacients va fer que ja durant l'any 2007 es comprés a la casa Varian un nou accelerador monoenergètic, la instal·lació del qual està prevista que s'iniciï properament i que està planificat que entri en funcionament al més aviat possible. Aquesta instal·lació comportarà una nova remodelació del servei, amb una ampliació dels espais i probablement de la plantilla. Actualment, el projecte d'aquestes obres està en fase d'aprovació.

El juny d'aquest any es va produir un important salt qualitatiu. La comissió nacional de la nostra especialitat ens va acreditar per formar especialistes, la qual cosa representa un reconeixement a les condicions del servei i, a la vegada, un repte molt important que ha de millorar tots els aspectes docents i de recerca i, per tant, els assistencials.

En medicina i, encara més, en la nostra especialitat, en què la tecnologia



**A dalt, accelerador Clinac 2100 CD de l'HUAV. A sota, planificació tridimensional d'un tractament de radioteràpia externa**



és fonamental, sempre hem d'estar planificant la incorporació de noves tècniques i nous equipaments per aplicar-les. Aquestes tècniques, en tots els casos, tenen l'objectiu de millorar els resultats terapèutics i, alhora, disminuir els efectes secundaris.

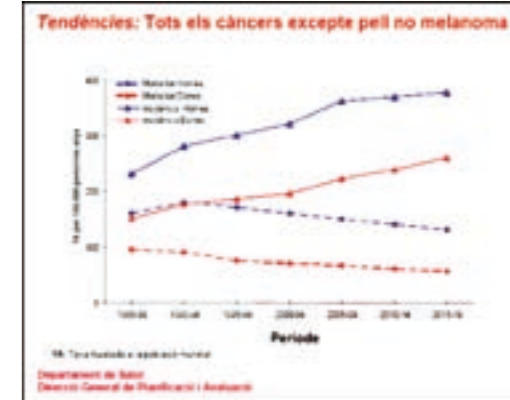
# Presente y futuro del tratamiento oncológico en Lleida

El cáncer es un problema de salud presente en todas las sociedades y conocido desde la antigüedad. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, coincidiendo con el progresivo control de las enfermedades infecciosas, esta enfermedad se ha establecido como la principal causa de muerte en la población joven (menores de 70 años). En Cataluña, la supervivencia de los pacientes con cáncer ha aumentado de forma considerable en la última década. La aparición de nuevos tratamientos y la mejora en la atención oncológica han contribuido de forma notable a este fenómeno. La combinación de una mayor supervivencia y el aumento de la población en las comarcas de Lleida ha incrementado la prevalencia de pacientes con cáncer y ha contribuido al aumento progresivo en la demanda sanitaria oncológica en esta área. Por otro lado, la mayor información de la población, promovida por todos los estamentos de la sociedad y muy principalmente de la propia Generalitat, ha generado unas expectativas sociales que añaden al incremento de la demanda un nivel de excelencia muy superior al de períodos pasados.

La atención oncológica en Cataluña ha evolucionado de forma constante a lo largo del siglo pasado y en los últimos años ha requerido un nuevo proceso de actualización que es un reflejo de la nueva percepción social de la enfermedad. En primer lugar, asistimos a una pérdida del factor miedo frente a la enfermedad por parte de la sociedad, que ha convertido la oncología en un asunto principal en el ámbito periodístico. Fenómenos sociales como el telemaratón o las asociaciones de pacientes reflejan un cambio profundo en la sociedad frente a la enfermedad. Se ha establecido también un profundo vínculo entre el tratamiento de esta patología y la estructura sanitaria, con una búsqueda por parte de los pacientes de los centros de excelencia, relacionando, a su vez, las opciones de curación con la necesidad de tratamientos complejos y multidisciplinarios. Ha desaparecido el concepto del cirujano o médico

aislado como único referente para la curación del paciente.

La introducción de nuevos fármacos, tanto para el tratamiento activo como para reducir el impacto de sus efectos secundarios, representa un nuevo reto de la Administración. Las perspectivas de crecimiento del gasto sanitario dedicado a oncología indican que esta especialidad seguirá creciendo a un ritmo mayor que el resto. Además, estos tratamientos son cada vez más complejos y requieren, por un lado, una especialización de los equipos de enfermería y, por otro, la integración y coordinación en la decisión terapéutica de otros especialistas, con la creación de la estructura del Comité de Tumores.



Se ha producido en la última década, y con especial relevancia en Cataluña, una integración de la investigación clínica y traslacional en los propios modelos sanitarios. El papel de los ensayos clínicos como ejemplo de excelencia clínica es cada vez más importante y caracteriza la innovación en la atención oncológica. También ejerce un papel importante la investigación traslacional, centrada en gran medida en el desarrollo de nuevas herramientas moleculares predictivas y/o de pronóstico. Otro factor que propiciará una nueva revolución en el planteamiento asistencial oncológico viene dado por las implicaciones de la detección de alteraciones genéticas predisponentes, algo que ya es una realidad en el cáncer familiar.

Finalmente, un debate aún por resolver es el grado de concentración de recursos sanitarios que requiere el diagnóstico y tratamiento del cáncer,

**Dr. J. A. Carceller**

frente a la desconcentración que se necesita para mantener una calidad de vida digna de los pacientes que requieren tales recursos, que llegan hasta la hospitalización a domicilio. Para que la asistencia oncológica sea eficaz, debemos crear sistemas de información que permitan conocer la demanda (cuantitativa y cualitativamente), la planificación (qué hacer y cómo llevarlo a cabo), la evaluación (resultados y opiniones) y la corrección de la misma. Dar respuesta a la demanda y las expectativas de calidad es una obligación del sistema sanitario y configura un valor añadido que desde el Institut Català de la Salut se debe ofrecer al ciudadano.

La Generalitat de Catalunya, a través del Pla Director d'Oncologia de Catalunya (PDO), plantea ser un instrumento que permita mejorar los servicios sanitarios en Cataluña con la intención de aumentar la eficiencia de las diferentes medidas preventivas y también terapéuticas. Articular en este contexto un plan, tanto estratégico como operativo, para la atención oncológica de la región sanitaria es obviamente algo más que la simple creación y dotación de unos servicios de Oncología Médica y Radioterápica como los que tenemos en la actualidad en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

En su condición de hospital terciario, el Arnau de Vilanova se encuentra ante la necesidad permanente de actualizar sus servicios para poder seguir ejerciendo su liderazgo asistencial, docente y de investigación. Esta renovación es más necesaria en aquellas especialidades que, como la Oncología, presentan continuas innovaciones terapéuticas. Pero el verdadero poten-

La renovación es más necesaria en aquellas especialidades que, como la Oncología, presentan continuas innovaciones

Nuestro impacto en salud está supeditado a la perfecta concentración de los múltiples servicios implicados en la diagnosis y el tratamiento

cial de mejora de nuestro hospital no se encuentra tanto en la aplicación de los tratamientos más modernos como en el cambio de mentalidad que precisa todo el centro en el proceso asistencial del paciente oncológico. Nuestro impacto en salud está supeditado a la perfecta concentración de los múltiples servicios implicados en el diagnóstico y el tratamiento de nuestros pacientes.

El instrumento básico para la propuesta estratégica de un plan de atención oncológica global es la implementación de los diferentes comités de tumores hospitalarios. Los comités de tumores, desarrollados en los Cancer Centers americanos en los años 80, se definen como grupos de profesionales con una visión trans-

versal y multidisciplinaria y formados para la interacción de los diferentes servicios involucrados en el proceso diagnóstico, terapéutico y preventivo de un determinado tumor. En términos generales, estos equipos están constituidos por cirujanos especializados en el tratamiento de tumores, patólogos, oncólogos médicos, radioterapeutas, hematólogos, radiólogos y especialistas de laboratorio, aunque, como hemos comentado anteriormente, están normalmente abiertos a todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial de un determinado tumor. Este grupo multidisciplinario se reúne de forma periódica para discutir el tratamiento específico de pacientes, así como para diseñar las guías y los protocolos de diagnóstico y asistencia y ensayos clínicos. En la actualidad están constituidos un total de 12 comités en el HUAV y dos más en el Hospital de Santa María.

La evolución natural de estos comités —y, finalmente, de toda la actividad hospitalaria del paciente oncológico— va dirigida hacia los equipos de tratamiento multidisciplinario. Nacidos a finales de los 90 en los propios centros americanos, son unidades funcionales básicas que persiguen la atención centralizada del paciente en el tratamiento de un determinado tipo de tumor. Los ETM tienen una función más amplia y globalizadora. En la actualidad, tan sólo existe una unidad funcional real con estas características en el HUAV: la Unidad de Patología Mamaria. Como ejemplo, esta unidad supone el 70% de la investigación clínica en oncología de todo el HUAV.

Dr. Antonio Lombart Cussac  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

# El Colegio frente las agresiones a los médicos

Noticias como que las agresiones físicas o verbales al personal sanitario de los centros de atención primaria y hospitales crecieron un 37% en 2007 no nos deberían dejar impasibles; no queremos considerar la violencia una parte de nuestro trabajo.

Los médicos tenemos que exigir que nuestro lugar de trabajo sea seguro, tanto por nuestro derecho a protegernos frente a las agresiones como porque la violencia afecta a la dignidad del profesional y amenaza la eficiencia y la propia seguridad de los ciudadanos, que pueden ser perjudicados por una atención médica alterada debido al impacto emocional que causa un entorno violento.

Desde hace años, el Colegio de Médicos de Lleida, cumpliendo un acuerdo del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, ofrece un seguro de agresiones a sus colegiados, que permite disponer de asistencia y asesoramiento jurídico para poder denunciar este tipo de actitud.

Si a eso le añadimos la gran noticia que recientemente la fiscalía de Cataluña considera las agresiones a los profesionales sanitarios como delito de atentado a la autoridad, esperamos que se moderen el número y la gravedad de los actos violentos contra los médicos y, en todo caso, se acabe con la impunidad de los agresores.

Muchas veces, cuando nos sucede un episodio violento no sabemos bien qué hacer y lo dejamos pasar, incluso en casos graves. Las causas pueden ser diversas (miedo, falta de información, pereza). Pensamos que la no notificación de los episodios da más fuerza a los agresores.

Desde el Colegio hemos querido crear una comisión formada por profesionales de diferentes áreas (Urgencias, Prevención, Psiquiatría, Atención Primaria), lo cual siempre enriquece las perspectivas para tratar el tema que nos ocupa.

- Nuestras propuestas serían:
- Fomentar la declaración entre los afectados y concienciar del problema a todos los ámbitos de la sociedad.
  - Disponer de un protocolo claro dentro del Colegio sobre qué hacer ante una agresión. Apoyar e informar de

- los pasos a seguir.
- Crear un sistema único de notificación de episodio y un sistema único de incidencias.
  - Trabajar conjuntamente con el Departamento de Salud para identificar las causas desencadenantes y la implantación de medidas preventivas y correctoras.

## Qué hacer ante una agresión

**PASO 1:** Situación tensa no deseada con el interlocutor

- Mantener el equilibrio emocional y

- no responder a las provocaciones.
- Ampliar la información de la situación que reclama el interlocutor sin entrar en una espiral de conflictividad.
- Si persiste el riesgo, se solicitará auxilio al vigilante de seguridad, si hay, y/o a los superiores o compañeros, que actuarán sobre el agresor para disuadirlo de su actuación y que, a la vez, pueden servir como testimonios de los hechos.

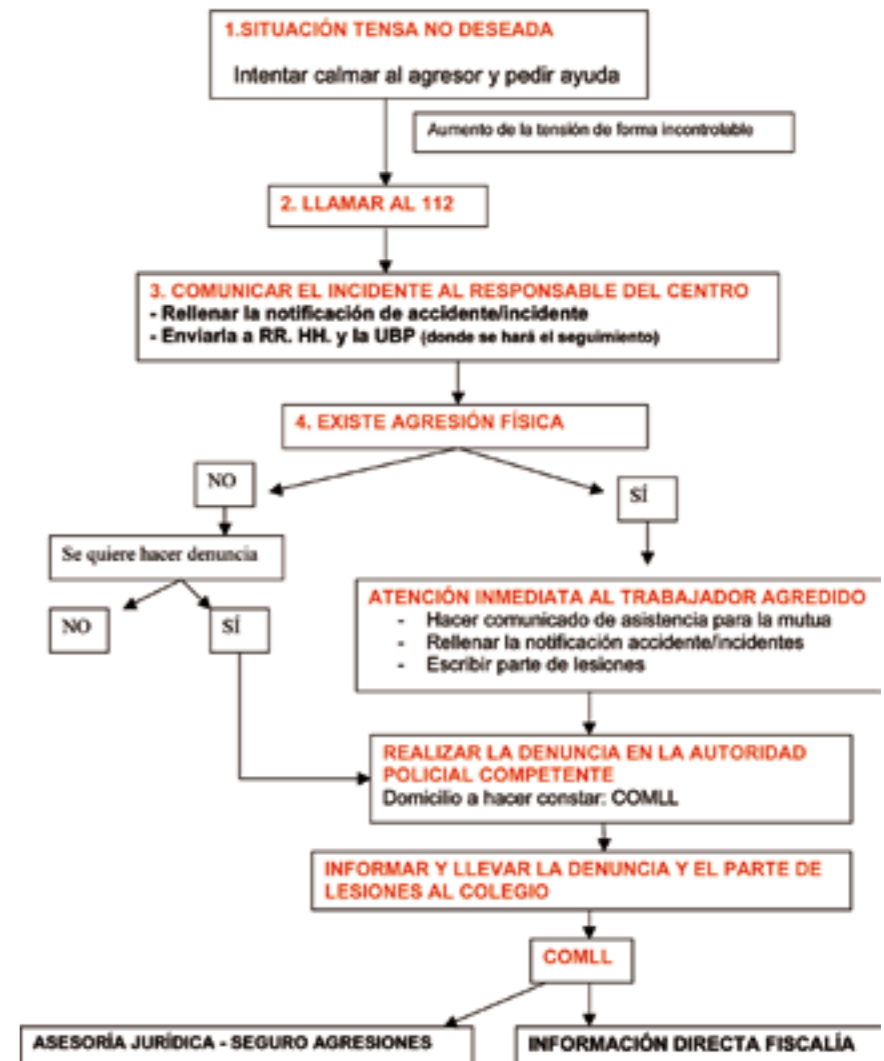
**PASO 2:** Alertar a los cuerpos y fuerzas de seguridad (112)

En caso de persistir la situación de violencia, se llamará al teléfono de emergencias 112. Mientras no lleguen, se mantendrá una actitud conciliadora, intentando no aumentar o agravar la situación.

**PASO 3:** Comunicar el incidente al responsable del centro

Controlada la situación de violencia, y una vez prestada, si es necesaria, la asistencia urgente al trabajador agredido, el superior directo procederá, conjuntamente con el trabajador, a rellenar el modelo de notificación de accidente/incidente previsto en el procedimiento PG/SG/01 de notificación, investigación y registro de los accidentes.

### MANEJO DE LA SITUACIÓN VIOLENTA



## 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

tes y enfermedades profesionales, para posteriormente enviar una copia de la notificación al director de la Unidad/ Dirección de Recursos humanos (RR. HH.) y a la UBP (Unidad Básica de Prevención).

En caso de que el agredido efectúe la denuncia, ésta será remitida también a RR. HH. y a la UBP.

**PASO 4:** Existencia de agresión física  
En caso de producirse lesiones, el superior directo rellenará el comunicado de asistencia y dirigirá al trabajador a la mutua correspondiente para que, de acuerdo con los contratos suscritos con el Instituto Catalán de la Salud, reciba la asistencia sanitaria física y/o psicológica necesaria.

Es recomendable acreditar delante de la autoridad judicial el tipo y grado de las lesiones, el mecanismo causal, el tratamiento recibido, etc. Por tanto, será imprescindible realizar el parte de lesiones, donde se debe:

- Identificar al agresor y a los testigos.
- Describir el episodio violento, indicando día y hora del incidente, e informar si existen antecedentes de anteriores situaciones tensas o de otras agresiones.
- Anotar detalladamente las lesiones, incluyendo su tipo, número, medida y localización, y el resultado de las exploraciones complementarias. Especificar el tratamiento recibido. Confeccionar un mapa anatómico donde se marquen las lesiones presentes y que facilite la descripción de éstas.

Si la situación de violencia se produce fuera de los centros propios del ICS, el trabajador agredido, en el momento en que la situación lo permita, lo pondrá en conocimiento de su superior directo y, si fuera necesario, llamará al teléfono 112 para movilizar a los cuerpos y fuerzas de seguridad públicos, así como a los dispositivos de asistencia sanitaria necesarios.

Una vez llegue a su centro la información, se seguirán los pasos referidos previamente.

**PASO 5:** Acciones legales

Las acciones legales tienen por objetivo satisfacer al agredido por los daños sufridos y son de un carácter compensatorio a la víctima.

Jurídicamente, las agresiones pueden ser de dos tipos:

- LESIONES, daños por violencia física (perseguidos de oficio).
- AMENAZAS, INJURIAS o CALUMNIAS, violencia de tipo verbal (perseguidos a instancia de la parte).

El asesoramiento para el debido amparo al médico agredido es complejo y tendrá que ser el propio afectado el que decida, entre las posibles acciones legales a adoptar, por cuál se decide.

Los colegios de médicos catalanes han suscrito una póliza de defensa jurídica de los médicos objeto de una

## El objetivo sería conseguir un reconocimiento de falta por parte del agresor Es procedente que los colegios profesionales apoyen la decisión del médico

agresión que comprende la totalidad de los colegiados con ejercicio profesional público o privado. Los médicos colegiados tendrían que dirigirse a su respectivo Colegio para solicitar y obtener el asesoramiento jurídico oportuno e impulsar las acciones judiciales que procedan.

Por ese motivo, se debe informar inmediatamente de los hechos al Colegio Oficial de Médicos de Lleida (973 270 811), preguntando por la persona encargada de tramitar las posibles agresiones a facultativos.

En caso de que el Colegio esté fuera de su horario de trabajo, se hará la denuncia igualmente en la comisaría y se pondrá en conocimiento del Colegio lo antes posible.

El parte de lesiones y la denuncia de la agresión se remitirán al colegio, y éste seguirá los trámites para informar a la fiscalía y a la asesoría jurídica del seguro de agresiones colegial. El agredido podrá establecer como domicilio el del colegio, y así mantener el suyo en el anonimato.

En caso de que el trabajador presente denuncia en las instancias pertinentes y de considerarlo oportuno, facilitará una copia de la misma a su superior directo y éste la remitirá a RR. HH. y a la UBP.

Es obligatorio por parte de la empresa dar soporte jurídico al trabajador, por lo que, recibida la notificación en la asesoría jurídica de la empresa, ésta se tendría que poner en contacto con el trabajador agredido, ofrecerle asesoramiento y el soporte legal necesario y valorar junto a él con el la adopción o no de acciones legales contra el agresor y si se decide llevarlas a cabo.

Hay que decir que, en ocasiones, aunque no se produzca denuncia por parte del trabajador agredido, la empresa se puede personar como acusación particular.

**PASO 6:** Otras acciones: extrajudiciales

Cuando la agresión es debida a amenazas encubiertas, insultos u otro tipo de agresiones no explícitas, el profesional a veces sólo precisa no volver a tener contacto con el enfermo, otras veces una disculpa y, en otras ocasiones,

a todos nos gustaría que el agresor recibiera una reprimenda de alguien, si no por parte de un juez, si por parte de la empresa.

El objetivo sería conseguir un reconocimiento de la falta por parte del agresor, una posible disculpa, así como un compromiso de su entorno de procurar que no se repitan los hechos.

La dirección del SAP puede hacer de intermediaria en el conflicto entre el agresor y el agredido, y se evaluará la posibilidad de la intermediación de la CUS: Coordinadora de Usuarios de Sanidad. Si el profesional quiere acabar definitivamente la relación profesional con el paciente agresor, lo comunicará a su director, que lo ejecutará inmediatamente y de oficio y lo comunicará a la dirección del SAP. Ésta lo comunicará urgentemente al paciente agresor, sin dejarlo en situación de desatención. Es necesario dejar siempre constancia de los hechos en la historia clínica.

La única limitación a esta facultad del médico de suspender la relación vendría dada por el caso de ser este médico el único disponible para atender una circunstancia de urgencia asistencial de la persona en cuestión, pero cualquier solicitud de asistencia programable o simplemente espontánea puede ser rechazada legítimamente por el profesional.

Esta previsión colegial deontológica (capítulo II, artículo 19 Código Deontológico catalán) se encuentra en el artículo 5 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Es evidente que la agresión, en cualquiera de sus formas, ejercida por un familiar o por el propio paciente contra el médico, atenta directamente contra las debidas condiciones para ejercer de forma eficiente la relación de confianza médico-paciente, además de ser humanamente inaceptable.

Por tanto, es procedente que colegios profesionales, centros u otras organizaciones profesionales apoyen la decisión del médico sin poner impedimentos al respecto.

El único requisito del profesional es poner a disposición del médico o del servicio continuador de la asistencia (otro miembro del mismo u otro centro) los antecedentes clínicos oportunos, si los hay.

En lo que respecta al agresor, la dirección del centro, coordinadamente con el SAP, le comunicará de oficio el cambio en la atención sanitaria que se le va a prestar a partir del incidente y el cambio de profesional o de centro que le va a atender, informándole, además, del apoyo de la institución al médico agredido. A su vez, cabe advertirle que evite cualquier incidente similar en el futuro, ya que se llegaría hasta los límites que la legislación permita.

**Dra. Susana Sarriegui**  
Médico de Familia. ABS Ronda

# El procediment de prevenció i actuació davant de situacions de violència estableix gestionar les agressions a l'ICS

Si tenim en compte que les agressions són una contingència freqüent, però infradeclarada, en què existeix la percepció subjacent de desatenció a les víctimes i que disposem d'un procediment que estableix qui ha de fer què, com i quan, la divulgació del procediment operatiu PO/PS/02, de situacions de violència de l'Institut Català de la Salut, vigent des del 2005, és la clau per millorar aquesta situació de partida.

Les agressions són una modalitat especial d'accident de treball que s'ha d'assistir, notificar i investigar. El procediment aporta, de forma ordenada i exhaustiva, unes pautes que cal seguir i, de ben segur, pot millorar la capacitat de resolució de conflictes dels treballadors i de la línia de comandament i, tanmateix, fer avançar en el grau de coneixement i control del problema dins de l'organització.

El procediment assigna competències específiques als comandaments

directes, als caps de servei o directores d'EAP, als vigilants de seguretat, a la Unitat Bàsica de Prevenció (UBP), a la Direcció de Recursos Humans, a l'Assessoria Jurídica i al treballador afectat.

La taula 1 resumeix l'abast i distribució d'aquestes competències, que, en definitiva, persegueixen satisfer les necessitats immediates i diferides que planteja qualsevol víctima d'una agressió (taula 2).

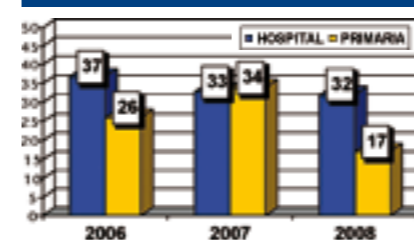
**Com actuar en un primer moment:**  
Davant d'una situació d'agressió que es pugui produir en qualsevol centre sanitari, se seguirà la següent seqüència:

En cas d'agressió, se sol·licitarà auxili al vigilant de seguretat, si n'hi ha, i/o als superiors o companys, que actuaran sobre l'agressor per tal de dissuadir-lo de la seva actuació. En cas que persisteixi la situació de violència, es trucarà al telèfon d'emergències 112 per tal de mobilitzar els cossos de seguretat

## Taula 2. Necessitats d'un treballador agredit

| IMEDIATES                                | DIFERIDES  |
|--|--|
| Rescat, si la situació ho requereix      | Investigació del cas                             |
| Assistència sanitària i emocional urgent | Seguiment  |
| Empara i sensibilitat                    | Reparació íntegra del dany: defensa jurídica     |
| Assessorament                            | Implantació de mesures correctives i preventives |

## Nombre total d'agresions declarades a l'ICS segons àmbit. Període 2006-2008



## Dades globals de l'ICS (hospital i atenció primària) Període gener-novembre 2008

| TIPUS D'AGRESSIÓ                            |           |
|---|-----------|
| Verbal                                      | 89,8%     |
| Física                                      | 4,08%     |
| Combinació verbal + física                  | 2,04%     |
| Danys a la propietat                        | 2,04%     |
| RELACIÓ AGRESSOR/VÍCTIMA (XIFRES ABSOLUTES) |           |
| Pacient nou                                 | 38        |
| Pacient habitual                            | 3         |
| Familiars o acompanyants                    | 8         |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>49</b> |

| PERFIL DEL PROFESSIONAL | HU ARNAU DE VILANOVA | ATENCIÓ PRIMÀRIA |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| Personal facultatiu     | 18,2%                | 40,62%           |
| Personal d'infermeria   | 78,8%                | 43,75%           |
| Personal no sanitari    | 3%                   | 15,62%           |

## Taula 1. Competències que assigna el procediment PO/PS/02

| COMANDAMENT DIRECTE   |
|---|
| Donar suport al treballador agredit   |
| Notificar i investigar l'agressió (procediment de notificació, investigació i registre d'accidents) |
| CAP DE SERVEI O DIRECTOR DE SAP I/O DIRECTOR D'EAP  |
| Proposar mesures correctores (annex I del procediment de situacions de violència)                   |
| Distribuir a tot el personal del servei els consells de seguretat (annex II)                        |
| Incloure les agressions en els plans d'actuació i pressupost del servei                             |
| UNITAT BÀSICA DE PREVENCIÓ  |
| Assessorar i ajudar en les investigacions   |
| Disposar d'un registre informatitzat d'agresions i realitzar l'anàlisi epidemiològica adient        |
| RECURSOS HUMANS   |
| Comunicar a l'Assessoria Jurídica de l'ICS i a la Direcció de RRHR del Centre Corporatiu            |
| Comunicar i trametre còpia de la denúncia presentada pel treballador                                |
| Preveure en el pla anual de formació la realització d'activitats formatives incloses a l'annex I    |
| ASSESSORIA JURÍDICA   |
| Avaluar, juntament amb la persona agredida, les accions legals que s'han d'emprendre i executar-les |
| Proporcionar l'assessorament i suport legal que s'escaigui  |
| Suport jurídic per garantir la representació i defensa del treballador agredit                      |
| TREBALLADOR   |
| Notificar l'agressió al seu comandament directe   |
| Col·laborar en les investigacions quan puguin aportar dades d'interès                               |
| Executar les mesures correctores que se li encomanin  |
| Facilitar còpia de la denúncia a l'autoritat (si es presenta) i al seu comandament directe          |

pública. Mentre no arriben els cossos i les forces de seguretat, es mantindrà una actitud conciliadora, intentant no augmentar o agreujar la situació. Controlada la situació de violència, bé sigui per l'actuació del comandament directe, vigilant de seguretat o companys o bé pels cossos o les forces de seguretat pública, i una vegada oferta, si és necessària, l'assistència urgent al treballador agredit, el comandament directe, conjuntament amb el treballador, omplirà el model de notificació d'accident previst al procediment PG/SG/01 de notificació, investigació i registre d'accidents i malalties profes-

sionals. **Mesures preventives:** Per fer una prevenció i contenció de qualsevol situació potencial de crisi, el procediment proposa una sèrie de mesures dirigides als centres i institucions sanitàries de cobertura pública (annex I) i, de forma simultània, exposa amb detall els consells de seguretat i les recomanacions per als treballadors (annex II). Ambdós annexos es resumeixen a les figures 1 i 2. Des de la Unitat Bàsica de Prevenció, i com a fórmula resumida sobre com prevenir i aturar l'escalada de violència que caracteritza una agressió, recomanem:

- 1 Anticipació. Interceptar amb els primers símptomes qualsevol conducta agressiva, especialment davant de certes tipologies de pacients: reincidents, presos, tòxicomans, malalts mentals, persones pertanyents a grups ètnics i culturals diferents al nostre...
- 2 Contenció. Hem de fer un esforç permanent de contenció, adoptant una actitud conciliadora, receptiva i sense cridar.
- 3 Autoprotecció. Abans de patir danys majors, hem de preservar la nostra integritat, reaccionar i fugir de l'escenari on es produeix la situació de conflicte.

**Dra. Esther Barbé i Illa**

**ANNEX I del procediment PO/PS/02**

**La prevenció de potencials situacions de conflicte**

- Reforçant les garanties/cobertures en la prestació dels serveis sanitaris
  - Prever als usuaris informació sobre prestacions, drets i deures
  - Prever als usuaris informació sobre prestacions, carters de serveis i organització dels centres
  - Minorar l'accessibilitat als serveis (ida privada), donar d'informació i d'atenció a l'usuari
  - Adonar de forma progressiva, les sales d'espera i altres espais públics
  - Facilitar l'estada dels pacients: protocols de comunicació i normativa d'acollida
  - Informar de forma oportuna i adequada sobre l'estat de salut de cada pacient
- Incident en la seguretat dels centres i de l'atenció domiciliària
  - Instal·lar dispositius de seguretat passiva
  - Establir procediments de comunicació i col·laboració amb els casos de seguretat
- Impulsant la formació dels professionals en resolució de conflictes
  - Tècniques d'empatia i assertivitat
  - Tècniques de comunicació i negociació
  - Tècniques de relaxació
  - Aspectes legals
- Avaluant els casos especialment difícils
  - Fomentant el treball en equip i les reunions de treball per cercar solucions

**ANNEX II del procediment PO/PS/02**

**Consells de seguretat pels professionals**

- Mantenir una actitud preventiva (anticipació)
  - No us queieu sola
  - Mantenu un camí curt per sortir
- Mantenir una conducta que ajudi a eliminar la violència
  - Mantenu una actitud tranquil·la, empàtica
  - No respones les amenaces amb amenaces
- Indicadors de risc de conducta violenta (per part del malalt)
  - Paraulas grogues, discurs paranoic o coaccionador
  - Senyalar amb el dit
  - Contacte ocular perlongat
- Proves si no es pot resoldre el conflicte
  - Fugir de la situació
  - Demanes ajuda als companys/ques de seguretat
  - Informeu el vostre superior immediat
- Maneig de l'usuari, familiar i/o acompanyant agressiu
  - Mantenu el control i no respones a les provocacions
  - Explicar i tornar de forma estable i professional
  - Deixar parlar l'usuari
  - Reconèixer les deficiències pròpies i de l'organització
  - Evitar la promesa fàcil excessiva o el contacte ocular perlongat

# L'entrevista motivacional, una eina útil

Moltes de les dificultats amb què ens trobem els professionals de la salut a la consulta fan referència a la comunicació amb el pacient. Això es fa més evident quan el que pretenem és la modificació d'hàbits de conducta poc sans. En aquest sentit, l'entrevista motivacional (EM) ha demostrat que és molt efectiva en la promoció de canvis cap a estils de vida més saludables.

Quan va sorgir la possibilitat d'escriure un article sobre l'entrevista motivacional al Butlletí Mèdic, adreçat al col·lectiu mèdic, vaig pensar que era una molt bona oportunitat per apropar aquesta eina, potser certament desconeguda, a professionals que en poden fer un bon ús.

Fa molts anys que aquesta eina té una eficàcia provada en el tractament d'addiccions, encara que també s'ha demostrat la seva utilitat en gran quantitat d'assaigs clínics en pacients amb sobrepès, diabetis o hipertensió que necessiten seguir una dieta alimentària i/o fer exercici físic.

## Característiques

L'entrevista motivacional és una entrevista semiestructurada, que no es confronta amb el pacient, centrada en ell i que pretén provocar un canvi en el seu comportament, així com ajudar-lo a explorar i resoldre les seves pròpies ambivalències. Facilita els canvis de conducta de forma col·laborativa en comparació amb altres models més confrontadors, com seria el model informatiu, que pretén convèncer el pacient amb rapidesa i consell dirigit des de l'autoritat.

L'entrevista motivacional consta de dues fases: una primera d'explorària, en què el que es pretén és l'establiment del vincle mitjançant un clima cordial i la identificació del motiu de consulta, i una segona fase resolutiva, en què s'aconsegueix enfortir el compromís per al canvi.

## Per què els pacients es resisteixen a canviar?

El que promou que les persones no canviïn és la manca de motivació. La motivació és un estat intern que depèn en gran mesura de circumstàncies

Fa molts anys que aquesta eina té una eficàcia provada en el tractament d'addiccions

L'EM facilita els canvis de conducta de forma col·laborativa

El que promou que les persones no canviïn és la manca de motivació

sidera que no porta a terme cap conducta que es pugui considerar problemàtica. Encara no ha entrat a la roda del canvi. "Si vinc aquí és perquè els meus pares m'hi obliguen. Jo no tinc cap problema i no he de parlar amb ningú."

2. Contemplativa: comença a valorar el pro i contra de l'hàbit insà. "M'agradaria fer esport per estar més activa, però no tinc temps."

3. Determinació: es planteja canviar la conducta. "Demà començo una dieta."

4. Acció: s'inicien accions per al canvi. "Avui m'he apuntat al gimnàs."

5. Manteniment: intenta mantenir-se abstinent i/o fer allò que s'ha acordat a la consulta. "Fa quatre setmanes que no fumo."

6. Recaiguda: torna a desenvolupar la conducta que va motivar l'inici del tractament. "L'altre dia no em vaig poder controlar i em vaig prendre un got de conyac."



L'objectiu del professional de la salut consisteix a promoure que el pacient avanci cap a les següents fases de canvi. La identificació d'aquests estadis possibilita adaptar les estratègies que ha de desenvolupar el professional en funció del moment de la roda del canvi en què es trobi el pacient. A més, permet percebre la recaiguda com un fet normal, com una part del procés de canvi, i facilita la desculpabilització del pacient i del professional, fet que permet avançar a la següent fase de la roda.

## Els cinc principis bàsics

Hi ha cinc principis que representen els pilars sobre els quals s'assenten les bases de l'entrevista motivacional, i que permeten promoure un clima cordial i acollidor que és la base per a la promoció del canvi:

1. Expressar empatia: es tracta de promoure un clima acollidor, centrat en el pacient i en què es parteix de l'acceptació. Es porta a terme l'escolta reflexiva, amb què s'intenta comprendre els sentiments i les perspectives dels pacients, sense jutjar-los, criticar-los ni culpabilitzar-los. L'ambivalència es considera normal.

2. Crear discrepàncies: partint de les pròpies raons del pacient per canviar, el terapeuta l'ajuda a identificar la diferència entre la conducta actual i els objectius que es volen aconseguir a través de l'augment del seu nivell de conflicte (detectant els valors i les...)

externes i que pot predir la probabilitat de realitzar un canvi. Miller & Rollnick (1991) la defineixen com "la probabilitat que una persona iniciï una determinada estratègia de canvi i la continuï portant a terme".

Ningú comença un canvi si no té clar que podrà dur-lo a terme. En aquest sentit, hi ha diferents aspectes que permeten que una persona canviï. Un és que la persona compti amb un locus de control intern, és a dir, "jo sóc responsable del que em passa"; un altre és l'autoconvenciment auditiu, és a dir, quan ens sentim dir que canviarem i com ho portarem a terme; un altre és el sentiment d'autoeficàcia, és a dir, un alt nivell de confiança en la pròpia capacitat d'èxit, i, finalment, és primordial una relació cordial i de confiança amb el metge.

## El model del procés de canvi

El procés de canvi s'ha conceptualitzat com una roda del canvi (Prochaska i DiClemente) segons la qual totes les persones passen per diferents estadis per aconseguir canviar. Basant-se en aquest postulat, la persona pot fer diverses vegades la volta a la roda abans d'aconseguir un canvi estable. Hi ha sis fases:

1. Precontemplativa: la persona con-

un donatiu                      un soci

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

**Fes-te soci. Faràs bé**

---

C/Elis 14 baixos 08021 - BARCELONA  
Tel. 93 418 47 82  
La Caixa 2108 1013 05 (COMPLA)1

Nom: \_\_\_\_\_  
 Cognoms: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_  
 Telèfon: \_\_\_\_\_  
 Adreça: \_\_\_\_\_  
 Població: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Entitat Bancària: \_\_\_\_\_

Destino col·laborar com a soci/a de medicus mundi amb la quantitat de:

25.000 €   
 10.000 €   
 5.000 €

mensual   
 trimestral   
 anual

FIRMES: \_\_\_\_\_

emoció que entren en contradicció amb els objectius futurs). Per exemple, un pacient deixaria de fumar, entre d'altres, per la preocupació de tenir un infart cardiovascular, tal com li ha fet veure l'especialista.

3. Evitar la discussió: es busca que al llarg de l'entrevista el nivell de resistència sigui tan baix com sigui possible. Cal no oposar-se a la resistència, ja que aquest fet generalment la reforça, informar-ne gradualment, etc.

4. Esquivar la resistència: consisteix a aconsellar el pacient sense imposar els propis punts de vista o objectius. Es convida el pacient a considerar la nova informació i se li ofereixen noves perspectives per fer-ho: "Agafi el que vulgui i deixi la resta."

5. Fomentar l'autoeficàcia: tenint en compte que l'autoeficàcia fa referència a la creença en la possibilitat de canvi, es tracta de promoure la responsabilitat d'elecció i el canvi personal i ajudar el pacient perquè canviï ell mateix per incrementar la percepció de la seva capacitat per fer front als obstacles i tenir èxit en el canvi. "No és fàcil fer dieta, i tu ho estàs aconseguint."

#### Estratègies d'intervenció

Hi ha un seguit d'estratègies per iniciar l'entrevista motivacional amb què es pretén treballar l'ambivalència i fomentar que els pacients expressin les raons que tenen per canviar. Són estratègies d'obertura que es poden fer servir també durant tot el procés de canvi:

- Fer preguntes obertes sobre el que porta els pacients a la consulta, l'hàbit insà i la motivació que tenen per al canvi. Aquest tipus de pregunta convida a un gran nombre de respostes, animant el pacient a explicar-se perquè s'incrementi la seva percepció del problema. Exemple: "Com afecta el tabac en la seva vida?"

- Escoltar reflexivament: consisteix a realitzar una deducció raonable sobre quin pot haver estat el missatge original, convertint-lo en una afirmació i assegurant que el que entenem és realment allò que el pacient vol dir, apropant-nos així al nostre interlocutor. Aquesta habilitat és fonamental i se'n fa ús habitualment.

- Reestructuració positiva o afirmació: es tracta de reforçar de forma positiva el que fa o diu el pacient, fent ús de frases de reconeixement i valoració. L'ús d'aquesta estratègia disminueix les resistències i fomenta l'autoeficàcia del pacient. Exemple: "Anar al gimnàs, tal com proposes, és un bon suggeriment."

- Fer sumaris o resums del més destacable de forma periòdica, reforçant



el que s'ha dit i confirmant que hem estat escoltant amb atenció. Aquesta estratègia prepara el pacient per seguir progressant en el seu procés de canvi. Resulta molt útil al final d'una primera entrevista.

- Afavorir i provocar afirmacions d'automotivació que mostren que els usuaris estan resolent la seva ambivalència i avançant cap a una decisió. Les preguntes que evocuen les afirmacions automotivadores poden ser de quatre tipus, segons on focalitzem la nostra atenció: en el reconeixement del problema, en l'expressió de preocupació, en la intenció de canvi i en l'optimisme davant del canvi. Exemple: "Què és el que el du a pensar que tenir el colesterol alt podria ser un problema?"

A part de les preguntes indicades, l'ús de "què més?" facilita que es continuï aprofundint en els aspectes comentats i ajuda a la promoció del canvi.

#### Tècniques per incrementar el nivell de consciència

Per facilitar que el pacient assumi la responsabilitat de part del conflicte —fet que representa la intenció de canviar la conducta problemàtica— comptem amb determinades estratègies: ajudar-lo en l'elaboració demanant-li exemples específics, fer ús d'extremes de les seves preocupacions per afavorir que es pugui imaginar les possibles conseqüències negatives; identificar l'estil de vida abans de l'aparició de la conducta problemàtica; demanar-li que s'imagini com serà

després d'haver modificat la conducta no sana i fer emergir els propis valors perquè es contraposin amb la conducta objectiu.

S'han d'evitar determinades trampes que poden promoure l'aparició de resistències, com ara la culpabilització del pacient, el fet de centrar-nos en el nostre rol d'expert i oblidar-nos del pacient o la realització de preguntes tancades que dificulten el procés de canvi.

#### Conclusió

En resum, podríem dir que l'entrevista motivacional és una intervenció breu, semiestructurada, no confrontativa i directiva que es desenvolupa en col·laboració amb el pacient.

Probablement, haureu trobat que feu ús de moltes de les estratègies proposades. L'entrevista motivacional compila un seguit de tècniques i els dona forma i sentit, de manera que, dedicant molt poc temps addicional a l'entrevista, els beneficis poden ser notables. Espero que la lectura d'aquest document us hagi aportat quelcom que us sigui útil i aplicable en la tasca assistencial del dia a dia.

Aquest escrit ha volgut apropar-vos a aquest tipus d'entrevista i encoratjar-vos, si ho voleu, a continuar aprofundint en el coneixement de l'entrevista motivacional, una eina útil per als professionals de la salut.

**Marta Cobo i Ariño**  
Psicòloga del CSMA Lleida-Segrià

# ¿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](http://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.







## Els metges també pensem en el futur.

Si ets metge, a Mutual Mèdica estaràs segur. Treballem en exclusiva per al col·lectiu mèdic i les seves famílies, oferint la màxima capacitat asseguradora. Els únics especialistes en assegurances personalitzades per als metges. Més de 85 anys d'experiència i 30.200 assegurats ens acrediten.



**MutualMèdica**

De metge a metge

**Mutual Mèdica us informa: 901 215 216** Oficina virtual: [www.mutualmedica.com](http://www.mutualmedica.com)