

Annals del Sagrat Cor

2024 | Volum 31. Número 4

HUMANITZACIÓ



ISSN 1695-8942



9 771695 894007

annalsdelsagratcor.org

Annals del Sagrat Cor

Fundats el 1993 pel Dr. Josep M^a Puigdollers Colás

Editor Jefe / Editor-in-Chief

J. Delás Amat

Editor Adjunto / Managing Editor

M.J. Sánchez López

Editores Ejecutivos / Executive Editors

M. Aguas Compaired
M. Balcells Riba
A. Arboix Damunt
M. Bruguera Cortada
L. Mata Haya
E. González Marín

Editores Asociados / Associate Editors

Cirugía General
R. Soliva Domínguez
C. Ortopédica y Traumatología
A. Isidro Llorens

Dermatología
M. Iglesias Sancho
Neumología
O. Parra Ordaz
Neurología
J. Massons Cirera

Psiquiatría
J. Seguí Montesinos
Radiología
E. Grivé Isern

Comité Editorial / Editorial Board

V. Andreu Solsona
Digestivo, HUSC
J. Bara Casaus
Maxilofacial, Instituto Bara-Gaseni
N. Barrera Aguilera
Urgencias, HUSC
X. Beltrán Ramón
C. Vascular, HUSC
J. A. Bombí Latorre
Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
E. Cánovas Robles
ORL, HUSC
J.M. Catalan Borrás
COT, HUSC
R. Coll Colell
Medicina Interna, HUSC
F. Dachs Cardona
COT, HUSC
V. De Sanctis Briggs
Dolor, HUSC
K. Diz Miserachs
Psicología, HUSC

J. Fibla Alfara
C. Torácica, HUSC
M. Galdeano Lozano
Neumología, H. Germans Trias i Pujol
F. J. Gil López
Neurología, HUSC
J. González Valdivieso
Farmacia, HUSC
M. Granados Plaza
CEIm, H. General de Catalunya.
C. Lombardía López
Infermería, HUSC
A. Lozano Miñana
Medicina Interna, HUSC
M. Martí Ejarque
Enfermería, HUSC
G. Martín Ezquerro
Dermatología, Hospital del Mar
L. Molins López-Rodo
C. Torácica, H. Clínic i Provincial
M. Monerri Tabasco
Anestesiología, H. Germans Trias i Pujol

C. Morcillo Serra
Medicina Interna, H. Sanitas CIMA
F. Orient López
Rehabilitación, HUSC
J. Palés Argullós
Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
C. Prat Torrevejano
COT, HUSC
V. Querol Borrás
Radiodiagnóstico, HUSC
E. Ramió Montero
Farmacia, Clínica Girona
C. Roca Saumell
CAP el Clot
R. Salas Campos
Medicina Interna, HUSC
M. Salleras Redonnet
Dermatología, HUSC
L. Tuneu Valls
Endocrinología, HUSC

Comité de Honor

C. Alegre de Miquel
E. Basilio Bonet

F. Fernández Monrás
P. Umbert Millet

G. Vidal López
E. Irache Esteban

EDITORIAL.....	148	ARTICLE ESPECIAL.....	181
L'Humanisme dels Annals		La figura del metge al Hollywood clàssic	
		La figura del médico en el Hollywood clásico	
DEBAT	149	<i>The portrayal of physicians in classic Hollywood movies</i>	
Humanización en la medicina		SONIA SARRÓ ÁLVAREZ	
EDUARDO IRACHE, NÚRIA RAMÍREZ CANO, KIRA DIZ I MISERACHS,			
NÚRIA BARRERA AGUILERA, ÁNGELA DÍAZ POVEDA, EDUARDO			
GONZÁLEZ, DR. JOSEP ORTIZ VALENTIN.			
ARTICLE ESPECIAL.....	154	PREMIS TRAJECTÒRIA PROFESSIONAL	186
Humanidades Médicas... corpus ideològic, pero con traducción práctica		FUNDACIÓ FAMÍLIA VILA-SABORIT	
Humanitats mèdiques... corpus ideològic, però amb traducció pràctica		Pepa Rafel	
<i>Medical Humanities... ideological corpus, but with practical translation</i>		Carmen Lombardía López	
FRANCESC BORRELL-CARRIÓ		Celia Obispo	
PROTOCOL	159	L'HOSPITAL ÉS HISTÒRIA.....	189
Evaluación del grado de Humanización de la asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Sagrat Cor		Metges de l'Hospital del Sagrat Cor	
Avaluació del grau d'humanització de l'assistència al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Sagrat Cor		El Dr. Josep Maria Biada i Viada, oftalmòleg, dirigí el Servei d'Oftalmologia de l'Hospital del Sagrat Cor	
Evaluation of the degree of Humanization of the assistance in the Emergency Department of the Hospital Universitari Sagrat Cor		MIQUEL BRUGUERA I CORTADA	
NÚRIA AYALA ROMERO, LAURA CUBELLS HIGES		IN MEMORIAM	190
SEMINARI	171	ÍNDIX VOLUM 31, 2024	191
Bones pràctiques en comunicació mèdica		Cena de Navidad, preparada por el Hospital Sagrat Cor y la Parroquia de Sant Eugeni Papa	
Buenas prácticas en comunicación médica		Barcelona, 23 de diciembre de 2024	
<i>Good practices in medical communication</i>			
ENQUESTA 2024. ANNALS DEL SAGRAT COR.....	177		
Enquesta d'opinió dels lectors de la revista Annals del Sagrat Cor			
Encuesta de opinión de los lectores de la revista <i>Annals del Sagrat Cor</i>			
<i>Opinion poll of the readers of the journal Annals del Sagrat Cor</i>			
EDUARDO GONZÁLEZ MARÍN, M ^a JOSÉ SÁNCHEZ LÓPEZ, JORDI DELÁS AMAT, LUCÍA MATA HAYA, MARGARITA AGUAS COMPAIRED,			
MIQUEL BALCELLS RIBA, MIQUEL BRUGUERA CORTADA			

Annals del Sagrat Cor (ISSN: 1695-8942) és publica trimestralment amb 4 números l'any.
Annals del Sagrat Cor està disponible online a:
<http://www.annalsdelsagratcor.org>

Correspondència: Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. c/ Viladomat 288. 08029 Barcelona.

Tel.: 933.221.111. mail: annals@annalsdelsagratcor.org

Disseny i maquetació: Sònia Poch · spoch44@gmail.com

D.L.: B-3794-93



Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor està subjecte a una llicència

Reconeixement-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons

Amb el suport de l'Associació Professional de Metges i Titulats Superiors



APMTS

L'Humanisme dels Annals

Comença aquest exemplar dels Annals amb un article del Dr. Eduardo Irache que ens parla de l'humanisme com una actitud de vida. I, amb uns moments com els actuals de fort individualisme, de poca preocupació per l'altre, és adequat que molta gent es declari humanista situant l'esser humà en l'eix social.

En el número es fa referència diferents vegades a la conveniència de la humanització en l'atenció sanitària i aquesta reiteració és necessària, pugnant perquè aviat humanització sigui inherent a l'atenció sanitària, i ja no es repeteixi per tractar-se d'una redundància.

L'assistència sanitària o és humana o ja no és assistència sanitària. Per això Kira Diz fa una crida a polítiques de llarg recorregut, en el convenciment compartit que les consecucions immediates dificulten els veritables canvis socials. Com diu Núria Ramírez en la relació terapèutica sempre hi ha quelcom a fer, per desesperant que sigui l'estat de salut. Es pot acompanyar, cuidar... i aquesta reflexió ha d'inundar altres esferes de l'atenció social. Eduardo González fa referència a les persones que tenen capacitat per entendre la malaltia i, en conseqüència, desenvolupar habilitats per sanar. És molt adient el seu comentari sobre que el sanitari atén a la persona allà on es troba i sintonitza amb la foto de portada, de Monica das Neves, que retrata els exàmens de salut al carrer, perquè és al carrer on es troben les persones examinades.

L'oferta de salut, al contrari del que a diari es proposa, no pot quedar dintre dels murs dels hospitals o dels centres de salut. Ni tampoc estar limitada a la tinença de carnets, o documents... Un cop més es constata la necessitat de col·locar la persona al centre de l'atenció sanitària.

Excel·lent l'article de Francesc Borrell que ens planteja moltes propostes. Les Humanitats en Ciències de la Salut suposen el diàleg amb les arts, ciències social i la filosofia, i poden transformar la realitat. També ens aporta una esperança, la de que un petit nombre de professionals motivar un gir positiu a un equip acostumat a les rutines, a més que un bon equip pot potenciar la vàlua del nou professional que s'hi incorpora.

L'avaluació del grau d'humanització a urgències és el tema que ens presenten Núria Ayala i Laura Cubells i és l'article que ha propiciat la monografia. Amb una bona pregunta inicial: quina és la percepció dels pacients sobre el grau d'humanització del Servei d'Urgències? El protocol, a més, fa esment del que és i no és humanitzar l'assistència. La resposta a aquesta pregunta ens donarà també idea de com es fem les coses en l'atenció urgent.

La discussió dels estudiants de sisè any del grau de medicina sobre Bones Pràctiques en Comunicació Mèdica ens il·lusiona, perquè és també el seu compromís. Com diu una de les primeres lectores de l'article, tant de bo facin sempre el que proposen. Estem segurs que sí.

Sovint des dels Annals ens preguntem per què escriure sobre medicina. En aquesta ocasió els lectors de la nostra revista ens alligonen sobre per què llegir-la. Moltes propostes pel Comitè Editorial que ens comprometem a tenir presents, i la satisfacció que es desprèn de que el nivell assolit és acceptat pels lectors.

Ens esperona per a seguir treballant per ells, per vosaltres, per a seguir transformant la societat.



Barcelona. Visites al carrer

Foto: Monica das Neves.

[www.instagram.com/
monicad_photography/](https://www.instagram.com/monicad_photography/)

Visita la pàgina

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/about/>

**Les instruccions pels autors
estan disponibles a la pàgina web**

Las instrucciones para los autores

están disponibles en la página web

The instructions for authors

are available on the website

Humanización en la medicina

Humanización *f.* Acción y efecto de humanizar o humanizarse

Humanizar 1. *tr.* Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo.

2. *prnl.* Ablandarse, desenojarse, hacerse benigno.

Sinónimos o afines de «humanizar»: ablandarse, dulcificarse, conmoverse, compadecerse, apiadarse, cambiar, condescender, comprender, transigir.

Humano Del lat. *humānus*.

1. *adj.* Dicho de un ser: Que tiene naturaleza de hombre (|| ser racional). U. t. c. s., frec. m. pl. para referirse al conjunto de los hombres.

2. *adj.* Perteneciente o relativo al hombre (|| ser racional).

3. *adj.* Propio del hombre (|| ser racional).

4. *adj.* Comprensivo, sensible a los infortunios ajenos.

Sinónimos o afines de «humano, na» humanitario, solidario, caritativo, compasivo, bienhechor, benefactor, filántropo, filantrópico, altruista.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.8 en línea].

<<https://dle.rae.es>> [Consulta 19 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/humanizaci%C3%B3n>

Humanismo posible

Eduardo Irache

Psiquiatra

El humanismo tiene como objetivo existencial al ser humano, situándolo en el centro. Es una actitud, una postura ante la vida de tipo filantrópico y antropocéntrico. La religión, la política, la ciencia, la economía, las ideologías no deben imponerse al hombre, sino estar a su servicio. Al servicio de su cuerpo, de su confort, del placer, respetando su autonomía, su desarrollo y crecimiento. Al servicio de su mundo espiritual, de su ilusión, del disfrute individual y social. Pero, naturalmente, el humanismo no consiste en que unos seamos humanistas y otros estén disfrutando de nuestro humanismo. El humanismo, o es recíproco o no se sostiene.

Estos objetivos humanitarios quedan recogidos, oficializados y consensuados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En la asistencia sanitaria, se deben tener en cuenta los derechos humanos y añadir la gran aportación de la creación de la Bioética. La Bioética puesta en marcha sin violencia, ni imposiciones, ni dogmatismos. Con diálogo y amabilidad se ha hecho un sitio importante en la asistencia sanitaria. Ha humanizado la relación con el paciente de una manera impensable hace cincuenta años. Ha sido una revolución sosegada.

¿Son los tiempos propicios para la lírica? Cuando los sanitarios están presionados en sus rendimientos, con ratios agobiantes y economías mejorables, ¿están en disposición de poner en práctica el trato en la línea humanitaria descrita? Vamos paso a paso.

Primum non nocere. La no maleficencia en los cuidados está claro que es exigible. Sin embargo, las exigencias pueden agotar la paciencia. La forma y la actitud del sanitario pueden verse afectadas. La actuación en equipo y el trato franco interprofesional pueden paliar la posible pérdida del buen tono.

Es fundamental, aunque a veces no se le dé importancia, estar presente, asistir, estar disponible, saludar, no pasar de largo. Que el paciente pueda decir: "Este es mi médico". El estar ahí facilita una confianza y aceptación mutua. La salud es cosa de dos. El profesor Ramón Payés me dejó emocionado al explicar lo que significaba el paso del tiempo cuando se espera a la enfermera o al médico. "Se hace larguíisimo".

Un paso más en la relación es la escucha. Comporta una implicación, una complicidad por parte del médico. Con la escucha, el médico acoge. Se va creando empatía. Ir y escuchar es un importante consuelo.

Otro capítulo es la información. Que sea clara y legible. Este es el punto de partida necesario para lo que se puede considerar una negociación: el médico va a proponer el tratamiento. El paciente debe escuchar la información y contrastarla con sus criterios y valores para tomar la decisión que le parezca más adecuada. Todo esto en un clima de diálogo.

Para ir más lejos en el humanismo, es deseable que el sanitario en el encuentro con el paciente sea amable, cordial y afectuoso. Creo que es deseable, pero no obligado ni exigible, por dos motivos: primero, porque ser más o menos amable es muy consustancial a la persona y, por lo tanto, poco modificable. Y, segundo, lo más importante es la buena educación, el respeto mutuo y la cortesía.

Cuando creamos el Comité de Bioética, alrededor de 1989, algunos compañeros me preguntaban: "¿A cuento de qué un Comité de Ética?", ya que en el hospital la asistencia era muy correcta por parte de todos los estamentos. Tenían sus razones, porque no conocían los cambios que suponía la Bioética. Esta observación me sirvió para aprender que los cambios no han de ir contra nadie, han de ser a favor del paciente, sin violencia y sin dogmatismos.

Si hubiera que replantear una asistencia con un enfoque más humanista, debería llevarse a cabo con una labor amable, respetuosa, sosegada.

Humanització en l'atenció sanitària

Kira Diz i Miserachs

Psicòloga General Sanitària

Com bé sabem, en els darrers anys, l'empitjorament de la Salut Mental ha incrementat exponencialment. Segons el darrer informe de l'Organització Mundial de la Salut, a Catalunya hi ha al voltant d'1 milió de persones (13% de la població) afectades per un trastorn mental i cada cop més, l'edat d'inici va disminuint provocant una greu repercussió en els més joves.

Avui en dia, malgrat haver augmentat el nombre de professionals en la Salut Mental, tant en CAPs, com centres de dia infantojuvenils i d'adults, com en hospitals, cal esmentar que encara ens queda tot un llarg camí. No podem treballar sols, és totalment necessari que hi hagi un model integral per a promoure la salut mental que inclogui una política d'inclusió social, el fet d'accedir a l'habitatge i disposar d'ingressos per viure. Es tracta d'una situació en què també es troben altres països del món i que respon a una orientació molt medicalitzada i que cal redirigir amb més inversions per promoure mesures de promoció, prevenció i protecció dins i fora del sector sanitari.

Des del punt de vista psicològic, àmbit al qual em dedico professionalment, ens trobem en un moment molt crític. El nombre de pacients i els

trastorns cronificats són impressionants. No hi ha espais en les agendes donada la gran demanda, i no podem abordar bé les diferents patologies que presenta la persona perquè el temps és també limitat. Si continuem així, ens trobarem que tots els professionals de l'àmbit de la salut tant en la població juvenil com en l'adult, ens posarem en risc i també presentarem simptomatologies associades a un deteriorament i desgast mental que poden derivar a patologies més severes i, per tant, no podrem assolir el nostre treball, ni tindrem la capacitat d'humanitzar o valorar la dignitat i la individualitat de cada persona, oferint una atenció individualitzada.

Ens agradaria fer una crida a tots aquells organismes que puguin ajudar-nos a crear polítiques d'educació sanitària de llarg recorregut, que permetin promoure un canvi cultural per tal de desmedicalitzar a la població i aconseguir una capacitat d'autocura i autoresponsabilitat en la salut mental. A més a més, s'hauria de promoure el treball multidisciplinari amb diferents entitats i l'augment de professionals tant de psicòlegs, com de psiquiatres per poder tenir una millor qualitat assistencial en l'àmbit públic.

Un reto en el tiempo: la relación terapéutica

Nuria Ramírez Cano

Equipo de enfermería, 5ª planta. Hospital Universitario Sagrat Cor

Desde enfermería siempre nos ha preocupado mucho cómo cuidar al paciente de forma integral y para ello la comunicación es una herramienta vital.

Para poder establecer un buen plan de cuidados que abarque todas las áreas de la persona: física, mental, emocional y espiritual, se debe establecer una buena relación terapéutica en la cual el paciente se sienta informado y acompañado.

Tenemos que diferenciar la relación de la que se establece en la vida privada. Para ello es importante que los profesionales se formen en las habilidades necesarias para abordar aspectos que pueden generar impacto emocional como: la empatía, la escucha activa, la presencia, la comunicación.

Hay que tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro, para así poder comprender mejor al paciente y su familia. Es necesario permitir que

el paciente exprese libremente sus emociones, evitando los juicios de valor. Se le debe conceder el tiempo que necesite para preguntar sus dudas. Sobre todo, la información no puede sonar como "no hay nada que hacer". Es necesario hacerle saber que se puede estar ahí, acompañándolos y cuidándolos, tratando de evitar el dolor.

También es importante poder abrir un diálogo para explorar con el paciente y su familia, sus creencias, valores, deseos y miedos. Es a través de su narrativa, de donde obtendremos la información. Ejemplos de preguntas que nos pueden ayudar a elaborar un plan de cuidados conjunto:

- ¿Qué es lo que más le preocupa de su estado de salud?, ¿cómo evolucionará?
- ¿Cómo cree que le afectará su enfermedad en un futuro?
- ¿Qué cosas en la vida le dan fuerzas?

- ¿Ha pasado anteriormente por situaciones difíciles?, ¿qué recursos utilizó para superarlas?
- ¿Cómo le gustaría que se le informara sobre su salud?, ¿detalladamente?, ¿solo destacando lo más importante?
- ¿Cuáles son sus valores? Para algunas personas es más importante alargar la vida, mientras que para otros lo es más aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida, aunque esto suponga acortarla.

Es importante dejar un espacio y un tiempo para que el paciente reflexione sobre lo que se ha hablado y pueda plantear cualquier duda que le surja.

Establecer una buena comunicación terapéutica nos ayudará a tomar decisiones y realizar un plan de cuidados conjunto que mejorará la calidad de la atención hospitalaria.

Humanización

Núria Barrera Aguilera

Médico de Urgencias



Para mi, este cuadro representa la humanización en medicina.

Sir Samuel Luke Fildes, The Doctor. 1891. Luke Fildes, Public domain, via Wikimedia Commons.

Humanización en urgencias

Ángela Díaz Poveda

Médico de Urgencias

La sensibilidad humana que se da al enfermo forma parte de nuestra atención, básica para poder entender sus problemas de salud y darle confort durante y después de su proceso de enfermedad. Ponernos en su lugar, nos hace sentir cómo nos gustaría ser acogidos y cuidados. Un reto en el tiempo: la relación terapéutica

En busca de la humanización perdida

REFLEXIÓN LIBRE SOBRE NUESTRA PROFESIÓN SANITARIA EN TIEMPOS TECNIFICADOS

Eduardo González

Médico de Urgencias

El título en sí da para reflexionar: buscar humanidad en la profesión que quizás ha sido la más humana desde que el hombre existe como especie. El arte de curar.

En todas las culturas, desde los comienzos de nuestra existencia, ha habido sujetos capaces de entender el enfermar, y que observando la naturaleza, desarrollaban una habilidad para sanar. Estos individuos, a quienes sus congéneres recurrían, los atendían, aconsejaban, prescribían curas y cuidaban.

Con el transcurso del tiempo, la observación sistemática de la enfermedad y la transmisión de la experiencia adquirida, se empezó a formar a ciertos individuos como sanadores, curanderos, chamanes, etc. En una tradición que se transmite de generación en generación.

El desarrollo de la civilización y la cultura empieza a sistematizar tanto la enseñanza como el arte de curar. Se registran y describen las enfermedades y sus remedios, aparecen los primeros tratados (papiro de Ebers, 1550 a.C.) y conocemos a Hipócrates, cuyo canon o código de conducta es vigente en nuestros días en versiones más acordes a los tiempos actuales (ver recuadro). Pues no, nada de eso.

Desde la época helenística, la curación ha sido un acto humano, el médico veía, exploraba, con sus manos al enfermo, lo atendía allá donde estuviera. Le explicaba su mal y le hacía las recomendaciones necesarias para su alivio y mejoría. Con una atención directa, cara a cara. El gesto también es comunicación; las manos no solo perciben, sino que también transmiten, ayudan y alivian.

¿Hemos renunciado a todo eso o, lo que es peor, lo hemos rechazado?

El progreso científico nos ha permitido como médicos entender mejor el proceso de enfermar, adquirir capacidades para aliviar y tratar las dolencias, conocer mejor la anatomía y fisiología del ser humano.

A pesar de todo este bagaje, parece que hemos olvidado la importancia de la mirada y el tacto. Ahora, somos capaces de diagnósticos más precisos, aplicamos tratamientos más eficaces, pero, aun así, hay situaciones que nos desconciertan.

Hemos aprendido a hacer cosas increíbles, a nuestros antecesores les parecería magia o brujería. Vemos y exploramos nuestro organismo hasta nivel molecular. Movemos átomos para conseguir solucionar un determinado cáncer.

¿Y ahora qué? ¿Y el paciente? Asustado, débil, postrado, solicitante de ayuda. ¿Conocemos al paciente?, ¿le hemos visto la cara?, ¿qué sabemos de él?

Desde mediados del siglo XIX, el médico, que hasta entonces hacía prácticamente de todo, comenzó a especializarse. Esta tendencia tiene un importante beneficio en el mejor dominio de áreas de conocimiento concretas, la medicina ya empezaba a ser muy amplia. También se empieza a adquirir habilidad suficiente para ejecutar procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cada vez más complejos.

El siglo XX nos trae grandes avances tecnológicos, la radiología, la ecografía, la tomografía, la genética, la biología molecular, los antibióticos, la quimioterapia, los anticuerpos monoclonales, la radioterapia, etc. Ahora disponemos de gran cantidad de herramientas para tratar a los pacientes. Y el siglo XXI llama a la puerta con un nuevo avance, la Inteligencia Artificial, con incertidumbre sobre su papel en el futuro (no lejano). ¿Será un rival o un ayudante?

¿Cómo estamos tratando al paciente? Le extraemos muestras de fluidos, le hacemos pruebas de imagen, análisis bioquímicos, celulares, biopsias, marcadores de algo. Le sometemos a escalas, de todo tipo. Y rellenamos informes, peticiones, solicitudes, prescripciones, y le hacemos un diagnóstico que solo entendemos nosotros.

En medio de esta locura, una vorágine con prisa para enredarse aún más en sí misma, ¿qué hacemos?

No vemos al paciente, suele estar detrás del monitor de la consulta (por si no lo sabías), conocemos su nivel de sodio en sangre, miramos con atención su radiografía de tórax, o la tomografía, copiamos el informe de biopsia en la base de datos. Pero, ¿por qué venía? ¿Un dolor en el costado? ¿Qué edad tiene? ¿A qué se dedica?

Cambiemos de lado. ¿Qué espera el paciente enfermo que viene a la consulta? ¿Quiere que le hagan una batería de pruebas y que en alguna de ellas salga algo que le diga por qué le duele el costado?

Me parece horroroso, hemos perdido todo lo que somos o deberíamos ser.

El paciente ya no espera ni que le escuchemos. Ya ha realizado su búsqueda en las redes y bases de datos y espera que le pidas la prueba que mágicamente le conteste a sus temores.

Lo sé, no todo es tan pesimista, porque algo en nosotros se resiste, se quiere sublevar contra todo eso y levanta la vista, ladea la pantalla y habla con la persona que tiene delante, tratando de entender qué quiere, y jugando con la ventaja de toda la tecnología que le asiste.

La tecnología asiste, es el logro que nos permite hacer casi magia, pero no lo es todo, el paciente sí es un todo y como tal hay que entenderlo.

Frente a esta frustración, que es el alejamiento del trato con el paciente, se mueven muchas iniciativas, organizaciones, jornadas que reivindican recuperar esta relación de persona a persona, la confianza del paciente en su sanitario y la esperanza de que va a hacer lo mejor para él.

Desde los entornos más agresivos para el paciente, por su masificación o por su tecnificación, como son las unidades de cuidados intensivos o servicios de emergencias o urgencias, surgen llamamientos a su humanización. De ahí que estén en marcha proyectos como el proyecto HUCI, que se enmarca en la corriente mucho más amplia de HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

Menos mal, no nos rendimos a la burocracia agobiante, la masificación de la consulta, el exceso de información, y volvemos a buscar la esencia de la relación sanitario-paciente.

Un paciente que ahora también tiene que poner de su parte para volver a recuperar el trato perdido.

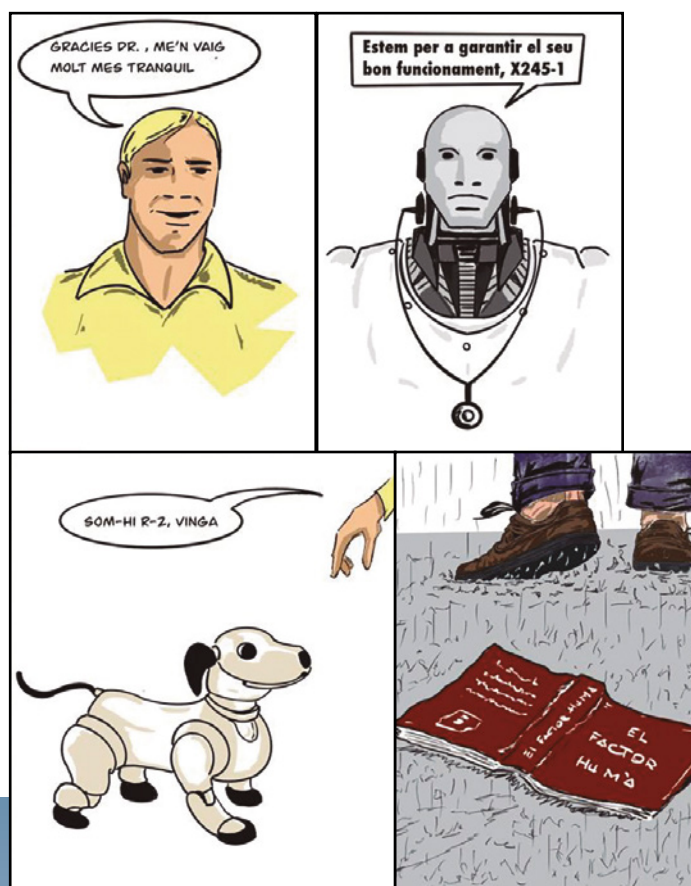
La tecnología nos da soporte, información, datos, criterios, pero no perdamos el gesto de tender la mano al que nos solicita consejo y ayuda.

En nuestro hospital, somos conscientes de todos estos problemas e iniciativas. En el presente número, se describe un proyecto que involucra al personal de urgencias, y el trato que al paciente estamos dando, independientemente de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que necesita.

Humanisme

Dr. Josep Ortiz Valentin.

Cirurgià Vascular



Declaración de Ginebra

Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM en Ginebra (Suiza), en septiembre 1948, y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, en Sydney (Australia), en agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, en Venecia (Italia), en octubre 1983, y la 46ª Asamblea General de la AMM, en Estocolmo (Suecia), en septiembre 1994, y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo, en Divonne-les-Bains (Francia), en mayo 2005, y por la 173ª Sesión del Consejo, en Divonne-les-Bains (Francia), en mayo 2006 y enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, en Chicago (Estados Unidos), en octubre 2017.

COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA, PROMETO SOLEMNEMENTE:

- DEDICAR mi vida al servicio de la humanidad;
- VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;
- RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;
- VELAR con el máximo respeto por la vida humana;
- NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;
- GUARDAR Y RESPETAR los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes;
- EJERCER mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica;
- PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;
- OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;
- COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud;
- CUIDAR de mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel;
- NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;
- HAGO ESTA PROMESA solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor

Humanidades Médicas... corpus ideológico, pero con traducción práctica

Humanitats mèdiques... corpus ideològic, però amb traducció pràctica

Medical Humanities... ideological corpus, but with practical translation

Francesc Borrell-Carrió

MF, MD, Grupo C&S SEMFyC, UB, CBC, CAMFiC, Fundación Letamendi-Forns.

Palabras clave: Competencia Clínica; Educación Médica; Ética clínica; Humanidades/ educación.

Paraules clau: Competència Clínica; Educació Mèdica; Ètica clínica; Humanitats/ educació.

Keywords: Clinical competence; Education, Medical; Ethics, Clinical; Humanities/ education.

Correspondència: 12902fbc@comb.cat

Borrell-Carrió F. Humanidades médicas... corpus ideológico, pero con traducción práctica. Ann Sagrat Cor. 2024; 31(4): 154-158.

Definamos Humanidades Médicas como el diálogo entre la medicina, las humanidades, las artes, las ciencias sociales y la filosofía, especialmente en sus ramas de ética y epistemología, aunque no de manera exclusiva. Adjetivar como "médicas" a las humanidades resulta ya anacrónico. Deberíamos hablar de "Humanidades en Ciencias de la Salud" para incorporar no solo otras prácticas profesionales, sino también nuevas áreas de conocimiento: bioingeniería, biofísica, etc.

En España, no encontramos escritos bajo el título de "Humanidades Médicas" hasta la década de los 80 del pasado siglo, aunque Marañón, Rof Carballo y Laín Entralgo, entre otros, ya habían realizado aportaciones que podemos inscribir netamente en esta categoría.

Desde sus inicios, dos tipos de motivación impulsan las Humanidades Médicas: comprensión y transformación.

COMPRENSIÓN

La primera, decíamos, es el afán de comprender en profundidad la naturaleza y realidad humana y cuáles pueden ser los fines de la Medicina. Los aspectos biológicos de la medicina no pueden separarse de los contextos culturales y relacionales en los que se desarrollan. Las últimas décadas del pasado siglo se caracterizaron por una creciente preocupación por una medicina poderosa, tecnificada, cada vez más protocolizada y resolutive, pero también menos compasiva y personalizada. De ahí el nacimiento del modelo biopsicosocial (Engel G.) [1,2], los grupos de reflexión Balint o el auge de medicinas alternativas, también denominadas "holísticas". En cierto modo, podríamos afirmar que el modelo biopsicosocial plasmaba la

visión, valores y propósitos de las Humanidades Médicas.

Revistas en aquella época tan importantes como *Jano* o *Folia Humanística* [3] -de la que celebramos este año 2025 su X Aniversario en su renovada etapa- dedicaban secciones completas a las Humanidades, propiciando el asentamiento de viejos aforismos, tales como "quien solo sabe de Medicina, ni Medicina sabe". La segunda mitad del siglo XX se caracterizó por la emergencia del Estado del Bienestar, con diferentes estrategias para democratizar los servicios de salud. Tan pronto como en la década de los 60, Laín Entralgo había diagnosticado bondades y flaquezas de lo que llamó "la medicina socializada" [4]:

"El afán de justicia social y un discreto nivel en la formación del médico no son suficientes, por sí solos, para el logro de una buena asistencia médica socializada. Esta no sería posible sin el efectivo cumplimiento de los siguientes presupuestos: a) Suficiencia económica. El Seguro de Enfermedad no puede no ser caro, si ha de ser eficaz. Sólo las sociedades, en alguna medida urbanas e industriales, pueden pagar una medicina socializada de cierta calidad, b) Capacidad técnica. La organización de un Seguro de Enfermedad es faena compleja, no sólo desde un punto de vista médico, mas también desde un punto de vista administrativo. Una sociedad en que no haya penetrado de manera suficiente la mentalidad racionalizadora y racionalizada del mundo moderno, no podrá socializar con eficacia su medicina, c) Formación moral. El buen rendimiento de un Seguro de Enfermedad exige como presupuesto la vigencia de una buena moral civil y social. Sin la general disposición de las almas a considerar como fuente de deberes las múltiples instancias en que se expresa la vinculación civil y social de nuestra vida, la socialización de la medicina quedará dañada en su mismo seno".

Impresiona de esta cita la vigencia de los problemas y retos que menciona. Si Laín pudiera ver la realidad de muchos Centros de Salud y otros tantos Servicios Hospitalarios y de Urgencias del Servicio Nacional de Salud (SNS), quizás pensaría que en 70 años no hemos sido capaces de avanzar de manera resolutive. Pero también podríamos mostrarle Centros de Salud perfectamente organizados, Servicios Hospitalarios que combinan

lo mejor de la técnica y del enfoque biopsicosocial, y en tal caso se preguntaría cómo es posible que, en un mismo Servicio Nacional de Salud, convivan realidades tan dispares.

¿Determina lo que Laín llamaba "formación moral" el que unos servicios o centros sean excelentes y otros mediocres?

TRANSFORMACIÓN

Justamente este es el segundo aspecto de las Humanidades Médicas: transformar la realidad. Este segundo desiderátum se basa en lo que podemos llamar el modelo virtuoso de las Humanidades: a mayor formación moral e intelectual, el profesional también será mejor médico/a, o enfermero/a o especialista en cualquier otra práctica sanitaria... Por consiguiente, se desea un profesional de la salud que nos atienda escuchando nuestros síntomas, sí, pero también nuestras ansiedades, mirándonos a la cara, dejando un espacio para que emerja la persona, escondida tras el rol de "buen paciente"; que aflore esta persona con su idiosincrasia, sus "valores ocultos" e, incluso, con sus *rarezas* [5]. He ahí una segunda motivación de las Humanidades Médicas de gran calado: el profesional de la salud como técnico, quizás como científico que aplica técnicas, sí, pero también como artesano que "ajusta" el saber de la época a cada persona, de manera creativa. ¿La práctica clínica como "arte"? Tal vez ocasionalmente, pero desde luego como "artesanía". A diario, un clínico debe actuar como un artesano en la aplicación de su saber.

El modelo resulta muy seductor, sobre todo para las instancias políticas e institucionales. El modelo virtuoso le dice al político que la satisfacción del ciudadano con los servicios de salud depende de formar a los profesionales en comunicación, bioética, valores del profesionalismo.... Ahora bien, ¿tenemos evidencias de que este modelo —al que hemos llamado "modelo virtuoso de las Humanidades"— funcione?

Volvamos a imaginar que Laín tuviera la oportunidad de visitarnos. Posiblemente, se asombraría del grado de informatización de las consultas, las recetas electrónicas, los algoritmos que detectan interacciones medicamentosas, etc. Pero una mirada más profunda podría sugerirle a Laín lo siguiente: allí donde percibimos mayor calidad, en un elevado porcentaje de casos, encontramos centros o servicios con actividad docente. O que aspiran a llegar a serlo. En tal caso, podríamos aseverar que estos profesionales plasman cierta visión humanista de la medicina. Podríamos entonar un canto al liderazgo constructivo, basado en valores... e incluso confirmar la bondad del modelo virtuoso. Pero no nos precipitemos.

Observemos con mayor atención los Centros y Servicios punteros.

Dos aspectos son cruciales para la pervivencia de valores colectivos que lleven a la excelencia: la forma como ingresan nuevos profesionales a los equipos; y el ambiente del equipo, el Ethos colectivo, las condiciones en que van a trabajar, el balance entre esfuerzo y beneficios percibidos.

Al tratarse de organizaciones burocratizadas, donde se ingresa por oposición, los profesionales que integran estos equipos son dispares. Ciertamente que algunos Hospitales logran filtrar a los candidatos, seleccionar aquellos que pueden ser más acordes a una determinada filosofía asistencial, docente e investigadora. No es el caso de la Atención Primaria, salvo si son de base asociativa, (muy pocos y básicamente en Cataluña). Eso configura dos dinámicas contrapuestas: equipos motivados que literalmente son diluidos por la entrada de nuevos profesionales con menor compromiso, o al revés, equipos mediocres que sufren un vuelco por la llegada de profesionales con proyectos innovadores, y que logran tomar el liderazgo. La estructura directiva no propicia este segundo tipo de dinámica, por lo que la generalidad de equipos poco a poco entra en mediocridad, salvo que tengan el acicate de verse reconocidos como docentes.

Ahora examinemos el día a día de los equipos docentes, los equipos punteros del SNS donde constatamos un Ethos colectivo de generosidad, esfuerzo, empatía con el/la colega...

La dinámica de estos equipos sigue, en términos generales, la Ley de los tercios: un tercio se involucra al máximo, tira del carro, propone y se compromete más allá de lo estrictamente necesario. Otro tercio colabora, hace "lo debido" pero escrupulosamente en su horario laboral; y finalmente otro tercio se deja arrastrar, en el mejor de los casos, e intenta escabullirse todo lo posible de cualquier esfuerzo extra: "a mí que me dejen solito/a en mi consulta".

Constatemos en primer lugar que un porcentaje relativamente pequeño de profesionales pueden dar un giro muy positivo a un equipo acostumbrado a las rutinas. No puedo detenerme en este punto, pero sí sorprenderme por la fuerza del compromiso y la convicción, y el poder de arrastre en colectivos humanos. En todo caso: ¿este tercio que lidera innovación y buenas prácticas, resulta ser la gente también con valores más firmes y humanistas? Dicho de otra manera: ¿validan el modelo virtuoso de Humanidades Médicas?

Podemos replantear la pregunta de esta otra manera: ¿la convicción en torno a ciertos valores morales es suficiente para que determinadas personas vayan a contracorriente del sistema y pergeñen para dar lo mejor de sí mismas en cada uno de sus actos asistenciales a lo largo de toda su vida profesional, arrastrando con ellas al resto de un equipo asistencial?

Mi respuesta es matizada: inicialmente sí, pero a la larga no.

Las Humanidades Médicas —como "corpus" ideológico— es un referente imprescindible para lanzar a muchos profesionales jóvenes a la aventura de liderar proyectos de gran utilidad social. El altruismo existe "per se", sobre todo cuando uno es joven y lleno de energía. ¡Y menos mal que existe! Pero, a la larga, la mayor parte de personas precisan incentivos y premios para perseverar en actitudes que van a contracorriente del sistema. Porque no lo olvidemos: Educación

y Salud son dos islas socializadas creadas por voluntad colectiva, en un sistema de mercado, con la idea de propiciar igualdad de oportunidades y un Estado del Bienestar. Y en general los retos de los que hablamos nos hablan de esta colisión de valores sociales, comunitarios, versus valores de mercado.

No hablamos de teorías académicas. El clínico siente esta colisión en carne propia. Gol i Gurina [6] ya denunció, en los años 70, un axioma que permanece inalterable: "El buen profesional está castigado por el Sistema, porque, a igualdad de salario su carga asistencial se le multiplica". Los pacientes de alta complejidad acuden a él o ella. Llega a un punto de colapso: "no puedo atender con los medios que tengo ni a un solo paciente más". A este profesional cargado de valores morales humanistas el sistema le pone a lo largo de los años- en un dilema atroz: "o mi director me protege, o pido un traslado, o encuentro alguna manera (una comisión de servicios, una beca de investigación, un encargo institucional, etc.), para proteger mi salud... porque de seguir así tendré que coger una baja". Es lo que llamaremos en este artículo "punto de colapso".

Si este es el escenario "micro", verlo en macro nos alerta de retos estructurales ya diagnosticados por Laín Entralgo hace 70 años: el SNS promete igualdad de derechos sin garantizar igualdad en la calidad prestada. Esta garantía es muy difícil de darla como SNS, se requeriría acreditaciones, evaluaciones de calidad y seguridad clínica, estimación de perfiles diagnósticos, etc. Una ingeniería social "fina" que quizás con la Inteligencia Artificial esté a nuestro alcance en una década.

Ahora bien, si, como ciudadanos, somos responsables de haber escogido un profesional mediocre, no tenemos más remedio que callar, adaptarnos, quizás cambiar a otro. Pero al sustraer la elección de elegir profesional y el factor confianza de la relación médico-paciente, el ciudadano vive con auténtica angustia que su salud "caiga en manos equivocadas", y su primera actitud es de desconfianza hacia los profesionales que no conoce, buscando indicios tranquilizadores ("parece que sabe lo que hace y dice").

¿Y por parte del profesional? En todo caso no se ve en el aprieto de demostrar su valía: "Si no le gusto, que no venga; voy a cobrar lo mismo a final de mes". Va a comprometerse con el paciente en la medida en que lo desee. Laín ya detectó este peligro estructural, que nos aleja de una práctica clínica personalizada, la que persigue las Humanidades Médicas.

Por si fuera poco, el sistema le pide al profesional que sea médico de personas y, a la vez, inspector (bajas laborales); se le pide capacidad resolutoria con apenas seis minutos por paciente (de media), y se le incentiva con una carrera profesional y unos objetivos anuales que nada tienen que ver con su reto fundamental: reflexionar en profundidad sobre cada uno de los pacientes que atiende. A plantearse preguntas como: "¿qué puedo hacer para mejorar la calidad y esperanza de vida de esta persona que acude por un res-

friado?". Cuando un paciente acude a la consulta para obtener un anticatarral, y sale de ella, por ejemplo, con una valoración del riesgo cardiovascular, con un test cognitivo, o con un gesto de empatía, se produce un micro-éxito de las Humanidades Médicas. Micro, sí, pero no por ello menos importante.

Para ser más concretos: el gran reto del SNS es que se reflexione sobre cada paciente para ofrecerle lo mejor de la medicina contemporánea. El empeño de una médica o médico joven para perseverar en este camino se verá obstaculizado por la falta de tiempo, un ambiente de equipo tantas veces acomodado en la mediocridad, y la molición de una dirección que no sabrá motivarle ni protegerle.

Los equipos docentes se libran en parte porque el buen profesional recibe refuerzos: se le acredita, se le nombra tutor, los estudiantes pasan por su consulta, presenta casos en las sesiones clínicas, presenta pósteres o comunicaciones en congresos, etc. Sitúa su prestigio en el ámbito académico. Pero no difundirá sus éxitos para que sean conocidos en el barrio o ciudad donde practica la medicina, porque si adquiere prestigio comunitario va a colapsar su consulta. Hagan una prueba: pongan nombres de buenos profesionales en Internet, profesionales que no tengan consulta privada. A lo sumo encontrarán las referencias de artículos o pósteres que hayan publicado. Muy diferente a las páginas curriculares bien diseñadas de los médicos sometidos a la lógica de mercado.

La buena práctica clínica es una carrera de fondo para la que se precisa hidratación, dietética, buenas compañías, paradas técnicas, a veces *coaching*, percepción de estar en el buen camino, reconocimiento.... Las Humanidades Médicas son un referente iluminador, son parte de esta hidratación y dietética, pero cuando hay tanta oscuridad "de sistema", no basta para perseverar en el buen camino. Cuando un equipo está perdido en la oscuridad de lo mediocre, -y mediocre no es quien hace las cosas mal, sino quien no se esfuerza en hacerlas mejor- hay que ser héroe para no sucumbir.

Por el momento no hemos encontrado la piedra filosofal que atenúe o disipe las contradicciones de una isla socializada, bañada por un sistema de mercado. No podemos pedir a las Humanidades Médicas que lo resuelvan a base de infundir generosidad y profesionalismo. Aún no se ha encontrado la manera de crear héroes (aunque cabe decir que existen y conocemos a muchos). Pero en cambio podemos observar los beneficios de una paciente reforma de las organizaciones, basada en el conocimiento de una condición humana que tan bien supo mirar Adam Smith [7].

Entiendo las dudas e incluso los argumentos contrarios a esta tesis que algunos lectores pueden argüir. Permítanme en mi defensa volver a citar a Laín Entralgo, año 1964, y su visión de lo que llamaba "medicina socializada" [4]:

"En el caso del enfermo, el peligro moral es la conciencia abusiva de un derecho; en el caso del médico, la insensibilidad habitual frente al deber, la conversión de la práctica clínica en ruti-

na. Aunque su formación técnica sea aceptable, como constantemente venimos admitiendo, ¿quedará exento de responsabilidad el médico que, por sentirse «funcionario», y porque su celo en el ejercicio clínico no haya de incrementar sus ingresos, preste al enfermo una asistencia rutinaria y adocenada? No es cómoda, por lo general, la situación moral y afectiva del médico al servicio de un Seguro de Enfermedad. Ha de atender a un número excesivo de enfermos. Sabe que en alguna medida es corresponsable del estado sanitario de la sociedad a que pertenece. Debiendo en cada caso certificar el estado de enfermedad del asegurado que le requiere, se ve obligado a actuar como juez —una certificación médica viene a ser una sentencia en favor o en contra de la indemnización—, con todos los delicados problemas afectivos y morales que esa decisión lleva tantas veces consigo. Además de médico, debe ser funcionario administrativo —la servidumbre del «papeleo»—, y ha de atenerse, en el ejercicio clínico, a las posibilidades y limitaciones que le brinda o le impone la organización. Si, por añadidura, la retribución económica que recibe no es suficiente, ¿no se sentirá con frecuencia empujado al adocenamiento y a la rutina en su práctica asistencial?

El funcionario administrativo, a su vez, debe sustraerse a la tentación de confundir —como en tantas ocasiones acaece— la «gestión» y la «gerencia» con la «posesión». El fin de la organización asistencial es la ayuda médica, y los protagonistas de ésta son el enfermo y el médico. Pocas cosas tan perturbadoras para una buena asistencia médica socializada como esta viciosa conversión de los «administradores» de un servicio público en «cuasi-propietarios» de ese servicio”.

Leyendo a nuestros clásicos asusta lo poco que hemos sabido o podido alejar estos peligros morales enunciados por Laín hace 70 años. ¿Hemos sido excesivamente idealistas y hemos descuidado una reflexión ligada a la naturaleza humana, que también es la naturaleza de un profesional de la salud? ¿Le estamos exigiendo al profesional de la salud algo que solo puede dar de manera episódica, pero que no le resultará “sostenible” a lo largo de su vida profesional salvo que sepamos rodearle de un ecosistema adecuado? ¿Hemos descuidado la formación moral de los ciudadanos, en el uso del bien común? Está muy bien hablar de derechos, pero ¿alguien habla de deberes? Desde luego hablar de deberes es camino seguro para perder unas elecciones.

PRUEBA DE TURING-HUMANIDADES MÉDICAS

Propongo, para acabar, una “prueba de Turing-Humanidades Médicas” para el SNS. Afirmábamos más arriba que la plasmación práctica de las Humanidades Médicas era el modelo biopsicosocial. Aquel SNS que superara estas preguntas-reto bien podría alardear de un enfoque humanizado -biopsicosocial- para el paciente y para los profesionales (Tabla 1).

Varios comentarios con relación a esta propuesta (del todo provisional):

- Las Humanidades Médicas, a tenor de todo lo que venimos diciendo, deberían incorporar el estudio de las organizaciones, las dinámicas para la innovación, el liderazgo constructivo y la ingeniería de procesos. Integrar este conocimiento para cada ecosistema sería un aterrizaje de las Humanidades Médicas en la realidad concreta de cada país y cultura.
- Los dispositivos de Inteligencia Artificial deberían facilitar las tareas clínicas en todas las facetas: recogida de información, tareas pendientes, perfiles diagnósticos, advertencias de errores, etc. Estos dispositivos deberían tener una supervisión ética (evitar prejuicios, propaganda de productos farmacéuticos o de para-farmacia, qué valores transmiten, a qué riesgos exponen, etc.), y una actualización constante. Es decir: un enfoque humanista.
- La consideración del paciente como “cuerpo” debe ser incorporada a las Humanidades Médicas. Por ello proponemos revitalizar la exploración física, familiarizarnos con el cuerpo de los pacientes, sus constantes vitales y otras características, pero también su manera de moverse, de hablar, de caminar. Gran error interpretar el modelo biopsicosocial ignorando lo biológico. Gran error priorizar los datos que obtenemos verbalmente y minimizar los datos semiológicos que directamente nos ofrecen nuestros sentidos.

TABLA 1. Prueba de “Turing-Humanidades médicas” para el servicio nacional de la salud: ¿promueve este SNS el modelo biopsicosocial?

La media de tiempo clínico (no burocrático) destinado a cada paciente es igual o superior a los 10 minutos.
La mayor parte de pacientes considera que se le ha escuchado y ha podido expresar inquietudes y miedos, en especial las personas vulnerables.
A un elevado porcentaje de pacientes se les efectúa – o se ha realizado en el último año- una exploración o evaluación física.
Existen indicadores para detectar hasta qué punto los profesionales reflexionan cada uno de sus pacientes para mejorar su calidad y/o esperanza de vida.
El estudio de los diagnósticos y cursos clínicos de cada clínico permite detectar entidades sobre e infradiagnosticada, (versus un modelo bayesiano ajustado a las condiciones sociológicas, económicas y de edad-sexo de la misma población que atiende). De manera periódica se le informa al clínico de este perfil biopsicosocial, y se le proporcionan instrumentos formativos y consejos para equilibrar su perfil.
Los clínicos tienen interés en que su comunidad conozca sus logros académicos y profesionales, y consideran la confianza que deposita la población un bien a preservar y fortalecer.
Los clínicos perciben beneficios si amplían su base poblacional de pacientes, pero tienen mecanismos para evitar el punto de colapso.
Los clínicos comparten sus experiencias en sesiones clínicas y se sienten legitimados para solicitar consejos o ayuda de otros colegas del equipo, incluso en el mismo momento de un acto clínico complejo.
Existe un diálogo y retroacción entre niveles asistenciales que sirven para detectar y aprender de los errores, e introducir cambios en la organización para optimizar vías y procesos clínicos.

La propuesta de la Tabla 1 es meramente mostrativa de algunos aspectos que no suelen contemplarse al hablar de un SNS. La lista puede abarcar más ámbitos siempre con la premisa de detectar valores troncales de las Humanidades Médicas: escucha empática, confianza, pericia, capacidad reflexiva, de rectificación, coraje para acompañar al paciente y a los colectivos vulnerables en sus momentos más duros.

Esta es la aportación de las Humanidades Médicas: que el paciente sea reconocido como persona por el profesional que lo atiende, pero también por el sistema. Y en esta línea podríamos construir otra prueba demostrativa de los vicios organizativos contrarios a valores humanistas:

- ¿Existen guardias de 24 horas sin posibilidad de descanso?
- ¿Se promueven a nivel institucional incentivos económicos que pueden perjudicar la salud de los pacientes, (retrasos diagnósticos, iatrogenia medicamentosa....)?
- ¿Hay tendencia a culpabilizar a los pacientes? ("¿Por qué no vino antes?", "¿por qué no adelgaza?", etc.).
- Los diagnósticos que figuran en los historiales, ¿reflejan a nivel psicosocial una importante falta de matiz o precisión diagnóstica?
- ¿Qué porcentaje de pacientes se benefician de un determinado tipo de prevención?

Invitamos a los lectores de estas páginas a construir y mejorar estas propuestas. Con ello además demostramos que las Humanidades Médicas no son discursos vacuos, de académicos o sabios engolados, sino la discusión de valores e ideas que deben tener consecuencias prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
- [2]. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004; 2(6):576-82.
- [3]. Borrell-Carrió F. Intimidación, conocerla. *Folia Humanística*. 2024; 4(2):1-31. doi: <http://doi.org/10.30860/0111>. Disponible en: <https://revista.proeditio.com/foliahumanistica/issue/view/625>
- [4]. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. *Revista de Occidente*. Madrid 1954.
- [5]. Broggi i Trías MA. La intimidación y el desconcierto del enfermo. *Folia Humanística*. 2024;4(2):32-54. doi:10.30860/0112.
- [6]. Gol i Gurina J. (1924-1985). Els grans temes d'un pensament i d'una vida. Barcelona: Ed. La Llar del Llibre. Punt de vista; 1986.
- [7]. Smith A. La teoría de los sentimientos morales. Madrid: Alianza Editorial; 2004. (Original 1759)



Evaluación del grado de Humanización de la asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitari Sagrat Cor

Avaluació del grau d'Humanització de l'assistència al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Sagrat Cor

Evaluation of the degree of Humanization of the assistance in the Emergency Department of the Hospital Universitari Sagrat Cor

Núria Ayala Romero, Laura Cubells Higes

Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sagrat Cor.

RESUMEN

Introducción. Siendo conscientes de la importancia que la humanización del cuidado presenta para todos los protagonistas del encuentro terapéutico, el presente proyecto pretende evaluar la percepción de los pacientes sobre el grado de humanización del Servicio de Urgencias del Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC). Abordar este tema nos ayudará a avanzar hacia un cuidado sanitario de calidad y elevar el nivel de salud de los ciudadanos, cuidando la persona al mismo nivel de la enfermedad.

Objetivo. Conocer la percepción de los usuarios sobre la humanización del Servicio de Urgencias del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona. A este fin se pretende identificar la percepción del trato humanizado y evaluar los posibles factores que pueden afectar la percepción de humanización.

Método y análisis. Se diseña un estudio transversal, en el que todos los pacientes que acudan al servicio de Urgencias y cumplan con los criterios de selección podrán ser reclutados como participantes. Se utilizará la adaptación del cuestionario validado "Instrumento Percepción del Cuidado Humanizado en pacientes Hospitalizados".

RESUM

Introducció. Sent conscients de la importància que la humanització de la cura presenta per a tots els protagonistes del fet terapèutic, el present projecte pretén avaluar la percepció dels pacients sobre el grau d'humanització del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC). Abordar aquest tema ens ajudarà a avançar cap a una cura sanitària de qualitat i elevar el nivell de salut dels ciutadans, tenint cura de la persona al mateix nivell de la malaltia.

Objectiu. Conèixer la percepció dels usuaris sobre la humanització del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona. Amb aquesta finalitat es pretén identificar la percepció del tracte humanitzat i avaluar els possibles factors que poden afectar la percepció d'humanització.

Mètode i anàlisi. Es dissenya un estudi transversal, en què tots els pacients que acudeixin al servei d'Urgències i compleixin els criteris de selecció podran ser reclutats

Palabras clave: Atención en Urgencias/ ética; Encuestas y Cuestionarios; Enfermería de Urgencia/ Ética; Humanismo; Satisfacción del paciente.

Paraules clau: Enquestes i Qüestionaris; Infermeria d'Urgències/ Ètica; Humanisme; Satisfacció del pacient; Servei d'Urgències/ ètica.

Keywords: Emergency Medical Services/ethics; Emergency Nursing/ethics; Humanism; Patient satisfaction; Surveys and Questionnaires.

Recibido: 8-agosto-2024

Aceptado: 5-septiembre-2024

Correspondencia: nuria.ayala@quironsalud.es;
Ayala Romero N, Cubells Higes L. Evaluación del grado de Humanización de la asistencia en el Servicio de urgencias del H.U. Sagrat Cor. Ann Sagrat Cor. 2024; 31(4): 159-170.

com a participants. S'utilitzarà l'adaptació del qüestionari validat "Instrumento Percepción del Cuidado Humanizado en pacientes Hospitalizados".

ABSTRACT.

Introduction. Aware of the importance that humanization of care presents for all the protagonists of the therapeutic encounter, this project aims to evaluate the perception of patients on the degree of humanization of the Emergency Service of the Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC). Addressing this issue will help us move towards quality healthcare and raise the level of health of citizens, caring for the person at the same level as the disease.

Objective. To know the perception of users on the humanization of the Emergency Service of the Hospital Universitari Sagrat Cor in Barcelona. To this end, we aim to identify the perception of humanized treatment and to evaluate the possible factors that may affect the perception of humanization.

Method and analysis. A cross-sectional study is designed, in which all patients who attend the Emergency Service and meet the selection criteria can be recruited as participants. The adaptation of the validated questionnaire "Instrumento Percepción del Cuidado Humanizado en pacientes Hospitalizados" will be used.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de los usuarios sobre el grado de humanización del Servicio de Urgencias?

Los Servicios de Urgencias hospitalarias son unidades integradas por equipos interdisciplinarios de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar. Son áreas altamente frecuentadas, con una casuística muy variada y de gran complejidad. Entre sus principales características destaca su función como puerta de entrada a la atención hospitalaria y su capacidad de brindar una asistencia inmediata y eficiente, lo que exige al profesional el uso de recursos tecnológicos y destreza en la ejecución de sus actividades[1]. Están orientadas, de forma general, tanto estructural como funcionalmente, hacia la dimensión física del paciente, y son espacios donde no se suelen valorar otras necesidades de índole psicológico, social y espiritual, tanto del propio paciente y sus familiares como de los profesionales que desarrollan su labor en esta área. Estas circunstancias están provocando efectos negativos que afectan tanto al paciente y su familia como al trabajo realizado por los profesionales sanitarios y cuya consecuencia es la pérdida de dignidad en la atención dando como resultado final una atención fragmentada y deshumanizada [2].

Según señala el Diccionario de la Real Academia Española, el término “humanizar” se define como: “Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”, humano como “comprensivo, sensible a los infortunios ajenos” y humanización como “la acción y efecto de humanizar o humanizarse”.

Los seres humanos son estructuras complejas, pluridimensionales y vulnerables. Son seres únicos y trascendentes que existen en relación con otros y están inmersos en un contexto familiar y social, con creencias y valores enraizados en la cultura. Dadas las propias características del ser humano, queda manifestada la necesidad de una atención y una práctica humanizada en todas las relaciones en las que se ven involucrados, entre ellas las relaciones con los profesionales de la salud [3].

Afirmar y defender que la atención sanitaria debe ser humanizada puede parecer retórico, ya que, por definición, el acto de asistencia sanitaria es inherentemente humano.

Sin embargo, con frecuencia el personal sanitario puede anteponer aspectos meramente administrativos, económicos o procedimentales a la prestación de un auténtico servicio orientado al ser humano. Por eso, por la propia naturaleza de los servicios de salud, la *humanización* debiera convertirse en una prioridad de las instituciones sanitarias [4].

Diferentes autores han profundizado en este concepto a lo largo de los últimos años y lo han aplicado al ámbito de la salud [3-7]. En el contexto sanitario, el concepto de humanización suele

hacer referencia al abordaje integral de la persona, desde una extensión holística, integrando las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual. Desde esta perspectiva se debe otorgar igual importancia a las necesidades sociales, emocionales y psicológicas que a las físicas [5,6].

Por lo tanto, la atención humanizada se podría llegar a definir como la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad centrada en el individuo, siendo una acción compleja e integral que requiere el respeto de las necesidades de cada sujeto [3]. Citando al entonces Director General del Instituto Nacional de la Salud, Francesc Raventós, podemos decir que “un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado, que proteja y promueva la salud, que corrija las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud” [4].

Como es bien sabido, el proceso de enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad en la interacción con ellas. En este sentido, la presencia humana ante las personas enfermas se hace insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar empatía, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión con la situación del otro u otra [3].

Por tanto, humanizar es mucho más que ser cortés. Es importante superar las reducciones populares de la mera cordialidad. La humanización se entiende como la aproximación del profesional sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía hacia el enfermo de manera integral, compartiendo con él sus circunstancias y entendiéndolas. El paciente es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratado como una persona con necesidades, no como una enfermedad [7].

Contrario a la humanización, está la deshumanización, entendida como el desenfoque y cosificación del ser [5]. La deshumanización se refiere a la pérdida de la capacidad axiológica propiamente humana debido al predominio del poderío científico y tecnológico, el cual ha influido en el desarrollo de la enseñanza y la práctica de la medicina [8].

La deshumanización es multifactorial. El fenómeno de deshumanización de la sanidad es el

resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes. Se trata de un fenómeno complejo, en el que los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y al funcionamiento de las estructuras sanitarias, los imputables al personal sanitario, y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecnología se encuentren conectados unos a otros [6].

Hoy en día, sin embargo, existen ciertos aspectos que están condicionando, en mayor o menor medida, la prestación de una atención humanizada a las personas. Las principales barreras de la humanización han sido identificadas como:

- El grado de innovación y avance en los recursos tecnológicos, lo que está transformando los procesos de trabajo y favoreciendo la superespecialización médica. Esto lleva asociado el riesgo de cosificación de las personas y la pérdida de la visión holística sobre las mismas [9].
- Los cambios en los patrones epidemiológicos, caracterizados por un incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y la dependencia, asociados en muchos casos al envejecimiento de la población. Esto implica abordar casos de mayor vulnerabilidad [9].
- La falta de concienciación de las instituciones de enseñanza que no contemplan contenidos humanísticos en los programas que proporcionan a los profesionales en competencias emocionales y de empatía, centrándose en el desarrollo de habilidades científico-técnicas en detrimento de otras competencias [9].
- La excesiva burocratización, que puede dificultar la prestación de una atención afectiva a sus pacientes [9].
- El desgaste emocional o burnout [9].
- La visión deshumanizada de los espacios en los centros sanitarios, a pesar de la evidencia científica existente que establece el vínculo entre la adecuación de los espacios físicos y los procesos de salud en el entorno asistencial [9].
- La existencia de criterios parciales de evaluación de la calidad enfocados prioritariamente a criterios economicistas y de efectividad [7].
- La elevada presión asistencial y falta de tiempo para dedicar a pacientes por parte de los profesionales sanitarios [7].
- La carencia de recursos humanos y económicos que permitan una atención sanitaria de calidad [7].

La importancia que tienen los derechos de los pacientes se puso de manifiesto con la Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948 y en el ámbito más estrictamente sanitario, con la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa de 1994 [10]. En el ámbito público ha habido diferentes iniciativas relacionadas con los intentos de prestar una atención más humana especialmente en el ámbito hospitalario. Merece la pena citar como precedente en el ámbito estatal el "Plan de Humanización

de la Asistencia Hospitalaria" que incluía la Carta de los Derechos y Deberes de los Pacientes, creado el 1984 por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) [11].

Desde entonces, se han desarrollado buenas prácticas en materia de humanización en el ámbito sanitario y se han aprobado diferentes Planes de Humanización en algunas Comunidades Autónomas. Entre ellas tenemos:

El Plan de Humanización de la Atención sanitaria en la Comunidad Valenciana, publicado en 2001 [12], está estructurado en seis líneas de acciones fundamentales a desarrollar entre 2001 y 2004:

- La atención sanitaria y la información al paciente
- La asistencia sanitaria
- La formación
- El ámbito de las infraestructuras y la hostelería
- Una línea de acciones específicas
- Voluntariado

El Plan de confortabilidad del servicio de salud que se implementó en Asturias durante el periodo de 2004-2007, en el que se exponen cuatro líneas estratégicas y varias líneas de actuación [13]:

- Humanización y calidad de trato.
- Accesibilidad a los servicios sanitarios.
- Servicios hosteleros y de uso.
- Espacios libres de humo: Aire saludable

El Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura, aprobado para los años 2007-2013 [14]. Sus ejes estratégicos se centran en cinco áreas que son:

- La atención e información al usuario/paciente
- La asistencia sanitaria integral
- Los profesionales agentes activos de la humanización
- Infraestructura y hostelería
- Implicación y participación ciudadana

El Plan DIGNIFICA existente en Castilla-La Mancha desde el 2017 [15]. Es un plan de humanización en el que se incluyen cinco líneas estratégicas y un catálogo con 25 propuestas iniciales para la humanización. Estas líneas son:

- Comunicación e información
- Asistencia sanitaria integral
- Profesionales como parte activa de la humanización
- Servicios generales, espacios y confort
- Participación ciudadana

El Plan de humanización asistencia sanitaria llevada a cabo desde el 2016 en la Comunidad Autónoma de Madrid [16]. Es un plan que abarca diez líneas estratégicas con sus correspondientes programas de actuación:

- Cultura de la humanización.
- Información personalizada y acompañamiento.
- Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia
- Humanización en la atención de urgencias
- Humanización en la hospitalización

- Humanización en las unidades de cuidados intensivos
- Humanización en la atención de la salud mental
- Humanización y paciente oncológico
- Humanización ante el final de la vida.
- Creación de la Escuela Madrileña de Salud

El Plan de Humanización del Servicio Andaluz de Salud que se incorporó en Andalucía en 2021 [17]. Cuenta con:

- Área organizacional: incluye elementos asociados a condiciones de trabajo de los y las profesionales y prácticas organizacionales de las instituciones.
- Área estructural abarca elementos de estructura de las organizaciones de salud y el entorno de trabajo con respecto a la humanización de la atención.
- Área asistencial incluye elementos de calidad y calidez de la atención, fácil acceso a la asistencia, diagnóstico y tratamiento médico apropiado.
- Área relacional abarca aspectos que influyen directamente en la relación personal entre profesionales y pacientes y sus familiares.

La Estrategia de Humanización, publicada por el Sistema Navarro de Salud, en 2017 [18]. Cuenta con cinco líneas estratégicas:

- Cultura de humanización
- Calidez de trato
- Información-comunicación
- Adecuación del entorno
- Directrices para la gestión.

El Plan Persona que se desarrolló en Castilla y León en 2021 [9]. En él se definieron cinco grandes áreas de intervención:

- Escucha activa trato y proactividad en la comunicación
- Personalización de la atención con un foco integral
- Apoyo al profesional en la búsqueda de la excelencia
- Participación social activa
- Calidez en el entorno asistencial, confort y accesibilidad

El Pla d'Humanització en l'Àmbit de la Salut se desplegó en las Islas Baleares durante el periodo 2022-2027 [19] y se basa en seis líneas estratégicas:

- Potenciar la cultura y la estructura de humanización en la organización y cuidar al profesional
- Incluir la participación
- Fomentar los espacios y ambientes saludables
- Asegurar el trato amable y la autonomía del paciente
- Fomentar la equidad en el acceso al sistema sanitario y facilitar el tránsito
- Proporcionar información efectiva y crear cultura de humanización en la ciudadanía

La humanización ha evolucionado en los sistemas sanitarios y como consecuencia se han desarro-

llado estrategias que no solo se dirigen al paciente, sino que también contemplan a los familiares y profesionales para contribuir a obtener los mejores resultados desde una perspectiva holística. Las políticas de humanización y su aplicación al contexto sanitario son una realidad en las diferentes Comunidades Autónomas expuestas anteriormente. En otras Comunidades Autónomas, la humanización forma parte de sus estrategias, planes de salud y actividades, a pesar de no contar con un plan específico.

Otra iniciativa destacable es el "Proyecto HURGE" que propugna la humanización en los servicios de urgencias, emergencias y catástrofes, y está formado por un equipo multidisciplinar con el objetivo de formar a los profesionales de Urgencias y Emergencias en la adquisición de habilidades y herramientas para humanizar su asistencia y facilitar un espacio para intercambiar opiniones entre pacientes, familiares y profesionales. Es el equipo responsable de la elaboración del "Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias" o "Manual de HURGENCIAS" que recoge 169 buenas prácticas [2]. Entre ellas encontramos:

- Servicios de Urgencias hospitalarias con flexibilización en el acompañamiento, donde se permite a los acompañantes participar y estar presentes en los cuidados del paciente.
- Comunicación.
- Bienestar del paciente.
- Cuidados al profesional.
- Pacientes vulnerables en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.
- Cuidados al final de la vida.
- Infraestructura humanizada.

A nivel europeo, existen estrategias relacionadas con la humanización de la atención sanitaria. El National Health Service británico ha desarrollado un programa denominado "People helping people" con el objetivo de promover una atención centrada en la persona [20].

A nivel internacional, la humanización de la asistencia sanitaria se ha convertido en un elemento clave. El año 2001, en Estados Unidos, el Instituto de Medicina incorporó el concepto de "atención centrada en el paciente y familia" (patient and family-center care, PFCC) [21].

En la actualidad, la deshumanización de la asistencia representa uno de los principales desafíos para el sistema sanitario. Todo lo expuesto anteriormente evidencia que las políticas de humanización y su aplicación al contexto sanitario son una realidad en nuestros días y están concretándose en algunas propuestas en determinadas organizaciones y servicios tanto a nivel nacional como internacional. Actualmente las instituciones públicas y privadas se interesan cada vez más por la calidad humana de la asistencia. Esto está directamente relacionado con la satisfacción del paciente.

En los últimos años han surgido políticas proactivas que destacan la humanización como un rasgo distintivo de las organizaciones. En este contexto, el término cuidado humanizado ha ga-

nado fuerza, subrayando la necesidad de analizar y eliminar las barreras que se presentan.

Ante la constatación de atención sanitaria deshumanizada y siendo conscientes de la importancia que la humanización del cuidado presenta para todos los protagonistas del encuentro terapéutico, creemos que es importante la realización del presente proyecto que pretende evaluar la percepción de los pacientes sobre el grado de humanización del Servicio de Urgencias del Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC). Abordar este tema nos ayudará a avanzar hacia un cuidado sanitario de calidad y elevar el nivel de salud de los ciudadanos, pero que cuide la persona al mismo nivel de la enfermedad.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer la percepción de los usuarios sobre la humanización del Servicio de Urgencias del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona.

Objetivos específicos:

- Identificar la percepción del trato humanizado según las características personales del individuo.
- Evaluar los posibles factores que pueden afectar la percepción de humanización: nivel asignado de triaje, la especialidad médica (medicina general, traumatología, cirugía general), la franja horaria de atención

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El diseño utilizado para la realización de esta investigación que implica una profundización en la percepción de los participantes que tienen sobre el grado de humanización del Servicio de Urgencias del Hospital Universitari Sagrat Cor, será un proyecto de investigación observacional de carácter descriptivo con el objetivo de obtener una comprensión detallada y precisa de un fenómeno específico que no ha sido evaluado previamente lo que puede servir como punto de partida para investigaciones más profundas y el desarrollo de intervenciones en el futuro.

Se utilizará la adaptación de un instrumento validado que intenta definir estas líneas de acción y de alguna manera determinar percepción de humanización, el cuestionario Instrumento Percepción del Cuidado Humanizado en pacientes Hospitalizados creado por Hermosilla Ávila et al. [22], basado en determinar el cuidado humanizado en pacientes hospitalizados. Consta de 36 ítems con una puntuación tipo Likert con 5 puntos, en la cual nunca = 1, a veces = 2, regularmente = 3, casi siempre = 4 y siempre = 5. La puntuación mínima será de 36 puntos y la máxima de 180 puntos.

Es un instrumento validado y confiable para su aplicación en el ámbito hospitalario y está disponible para la comunidad científica a nivel nacio-

nal e internacional. Para adaptar el cuestionario al Servicio de Urgencias donde se desarrollará el estudio se han modificado ad hoc los siguientes aspectos:

- Se ha substituido el concepto "enfermera" por "personal sanitario" haciendo una denominación más genérica dado que el estudio se llevará a cabo en la Unidad de Urgencias y se pretende valorar todo el equipo multidisciplinar que tratará al paciente.
- Se ha eliminado la dimensión 2 (Instalación de fe y esperanza) y la dimensión 10 (Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas) dado que son poco valorables en unidades de corta estancia y se ha añadido una dimensión nueva que evalúa el confort. Para diseñar la evaluación de la dimensión confort se ha utilizado el Manual de buenas prácticas de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios [2].

El estudio se caracteriza por ser un estudio de tipo transversal ya que se realizará en un único momento temporal, en un periodo estimado de un año a partir de la aprobación del CEIm.

Ámbito de estudio

El proyecto se llevará a cabo en el Servicio de Urgencias del HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. Sagrat Cor en la ciudad de Barcelona. Es un Hospital de nivel 2B y tiene como población de referencia el Eixample Esquerre compuesto por cuatro distritos: Sants-Montjuic, les Corts, Sarrià-Sant Gervasi y Eixample. Es un centro hospitalario de titularidad privada, gestionado por la empresa Quirónsalud, e integrado en el Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SIS-CAT), con una capacidad de 350 camas.

Ofrece todas las especialidades médico-quirúrgicas y desarrolla actividades asistenciales, de investigación y docentes. Actualmente cuenta con cerca de 1.100 profesionales. El centro tiene como misión ser un centro referente con identidad propia, orientado a la excelencia a través de iniciativas de responsabilidad social y medioambiental. Además, cuenta con un listado de valores y un plan estratégico formado por 12 líneas de acción y con un propósito: "ser excelentes cuidando de la salud de las personas en su singularidad, proporcionando una experiencia única en cualquier momento vital".

El Servicio de Urgencias donde se desarrollará la presente investigación está situado en la planta -1 y ofrece servicio 24h. Se puede acceder a pie, utilizando el ascensor desde la entrada principal, o bien, en automóvil particular o ambulancia. Dispone de 12 boxes de Emergencias, 1 box doble de Reanimación y 4 despachos de Visita Rápida. Además de 2 consultas para triaje y una sala para tratamientos. Asimismo, cuenta con dos amplias salas de espera para pacientes y familiares.

En 2023 se registraron un total de 52.428 visitas en el Servicio de Urgencias.

La unidad cuenta con una dotación de personal que es modificada en ocasiones según necesidades:

- Enfermería: 4 enfermeros por turno (TM, TT y TN). El turno de mañana siendo el horario laboral de 7:30h a 14:25h, turno de tarde de 14:15h a 21:10h y turno noche 21:10h a 7:40h.
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería: 1 auxiliar por turno (TM, TT y TM). Realizan el mismo turno que las enfermeras.
- Médicos de medicina general: De lunes a viernes: 4 médicos de 8h -20h, 1 Coordinadora médica de 10h -22h y 2 con horario de 20h -8h. Fin de semana o festivos: 3 médicos de 8h -20h, 1 con horario de 12h -20h y 2 con horario de 20h-8h.
- Médico de Cirugía General: 1 cirujano de guardia de 24h
- Médico traumatólogo: 1 hace guardia de 24h y otro horario de 8h a 20h.
- Coordinadora del servicio: 1 en turno mañana y 1 en turno tarde.
- Celadores: 2 celadores por turno (TM, TT y TN) y un celador de jornada partida de lunes a viernes en horario de 10:35h a 17:30h.
- Atención al paciente: 1 en turno de 8h -15h y otro de 15:30h a 22.20h.

Sujetos de estudio

Para la selección de participantes, se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La muestra estará formada por los usuarios que acudan al servicio de Urgencias del Hospital Universitari del Sagrat Cor. Con un nivel de confianza 95% y con un margen de error de 0,05 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0,5, se necesita una muestra aleatoria poblacional de 382 sujetos, asumiendo que la población es de 52.428 sujetos.

El reclutamiento se llevará a cabo de manera consecutiva en el momento del proceso asistencial en que sea definido por el facultativo (alta o ingreso hospitalario) siendo imprescindible la aceptación voluntaria de querer formar parte del estudio, firmando el consentimiento informado.

Los criterios de selección establecidos se basan en las características propias del estudio y son los siguientes:

- Criterios de inclusión:
 - Participantes mayores de 18 años
 - Que los participantes firmen el consentimiento informado
 - Pacientes que sean visitados por las especialidades de Medicina General, Traumatología y Cirugía General. Se excluirá a todos aquellos pacientes que sean clasificados en otras especialidades dado que serán visitados fuera del Servicio de Urgencias.
- Criterios de exclusión:
 - Barrera idiomática: Se descartarán a todos aquellos sujetos que no hablen castellano o catalán de forma clara y fluida
 - Participantes diagnosticados de enfermedad psiquiátrica en fase aguda o problemas

cognitivos graves, que impidan responder a las preguntas planteadas.

- Paciente con gravedad clínica, que impida responder a las preguntas formuladas.

Variables del estudio

- Variables sociodemográficas: Permitirán conocer aspectos relevantes de los participantes. Se recogerá en el cuestionario a través de 7 ítems: Edad, Sexo al nacer, Nivel de estudios, Seguro médico, Nivel asignado de triaje, Especialidad médica (medicina general, traumatología, cirugía general), Hora de atención.
- Variables principales: Las variables principales son las 9 dimensiones recogidas por el cuestionario:
 - Dimensión 1: formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas
 - Dimensión 2: cultivar la sensibilidad hacia unos mismo y los demás
 - Dimensión 3: desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza
 - Dimensión 4: proporcionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos
 - Dimensión 5: uso sistémico de método científico para resolución de problemas y toma de decisiones
 - Dimensión 6: proporcionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal
 - Dimensión 7: crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual
 - Dimensión 8: ayudar a la satisfacción de las necesidades,
 - Dimensión 9: confort de la infraestructura.

Plan de trabajo

Se contactará con el equipo de enfermería del Servicio de Urgencias a quienes se les presentará la investigación que se llevará a cabo para evitar el sesgo de Hawthorne.

Todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias y cumplan con los criterios de selección podrán ser reclutados como participantes del estudio.

Se dará a conocer al usuario el proyecto que se llevará a cabo en la unidad y se le ofrecerá su participación una vez el facultativo le haya informado si será dado de alta a domicilio o residencia o si permanecerá ingresado. Se presentará el estudio mediante una explicación breve dada por el investigador.

A todos los participantes se proporcionará una carta informativa, donde se explica el estudio; a su vez, deberán firmar el consentimiento informado, donde se especifica el objetivo de la investigación, la confidencialidad y protección de los datos, así como de la posibilidad de desistir de su participación en cualquier momento. Es importante que los pacientes comprendan completamente la información proporcionada en la hoja

informativa y el consentimiento informado antes de participar en la investigación.

Para garantizar el anonimato, los participantes depositarán sus encuestas finalizadas en un buzón que se ubicará en la unidad. Asimismo, se proporcionará información de contacto para que los participantes puedan hacer preguntas adicionales sobre la investigación si lo desean. Por último, se archivará toda la documentación referente al estudio durante 25 años.

Análisis de datos

Se realizará un análisis descriptivo para todas las variables. Para las variables cuantitativas se calcularán parámetros de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y varianza).

Para las variables cualitativas se calcularán mediante distribución de frecuencia. Se utilizarán a conveniencia herramientas de inferencia estadística como t-Student, U Mann-Whitney o Chi-cuadrado.

Todas las variables se recogerán en una base de datos de uso restringido anonimizada y luego se realizará un cálculo estadístico con ayuda de un programa como Excel módulo de estadística.

Consideraciones éticas

Para garantizar que el proyecto de investigación que se presenta se efectuará según los principios básicos de los criterios éticos recogidos en la Tabla 1.

Tabla 1. Principios éticos en investigación

Principio de Beneficencia	Garantía de no explotación Razón riesgo/beneficio
Principio de Autonomía	Consentimiento informado: • Derecho a la autodeterminación • Derecho al conocimiento de la información
Principio de Justicia	Derecho a un trato justo Derecho a la privacidad

El desarrollo de este proyecto se atendrá a las Normas de Buena Práctica clínica y los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki en 1964 y su última actualización Fortaleza (Brasil) 2013; así como lo recogido en el convenio de Oviedo en el 1999 y los requisitos establecidos por la Legislación Española en el ámbito de la investigación biosanitaria. Se respetará la confidencialidad de los datos de los pacientes de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, del 27 de abril de 2016, sobre la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos, así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Este enfoque garantiza el cumplimiento de las normativas de protección de datos en la gestión de la información de los pacientes,

asegurando su privacidad y seguridad. Así como todo lo dispuesto en relación con el consentimiento informado, la investigación cumplirá los requisitos expresados en los artículos 8 y 9 del capítulo IV de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- En el momento del reclutamiento se le entregará al participante una carta informativa donde se encontrarán detallados los aspectos básicos del proyecto
- Consentimiento informado. Este documento recoge la voluntariedad de participar en el estudio y la posibilidad, si así lo considera, de abandonar el mismo. Se garantiza que sus datos serán tratados bajo la ley de confidencialidad y protección de datos.

Cronograma

Este proyecto inició su diseño en Marzo del 2024 y finalizará en Junio del 2025. Cabe destacar que las fechas son orientativas y están sujetas a posibles cambios.



BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Valenzuela Anguita M, Cibanal Juan L (dir). ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los Servicios de Urgencias? [tesis doctoral en Internet]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2015 [citado 26 de Marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3b7ewkM>
- [2]. Yáñez B. Manual de Hurgencias Hospitalarias: La Hora "H" de los Servicios de Urgencias Hospitalarias [Internet]. Proyecto HU-CI. 2020 [citado 26 de Marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3tpRwnx>
- [3]. Llanes G, Bejarano D, Márquez LM, et al. La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. Revista Enfermería del Trabajo [Internet]. 2018 [Citado 3 Mayo 2024]; 8(1): 18-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6536488.pdf>
- [4]. Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2017 Feb [citado 30 de Abril de 2024]; 10(1): 29-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es.
- [5]. Pabón-Ortiz EM, Mora-Cruz JV, Buitrago-Buitrago CY, et al. Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. Rev Cienc Cuidad. 2021; 18(1):94-104.
- [6]. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Rev Calid Asist. 2017; 32(5):245-7.
- [7]. Fundacion Humans. Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. [Internet] Madrid: Luzán 5; 2017 [citado 28 de Marzo de 2024]. Disponible en: <https://fundacionhumans.com/wp-Evaluación del grado de humanización de la asistencia 22 content/uploads/2017/10/analisis-aspectos-humanisticos-atencion-sanitaria-espana.pdf>
- [8]. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia [Internet]. 2017 [citado 28 de Marzo de 2024]; 30(2): 216-29. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>.
- [9]. Plan persona. Centrando la asistencia sanitaria en ti. [Libro en Internet] Valladolid: Junta de Castilla y León -Consejería de Sanidad -Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2021. [Citado 28 de Marzo 2024]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona.ficheros/2007708-Plan%20Persona.pdf>
- [10]. Pades Jiménez, A. Comunicarnos con el Paciente: Reflexiones sobre la ley de Autonomía. Ética de los Cuidados [Internet]. 2016; 9(17). [Citado 2 de Abril 2024]. Disponible en: <https://www.index-f.com/eticuidado/n17/et10404.php>
- [11]. Plan de humanización de la asistencia hospitalaria [Libro en Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1984. [Citado 28 de Marzo 2024]. Disponible en: <https://encr.pw/3JN4w>
- [12]. Plan de Humanización de la Atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana; 2001.
- [13]. Plan de confortabilidad del servicio de salud del principado de Asturias [Libro en Internet]. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2004. [citado 3 de Abril de 2024]. Disponible en: Evaluación del grado de humanización de la asistencia 23 <https://www.astursalud.es/documents/35439/36602/Plan+de+confortabilidad+del+SESA.pdf/f0fae3a7-aec5-746b-afb5-ba94e7c1a1d6?version=1.0&t=1493825818076&download=true>
- [14]. Plan de humanización de la atención sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013. [Libro en Internet] Mérida: Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007 [Citado 3 Abril 2024] Disponible en: <http://www.areasaludplascencia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf>
- [15]. Plan dignifica: Humanizando la asistencia [Libro en Internet]. [Toledo]: Consejería de Sanidad Castilla la Mancha; 2017 [Citado 3 Abril 2024] Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf
- [16]. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Libro en Internet] Madrid: Consejería de Sanidad; 2016 [Citado 3 Abril 2024] Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
- [17]. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Estrategia de humanización compartida [Libro en Internet]. [Sevilla] : Consejería de Salud y Familias; 2021 [Citado 3 Abril 2024] Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA-v12042021.pdf>
- [18]. Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra [Libro en Internet]. [Pamplona]: Dirección General de Salud; 2017 [Citado 3 Abril 2024] Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-Evaluación del grado de humanización de la asistencia 24 EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf
- [19]. Duro Robles R, Prieto Valle JM. Pla d'Humanització en l'Àmbit de la Salut 2022-2027. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears; 2022. Disponible en: https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/18627/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20IB-SALUT_ESP.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- [20]. NHS. People helping people: Year two of the pioneer programme [Libro en Internet] [Londres] NHS; 2016 [Citado 3 Abril 2024] Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/pioneers/wp-content/uploads/sites/30/2016/01/pioneer-programme-year2-report.pdf>
- [21]. Institute for patient-and family-centered care [Internet] McLean, VA: Institute for patient-and family-centered care; 2004 [Citado 3 Abril 2024] Disponible en: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- [22]. Hermosilla Ávila A, Mendoza Llanos R, Contreras Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Index Enferm [Internet]. 2016 [citado 24 de Marzo 2024]; 25(4): 273-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011

ANEXO

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PERSONAL SANITARIO

INFORMACIÓN PERSONAL

Edad: _____

Sexo al nacer

☐ Hombre

☐ Mujer

Nivel de estudios

☐ Educación primaria

☐ Educación secundaria obligatoria

☐ Formación profesional

Nivel asignado de triaje

☐ Nivel 3

☐ Nivel 4

☐ Nivel 5

Hora de atención: _____

Seguro médico

☐ Seguridad social

☐ Seguro privado

☐ Grado Universitario

☐ Otros

Especialidad médica

☐ Medicina General

☐ Traumatología

☐ Cirugía

INSTRUCCIONES

nunca = 1; a veces = 2; regularmente = 3; casi siempre = 4; siempre = 5

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
1. Recibe un trato amable de parte del personal sanitario	☐	☐	☐	☐	☐
2. Siente que la actitud del personal sanitario tiene un efecto positivo en usted	☐	☐	☐	☐	☐
3. Siente que el personal sanitario al cuidarlo le entregue algo de sí mismo	☐	☐	☐	☐	☐
4. Siente que el personal sanitario al cuidarlo le entregue algo propio que las distingue de otras.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Siente que tiene una relación cercana con el personal sanitario.	☐	☐	☐	☐	☐

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
6. Siente que el personal sanitario se conmueve con su situación de salud.	☐	☐	☐	☐	☐
7. El personal sanitario sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Siente que la comunicación con el personal sanitario es verdadera	☐	☐	☐	☐	☐
9. Usted puede identificar cómo se siente al personal sanitario y manifestarlo con confianza.	☐	☐	☐	☐	☐
10. El personal sanitario es capaz de saber cómo se siente usted.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Puede explicarle al personal sanitario sus sentimientos.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Siente una confianza mutua entre el personal sanitario y usted.	☐	☐	☐	☐	☐
13. El personal sanitario se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.	☐	☐	☐	☐	☐
14. El personal sanitario favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.	☐	☐	☐	☐	☐
15. El personal sanitario le da tiempo para que usted exprese sus emociones.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Siente que el personal sanitario lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Siente que el personal sanitario acepta lo que a usted le pasa.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Siente que el cuidado entregado por el personal sanitario es organizado y basado en conocimientos.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferentes a los entregados a las demás personas.	☐	☐	☐	☐	☐

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
21. Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan	☐	☐	☐	☐	☐
24. Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Siente que se le ha incluido a usted y su entorno (familia) en sus cuidados de salud.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Siente que se apoya con respecto a su personalidad y cuerpo.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Siente que el personal sanitario trabaja para satisfacer sus necesidades.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Siente que el personal sanitario se preocupa de sus necesidades sociales.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Siente que el personal sanitario incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Siente que los boxes o en su defecto elementos separadores han preservado su privacidad e intimidad.	☐	☐	☐	☐	☐
32. La decoración de las distintas dependencias de la unidad contribuye a un ambiente agradable.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Las salas constan de la información y rotulación necesaria para ubicarse en la unidad.	☐	☐	☐	☐	☐
34. El ruido ambiental está controlado.	☐	☐	☐	☐	☐
35. La limpieza de las instalaciones es la adecuada.	☐	☐	☐	☐	☐
36. La temperatura de la unidad es la adecuada.	☐	☐	☐	☐	☐

CRONOGRAMA	2024				2025	
ACTIVIDAD/ FECHA	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2
Revisión de la literatura						
Diseño y protocolo de estudio						
Presentación del proyecto						
Reclutamiento de pacientes						
Tabulación de resultados						
Análisis de los datos						
Elaboración informe final						
Difusión de resultados						



Bones pràctiques en comunicació mèdica

Buenas prácticas en comunicación médica

Good practices in medical communication

Estades clíniques hospitalàries, Curs 2024-2025 [*].

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

Paraules clau: Atenció Centrada a la Persona/ mètodes; Equip mèdic/ educació; Equip d'Infermeria/ educació; Humanisme; Participació del pacient.

Palabras clave: Atención Centrada en la Persona/ métodos; Equipo de Enfermería/ educación; Equipo médico/ educación; Humanismo; Participación del paciente.

Keywords: Humanism; Medical Staff/ education; Nursing Staff/ education; Patient participation; Patient-Centered Care/methods.

Rebut: 29-gener-2025

Acceptat: 6-febrer-2025

Correspondència: jdelas@ub.edu

Estades clíniques hospitalàries, curs 2024-2025. Bones pràctiques en comunicació mèdica. Ann Sagrat Cor. 2024; 31(4): 171-176.

RESUMEN

Hay muy buenos manuales de comunicación médica. Pero, nos hemos planteado hacer uno propio, a modo de compromiso, de lo que consideramos buenas prácticas en comunicación, con la premisa previa de que, tras el debate y el consenso, es más factible cumplir con lo acordado.

En el primer semestre del curso, se han dedicado tres sesiones a los diferentes entornos de la comunicación: no hospitalización -tipo consulta externa-, planta de hospitalización y área de urgencias. Se ha debatido por grupos, por espacio de una hora, y las conclusiones consensuadas han sido enviadas a los participantes para su aprobación final.

Consensuar no significa adhesión incondicional total, así que no forzosamente todos están de acuerdo con todos los aspectos planteados. Mejores o peores, estos planteamientos son los nuestros.

RESUM

Hi ha molt bons manuals de comunicació mèdica. Però, ens hem plantejat fer-ne un de propi, a manera de compromís, del que considerem bones pràctiques en comunicació, amb la premissa que, després de debatre i consensuar, és més factible aconseguir-ho.

En el primer semestre del curs, s'han dedicat tres sessions als diferents entorns de la comunicació: no hospitalització -tipus consulta externa-, planta d'hospitalització i àrea d'urgències. S'ha debatut per grups, per espai d'una hora, i les conclusions consensuades han estat enviades als participants per l'aprovació final.

Consensuar no significa adhesió incondicional total, així que no forzosament tothom ha estat d'acord amb tots els aspectes plantejats. Millors o pitjors, aquests plantejaments són els nostres.

ABSTRACT

There are very good manual son medical communication. But, we have decided to make our own, as a compromise, of what we consider to be good practices in communication, on the premise that, after discussion and consensus, it is more feasible to comply with what has been agreed.

In the first semester of the course, three sessions were dedicated to the different communication environments: non-hospitalization - outpatient type-, hospitalization ward and emergency area. Discussions were held in groups for an hour, and the consensus conclusions were sent to the participants for final approval.

Consensus does not mean total unconditional adherence, so not everyone necessarily agrees with all the points raised. For better or worse, these approaches are ours.

ENTREVISTA CLÍNICA EN UNA ÀREA DE NO HOSPITALITZACIÓ

Situació prèvia

El pacient fora de la consulta, abans de ser rebut, és possible que es plantegi: com és?, com li agradaria que fos la persona que l'atendrà.

Malgrat que és impossible, per part del professional, adaptar-se a les expectatives de tothom, es pot buscar una actitud el més agradable possible per a la majoria dels pacients.

Així, es considera raonable establir una benvinguda amb presentació, i que el metge o metgessa mostri respecte, empatia, coneixements i capacitat de resolució.

Bona acollida

- Aixecar-se per donar la mà, trencar la barreira de relació metge-pacient. No sempre es fa. Potser caldria ser més acollidors: fer un somriu, convidar a seure, mantenir un to amigable.

- Com a metge cal presentar-se: identificar-se, ja sigui amb el nom a la porta, una targeta d'identificació o una presentació oral.
- És important no menysprear el motiu pel qual la persona ve a consulta: escolta activa i deixar al pacient explicar-se, promoure la confiança.
- Demanar disculpes si hi ha retard.
- Les visites haurien de ser a porta tancada. D'aquesta manera ens centrem i respectem la intimitat del pacient, en lloc de prioritzar resoldre de pressa.
- Recordar donar la mà i acomiadar-se quan s'acabi la visita.

Entorn

- El despatx de consulta, idealment, hauria de ser gran, il·luminat, amb una taula també gran. I hauria d'estar net i endreçat. Nosaltres, com a pacients, de vegades trobem un despatx fosc i mig desordenat, i també preferiríem el contrari.
- L'espai de la consulta ha de garantir que el pacient tingui privacitat, evitant interrupcions externes i assegurant que la informació compartida és confidencial.
- Il·luminació i temperatura adequades: l'entorn ha de ser càlid i còmode, amb una il·luminació suau però prou per mantenir un ambient tranquil i professional. La temperatura també s'ha de regular per garantir el confort.
- El mobiliari ha de permetre que el pacient i el professional estiguin asseguts a la mateixa alçada i amb una distància adequada per mantenir un diàleg proper però respectant l'espai personal del pacient. Això crea una sensació d'igualtat i evita una posició dominant del metge.

Ordinador

- Al pacient no li agrada que el metge estigui centrat a mirar i escriure a l'ordinador la major part del temps. De vegades els metges no miren perquè estan escrivint i els pacients no saben si parlar, o no. Els pacients prefereixen una escolta constant i amb contacte visual, cara a cara.
- Es considera correcte ensenyar les proves des de l'ordinador del metge al pacient per poder donar una explicació més completa. De vegades, no hi ha prou temps per donar totes les explicacions que es desitjarien, tampoc es pot dedicar tot el temps que es voldria. Cal prendre consciència sobre aquesta realitat.
- Ús moderat i eficient de l'ordinador. Si bé els ordinadors són necessaris per a la documentació mèdica, és important evitar que la màquina ocupi tot el protagonisme. El metge ha de mirar la pantalla només quan sigui necessari i tornar ràpidament l'atenció al pacient.
- Explicació del que es fa en l'ordinador. Quan sigui imprescindible fer ús de l'ordinador, és

bona pràctica explicar al pacient què s'està fent. Això evita barreres entre el pacient i el professional. Per exemple: "Ara estic revisant els seus antecedents mèdics per veure si hi ha algun canvi."

- Equilibri entre la tecnologia i la interacció personal. L'ordinador és una eina útil, però mai ha de substituir la interacció humana. Les dades digitals s'han de complementar amb una atenció propera i personalitzada.

Telèfon mòbil durant la consulta

Respecte al telèfon mòbil, si no el metge no el necessita durant la consulta, millor no utilitzar-lo. De vegades els metges agafen el telèfon i allarguen les converses i el pacient se sent descuidat. Seria adequat, si realment cal agafar el telèfon, informar el pacient que és important, però que d'aquí a pocs minuts tornarem a la visita.

No és recomanable escriure o contestar missatges. S'ha de recordar que són poques les urgències vitals que obliguen a emprar el telèfon a la consulta.

Atenció no verbal i habilitats interpersonals

- Contacte visual. Mantenir el contacte visual és clau per demostrar que s'està escoltant, que s'està parant atenció. Això, ajuda a generar confiança i a crear un vincle amb el pacient.
- Recordar tancar la porta, per així respectar la intimitat del pacient.
- Posició del cos. La postura del metge ha de ser oberta i receptiva, evitant gestos que puguin transmetre tancament, com plegar els braços o estar molt enfocat en un ordinador o un dispositiu electrònic.
- Fer-se proper amb cura. Hi ha moments en què un toc suau al braç o a l'espatlla del pacient pot ser reconfortant, sempre respectant les barreres personals i culturals.

Llenguatge

- El llenguatge utilitzat a la consulta ha de ser fàcil d'entendre pel pacient, però no massa informal.
- S'ha de tractar al pacient amb respecte, que se senti acollit.
- Depenent de l'edat, s'ha de valorar l'opció de parlar de vostè. En funció de la sensació que transmet el pacient, també podem preguntar quina és la seva preferència (de tu, o de vostè). En cas de dubte, parlar de vostè.
- Llenguatge afectuós, especialment amb gent gran.
- És important que el professional utilitzi un llenguatge clar i senzill, evitant tecnicismes mèdics que el pacient pugui no entendre.
- No parlar de manera despectiva, no emprar paraulotes, ni llenguatge científic o sigles sense explicar el seu significat.

- Sempre és útil verificar la comprensió del pacient, preguntant si ha entès les explicacions que s'han donat.
- No escriure comentaris que poden ser despectius: "molt demandant", "histèric", no fer judicis de valor.

Empatia i humanitat

Demostrar empatia amb el pacient és essencial. Una frase senzilla com: "Entenc com et sents", pot ajudar a crear una connexió emocional i fer que el pacient se senti comprès.

Altres

- A més de donar la mà, determinats gestos, especialment a situacions complicades o quan el pacient està malament, poden mostrar suport.
- És important cuidar el contacte visual, que es complica amb l'ordinador.
- En cas d'intervencions mèdiques o quirúrgiques, és oportú explicar el procediment que es farà, especialment si pot ser desagradable.
- No s'ha de minimitzar mai la sensació de dolor del pacient.
- Si els professionals parlen entre ells d'altres pacients, és possible que el pacient interpreti que s'està parlant d'ell mateix. Cal ser curós.

Exploració física

- És important fer-la, sobretot als pacients que es visiten per primera vegada o fa molt que no es tracten.
- Mesurar la tensió arterial a cada visita sol ser ben rebut pel pacient.
- És convenient informar el pacient sobre el que estem fent, i vetllar per la seva privacitat.

Vestimenta

Ser conscient que la vestimenta és important. No cal establir estàndards concrets, però sí fer un pensament previ sobre què ens posem. Determinats elements com samarretes de futbol o xancletes poden ser sorprenents. És rellevant el paper de la bata, considerar quan és convenient portar-la.

Tancament de la consulta

- Resum de la informació: abans de finalitzar la consulta, és oportú fer un resum de la informació clau que s'ha parlat i assegurar-se que el pacient ha entès el pla de tractament o les recomanacions.
- Espai per preguntes: s'ha d'oferir al pacient l'oportunitat de fer preguntes i aclarir dubtes. Això ajuda a dissipar malentesos i a reforçar la confiança en el professional.

- Es recomana acompanyar, en el comiat, la persona a la porta.

Seguiment

A més de proporcionar informació escrita o digital, és important parlar sobre els passos següents i establir un seguiment, si és necessari. El pacient ha de sentir que no està sol en el procés.

LA COMUNICACIÓ A L'ÀREA D'HOSPITALITZACIÓ

La comunicació en una àrea d'internament és transcendent, ja que el pacient es troba en una situació de vulnerabilitat física i emocional. És important que els professionals sanitaris mantinguin una comunicació empàtica, clara i respectuosa tant amb els pacients com amb les seves famílies.

La visita a la planta d'hospitalització

- Quan un professional entra a l'habitació d'un pacient, ha de presentar-se correctament, indicant el seu nom i ocupació; això ajuda a establir confiança i facilita la comunicació. És important conèixer la informació prèvia, confirmar el nom, intentar mostrar implicació, ser empàtics, comprensius.
- Rentar-se les mans.
- Presentar tot l'equip. Explicar si hi ha personal en formació.
- Adequar el llenguatge al pacient.
- Posar-se al mateix nivell físic del pacient: assegut al costat, a la mateixa alçada.
- Transmetre la sensació que no hi ha pressa, dedicar total atenció al pacient durant la visita. Deixar parlar i preguntar de manera estructurada i correcta.
- Respectar la dignitat del pacient, i escoltar desitjos i preocupacions.
- Explicar les troballes de l'exploració física un cop acabada la visita.
- Avaluar en cada cas la presència dels acompanyants durant la visita, tenint present el grau de consciència i l'estat basal. Cal incloure els familiars en els moments crítics. Preguntar al pacient a qui vol que informem.

Contacte visual i to de veu suau

- Sempre que sigui possible, és preferible parlar cara a cara, amb un to de veu calmat i respectuós.
- És important tenir cura de la part no verbal del llenguatge: fer la visita sent propers, amb una distància càlida.
- Tancar la porta i intentar aconseguir un clima d'intimitat.
- Mostrar empatia i interès genuí per com se sent el pacient. Comentaris senzills com: "Entenc que aquesta situació pugui ser difí-



cil" poden fer sentir-se més comprès i acompanyat.

- Evitar el llenguatge tècnic complicat. És important que el professional utilitzi un llenguatge clar i senzill, evitant tecnicismes mèdics que el pacient pugui no entendre. Sempre és útil verificar la comprensió, preguntant si ha entès les explicacions donades.
- Encara és habitual que alguns professionals mèdics facin servir un llenguatge molt tècnic que pot confondre. És important fer servir un llenguatge clar i accessible, adaptant-se al nivell de comprensió del pacient i de la seva família.

Personalització de l'atenció

- L'atenció centrada en el pacient ha de ser una prioritat, però en alguns casos, especialment en grans hospitals, els pacients poden sentir-se com a números dins d'un sistema. És important revertir aquesta pràctica oferint una atenció més personalitzada i propera.
- Identificar el pacient pel nom i no per la malaltia ni altres característiques. No identificar-lo directament amb el seu diagnòstic.
- No despersonalitzar-lo fora del moment de la visita.
- Cuidar la comunicació als passadissos, amb familiars i entre professionals.

- Arribar a un consens abans d'informar el pacient per part de l'equip (metges, infermers...) i gestionar les discrepàncies amb professionalitat.

Característiques de la planta hospitalització

- És desitjable que aquest espai estigui endreçat, amb espais per rebre amb intimitat a pacients i familiars.
- Seria desitjable tenir llum natural i un ambient tranquil per a pacients i professionals.
- S'hauria de disposar d'habitacions individuals i compartides (de dues persones), per respondre a les diferents preferències.
- S'hauria de disposar de personal suficient
- S'haurien de tenir espais adaptats per als acompanyants, i zones de descans per als professionals.

Normes de l'hospital

- Són normes habituals: evitar sorolls innecessaris, prohibició de fumar (encara que es podria estudiar habilitar àrees on es permeti fumar en especials circumstàncies). També, es pot valorar utilitzar alternatives amb nicotina.
- Rentar-se les mans abans i després de visitar els pacients.

- Permetre variabilitat en el nombre d'acompanyants, consensuar el nombre d'acompanyants i els horaris de visita en funció dels diferents centres i àrees.
- Discutir quan es pot abandonar la planta per socialitzar. Sortir de l'hospital.

Àrea quirúrgica

- Identificar el pacient pel nom i no per la malaltia, ni altres característiques.
- Explicar el procediment.
- Evitar comentaris despectius, encara que estigui anestesiats.

Informe d'alta

- Ha de contenir tota la informació necessària per resumir el curs de l'ingrés.
- Escrit amb un llenguatge clar i entenedor. No ha de ser excessivament llarg. Ha d'estar ben organitzat, dividit en apartats, amb una estructura lògica.
- S'ha de tenir cura que no hi hagi faltes d'ortografia.
- Preferentment, es redactarà tot l'informe en un mateix idioma, intentant evitar copiar i enganxar.
- Caldrà confirmar els antecedents i la medicació en curs, tot evitant abreviatures, sigles i acrònims.
- Cal fer un resum de les proves realitzades, evitant dades innecessàries i de forma organitzada (cronològica).
- S'han d'explicar els resultats de l'anàlisi, i no només copiar valors numèrics. Evitar excés d'anàlisi de laboratori.
- La redacció ha de fer-se amb connectors per així resultar entenedora pel pacient. Les frases han d'estar estructurades.
- Cal posar el nom de fàrmac i evitar els noms comercials. Deixar clar el tractament complet i evitar fórmules del tipus "resta igual".

Prealta

Preguntar per la situació personal (capacitats d'autocura, activitats bàsiques per la vida diària), familiar (suport econòmic, emocional i domèstic), habitatge i condicions. Això permet avaluar com es troba el pacient i veure si s'han d'adaptar les cures amb centres de més llarga estada o assistència a domicili. Parlar amb el treballador social si cal, amb prou antelació.

Alta

Donar l'alta personalment és una bona forma d'acomiar-se. Cal explicar la mediació, precaucions, i normes sobre quan tornar a consultar. Assegurar-se que el pacient ha entès el que ha passat durant l'ingrés, les proves que se li han realit-

zat i la nova medicació. Preguntar al pacient a qui vol que informem i quina informació vol compartir.

Alta voluntària

Sense paternalisme autoritari.

Males notícies

- Procurar un entorn agradable en el moment de les comunicacions.
- Cal ser directes però mostrar-nos comprensius i empàtics.
- És important resoldre qualsevol dubte.
- Intentar donar la informació que el pacient vol saber.
- No mentir, ser clars amb el pronòstic i assegurar-nos que ha comprès bé la informació.

LA COMUNICACIÓ A L'ÀREA D'URGÈNCIES

- En l'intent de posar-se en el lloc del pacient, estem tots d'acord que ens agradaria que ens atengués algú reconfortant, que transmetés tranquil·litat, que escoltés de forma activa i que aportés una solució clara. I, que al final de l'entrevista, resumís la situació i les possibles alternatives perquè la decisió fos presa de forma conjunta. A més a més, s'apreciaria que es donés importància al cas de cadascú, i així evitar el fet de "sentir-se un pacient més".
- És desitjable que no hi hagi un temps d'espera excessiu per ser atès.
- És important que tot el personal pari atenció al tracte, inclosos els administratius, perquè són el primer contacte que té el pacient i és una font de comunicació important.
- La presentació a l'inici de l'entrevista clínica, l'explicació dels procediments i exploracions, el consentiment i el resum per assegurar la comprensió, haurien de ser mínims innegociables, tal com s'ensenya a les facultats de Medicina.
- En cas que el pacient no proporcioni documents d'identificació, cal que el pacient es tracti amb tota la cura habitual.
- Els símptomes del pacient no han de ser menyspreats per considerar diagnòstics lleus.
- És desitjable una valoració ràpida per saber, *a priori*, el grau d'urgència. Això no implica obviar l'anamnesi mèdica i l'exploració física, treballant només a partir dels protocols del motiu de consulta. Tampoc caure en la inèrcia pròpia del biaix de l'experiència, que podria dur-nos a obviar detalls i proves diagnòstiques.
- El metge no pot aparèixer només a la segona fase, la de donar diagnòstic i tractament. Si no es pregunta de forma completa, pot faltar informació i el pacient pot tenir la sensació que no se l'ha deixat explicar. S'ha d'evitar donar d'alta pacients de manera precipitada.
- A Urgències, s'assumeixen com a certs antecedents elaborats a consultes prèvies i no

se'ls torna a preguntar "per estalviar temps", però de vegades indueixen a errors sobre la base d'aquestes "suposicions" incompletes, consumint més temps que si inicialment s'hagués fet una adequada confrontació dels antecedents.

- L'informe d'urgències ha d'estar ben estructurat i s'ha de contrastar la informació que hi apareix: si en realitat els medicaments s'estan prenent o no, i quins altres diagnòstics no apareixen. No hauria de ser excessivament llarg.
- De les dades de l'analítica, s'han de fer constar les dades importants o anormals. No és procedent omplir informes amb profusió d'anàlisis no comentats o no prevalents.
- Hi ha abreviatures molt confuses en alguns informes d'especialitats que en realitat desorienten a pacients i metges. Evitar aquest fet.
- No posar després dels nous medicament proposats "... i la resta igual" perquè pot confondre.
- Quan un pacient s'ha de donar d'alta, cal preguntar-li si ho ha entès tot bé, sobretot els canvis de medicació, i si hi ha alguna altra cosa que vulgui saber o comentar. En el moment d'informar es valora fer esquemes que contribueixin a explicar el procés de manera més visual.
- En general, és oportú que el metge mateix doni personalment l'informe.
- Si el pacient es troba en una situació crítica, és important saber comunicar la gravetat del quadre clínic i el pronòstic de manera adequada, empàtica i entenedora, tant als familiars com al pacient.
- En cas que la pressió assistencial provoqui llistes d'espera i retards, cal ser conscients de la incertesa que això pot generar als pacients que no coneixen el sistema i seria preferible explicar la situació abans que obviar-la.
- No hem de ser indiferents a la sensibilitat de les persones que atensem malgrat que com a professionals hàgim normalitzat les particularitats de l'ambient on treballem, que pot ser percebut com a hostil, com pot ser una sala d'urgències. Per reduir aquesta hostilitat és imprescindible que tots els professionals sanitaris hi contribueixin.
- La disposició d'algunes de les sales d'urgències són millorables. Si el lloc de treball dels metges és al mig del passadís, els pacients poden confondre's. Aquest fet també pot ser una font de distraccions pels professionals.
- Cal procurar mantenir la qualitat malgrat la pressió assistencial. Entenem la necessitat d'optimitzar el temps sense renunciar a donar a cada pacient l'atenció que requereix. Actualment, s'està estenent la tendència de minimitzar les exploracions físiques a còpia d'incrementar les proves diagnòstiques, fet que en alguns casos pot ser mal percebut pels pacients ("no m'ha ni tocat").
- Quan els pacients s'adrecen a altres nivells assistencials, les explicacions són necessàries

per evitar que el missatge que s'emportin sigui l'equivocat. Hem d'intentar evitar que els pacients se sentin mal atesos o menyspreats.

- Per clarificar el diagnòstic i el tractament a consulta, atès que la incomprensió és una de les principals causes de pèrdua de temps i recursos, és preferible acompanyar les explicacions d'un suport visual. Trobem a faltar una eina que ho proporcioni. L'informe mèdic no és prou explicatiu per a ser entès pels pacients i caldria fomentar l'explicació dels professionals perquè els pacients coneguin i es responsabilitzin del seu estat de salut.
- Pel que fa a les males notícies és imprescindible assegurar que l'entorn sigui favorable abans de comunicar-les. Cal ser concrets amb els procediments a seguir, els temps d'espera i les expectatives. La recepció de la informació i l'acceptació per part de pacients i familiars depèn molt de la manera de transmetre per part del professional sanitari.

AUTORS

Aaron Jenaghi Marín, Aina Lasiera Pérez, Alba Castellà Cabello, Alba Langa Polo, Albert Cunilleira Isbert, Alex Yu, Alexandre Gil-Vernet Asbert, Alexey Zazo Yuan, Alvaro Clavell Labastida, Alvaro Ricardo Prado Teves, Ana Canalejas Tulleuda, Ana Sánchez Salvador, Anna Fonollosa Sanz, Anna Baró Solé, Arnau Andorrà Gómez, Arnau Mas Giménez, Bartomeu Alberto Martí, Berta Massot Carles, Carla Miralles Barbero, Carlota Rosselló García, Carme Ginard Pascual, Christian Carmona Soriano, Cinta Julvé Villos, Clara Quintana Llobet, Elena Mascaró Baselga, Elisa López De Prado Castro, Elisabet Gomis Lleal, Elsa González Solà, Emma Rodés Meler, Fatima Zohra Kharroub El Harrak, Francisco Javier Alonso-Rodríguez Casanovas, Gabriela Sogorb De Carvalho, Griselda Serrallach Pous, Helena Guilera Martínez, Houda Touibi Chiheb, Ignacio Javier Prats Gimeno, Ignasi Bonet Ortuño, Jamil Baza Chaoui, Joan Reverter Tàssies, Jordi Delás, Jordi Pons Villalonga, Jose Ignacio Serrano Campaner, Josep Folqué García, Josep Maria Marin Rodriguez, Judit Altès Pedro, Júlia Chiner De Los Santos Juanes, Karen Lorite Gomez, Laia Gonfaus Selles, Laia Mateo Falcó, Laura Guedes Piñana, Laura Moreu Aparicio, Laura Rovira Morte, Leire Aguirre Peña, Luis Català Burgos, Luis Palau León, Marc Arasa Abella, Marc Bosch Niubó, Maria Victory Cirer, Marina Andreu González, Marina Pujadas Giménez, Marta Álvarez Montaner, Mariona Vázquez Mas, Martí Pérez Serrano, Miguel Jambina Sánchez, Nerea Gutiérrez Pino, Noelia Montalbán Blasco, Olga Parra, Olga Pinart Noguera, Patricia Estévez Rubio, Patricia Fernández Alarcón, Paula Martínez Lopez, Paula Sánchez Diaz, Pol Colomé Artigas, Quim Tresserras Anaya, Ruth Soler Vázquez, Teresa Montabes Sicilia, Thomas Lebecque, Verónica Rojas Gil, Víctor Picornell Zurdo, Xavier Terés Teixine, Yasmin Chahbi Mehdi.

Enquesta d'opinió dels lectors de la revista Annals del Sagrat Cor

Encuesta de opinión de los lectores de la revista *Annals del Sagrat Cor*

Opinion poll of the readers of the journal *Annals del Sagrat Cor*

Eduardo González Marín, M^a José Sánchez López, Jordi Delás Amat, Lucía Mata Haya, Margarita Aguas Compaired, Miquel Balcells Riba, Miquel Bruguera Cortada

Editors executius. *Annals del Sagrat Cor*

RESUM

Introducció i objectius. Es pretén determinar l'opinió dels lectors de la revista *Annals del Sagrat Cor* sobre aspectes relacionats amb la qualitat de contingut, l'impacte i el procés editorial de la revista.

Mètode. Es va dissenyar una enquesta online que es va anunciar en dues tornes, amb 15 dies de diferència. Es va adjuntar un codi QR accessible des de la publicació. Es van establir les mesures oportunes per garantir la confidencialitat de la informació personal.

Resultats. Es van recollir 94 enquestes completades. El 84% dels enquestats coneixien la revista, i el 75,5% l'havien llegida algun cop. El 53% desconeixia la possibilitat de llegir la revista online, i només el 35% l'havia descarregada en format *pdf*. Les seccions més ben valorades han estat: "Casos clínics" (el 71,3% la troben interessant, amb un 20,2% de lectura, i només considerada millorable pel 6,38%), i "Notícies" (el 71,3% té interès). La secció més llegida ha estat la de "Debat" (amb un 28,72%), malgrat que es considera que és força millorable (10,64%). A més, aproximadament, un 67% dels enquestats estarien disposats a publicar a la revista.

Conclusions. La revista *Annals del Sagrat Cor* manté un nivell de qualitat acceptat pels seus lectors, encara que es posen de manifest problemes d'accés i difusió.

RESUMEN

Introducción y objetivos. Se pretende determinar la opinión de los lectores de la revista *Annals del Sagrat Cor* sobre aspectos de calidad de contenido, impacto y proceso editorial de la revista.

Método. Se diseñó una encuesta online que se publicitó en dos vueltas, con 15 días de diferencia. Se adjuntó un código QR accesible desde la publicación. Se establecieron las medidas oportunas para garantizar la confidencialidad de la información personal.

Resultados. Se recogieron 94 encuestas completadas. El 84% de los encuestados conocían la revista, y un 75,5% la habían leído alguna vez. El 53% desconocía la posibilidad de leer la revista online y sólo el 35% la descargó en formato *pdf*. Las secciones más valoradas han sido "Casos clínicos" (un 71,3% la encuentran interesante, con un 20,2% de lectura, y sólo considerada mejorable por el 6,38%), y "Noticias" (con un 71,3% que muestra interés). La sección más leída ha sido la de "Debate" (28,72%), aunque se considera bastante mejorable (10,64%). Además,

Paraules clau: Actitud del Personal Sanitari; Enquestes; Revistes

Palabras clave: Actitud del Personal de Salud; Encuestas; Revistas

Keywords: Attitude of Health Personnel; Surveys; Periodicals as Topic

Correspondència: bibhsc@hscor.com

González Marín E, Sánchez López MJ, Delás Amat J, Mata Haya L, Aguas Compaired M, Balcells Riba M, Bruguera Cortada M. Enquesta d'opinió dels lectors de la revista *Annals del Sagrat Cor*. 2024; 31(4):177-180.

aproximadamente un 67% de encuestados estaría dispuesto a publicar en la revista.

Conclusiones. La revista *Annals del Sagrat Cor* mantiene un nivel de calidad aceptado por sus lectores, aunque se ponen de manifiesto problemas de acceso y difusión.

ABSTRACT

Introduction and objectives. The aim is to determine the opinion of the readers of the *Annals del Sagrat Cor* journal on aspects of content quality, impact and editorial process of the journal.

Method. An online survey was designed and advertised in two rounds, 15 days apart. It was supported with a QR code accessible from the journal. Appropriate measures were established to guarantee the confidentiality of personal information.

Results. 94 completed surveys were collected. 84% of respondents knew about the journal and 75.5% had read it at some point. 53% were unaware of the possibility of reading the journal online and only 35% had downloaded it in pdf. The most valued sections are the clinical cases (71.3% find it interesting, with 20.2% reading and only considered to be improveable by 6.38%) along with "news" (71.3% interest). The most read section is "Debat" (28.72%) although it is considered to be quite improveable (10.64%). Approximately 67% of respondents would be willing to publish in the journal.

Conclusions. The journal *Annals del Sagrat Cor* maintains a level of quality accepted by its readers, although problems of access and dissemination are highlighted.

INTRODUCCIÓ

Aquests darrers anys, les revistes biomèdiques han vist incrementar les necessitats de qualitat envers els lectors. Actualment, resulta bàsica la revisió dels manuscrits per parells, la serietat i rapidesa als processos editorials, l'edició digital i la inclusió de les revistes al sistema d'avaluació científica [1].

La revista *Annals del Sagrat Cor* es publica de manera ininterrompuda des de 1993, any que va ser fundada pel Dr. Josep M.^a Puigdollers Colás (Tarragona, 1928 – Barcelona, 2006), cap de servei de Medicina interna de l'HUSC entre 1965 i 1993. *Annals del Sagrat Cor* és una feina editorial gestionada íntegrament des de l'HUSC, que ha anat evolucionant al llarg dels anys, tant en la seva presentació com en els continguts.

La importància de les revistes mèdiques resideix en difondre nous coneixements, legitimar i donar credibilitat a la investigació biomèdica o clínica, garantir els drets intel·lectuals dels autors, servir de fòrum de discussió, difondre informació, arxiu i memòria.

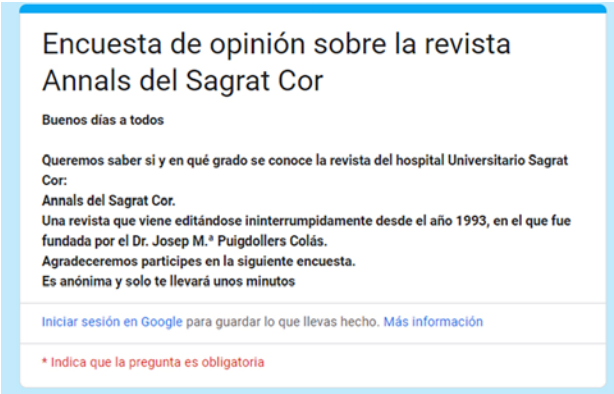
Els Editors executius d'*Annals del Sagrat Cor* han anat implementant mesures adreçades a garantir aquests punts. Ara bé, una de les característiques que defineix la publicació és el seu àmbit "geolocal", precisament, l'Hospital del Sagrat Cor.

Conèixer els aspectes que poden millorar l'acceptació d'una revista és un dels instruments per millorar l'estratègia editorial i, entre les fonts més directes, l'opinió dels lectors és la més valuosa.

Doncs a fi i efecte de conèixer l'opinió dels destinataris potencials d'*Annals del Sagrat Cor* es va dur a termini una enquesta sobre contingut i procés editorial de la publicació.

MÈTODE

El passat dia 5 de novembre es va obrir una enquesta online.



Es va llançar en dues tandes, una el dia 5 de novembre i la segona el 19 de novembre, enviades per correu electrònic institucional a tot el personal. A més, es va proporcionar, addicionalment, l'enllaç mitjançant codi QR des del número 2 del

volum 31 d'*Annals del Sagrat Cor*. La idea era que, de manera voluntària, tothom de l'Hospital Universitari Sagrat Cor que estigués interessat pogués complimentar-la.

L'enquesta es va confeccionar mitjançant l'eina "Formularis de Google" (forms.google.com) que permet editar el qüestionari, afegir text, imatges o vídeos i personalitzar l'enquesta (Encuesta de opinión sobre la revista Annals del Sagrat Cor)

RESULTATS

En el moment del tancament l'enquesta, l'1 de desembre de 2024, havien respost 94 persones, pertanyents a tots els àmbits de l'hospital.

L'edat mitjana dels enquestats va ser de 49 anys (DS ± 12,28), i amb un clar predomini de dones (64,5%). Van respondre des de tots els estaments, sent majoritàries les respostes de Medicina i Infermeria, amb un 36,17% i 31,9%, respectivament.

Taula 1. Dades demogràfiques

Edat	49 anys ± 12.28	
	n	%
Sexe		
• Home	33	35%
• Dona	60	65%
Categoria professional		
• Medicina	34	36%
• Infermeria	30	32%
• Administració	13	14%
• TCAE	12	13%
• Tècnic suport/manteniment	5	5%

Aproximadament el 17% d'enquestats desconeixia l'existència de la revista, mentre que un 24% va declarar conèixer la seva existència, malgrat que no l'havia vist a l'hospital i, en aquest sentit, el 20% dels enquestats no l'havia llegit mai. Gairebé la meitat dels enquestats (47,8%) rebia la revista en paper, enfront de l'11% que declarava rebre-la per correu electrònic.

Més de la meitat de les respostes van afirmar llegir la revista exclusivament en paper (un 52,13%). L'opció de consultar i descarregar la revista online des de la pàgina <https://www.annalsdelsagratcor.org>, només era coneguda per la meitat dels enquestats (un 46,8%). Malgrat que, d'aquests, gairebé dos de cada 3 (65,9%) l'havien descarregada, només un 5,32% afirmava haver llegit la revista a la pantalla. Un 24% de lectors van combinar tots dos formats.

Aproximadament un 26% dels enquestats consideraven que els mètodes d'accés o disponibilitats "no són suficients o adequats".

Es va preguntar sobre la disposició a col·laborar amb la revista, i un de cada tres es va manifestar disposat, amb un terç addicional que va considerar aquesta opció com a possible. Pel que fa a la col·laboració específica, van predominar els "Casos clínics" i "Originals de recerca", amb el 18% i 17% de preferències, respectivament. El tipus "Sense especificar" va acaparar el 22% de les respostes.

Taula 2. Coneixement i difusió de la revista

Coneixes la revista <i>Annals del Sagrat Cor</i>?		
Sí	79	84 %
No	15	16%
Total		
Has vist a l'Hospital algun exemplar de la revista?		
Sí	71	75.5 %
No	23	24.5 %
Total		
T'ha arribat mai un exemplar de la revista?		
Sí	56	59 %
No	27	28.7 %
Total		
Has llegit mai algun contingut de la revista?		
Sí	71	75.5 %
No	19	20.2 %
Total		
<i>Annals del Sagrat Cor</i> està en format online, coneixies aquesta circumstància?		
No	50	53,19%
Sí	44	46,81%
Total	94	
Has descarregat mai la revista?		
No	61	64,89%
Sí	33	35,11%
Total	94	
Si heu llegit algun contingut de la revista, en quin format ha estat?		
Paper	49	52,13%
Pantalla	5	5,32%
Ambdós	23	24,47%
No l'he llegida	17	18,09%
Total	94	
Penses que l'accés a <i>Annals del Sagrat Cor</i> és adequat?		
No	25	26,6%
Sí	69	73,4%
Total	94	

Pel que fa a les seccions de la revista, en general totes han estat ben valorades, qualificant-les de bones pràcticament la meitat dels enquestats i correctes gairebé l'altra meitat. Menys d'un 10% les va catalogar de millorables. L'interès de les seccions ha seguit un patró similar, més del 65% les considera totes interessants, destacant la secció "Casos clínics" amb l'índex més alt (71%), seguida de la secció "Originals" (69%).

COMENTARI

Com és habitual, quan es parla d'enquestes, el nivell de resposta és baix, i, per això, els resultats que es comenten a continuació s'han de considerar únicament com una mostra orientativa i no com a dades definitives.

Tot i això, la revista *Annals del Sagrat Cor* manté un nivell de qualitat acceptat pels seus lectors, encara que es posen de manifest problemes d'accés i disponibilitat, i la presència d'un nombre important de professionals que, per diferents motius, desconeixia l'existència de la publicació, o no hi havia tingut accés. És notable el desconeixement de l'opció de descarregar la revista des de la seva pàgina web. Val destacar també que la lectura es faci, preferentment, en format en paper.

Taula 3. Dades sobre el contingut

Et semblen interessants les seccions de què consta?			
	Sí	No	L'he llegida algun cop
Editorial	61,7%	9,57%	27,66%
Debat	62,77%	7,45%	28,72%
Originals	69,15%	7,45%	22,34%
Metodologia	58,51%	15,96%	25,53%
Casos clínics	71,28%	7,45%	20,21%
Notícies	71,28%	4,26%	23,4%
Quina opinió et mereix la qualitat dels continguts de cada secció?			
	Bona	Correcta	Millorable
Editorial	51,06%	40,43%	8,51%
Debat	46,81%	42,55%	10,64%
Originals	53,19%	35,11%	11,70%
Metodologia	45,74%	44,68%	9,57%
Casos clínics	51,06%	42,55%	6,38%

En les preguntes obertes, quan s'ha demanat sobre com millorar la revista, la resposta més freqüent refereix l'accessibilitat, la difusió i el repartiment tant en exemplar físic com en format digital.

Aquestes dades donen una idea de l'audiència i interès que té la revista dins l'hospital, i obren possibilitats de millora, sobretot pel que fa a la seva difusió.

És en aquest sentit que s'ha decidit confeccionar i enviar una *newsletter* tan bon punt surti un nou exemplar. La idea és que la difusió sigui més àmplia i incloent, que així pugui arribar a tothom que estigui interessat i, que en cas que algú no rebi la informació, pugui sol·licitar la seva inclusió en les llistes de difusió. Al final d'aquest text hi ha un fragment de la newsletter que es va elaborar pel numero 3, el primer després de l'enquesta (Figura 1)

Taula 4. Dades d'intenció de col·laboració

T'agradaria publicar als <i>Annals del Sagrat Cor</i>		
Sí	30	31,91%
No	30	31,91%
Pot ser	34	36,17%
Total	94	
Amb quin tipus de publicació t'agradaria col·laborar als <i>Annals del Sagrat Cor</i>?		
Original	16	17,02%
d'investigació	17	18,09%
Casos clínics	7	7,45%
Opinió/respostes	21	22,34%
Altres tipus	33	35,11%
Gens d'interès	94	
Total		

Es valora molt positivament la intenció de col·laborar expressada per molts dels enquestats, i en aquest sentit s'estudiarà habilitar canals de comunicació per tal de recollir els suggeriments de participació.

També s'ha de tenir en compte la consideració de "millorable" de moltes seccions, ja que al voltant del 10% dels lectors fan arribar un toc d'atenció en aquest sentit.

Des del Consell Editor, continuem treballant per aconseguir el nivell de qualitat necessari perquè la revista sigui inclosa en diferents directoris de publicacions científiques en accés obert. Ara per ara, les principals dificultats, les tenim en l'acreditació de l'accés online. Esperem poder donar bones notícies aviat.

Taula 5. Dades sobre el disseny

Què et sembla el format actual?		
Neutre	34	36,17%
Modern	23	24,47%
Sobri	19	20,21%
No és atractiu	7	7,45%
No responen	11	11,7%
Total	94	
Ho canviaries?		
No	73	77,66%
Sí	21	22,34%
Total	94	

AGRAÏMENTS

Els editors volem agrair les respostes de tots els professionals que han dedicat un temps en contestar el qüestionari. També, voldríem agrair a la Direcció Mèdica la difusió de l'enquesta.

BIBLIOGRAFIA

[1]. Indicadores bibliométricos utilizados en la evaluación de la ciencia y la tecnología, revisión bibliográfica. Rev Esp Documentación Científica 1990; 13: 842- 865.

[2]. Diseño de la investigación clínica. Barcelona: Doyma, 1993.

Annals del Sagrat Cor

II JORNADA DE INVESTIGACION

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

7 de noviembre de 2024

La investigación como agente de transformación

Cada dos años, nuestro hospital lleva a cabo un destacado evento de investigación. La edición de 2024 se enfocó en la Inteligencia Artificial. Durante la jornada, se llevaron a cabo mesas redondas y talleres formativos. También se concedieron los premios a la investigación Dr. Cardenal, en sus modalidades mejor publicación y mejor poster presentado a congreso.

Conferencia inaugural : Inteligencia Artificial en la investigación clínica y universitaria: retos, desafíos, oportunidades
Dra. Assumpció Malgosa Morera, Vicerectora d'investigació de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

Aborda los retos, desafíos y oportunidades de la IA en investigación clínica y universitaria. Explica el marco normativo europeo, las aplicaciones actuales y futuras de la IA, así como los desafíos éticos que implica su uso en la medicina.

Mesa redonda
¿Cómo funciona realmente la inteligencia artificial? Un vistazo bajo el capó
David González Navarro (ingeniero en informática)

Desglosa los conceptos básicos de la IA, abarcando el aprendizaje automático, las redes neuronales y los modelos de procesamiento de información. Examina de qué manera la IA emula el pensamiento humano y su habilidad para evolucionar con la experiencia, subrayando sus usos en el sector clínico y en la investigación.

La investigación como agente de transformación: la Inteligencia Artificial en investigación biomédica.
David Reifs Jiménez (Digital Care Research Group)

Explora el papel de la IA en la revolución de la investigación biomédica, desde el análisis masivo de datos hasta la identificación de nuevos tratamientos. Destaca cómo la IA está acelerando los procesos de descubrimiento científico y su potencial para transformar la medicina personalizada.



Figura 1. Fragment de la newsletter corresponent al número anterior.

La figura del metge al Hollywood clàssic

La figura del médico en el Hollywood clásico

The portrayal of physicians in classic Hollywood movies

Sonia Sarró Álvarez

Psiquiatra

Paraules clau: Actitud; Assistència Sanitària; Metges; Pel·lícules.

Palabras clave: Actitud; Asistencia Sanitaria; Médicos; Películas.

Keywords: Attitude; Delivery of Health Care; Motion Pictures; Physicians.

Correspondència: 31554ssa@comb.cat

Sarró Álvarez S. *La figura del metge al Hollywood clàssic*. *Ann Sagrat Cor*. 2024; 31(4): 181-185.

La imatge del metge i la seva posició a la societat ha canviat molt en els darrers 70 anys, i encara més al llarg del passat segle. Les pel·lícules de Hollywood ens ofereixen una interessant varietat de prototipus, que retraten els metges de maneres molt diferents. Algunes poden ser un interessant descobriment per aquells a qui els encurioseixi explorar-les. Ens ha semblat que una revisió podria alhora entretenir i ajudar a seleccionar una bona pel·lícula per un vespre de cinema.

Aclarint que el període clàssic de Hollywood comprèn des del cinema mut als anys seixanta, quan el sistema dels grans estudis i les estrelles lligades a ells va començar a declinar. Aquest article es centra en produccions nord-americanes, i en aquelles on la figura del metge té especial rellevància. Tots els films mencionats són assequibles en DVD o a Internet.

La imatge del metge més sovint transmesa a les pel·lícules americanes d'aquesta època és la del professional dedicat fins a l'extrem, que s'aboca en cor i ànima a la investigació o a l'atenció dels malalts, i sovint desatén o sacrifica la felicitat en la vida personal. Està completament absorbit per la seva professió, i aquesta és presentada com un servei a la Humanitat. El metge investigador que és capaç d'inocular-se gèrmens patògens ell mateix buscant la cura d'una malaltia infecciosa, exposar-se a morir en remots paratges tropicals, o viatjar a terres llunyanes per atendre els més necessitats. En aquesta categoria s'inclou també el metge missioner, que no prou satisfet amb guarir malalties o vacunar, també intenta inocular la fe catòlica als seus pacients. I que quan la Segona Guerra Mundial va esclatar, sovint esdevé metge militar i protagonitza heroiques gestes.

Serien exemples d'aquest enfocament Ronald Colman a "El Doctor Arrowsmith" (Arrowsmith, 1931), Ricardo Cortez a "La melodía de la vida"

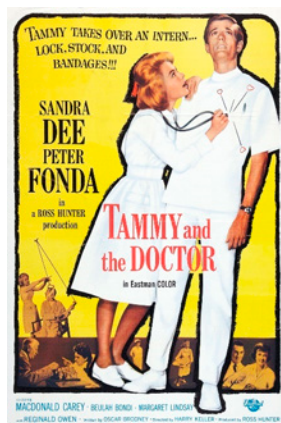
(Symphony of Six Million, 1932), Clark Gable a "Hombres de blanco" (1934), Cedric Hardwicke a "El explorador perdido" (Stanley and Livingstone, 1939), Errol Flynn a "The Green Light" (1937), John Howard a "Vidas heroicas" (Disputed passage, 1939), Thomas Mitchell a "Las llaves del Reino" (The Keys of the Kingdom, 1944), Gary Cooper a "Por el valle de las sombras" (The Story of Dr. Wassell, 1944) i tantes altres.

Destaquem d'entre totes elles les molt interessants "La tragedia de Louis Pasteur" (The Story of Louis Pasteur, 1936), on Paul Muni interpreta honestament Pasteur, i "La bala mágica" (Dr. Ehrlich's Magic Bullet, 1940), on Edward G. Robinson encarna el Dr. Ehrlich que busca incansable la cura de la sífilis (amb la curiositat que com que aquesta és una pel·lícula posterior al període Pre-code i el codi Hays havia establert una fèrria censura, les paraules "venèries" o "sífilis" són censurades).



Altres films es concentren a mostrar la lluita interna del metge que es debat entre la dedicació als més humils en el marc d'un sistema sanitari ple de mancances o la oportunitat d'accedir a l'èxit econòmic entre una clientela adinerada, sovint més neuròtica i menys necessitada: "Esposas de médicos" (Doctor's Wives 1931, de la que es faria un posterior remake el 1971), o el sensible retrat de Robert Donat a "La Ciudadela" (The Citadel, 1938). Hi ha múltiples versions de l'obra de Bernard Shaw "The Doctor's Dilemma", i el Charles Bovary de "Madame Bovary" (1949) no deixa de ser un exemple de metge dividit entre la seva professió i el desig d'un èxit ràpid però arriscat per satisfer la seva esposa.

En aquest tipus de pel·lícules es sol mostrar la figura de la infermera com a professional dedicada totalment al metge, i més predisposada a comprendre'l que la seva pròpia esposa. I és clar, les infermeres de Hollywood solen ser inefablement atractives; com és el cas de "Esposa, doctor y enfermera" (Wife, Doctor and Nurse, 1937) o, en clau de comèdia amable, de "Tammy y el Doctor" (Tammy and the Doctor, 1963).



Després hi ha les pel·lícules que mostren la part més quotidiana de la professió, centrant-se en històries del dia a dia i tot sovint introduint tocs de comèdia. Destaca la sèrie on Lew Ayres interpreta amb convicció el jove Dr. Kildare, sempre sota l'aguda i crítica mirada del seu terrible preceptor l'experimentat Dr. Gillespie (un excel·lent Lionel Barrymore). De fet, van tenir tant d'èxit plegats que quan Ayres va marxar al front, Lionel Barrymore va continuar enllaçant èxits com l'afamat doctor, que no per estar en cadira de rodes resultava menys actiu, des de "Calling Dr. Gillespie" (1942) fins a "Dark Delusion" (1947). L'acompanyen els joves pupils encarnats per Van Johnson i Keye Luke (en una rara mostra Hollywoodense d'igualtat racial). Aquestes versions tindrien un paral·lelisme britànic de to més còmic a la sèrie de "Un médico en...", on Dirk Bogarde és part d'un grup de joves metges en formació que passen per tota mena de tribulacions, també sota la supervisió de l'irascible cirurgià en cap James Robertson Justice. D'altres històries s'inclinen més vers el dramatisme, com "La tela de araña" (The Cobweb, 1955).

Gairebé un gènere apart dins d'aquesta temàtica el constitueixen els films en què es mostra la vida dels metges rurals. Se'ls retrata bàsicament com professionals dedicats i anònims que lluiten per assistir els malalts en entorns sovint mancats de gairebé tot, havent d'emprar el seu enginy per tractar casos variadíssims. D.W. Griffith en va crear un primer exemple a "The Country Doctor" (1909), i Harold Lloyd n'ofereix una divertida i ahora imaginativa i tendra visió a la primera part de "Doctor Jack" (1922). Will Rogers va abocar la seva peculiar filosofia i sentit de l'humor al seu "Doctor Bull" (1933, no estrenada a Espanya).

Jean Hersholt, conegut a la vida real pel seu recolzament a molts projectes humanitaris, va encarnar la figura de l'afable metge de poble, el Dr. Luke, a "Cinco cunitas" (The Country Doctor, 1936, i les seves seqüeles "Reunion" 1936 i "Five of a Kind", 1938, films creat tots entorn de l'interès nacional que suscità l'èxitós part de les quintillisses Dionne). Hersholt va ser tan apreciat fent de metge que protagonitzaria entre 1939 i 1941 un seguit de pel·lícules interpretant-hi el Dr. Christian (la primera "Meet Dr. Christian", 1939). I encara una sèrie de televisió als anys 50 fent el mateix personatge.



En un estil amable, Bing Crosby i Barry Fitzgerald mostren l'enfrontament entre el metge més tradicional i els mètodes moderns i dues maneres d'entendre la medicina a "Por distintos caminos" (Welcome stranger, 1947).

Com a film europeu en aquesta línia, ja gairebé fora del període clàssic, recomanem el personatge de Jean Itard de Truffaut a "El pequeño salvaje" (L'enfant sauvage, 1970), que mostra com va evolucionant un cas real de la França de finals del segle divuit.

No seria però fins la modernitat que es presentaria el metge com a pacient, havent-se de qüestionar la seva posició i la manera de tractar les persones que l'envolten, com l'excel·lent William Hurt a "El doctor" (The Doctor, 1991).

Lew Ayres va interpretar diverses vegades el paper de metge, potser perquè ja s'hi sentia predisposat. A la vida real, i marcat pel seu paper a "Sin novedad en el frente" (All Quiet on the Western Front, 1930), va fer-se objector de consciència durant la Segona Guerra Mundial, guanyant-se d'entrada la crítica generalitzada de Hollywood mentre es feia assistent mèdic al camp de batalla. A "Belinda" (Johnny Belinda, 1948) Ayres dona vida al metge rural que ajuda una noia muda, alhora que intenta guarir el seu trauma. De manera similar com ocorre al metge militar al que dona vida Gregory Peck a "Capitán Newman" (Captain Newman, 1963). És aquest un gènere que mostra predilecció per la figura del psicoanalista, psiquiatre o psicòleg, per les seves habilitats en tractar afeccions mentals, que després de la guerra amb el retorn dels combatents



Lionel Barrymore (Dr. Gillespie) amb Lew Ayres (Dr. Kildare).

i les seqüeles del camp de batalla gaudirien d'un renovat interès.

Després hi ha una sèrie de pel·lícules on es mostra el costat fosc de la professió, amb el metge com a figura de poder que l'exerceix per causar perjudicis, fa experiments perillosos o permet la negligència al seu voltant, sovint amb dramàtiques conseqüències. Històries que ens mostren el professional implicat en obscures trames, com el James Mason del noir no estrenat al seu moment "Atrapados" (Caught, 1949). Potser el cas més conegut és el de les diverses versions de la novel·la de Stevenson "Dr. Jekyll i Mr. Hyde": John Barrymore a "El hombre y la bestia" (1920), Fredric March a "El hombre y el monstruo" (1931) i Spencer Tracy a "El extraño caso del Dr. Jekyll" (1941) (Dr. Jekyll and Mr. Hyde, 1920, 1931 i 1941), escenifiquen la dualitat entre els impulsos del bé i el mal. També "El doctor Frankenstein" (Frankenstein, 1931) i la seva seqüela "La novia de Frankenstein" (Bride of Frankenstein, 1935). Bastant similar trobem els sinistres Dr. Moreau de Charles Laughton a "La isla de las almas perdidas" (Island of Lost Souls, 1932) (amb una imaginativa reversió moderna a Los niños del Brasil, 1978) i el Dr. Gogol de Peter Lorre a "Las manos de Orlac" (Mad Love, 1935). I multitud d'altres "mad doctors", com Basil Rathbone a "The Mad Doctor" (1940, no estrenada aquí). Altres històries ens presenten metges purament negligents, com el de l'escandalosa "Enfermeras de noche" (Night Nurse, 1931), que com tantes d'altres de l'era pre-code no va arribar a estrenar-se al nostre país per la seva cruesa.

També va filmar-se alguna que altra història de declivi personal del professional, sobretot quan comet l'error d'enamorar-se de la dona equivocada. Com el Leslie Howard al clàssic de Somerset Maugham "Cautivo del deseo" (Of Human Bondage, 1934) i les seves reversions (1946 i 1964), o "Doctors Don't Tell" (1941, no estrenada aquí), "Cara robada" (Stolen Face, 1952) o la semi-autobiogràfica versió de la novel·la de F. Scott Fitzgerald "Suave es la noche" (Tender is the Night, 1962).

Aquestes històries tenen la seva contrapartida en d'altres que narren odisses de redempció i on el metge, que ha infravalorat o perdut la seva habilitat i amor per la professió, normalment a conseqüència d'un desengany amorós, d'una tràgica



pèrdua, o per haver assumit la culpa d'un altre col·lega i haver estat expulsat de la professió, la recupera gradualment, alhora que la seva autoestima i el reconeixement social. Com el germà responsable interpretat per Richard Barthelmess a "Su gran sacrificio" (Alias the Doctor, 1932), el traumatitzat John Beal a "Un hospital en las nubes" (The Man Who Found Himself, 1937), l'alcohòlic Doc Holliday de Victor Mature a "Pasión de los Fuertes" (My Darling Clementine, 1946), el cregut Glenn Ford de "The Doctor and the Girl" (1949, no estrenada aquí), el desorientat Edmund Purdom de "Sinuhé el egipcio" (The Egyptian, 1954), l'inicialment desaprensiu Robert Mitchum de "No serás un extraño" (Not as a Stranger, 1955), el ressentit Gary Cooper perseguit pel seu passat de "El árbol del ahorcado" (The Hanging Tree, 1959) o l'atribolat Yuri Zhivago d'Omar Shariff, dividit entre dos amors, a "El doctor Zhivago" (Dr. Zhivago, 1965).



Potser el cas més impressionant de tots ells sigui el de Robert Taylor i Rock Hudson a "Sublime Obsesión" i el seu remake (Magnificent Obsession, 1935 i 1953), on un playboy reformat esdevé gens menys que neurocirurgià en temps rècord i realitza curacions miraculoses en un melodrama ja clàssic. Un bon exemple de factura europea n'és "Los orgueillosos" (Les orgueilleux, Yves Allegret, 1953).



Altres cops, el metge ha de remuntar situacions penoses i crítiques com l'empresonament o l'exili forçat, com li ocorre al desterrat Peter Blood de "El Capitán Blood" (Captain Blood, 1935 i la versió silent prèvia del 1924).

El cinema també va fer-se ressò de l'èxit de les novel·les policíiques, especialment populars als anys 30. Així apareix el doble paper del metge detectiu: en "Rejas humanas" (Blind Alley, 1939) Ralph Bellamy interpreta a un psiquiatre que busca l'origen del comportament del gàngster que el té retintut; mentre en "A través del espejo" (The Dark Mirror, 1946) Lew Ayres ha de descobrir quina de les dues germanes bessones interpretades per Olivia de Havilland ha comès un crim. A "Las tres caras de Eva" (The Three Faces of Eve, 1957) Lee J. Cobb tracta un cas de personalitat múltiple afinadament interpretat per Joan Woodward. El rerefons dels trastorns mentals dels pacients va mirar d'esser reconstruït per Leo Genn a "Nido de víboras" (The Snake Pit, 1948) i un esforçat Montgomery Clift a "De repente, el último verano" (Suddenly, Last Summer, 1959), juntament amb "Freud, pasión secreta" (Freud, 1962).

Sense oblidar el que potser és el metge més famós del cinema, el Dr. John Watson en les seves aventures acompanyant el detectiu Sherlock Holmes en multitud de versions, des de les més oportunistes adaptades al moment històric (Nigel Bruce i Basil Rathbone) fins a les més fidedignes. Però aquest cas ja constituïria per si mateix tot un altre article.



I les dones.... a les pel·lícules de metges, quin paper hi tenen?

Doncs normalment resten relegades al rol d'infermeres, esposes o novies: "The White Angel" (1936), "Noche de angustia" (Vigil in the Night, 1940), "Amor sublime" (Sister Kenny, 1946) o "Pinky" (1949) en són bons exemples.

Però algunes dones doctores poden sorprendre'ns, com Kay Francis en un inhabitual paper de pediatra a "Mary Stevens, M.D." (1933), Claudette Colbert interpretant una psiquiatra a la interessant "Mundos privados" (1935), o Frieda Inescort com a cirurgiana a "Woman Doctor" (1939, no estrenada aquí); Jennifer Jones com a metgessa as-

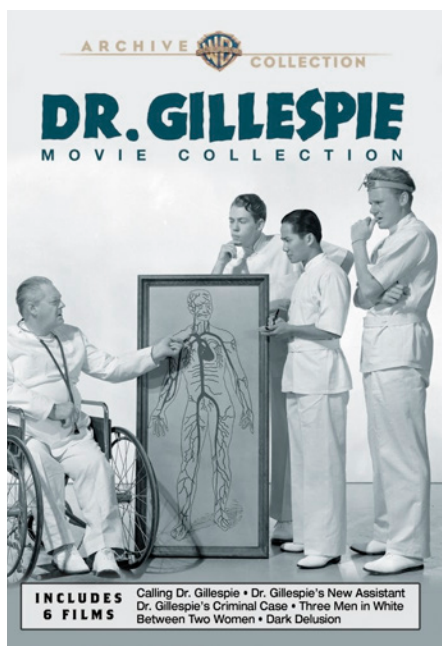
siàtica a "La Colina del Adiós" (1955), o June Allyson encarnant la també cirurgiana Emily Dunning Barringer a la interessant i tampoc estrenada a Espanya "The Girl in White" (1952). Normalment en aquestes trames les dones es debaten entre ser bones professionals o deixar la carrera per esdevenir bones esposes, en un sistema d'estudis dominat pels homes que en general encara no mostrava ambdues facetes com compatibles.

Tenim també la coneguda intriga de "Recuerda" (Spellbound, 1945), on Ingrid Bergman interpreta una psiquiatra molt particular, o el similar rol d'Audrey Totter al drama de cine negre "Muro de tinieblas" (High Wall, 1947). O les comèdies "La dama se rinde" (She Wouldn't Say Yes, 1945), "Mi doctora y yo" (Bedside manner, 1945), i Greer Garson a la divertida "La pelirroja indòmita" (Strange Lady in Town, 1955). Com a producció europea per contrastar estils, Abbe Lane és una improbable i sexy metgessa a "Mi mujer es Doctor" (Totó, Vittorio e la dottoressa, 1957), ocupada en manegar la gelosia del seu marit Otel·lo i frenar els avenços d'un aristocràtic pacient interpretat per Vittorio de Sica.



I d'entre tantes produccions,..... no protagonitzen mai metges d'altres races un film americà?

Doncs francament, no. Són escassíssimes les excepcions: Keye Luke, habitual fill fictici del detectiu Charlie Chan, va interpretar l'intel·ligent Dr. Lee Wong How amb Van Johnson, tots dos alumnes del Dr. Gillespie a la sèrie de pel·lícules protagonitzada per Lionel Barrymore a les que ja hem



El Dr. Gillespie (Lionel Barrymore) i els seus pupils.

fet referència. A més de fer de metge en nombroses ocasions en papers secundaris i breus, com a l'esmentada "Vidas heroicas" (Disputed passage, 1939), amb Philip Ahn, un altre actor oriental que també va interpretar sovint papers secundaris de metge xinès. Però són excepcions comptades, sense el protagonisme ni la profunditat que s'oferia als actors de raça blanca. I si ens fixem en els afro-americans o en les races índies natives, trobar un sol exemple és encara més difícil. Perquè el representat per Mel Ferrer a "El color de la sangre" (Lost Boundaries, 1949, no estrenada al seu moment al nostre país) ha de fer-se passar per blanc per obtenir feina. Sidney Poitier, un actor intel·ligent que va interpretar sovint papers en conflicte interracial, va encarnar el metge de color enfrontat al blanc racista a "Un rayo de luz" (No

Way Out, 1950) i "La clave de la cuestión" (Pressure Point, 1962). No seria fins la dècada dels 60 que finalment Hollywood es decidiria a mostrar un metge negre orgullós i segur de si mateix, a "Adiuvina quién viene a cenar" (Guess Who's Coming to Dinner, 1967); encara que la correctíssima imatge de Poitier del perfecte candidat a gendre es limita al conflicte d'un matrimoni interracial, i la professió mèdica n'és una simple anècdota.

Hi ha moltes més pel·lícules clàssiques que giren entorn de la professió mèdica; de segur ens n'hem deixat una pila. A més, només hem donat breus referències de films europeus per comparar estils, cap d'altres contrades. I n'hi ha alguna de producció moderna, Paul Bettany com el poli-facètic Dr. Maturin de "Master and Commander" que no deixaríem de recomanar. Esperem però que aquesta revisió sigui alhora entretinguda i serveixi als interessats per fer una bona tria dins de cada expectativa. I per passar una bona estona, que d'això es tracta en definitiva.

BIBLIOGRAFIA

- [1]. Parsi K. Doctors in black and white on the big and small screens. Virtual Mentor. 2001; 3(12):446-8.
- [2]. Flores G. Mad scientists, compassionate healers, and greedy egotists: the portrayal of physicians in the movies. J Natl Med Assoc. 2002;94(7):635-58.
- [3]. Raj YP. Medicine, myths, and the movies. Hollywood's misleading depictions affect physicians, patients alike. Postgrad Med. 2003; 113(6):9-10,13.
- [4]. Flores G. Doctors in the movies. Arch Dis Child. 2004; 89(12):1084-8.
- [5]. Shrivastava SR, Shrivastava PS. Incorporating movies and cinema in the medical education delivery: A curricular innovation. Med J DY Patil Vidyapeeth. 2022; 15:662-5.
- [6]. Yaphe J. Moving pictures, moving hearts and moving minds: using cinema in medical education. Rev Port Med Geral Fam. 2014;30:11-2.
- [7]. Gouyon JB. Science and film-making. Public Underst Sci. 2016;25(1):17-30.



Premis Trajectòria Professional

Fundació Família Vila-Saborit

Hospital Universitari Sagrat Cor

La Fundació Família Vila-Saborit, amb la col·laboració de l'Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona, convoca cada any els "Premis a la Trajectòria Professional a l'Hospital Universitari Sagrat Cor".

El 13 de desembre de 2024, es va celebrar la seva 7a edició.

Els guardons del VII Premi Vila Saborit van ser:

Trajectòria professional medicina: JOSEFA RAFEL
Trajectòria professional d'infermeria: MARIA DEL CARMEN LOMBARDIA
Trajectòria professional d'altres categories professionals: CELIA OBISPO

Pepa Rafel

Benvolgudes, us confesso que em va provocar certa taquicàrdia, la comunicació d'aquest regal. Estic contenta i agraïda, penso que heu estat molt generoses les persones que m'heu votat. M'afalaga saber que he pogut desenvolupar la meva feina amb totes vosaltres. Incloses, també, totes les persones que m'heu patit: equips de neteja, manteniment, informàtics, portalliteres, laboratori, auxiliars, infermeres, gestores, personal d'administració i recursos humans... i un llarg etcètera.

Totes ens hem ajudat a avançar en aquest Ofici, majoritàriament de dones, que amb vocació i des de la joventut, generosament, hem deixat moltes hores de son per poder assolir les fites que ens hem proposat com a mares, companyes, professionals i treballadores. Els nostres objectius en el sector Sanitari ens han marcat un camí i alhora molts reptes que ens han fet créixer com a persones al servei de la salut dels altres.

Cadascuna de nosaltres ha invertit temps, il·lusions, sacrifici i renúncies, imprescindibles per poder sentir la satisfacció que, malgrat el preu, ha pagat la pena. En aquesta professió tan bonica de

cures i d'acompanyament, hem contribuït a la millora de la Salut i el Benestar de les persones.

Per si alguns de vosaltres, sobretot els més joves o els novinguts teniu curiositat... Us explicaré que jo també vaig arribar a Catalunya com a immigrant. Procedeixo d'una zona rural al Prepirineu d'Osca a l'Alta Ribagorça. La meua vocació es va inspirar en un metge rural d'allà, Don Àngel Borrell, personatge estimat i ben rebut a totes les cases del poble, sempre obsequiat amb productes dels bons que la gent senzilla disposava a les cases: ous, llonganisses, verdures, botifarres, etc.

Vaig anar a l'escola unitària on hi havia una mestra per cada 10/15 alumnes d'edats desiguals i sense pautes Montessori. Els jocs al carrer eren del tot imaginatius, fèiem cases, nines, estris amb fustes, plantes i pedres de riu. No teníem televisors ni radiocassets.

Més endavant, vam arribar a Catalunya, per la feina del pare a Barcelona. Llavors, tenia catorze anys. El record més bonic que guardo és el d'un diumenge assolellat a les "Golondrinas" del Port de Barcelona. Veure el Mediterrani va superar la imatge de tots els mapes que fins llavors el situaven en la meua imaginació.



Vaig entrar a la facultat de Medicina a la UB d'Hospital Clínic. Vaig fer l'especialitat a l'Hospital de Sant Pau i, per la seva proximitat amb l'antiga Aliança del carrer Sant Antoni Maria Claret, vaig començar a fer guàrdies d'urgències i més endavant vaig accedir a cobrir una vacant de cardiologia, la del Dr. Abardia que marxava a Lleida. Els meus mentors van ser el Dr. Jané, la Dr. Freixa i més tard el Dr. Rosell i el Dr. Pujadas, i molts d'altres que no són aquí, però que em van acompanyar fins fa pocs anys i a qui els dec, en gran part, en el que m'he convertit.

El nostre és un OFICI que, com quasi tots, s'aprèn a força d'experiències, de llegir i documentar-se, de fer i compartir, exposant en sessions clíniques i així avançar dia a dia.

Recordo el tràfec d'Històries clíniques en grans sobres de paper o plàstic on es barrejaven les radiografies, els informes, els cursos clínics, les analítiques, ECG... Pesaven molt, s'estripaven amb facilitat, i per descomptat, trobar el que ens podia interessar per aparells o especialitat requeria temps i paciència. Tota la documentació era manuscrita amb diabòliques lletres de metge que eren impossibles de desxifrar.

L'objectiu "Paper imprès 0", avui encara no és una realitat. Però estareu d'acord que amb la Història Clínica digitalitzada hem fet un gran pas... Lluny encara de ser universalment útil, però tot arribarà.

D'aquells dies a l'edifici Modernista de l'arquitecte Domènech i Manzano, on ja disposàvem de Sala d'Hemodinàmica, pilotada per la nostra companya Dra. Batalla. Si la poguéssiu veure, us semblaria el laboratori de Frankenstein. D'allà sortien les pel·lícules de les coronariografies que visionàvem en un Tagarno, segur que no imagineu ni que és. Era una maquineta manual per visionar les coronariografies... no sé què se'n deu haver fet, ara seria una peça de museu. Allí teníem entrades cada setmana per veure el cinema dels "cates" conjuntament amb els cirurgians cardíacs: Drs. Castells, Calvet i Castro.

Actualment, el TC de Coronàries ja ens dona la informació de les plaques d'ateroma quantitativament i qualitativament amb Score de Risc CV altament precisos, només amb una punció venosa i 15 minuts d'adquisició d'imatges.

La història dels anys recents des del 1992 en l'actual Hospital Sagrat Cor, on vàrem ser rebuts per un col·lectiu de professionals excel·lents, alguns aquí presents, com el Dr. Delàs, poc o molt ja la coneixeu i Déu n'hi do el que ha plogut. Molts canvis de grups inversors, direccions, directors... fins a l'actual Grup QuirónSalud.

Els canvis han estat ràpids, i els avenços científics, el coneixement i la tecnologia encara més. Hem hagut de seguir el pas i el ritme des de la digitalització de les Històries clíniques, fins a la forma de documentar-nos. De les últimes edi-

cions dels grans tractats de Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia que consultàvem a la biblioteca, fins ara que amb paraules clau i fent un clic a Internet, podem fer recerca accedint immediatament a les millors i darreres publicacions.

Aquest hospital, que ens va acollir, és un centre assistencial i docent, integrat a la xarxa Hospitalària d'utilització Pública (XHUP) des del juliol de 1985. Per tant, la seva vocació assistencial pública/privada i docent el fa singular.

El futur de la Sanitat, tal com la coneixem i hem practicat fins ara, s'albira força canviant. La Intel·ligència Artificial (IA) ja és aquí, és una realitat que no s'aturarà i de nosaltres dependrà, en part, la seva evolució. Pot semblar inquietant, com tot allò que desconexim. Pròximament, les tauletes digitals a les consultes externes, ens podran oferir un altre gran salt qualitatiu, si sabem com recopilar les dades generades en l'entrevista metge/ pacient, facilitant i entrenant com una xarxa neuronal generativa que facilitarà algoritmes diagnòstics, estratègies d'exploracions i alternatives diagnòstiques i terapèutiques, cada cop més individualitzades, a la velocitat d'un obrir i tancar d'ulls... Però això ja pertocarà a les noves generacions.

Em confesso una gran ignorant i alhora una persona il·lusionada per tota la revolució tecnològica que ben segur millorarà els processos assistencials, sempre que no perdem de vista que la nostra capacitat d'atendre, escoltar, comprendre, explorar no podran ser mai substituïdes per cap IA, per ben entrenada que estigui. La IA serà una eina per fer un salt qualitatiu important si la sabem entrenar i aprofitar.

El subjecte de la nostra feina és la persona malalta i aquesta encara que arribem a diagnòstics excel·lents necessitarà la confiança, seguretat, i acompanyament. Molts cops, els sentiments de desesperació i preocupació per un diagnòstic, o pronòstic requereixen algú que ofereixi la mà en el procés terapèutic i aquí ens necessitem Totes.

M'agradaria estar preparada per encarar aquesta darrera etapa professional de la meua vida, amb la il·lusió que tots els companys tinguin de practicar i estimar un ofici tan bonic. Un servei del qual totes passarem a ser usuàries, i quan aquest moment arribi, ens agradarà rebre el mateix tracte, empatia i professionalitat que hem estat capaços de donar mentre treballàvem.

Per a mi ha estat i és tot un privilegi treballar amb totes vosaltres a l'Hospital Universitari Sagrat Cor, sou persones inspiradores i demano disculpes si de vegades he respost secament o he ferit involuntàriament. Encara hi sou a temps a fer-me-la pagar.

Agraïda de tot COR (tant en Sístole com en Diàstole) sempre donant i rebent de totes vosaltres, companyes.

Gràcies.

Carmen Lombardía López

Hola a todos, ante todo gracias a quienes han pensado en mí para otorgarme este premio, me siento muy agradecida por ello.

Cuando le comuniqué a mi familia que quería ser enfermera, fue toda una sorpresa. Yo nací en una aldea de Galicia. Nos trasladamos a Barcelona cuando era pequeña, y tras acabar la EGB, empecé a estudiar un curso de administración. A comienzos de curso, decidí que quería estudiar Enfermería y mi madre cerró la tienda familiar de ultramarinos donde trabajábamos y fue a buscarme una plaza en el instituto en turno nocturno, para que luego pudiera ir a la universidad.

Mis padres siempre han sido mis grandes referentes. Mi madre es mi mayor ejemplo de superación: una luchadora con una fuerza de voluntad admirable, y mi padre era un amor. También quiero agradecer a mi esposo, hijos y hermano porque siempre han puesto en valor mi profesión y por su apoyo incondicional. Tengo aquí a mi hija. Se encontraba fuera de Barcelona y me ha dado una sorpresa.

Voy a compartir una anécdota sobre mi hija. Un día, que iba todavía en carrito acompañada de su padre, tendría unos 2 años, se encontraron con unos conocidos que le preguntaron "¿dónde está la mamá?" y ella les contestó: "Está trabajando porque es enfermera diplomada". Nunca supimos de dónde sacó la información. Actualmente en su trabajo la llaman Dra. Roldán Lombardía.

Es para mí un honor representar al colectivo de enfermería y quiero dedicar este premio a todos los compañeros que siendo merecedores de él por logística no pueden vivir esta experiencia.

Quiero mencionar a una compañera, a mi amiga, a mi hermana del alma que se llama Núria y con la que llevo trabajando casi 20 años. Sin su apoyo, sin su fuerza, sin su amor yo no sería la misma profesional ni la misma persona. Siempre confió en mí y me animaba a que investigase, a que diera talleres -el último lo hicimos juntas- e

incluso a que publicara en la revista Annals del Sagat Cor. Infinitas gracias.

Comencé a trabajar en la Alianza donde éramos como una gran familia. Desde allí tras pasar unos años en hospitalización y UCI, me trasladaron a este hospital, en la segunda reconversión. Me volví a encontrar con los compañeros que se habían trasladado en la primera y me sentí bien acogida. Aquí fui recorriendo varios servicios, como el banco de sangre, pediatría y neonatos... y, cuando pasé al turno de mañana, me quedé en hospitalización, donde me ofrecieron ser miembro del comité de ética. Estuve 10 años y fue muy enriquecedor para mí. Me formé en temas que me ayudaron a realizar cuidados al final de vida, cuando ya no puedes sanar y debes acompañar física, emocional y espiritualmente.

En este periodo, mis compañeras Gloria y Esperanza me ayudaron mucho a plasmar ideas ya que las nuevas tecnologías me cuestan bastante. Sigo en hospitalización y si las fuerzas me acompañan espero poder jubilarme aquí.

Tengo la inmensa suerte de poder trabajar en algo que me gusta, cuidar. Quiero agradecer al equipo médico, con el que he compartido cuidados y tratamientos, su colaboración y reconocimiento.

Gracias a todas las auxiliares, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y celadores que durante todos estos años han estado a mi lado y me han ayudado. Deseo, y estoy segura de que en próximas ediciones será así, que estén representados en esta mesa ya que son un pilar esencial en sanidad.

Gracias también a las administrativas por facilitarnos el trabajo, y al servicio de limpieza, suministros y mantenimiento por hacernos más seguro y confortable el entorno.

Finalmente, gracias a la dirección de la empresa y a la Fundación por la organización de estos premios.

Muchísimas gracias a todos.

Celia Obispo

Compañeros y compañeras del HUSC, primero de todo, quiero dar las gracias por vuestro reconocimiento y a la Fundación Vila Saborit. Llevo 42 años trabajando en este hospital. He pasado por varias etapas, tantas que sería muy largo de contar. Pero, en todo momento, he tenido compañeros y compañeras que han sido y son como mi segunda familia.

Metges de l'Hospital del Sagrat Cor

El Dr. Josep Maria Biada i Viada, oftalmòleg, dirigí el Servei d'Oftalmologia de l'Hospital del Sagrat Cor

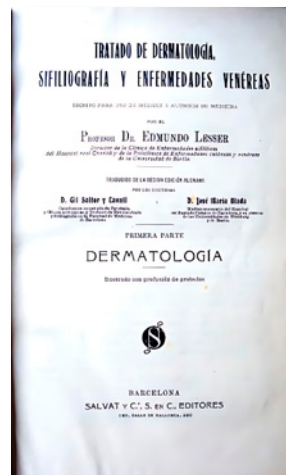
Miquel Bruguera i Cortada

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

El Dr. Biada i Viada estudia Medicina a la Universitat de Barcelona i es gradua l'any 1876. Mentre és estudiant, obté la plaça d'alumne intern per oposició i és el responsable de prendre els apunts de les assignatures de Terapèutica, Farmacologia i l'Art de Receptar durant el període de 1873 a 1874. El 1877, fa la tesi doctoral a la Universitat Complutense de Madrid sobre lactància infantil.

Un cop doctor, fa una estada prolongada a la Universitat alemanya de Wurzburg en el servei del professor Rudolph Albert von Kolliker, un anatomista, embrióleg, fisiòleg, zoòleg i botànic suís. Després fa estades breus a Berlín i a París, per establir contactes amb altres oftalmòlegs europeus.

Quan torna a Barcelona, li ofereixen una consulta a l'Hospital del Sagrat Cor. Allà hi ha, treballant com a Director del servei d'Oftalmologia, el Dr. Manuel Osio Valero. Quan aquest s'instal·la a Madrid, ocupa la seva plaça, durant un temps breu, el Dr. Josep Antoni Barraquer, que més



tard, deixa l'hospital per dedicar-se només a l'activitat privada.

Quan el Dr. Barraquer deixa el Sagrat Cor, el Dr. Biada es nomena Director del Servei d'Oftalmologia.

Biada és un aficionat a l'excursionisme científic, i es membre del Centre Excursionista de Barcelona com els metges Cristòfol Friginals, Manuel Font Torné i Josep M. Roca, amb els que fa sortides a diferents pics de Catalunya.

Per motius que ignorem, decideix traslladar-se a viure a Manila, llavors un territori espanyol, on fa de metge a l'hospital civil i a l'Hospital de san Juan de Dios, i obre una consulta privada d'oftalmologia. La seva estada a les Filipines es breu, ja que l'any 1881 ja torna a Barcelona, on troba feina com oftalmòleg a l'Asilo de Niñas Desamparadas de Barcelona.

El 1885, publica a la *Gaceta Médica Catalana*, l'article: "Imperiosa necesidad de la propagación universal de los conocimientos oftalmológicos entre los médicos. Enseñanza oftalmológica en los distintos países de Europa".

En la dècada del 1900, tradueix, conjuntament amb el metge Gil Saltor, de l'alemany al castellà, el llibre: *Tratado de Dermatología, Sifilografía y Enfermedades venéreas*, d'Edmundo Lesser.

Referències

- [1]. Agustí PeyPOCH J. Història de l'Hospital del Sagrat Cor (1879 - 1980). Barcelona: Fundació Uriach; 1838.
- [2]. Bruguera M, Fajula S. Metges i Muntanya. Nadala COMB, 2022.

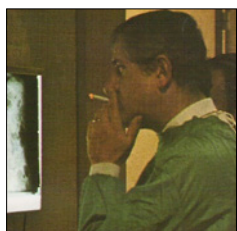
Ramon Forcada Florensa

(8 de desembre de 1945 - 18 de febrer de 2024)

Anestesiòleg, també va formar part del Comitè d'empresa per l'Associació Professionals de Metges i Titulats Superiors (APMTS). Era un company estimat, singular, amb vertader sentit de l'humor, entès com la manera subtil d'ensenyar l'aspecte còmic de la realitat, molt dotat per allò que en diuen "retranca", que permet que riguis amb el teu interlocutor i és una mena d'ironia que suposa molt sovint riure d'un mateix.

Lluís Miralles Brosa

(17 de febrer de 1935 - 26 de març de 2024)



Metge del Servei de Cirurgia Vascular, promoció de l'any 1960. Dins el servei de Cirurgia Vascular es va dedicar a l'angioradiologia. Va ser un professional que va viure el naixement de la Cirurgia Vascular i el desenvolupament de noves tècniques diagnòstiques i terapèutiques.

Home noble, directe, preocupat pels pacients i pels companys, amb dedicació personal absoluta on el malalt era la prioritat més enllà d'horaris o festivitats.

Antonio Palacín Forgue

(28 de juny de 1941 - 3 d'abril de 2024)



Va estudiar la carrera de Medicina a la UB (1959-65) i es va doctorar el 1970. Ja el 1960 va entrar com a alumne intern a la càtedra d'Anatomia Patològica del prof. Sánchez-Lucas, després com a professor adjunt numerari d'Histologia i posteriorment amb el prof. Ribas Muijal va passar a professor titular d'anatomia patològica, sempre de la facultat de medicina de la UB.

La seva activitat assistencial sempre va estar lligada al servei d'Anatomia Patològica del Clínic on va ser cap de secció d'Immunohistoquímica i durant molts anys la va compartir amb la de cap de servei a l'Aliança i posteriorment a l'Hospital Sagrat Cor. Va ser un dels màxims experts en patologia ginecològica i placentària amb reconeixement internacional.

Era un gran anatomopatòleg, molt ben format, pràcticament autodidacta, de laboratori i de microscopi. Amb els avenços de l'especialitat va desenvolupar, especialment, un gran interès en tècniques d'histoquímica i d'immunopatologia del laboratori on era una de les persones més expertes al nostre país.

Silvia Llaverías Borrell

(15 d'agost de 1964 - 26 de maig de 2024)



Directora de servei de Radiodiagnòstic del Sagrat Cor. Va estudiar medicina a la UAB. Era una professional amb molta vitalitat, una bona companya, sempre disposada a ajudar en els companys i els pacients. Una dona valenta que irradiava simpatia, empatia i calor humana.

Ferran Gomà Masip

(12 de març de 1945 - 6 de juliol de 2024)

Metge del Servei de Digestologia del Dr. Recoder. És fàcil de recordar com a metge proper, ben preparat, com ho era tot aquell excel·lent servei. Identificable per un gran bigoti que superava els angles dels llavis. El seu tarannà el fa ser molt apreciat.

José M^a Sancho Espigulé

(4 d'octubre de 1942 - 5 de juliol de 2024)

Cap de Servei d'Anatomia Patològica, molt ben preparat, amb gran capacitat de treball. Enamorat del poble de Colera. Va contribuir a potenciar el nivell científic de l'Hospital amb infinitat de sessions i conferències de formació, sessions anatomo-clíniques. Visita indispensable al seu despatx de la planta baixa, quan es volia tenir més informació d'un pacient.

Toni Corvera Bello

(13 de juliol de 1981 - 29 de desembre de 2024)

Toni Corvera va treballar com a administratiu a l'hospital. Ens ha deixat massa d'hora, massa jove, però a tots els que l'hem tractat ens ha regalat la saviesa que atorga la malaltia quan es viu des de molt jove, és a dir, paciència irònica, humilitat, resignació i vida. En Toni ha viscut fins a l'últim moment.



A

Abio Rojo, L.	80
Aguas Compaired, M.	3,56,71, 177
Aguirre Peña, L.	171
Alberto Martí, B.	171
Alcalde Sitges, S.	59
Altès Pedro, J.	171
Álvarez Montaner, M.	171
Alonso-Rodríguez Casanovas, F.J.	171
Andorrà Gómez, A.	171
Andreu González, M	171
Arasa Abella, M.	171
Arboix Damunt, A.	52,55,57
Ayala Romero, N.	159

B

Balcells Ribas, M.	54,177
Baró Solé, A.	171
Barrera Aguilera, N.	151
Baza Chaoui, J.	171
Bonet Ortuño, I.	171
Borrell Carrió, F.	154
Bosch Niubó, M.	171
Bruguera Cortada, M.	60, 177, 189
Bustos, A.	18

C

Camañes Martorell, J.	36
Canalejas Tulleuda, A.	171
Campos Martínez, S.	136
Carmona Soriano, C.	171
Castaño Núñez, IM.	132
Castellà Cabello, A.	171
Català Burgos, L.	171
Catalán Borrás, JM.	89
Chahdi Mehdi, Y.	171
Chiner De los Santos Juanes, J.	171
Clavell Labastida, A.	171
Colomé Artigas, P.	171
Cubells Higes, L.	159
Cunillera Isbert, A.	171
Cutillier, S.	18

D

De Sanctis Briggs, V.	6
Delás Amat, J.	10,13,58,89, 171,177
Díaz Poveda, A.	151
Diz Miserachs, K.	150
Durán Carbonell, S.	22

E

Escobar Grisales, CM	36
Estévez Rubio, P.	171

F

Fernández Alarcón, P.	171
Folqué García, J.	171
Fonollosa Sanz, A.	171
Francisco Díaz, R.	59

H

Haro Quirola, C.	72
Hernández Morales, C.X.	83

G

Gervás, J.	28
Gil-Vernet Asbert, A.	171
Ginard Pascual, C.	171
Gomis Lleal, E.	171
Gonfaus Selles, L.	171
González Leal, C.	41
González Marín, E.	32,40,55,66, 113,152,177
González Merodio, M.J.	36
González Navarro, D.	119
González Solà, E.	171
González Vidal, D.	128
Guedes Piñana, L.	171
Guilera Martínez, H.	171
Gutiérrez Pino, N.	171

I

Irache Esteban, E.	149
Isidro Llorens, A.	139,146

J

Jambrina Sánchez, M.	171
Jenaghi Marín, A.	171
Julvé Villo, C.	171

K

Kharroub El Harrak, F.Z.	171
--------------------------	-----

L

Langa Polo, A.	171
Lasierra Pérez, A.	171
Lebecque, T.	171
Lombardía López, C.	188
López de Prado Castro, E.	171
Lorite Gómez, K.	171

M

Marín Rodríguez, J.M.	171
Martí Ejarque, M.M.	103
Martínez López, P.	171
Mas Giménez, A.	171
Mascaró Baselga, E.	171
Massot Carles, B.	171
Mata Haya, L.	52,59,177
Mateu Falcó, L.	171
Mercado, F.	18
Miralles Barbero, C.	171
Monclús López, M.	51
Montabes Sicilia, T.	171
Montalbán Blasco, N.	171
Moreu Aparicio, L.	171

O

Obispo Narváez, C.	188
Ortiz Valentin, J.	153

P

Palau León, L.	171
Paris Carlota, M.	89
Parra Ordaz, O.	171
Pérez Fernández, M.	28
Pérez Serrano, M.	171
Picornell Zurdo, V.	171
Pinart Noguera, O.	171
Pons Villalonga, J.	171
Prado Tebes, A.R.	171
Prats Gimeno, I.J.	171
Pujadas Giménez, M	171

Q

Quintana Llobet, C.	171
---------------------	-----

R

Rafel Ribera, J.	186
Ramírez Cano, N.	150
Ramírez Gómez, A.M.	80
Reifs Jiménez, D.	123
Reverter Tàssies, J.	171
Rodés Meler, E.	171
Rojas Gil, V.	171
Roset Serrra, A.	60
Rosselló García, C.	171
Rovira Morte, L.	171

S

Saguier Padilla, I.	18
Sánchez Aranda, A.	132

Sánchez Díaz, P.	171
Sánchez López, M.J.	52,59,89,109
Sánchez Ortiz, S.A.	36
Sánchez Regaña, D.	132
Sánchez Salvador, A.	171
Sarró Álvarez, S.	181
Serrallach Pous, G.	171
Serrano Campaner, J.I.	171
Soldevilla Majos, M.	132
Soler Vázquez, R.	171
Sogorb de Carvalho, G.	171

T

Terés Teixine, X.	171
Touibi Chiheb, H.	171
Tresserras Anaya, Q.	171

U

Umbert Millet, P.	53,57,144
Uscamaita Amaut, K.	117

V

Valbuena Parra M.	132
Vanderschoot, S.	76
Vázquez Mas, M.	171
Victory Cirer, M.	171
Vidal Soto, D.	36

Y

Yaryour, C.	18
Yu, A.	171

Z

Zazo Yuan, A.	171
---------------	-----

Cena de Navidad, preparada por el Hospital Sagrat Cor y la Parroquia de Sant Eugeni Papa

Barcelona, 23 de diciembre de 2024

COCOCOMIN

Escuela de Danza y Comedia Musical

Este año, en la Cena de Navidad preparada por el Hospital Sagrat Cor y la Parroquia de Sant Eugeni Papa, tuvimos el honor de contar con una magnífica representación de la Escola Coco Comin.

Nos ofrecieron una pieza correspondiente a la obra *Oliver Twist - Historia de Navidad*, un espectáculo familiar inspirado en la famosa novela de Charles Dickens.

La Escola Coco Comin fue fundada hace 54 años. Es la escuela de baile más veterana y reconocida de Barcelona y España. Fundada en el año 1971 por su directora, Coco Comin, licenciada en Pedagogía de la Danza, la escuela está reconocida por el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya.

En esta escuela, se han formado cientos de intérpretes de musicales, consolidándose como una institución de referencia en las artes escénicas, destacándose en el virtuosismo de las clases ballet, las elegantes clases de jazz y la precisión técnica de las clases de claqué como asignaturas troncales.

Los programas formativos se complementan con electrizantes clases de hip hop, dinámicas clases de danza contemporánea, vibrantes clases de modern jazz, atractivas clases de danza comercial, apasionadas clases de danza española y estilizadas clases de k-pop.

La Escola Coco Comin se considera un centro de referencia en la formación de bailarines profesionales en todo el país. También recibe estudiantes amateurs, es decir, todos aquellos aficionados a las artes escénicas que buscan una escuela de baile, teatro y canto donde puedan disfrutar de su aprendizaje, asegurándose una enseñanza solventa.

Su directora, Coco Comin, es una experimentada coreógrafa de comedias musicales de éxito en cartelera de Barcelona y España, experiencia que aplica en cada una de sus clases de jazz.

A ella y a su equipo les agradecemos esta colaboración, en la que han aportado ilusión, alegría y creatividad en estas fiestas.

Benvolguda Sra. Comin,

No hi ha paraules suficients per valorar la seva presència, la del seu equip i la Companyia Oliver, en el Sopar Solidari de Nadal de l'Hospital Sagrat Cor i la Parròquia de Sant Eusebi Papa.

La seva absoluta disposició i, en un dia tan complicat com el 23 de desembre, a l'hora d'organitzar amb gran rapidesa i de manera totalment altruista, el fantàstic fragment d'*Oliver Twist - Historia de Navidad*, només s'entén en la bondat personal, i en el desig i capacitat de transmetre felicitat a través de la Dansa i Teatre musical de màxima qualitat que els defineixen. Sens dubte és una missió interioritzada per la mateixa Escola, que reflecteix la seva cultura.

Volem posar per escrit l'agraïment pel gran i preciós gest de voler compartir el seu art i els seus dies de festa amb la gent de l'Hospital Universitari Sagrat Cor, i les persones ateses que el van poder gaudir.

Moltes d'elles viuen amb gran tristesa aquests dies per estar lluny dels seus països i de la seva gent.

La companyia Oliver, amb la seva màgia ens/els va fer oblidar la duresa que ha portat aquest any i va aconseguir omplir d'alegria els murs de l'hospital i els nostres cors. Els voluntaris voldríem poder-los fer arribar el nostre agraïment i admiració, amb la mateixa intensitat que la dels moments de felicitat que van aportar a tots els presents, molt més enllà del que es poden imaginar.

Vèiem i vivíem la il·lusió que es desprenia dels ulls dels assistents.

El mateix missatge volem transmetre a tots els artistes presents i a les persones de l'equip de suport.

Moltes, moltes, gràcies,

Treballadors i voluntaris de l'Hospital Universitari Sagrat Cor.
Barcelona, 23 de desembre de 2024



Equipo de la Escola Coco Comin

Carrer Benet Mateu 34-36, 08034 Barcelona

- Dirección: Sra. Coco Comin
- Coordinación: Sra. Berta Roman
- Vestuario: Sra. Anna Ramón
- Producción: Sr. Ernest Fleck

Artistas de la compañía (Oliver Twist - Historia de Navidad)

- Sra. Judith Altimiras
- Sra. Laia Bardella
- Sra. Tatiana Janoher
- Sra. Eugenia Mur
- Sr. Alejandro García
- Sr. Kai García
- Sra. Lía Gordillo
- Sr. Luka Gordillo
- Sr. Ángel Olaya
- Sr. Max Vilarrasa

La obra de teatro musical *Oliver Twist – Historia de Navidad* es un espectáculo familiar inspirado en la famosa novela de Charles Dickens que se representó con gran éxito en el Teatre Cúpula Arenas durante las pasadas fiestas de Navidad.

Esta adaptación está llena de humor, con constantes momentos de diversión y optimismo, y con personajes entrañables dispuestos a ayudar al protagonista. Como toda la obra, la escena que veremos hoy tiene mucho ritmo y vivacidad.

¡Hoy tenemos aquí a los actores de esta preciosa obra, que nos ofrecerán una pequeña muestra de la divertida escena en la que Oliver, que ahora vive con su familia, se reencuentra con sus antiguos compañeros de tropelías y pobreza en una feria de la ciudad!

Los protagonistas juveniles del espectáculo son cinco niños y una niña, de entre 11 y 16 años. Son jóvenes artistas que demuestran sus habilidades en interpretación, canto y en las diversas disciplinas de danza, incluyendo ballet, jazz, claqué y acrobacia. El resto del elenco está formado por profesionales y profesores de la escuela.

Algunos de ellos, como Max Vilarrasa ("Panotxa"), Ángel Olaya ("Torrapipes") Lía Gordillo ("Cara Bruta") y Alejandro García ("Dits Llargs") ya formaron parte del elenco de *Billy Elliot. El Musical* en el Teatre Victòria. Completan el reparto, Luka Gordillo ("Oliver"), Kai García ("Truà"), y el elenco adulto: Tatiana Janoher, Eugènia Mur, Judith Altamiras, y Laia Bardella.

Agradecemos a todos los artistas su generosidad al aceptar nuestro deseo navideño: poder disfrutar hoy, en nuestra cena solidaria, de su actuación. ¡Gracias de corazón a todos!



CURS ACREDITAT

Introducció a la recerca per a professionals de la salut

18 i 25 de març; 1, 8 i 22 d'abril

El curs es desenvolupa en forma de classes teòric-pràctiques. A partir d'una classe magistral amb la presentació del temari, per part dels docents es conduirà el curs de manera pràctica. Es donarà accés a internet (wifi) als alumnes perquè puguin anar fent la pràctica de manera simultània a les classes i d'aquesta manera, que l'alumne s'iniciï fent cerques de literatura accedint a bases de dades i eines d'intel·ligència artificial de codi obert disponibles on-line. Cada alumne anirà dissenyant el seu projecte un temps a la classe i la resta mitjançant treball autònom.

PROGRAMA DEL CURS

18 de març

Docent ▶ **Maria del Mar Martí**

09:30 Estructura del projecte de recerca

11:30 Descans

11:45 Ètica de la recerca

12:30 La redacció científica. Eines d'intel·ligència artificial dissenyades per fer suport a la redacció i traducció del projecte.

25 de març

Docent ▶ **Maria José Sánchez**

09:30 Eines de cerca tradicionals i d'Intel·ligència Artificial (Perplexity i Elicit)

11:30 Descans

11:45 Execució d'exercicis pràctics

1 d'abril

Docent ▶ **Eduardo González**

10:00 Desenvolupament del projecte de recerca

11:30 Descans

11:45 Tipus d'estudi de recerca d'observacionals a experimentals

8 d'abril

Docent ▶ **Eduardo González**

10:00 Estadística Bàsica descriptiva i introducció a la probabilitat

11:30 Descans

11:45 Estadística bàsica inferencial paramètrica i no paramètrica (robusta)

22 d'abril

Docents ▶ **M^a José, Maria del Mar i Eduardo**

10:30 Presentació projectes recerca

Inscripcions ▶ sergi.yague@quironsalud.es | gemma.sole@quironsalud.es

CURS ACREDITAT

Introducció a la recerca per a professionals de la salut

18 i 25 de març; 1, 8 i 22 d'abril

