

B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm 24 · Setembre de 2000

An elderly patient with grey hair is seated in a grey hospital chair. They are wearing a white hospital gown. There are visible medical conditions: a large, dark, irregular lesion on the neck, several smaller dark spots on the forearms, and a white bandage on the right ankle. The patient's face is blurred for privacy. The background is a plain, light-colored wall.

**Assistència geriàtrica
a Lleida**

ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

La vocació, la dedicació i la responsabilitat són aspectes molt importants per als 1.500.000 d'assegurats d'ADESLAS. Confiar en la professionalitat del nostre equip mèdic és, per als nostres assegurats, un motiu de tranquil·litat.

Som
eficaços

- Lliure elecció d'especialistes i clíniques en quadre mèdic.
- Les unitats de diagnòstic i de tractament més avançades.
- Targeta Adeslas Or a cada assegurat per a una més gran rapidesa i seguretat.
- Més de 25.000 professionals, de 220 clíniques i més de 144 punts d'Atenció al Client.

Servei d'Atenció
al Client 24 hores:

902 200 200
www.adeslas.es

DELEGACIÓ A LLEIDA

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

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT



BUTLLETÍ mèdic

Número 24, setembre de 2000

Edita:

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

Consell de Redacció:

Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Ignasi Casado Zuriguel
Miquel Casanovas Gabal
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M^a Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascal Pujol
Ferran Pifarré Sanmartín
Joan Prat Corominas
Àngel Rodríguez Pozo
Teresa Utges Nogués
Joan Viñas Salas

Director:

Joan Flores González
Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació

Disseny i Maquetació:

Baldo Corderroure

Correcció:

Dolors Pont

Publicitat:

COML

Fotomecànica:

Euroscript, SL

Impressió:

Artis/ e.g.

Dipòsit legal: L-542/1999

ISSN: 1576-074 X

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

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

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	120.000 PTA
1 Contraportada interna	80.000 PTA
4 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	400.000 PTA
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	300.000 PTA
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	25.000 PTAS
Preu total insercions	150.000 PTA

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

La geriatría, un servei del sistema sanitari

Un dels reptes principals de l'assistència sanitària en el món occidental és l'adaptació a la progressiva *geriatriçació* de la medicina. Cal advertir, però, que rebutgem el concepte erroni i anacrònic de la geriatría com una atenció a malalts crònics o socials, que ocupen innecessàriament els llits dels hospitals. La geriatría s'aviu un aspecte més dins de la cartera dels serveis que ofereixen els sistemes sanitaris en les societats modernes amb un bon desenvolupament cultural.

Malauradament, encara falta en alguns sectors una atenció geriàtrica

correcta i especialitzada o manca, també, un sistema de suport a altres especialitats. Totes dues mancances poden provocar que un malalt amb un procés agut inicialment d'escassa repercussió funcional evolucioni cap a una situació d'alta dependència i de difícil solució.

Abordar correctament el pacient ancià en una etapa de dependència precoç i poc manifestada —ancià fràgil o d'alt risc— és fonamental per evitar la seva progressió cap a situacions de no retorn. Per aquesta raó, cal establir sistemes de detecció d'aquest tipus de pacients a l'Atenció Primària i coordinar l'assistència amb els serveis de geriatría.

Avui per avui, hi ha tres grans reptes per garantir una assistència correcta en geriatría:

1. La implantació d'unitats d'aguts en tots els hospitals per atendre aquests pacients de manera precoç i la integració d'aquestes unitats en el sistema socio-sanitari amb l'objectiu d'assegurar un procés d'atencions continuades.
2. L'augment de la formació en geriatría en la xarxa d'Assistència Primària i en les unitats d'aguts dels hospitals.
3. L'establiment d'un programa de pregrau específic dins la llicenciatura de medicina.

Butlletí Mèdic publica en aquest número un article sobre l'assistència geriàtrica amb la voluntat de contribuir a la difusió d'aquesta especialitat mèdica i de sensibilitzar el col·lectiu professional sobre la necessitat d'afrontar adequadament els tres reptes assenyalats.

sumari

El secret professional

Articles a càrrec dels Drs. Manuel Camps, Joan Viñas i Teresa Puig i del jutge Eduardo Enrech

PÀGINA 04

Asistencia geriátrica en las comarcas de Lleida

Doctor Marcos Serrano Godoy

PÀGINA 14



Foto portada: DR MARCOS SERRANO.

Notes sobre la història del secret mèdic

Drs. Manuel Camps i Surroca i Manuel Camps i Clemente

El secret professional dels sanitaris ha constituït des de sempre una de les normes de l'exercici més ben acceptades pels metges i malalts, autoritats, estaments i societat en general. No cal aprofundir ara les raons d'aquesta bona acollida per gairebé tothom, perquè de tots són prou conegudes. El que sí cal dir és que el secret mèdic ja va nàixer, almenys dins l'àmbit de la nostra professió, amb un caire de relativitat, és a dir, condicionat per la situació concreta en la qual cal aplicar-lo. En el Jurament del Corpus Hipocràtic ja es diu clarament que el metge guardarà secret de tot allò que vegi o conegui a través de la seva professió i, fins i tot fora d'ella, i que alguna vegada no hagi de ser revelat. Malgrat aquesta acceptació del seu trencament en situacions concretes o especials, fora de la norma, des de temps immemorial el secret mèdic gaudi de la mateixa categoria que el sacerdotal, és a dir, va ser considerat intocable i en termes de secret absolut.

Van passar molts anys i segles, i encara un dels més importants metges forenses del segle XIX i de tots els temps, Camil Hipòlit Brouardel, de l'escola francesa de medicina legal, insistia en la necessitat de no revelar mai el que el malalt li havia confessat. Molt abans de la seva època, però, i no diguem avui en els nostres dies, les idees sobre aquesta forma de pensar, per molt Brouardel que fos qui les hagués escrit, ja eren impensables. Tothom acceptava el secret relatiu, és a dir, ningú no creia que era ineludible salvaguardar el secret individual del malalt si amb aquesta salvaguarda en podia resultar perjudicada la societat. Estem davant de les malalties epidèmiques, i sobre això volia parlar una mica en termes concrets i en terres concretes, com són algunes de les nostres comarques. Ens situarem a Tàrrrega l'any 1440, i a Cervera el 1497.

Era norma de totes les ordinations municipals que els sanitaris que sabessin de qualsevol perso-

- **L'acolliment de malalts forans, perseguit a Tàrrrega**
- **Obligació de denunciar a Cervera els brots pestífers**

na malalta que hagués entrat a la població, ho havien de denunciar a les autoritats. Per exemple, a Tàrrrega, en una crida pública feta el 1440 es deia que *sie feta crida publica per los lochs acostumats de la vila, que tot hostaler ho hostallera, metge i specier i qualsevulla altre de la vila que no gos recollir algun cristià o jueu o moro en lur casa que malaut vinga fora la vila del dit accident. E si de aquels forastes que vuy son en la vila o de aci avant hi vindran hi en lur son llochtinent i pahers sots pena de X lliures*¹. Per tant, s'exigia que els metges, especiers i cirurgians no acollissin gent forana malalta de pesta, i en cas d'emmalaltir durant la seva estada a la vila, ho denunciessin al batlle i als paers, sota pena de 10 lliures.

A Cervera, durant els darrers brots pestífers del segle XV, es posava de manifest aquesta obli-

gació de denúncia, i sobretot la urgència amb què els sanitaris l'havien de dur a terme. L'any 1497, en l'esmentada ciutat van tornar a protegir-se de la pesta que era present en llocs propers. El 2 de maig va arribar al consell el clam de molts veïns, perquè sabien que persones procedents de parts on se morien entraven a la vila sense cap impediment i, fins i tot, alguns preveres sortien a soterrar els qui morien de pestilència². Es tornaren a tancar els portals, a prohibir l'entrada i a acollir gent que no haguessin purgat trenta dies en lloc sa, i a prohibir a metges i cirurgians sortir de Cervera per visitar empesats sense l'expressa llicència dels paers, e si nengunes persones haurà malaltes de peste dins la vila, que dins tres hores après queu sabrà, ho hagen a denunciar als senyors de pahers sots pena de deu lliures³.

NOTES

(1) ACTA (Arxiu Històric Comarcal de Tàrrrega), Actes del Consell, 1437-42, folis 123 v. i 124.

(2) AML (Arxiu Municipal de Lleida), Correspondència, 1492-1511, reg. 846, foli 5.

(3) ACC (Arxiu Històric Comarcal de Cervera), Actes de Consell,

manera fàcil i lluny de la relació interpersonal. En aquest cas, especialment, s'han de preservar els drets del pacient:

a) conèixer i controlar les dades introduïdes en l'ordinador que han de ser solament les pertinents, necessàries i verificables.

b) modificar o eliminar les inexactes, no demostrables o superflues.

e) vetllar perquè les dades no surtin mai de l'àmbit sanitari sense el consentiment exprés del pacient, donat després d'una informació clara i entenedora, tret del cas que no es pugui identificar la persona a qui es refereixen.

En l'article 38 especifica: "El metge no pot col·laborar en cap banc de dades sanitàries, si no té la certesa que està adequadament garantida la preservació de la confidencialitat de la informació que hi és dipositada. Ha de tenir, a més, l'absoluta garantia que el banc no està connectat a cap altre que no tingui com a

El secret professional en medicina

Dr. Joan Viñas. *Degà de la Facultat de Medicina de la UdL*

Tractar del secret professional és molt important avui dia, ja que l'exercici de la medicina està canviant per diversos motius, principalment per:

- L'aparició dels drets del malalt, especialment el d'autonomia, ha fet replantejar la relació clínica.
- Els avenços científicotecnològics fan que la medicina sigui cada vegada més tasca d'un equip interdisciplinari, per la qual cosa moltes persones accedeixen a les dades del malalt.

- L'aparició de les noves tecnologies de la informàtica, especialment la informàtica.

- El sorgiment de noves malalties, com la sida, i en el futur la medicina predictiva, amb els avenços de la genètica, que tot just comença amb la lectura del genoma humà.

Insistiré primer que el secret professional no és solament un dret del metge, sinó que és un dret del

malalt, i el metge té l'obligació de respectar-lo. El secret professional és essencial per a la salut pública i per a la salut individual. Si el malalt perd la confiança en el metge i té por que allò que li diu privatament en la consulta, i obligat per la malaltia que pateix –sinó no li diria–, sigui conegut per persones alienes, aleshores callarà i farà molt difícil, fins i tot impossible, el diagnòstic del metge, la qual cosa serà negativa per a ell i per a la salut de la societat.

En una medicina en equip el metge està obligat a exigir als membres del seu equip i a les persones que es troben sota la seva direcció que guardin el més escrupolós secret de tot el que vegin o coneguin fruit dels seus coneixements científics o de la seva pràctica professional. Tan

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Aspectes ètics de l'ús de la informàtica en medicina

Joan Viñas

La informàtica s'ha convertit en una eina quasi essencial que ha millorat molt la pràctica de la medicina.

Com tota nova tecnologia, com la ciència, la seva categorització moral és neutra. Però, allò que no és neutre és el seu ús, com tampoc no ho són els usos científics.

La informatització de la història clínica és un guany pel que fa a agilitar l'obtenció de dades, d'ocupar menys espai per guardar-les, de facilitar el tractament estadístic, la docència, la recerca, l'epidemiologia, la salut pública, etc., etc.

Però, també genera uns perills, especialment pel que fa a la confidencialitat, la intimitat del malalt i la seguretat. També és un risc la

possibilitat que el malalt perdi la confiança en el metge i ja no li expliqui dades personals necessàries perquè li faci un diagnòstic i li doni un tractament millor, la qual cosa ens allunya de la guarició del malalt. La salut del malalt i de la població és precisament la base del dret del malalt a la confidencialitat i el deure del metge a mantenir-lo. Perdre la confidencialitat i la confiança pot representar una minva de salut.

El nou codi deontològic català, que data del 1997, en l'article 37, tracta aquest important aspecte:

"El metge ha de tenir molta cura quan les dades mèdiques siguin informatitzades, ja que la confidencialitat de les dades del pacient pot ésser violada de

finalitat exclusiva la preservació de la salut, tret que el pacient hi hagi donat el consentiment."

Com podem deduir, es tracta d'uns articles prou aclaridors del nostre deure professional de ser garante dels drets del malalt a la intimitat i al nostre secret professional. Si algú vol informatitzar la història clínica dels nostres malalts, n'hem de treure tota dada personal que pugui en algun moment ser utilitzada en contra seva. Si comencem la informatització amb els nous malalts, els hem de preguntar si certes dades personals volen que constin en la història i deixar-hi constància solament de les dades pertinents, necessàries i verificables.

És evident que els hàbits en què estem acostumats a practicar la medicina estan canviant, ja que canvia la tecnologia, la ciència i la cultura. Ens hi hem d'anar acostumant. Algunes coses semblen innocues *a priori*, però a la llarga poden ser molt lesives per al

malalt. Convé recordar que nosaltres, amb sort, també serem malalts.

Les companyies d'assegurances, si arriben a poder fer de *hac-kers* i extreure dades dels malalts, –i més avui dia que comença a haver-hi la genètica i la medicina predictiva– no voldran assegurar-nos o ens demanaran primes tan altes que serà millor no fer-ho. S'han de regular i conèixer *a priori* tots aquests aspectes per garantir tant els drets dels malalts, de manera prioritària, com, també, els de les companyies a no perdre diners. I que no val dependre tant de llegir la lletra petita de la pòlissa.

Hem d'estar totalment a favor dels avenços científics i tecnològics, però els hem d'utilitzar bé i sempre a favor del malalt, que és el més dèbil de la història. Amb els articles del codi de deontologia català esmentats queda clar que tenim unes importants responsabilitats sobre això.

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

obligat està el personal administratiu, que passa a màquina l'informe que dicta el metge, com l'infermer, que l'atén, o el zelador que transporta el malalt, etc.

S'ha d'incloure, com abans he esmentat, el diagnòstic que el metge fa fins i tot pel carrer, fruit dels seus coneixements, per exemple, quan veu passar un malalt groc o amb una taca sospitosa o amb una manera particular de caminar, etc. D'altra banda, el fet de no tractar-se del malalt propi no atorga el dret a difondre la malaltia de la persona que es topa amb el metge.

Si els principis de bioètica universalment acceptats són: no fer mal al malalt, tractar de fer-li el bé, ser just, equitatiu i no discriminador, i respectar la seva autonomia, el respecte escrupolós del secret mèdic és essencial per respectar-los tots quatre.

No obstant això, sorgeixen situacions conflictives, que cal tractar prèviament per no haver d'improvisar sobre la marxa quan succeïxen i prendre solucions a vegades contradictòries.

Desgraciadament, la legislació espanyola, inclòs el codi penal espanyol de 1995, si bé defensa la intimitat del malalt (especialment la recent Llei orgànica 15/99 de protecció de dades de caràcter personal), ens obliga, als metges, a denunciar els malalts en certes circumstàncies, especialment quan el jutge ens demana informació. Aquest fet pot xocar frontalment amb l'ètica mèdica.

¿Per què no passa això amb els advocats i els seus clients, per exemple? El malalt ha anat al metge per obligació i li ha demanat ajut, igual que a l'advocat.

¿Per què el metge l'ha de denunciar? Davant aquest fet cadascú ha d'actuar segons la seva consciència. S'ha de mirar el bé del malalt i també el bé comú, com he esmentat. Seguint el bé comú, a vegades el metge ha de fer

"tancar el malalt al psiquiàtric", per exemple, o obligar-lo a un aïllament per una malaltia contagiosa.

En el cas de la sida, quan el malalt no vol dir-ho a la seva parella i l'està contagiant de manera antisocial, el metge ha d'intentar convèncer-lo perquè li ho digui i perquè prengui mesures profilàctiques, i s'ha d'oferir a ajudar-lo en aquest tràngol. Però el metge també està obligat a informar el malalt que si no ho comunica a la parella, ho farà ell mateix. I, en aquest cas, l'ha d'informar si la coneix. Així es va quedar en el III Congrés Estatal de Comissions de Deontologia, que es va celebrar a València l'any 1995.

Fa poc vàrem tractar la necessitat de vetllar perquè la informàtica no trenqui el secret professional. Hem de procurar també que les històries clíniques estiguin ben guardades en els centres sanitaris. A més, quan un jutge demana una història clínica, se li pot preguntar quina part vol o quina informació necessita, per no donar-li informació que no és rellevant per al cas. Mai no s'hauria de donar automàticament la història clínica al jutjat. Imaginem-nos que l'ha demanat, a través del jutjat, la part contrària al nostre malalt en una demanda de divorci. El jutge pot enviar la policia i ocupar una història clínica, però això ho farà en situacions molt excepcionals i quan la demanda hagi sigut contra el metge. Si es demana al jutge quines dades li interessen, és molt possible que no calgui trencar moltes parts del secret professional.

Resumint, en aquest breu article he volgut insistir en la necessitat de mantenir escrupolosament el secret professional. És un dret individual, però també social. Solament podem trencar-lo quan el bé de la societat o de tercers està conculcat, ja que la base del dret del secret és social.

Comencem amb una afirmació fàcilment assumible: tota persona té el dret de mantenir en secret les seves malalties. Aquest dret a la intimitat està recollit a la Declaració Universal de Drets Humans, a les normes de l'OMS, a la Constitució espanyola i als diferents codis sobre deontologia mèdica, entre d'altres.

El secret mèdic, conseqüència immediata d'aquest dret, constitueix des de fa molts segles un pilar alhora elemental i fonamental de la praxi mèdica, que garanteix la confidencialitat del malalt i que enforteix la confiança metge-pacient. Es considera falta deontològica molt greu la violació del secret professional, que només està acceptada en el cas del treball en equip, en les malalties de declaració obligatòria, en alguns casos de col·laboració amb la justícia i, tema que ens ocupa i que més endavant puntualitzarem, quan hi ha risc per a la salut pública.

Els metges ho tenim clar: dret del pacient a la intimitat amb relació a les seves malalties i deure professional de mantenir-les en secret.

Però anem per parts

La llibertat individual amb relació a la malaltia és un fet indiscutible tant legalment com deontològicament i engloba tots els aspectes que hi estan relacionats: uns de més clàssics, com el de la confidencialitat, i uns altres de més recents, com és la participació activa del malalt en el seu procés diagnòstic i terapèutic. Així doncs, el pacient, a part de guardar en secret la seva malaltia, té el dret de rebutjar proves diagnòstiques –però, ho pot fer sempre que vulgui?– o bé la possibilitat de negar-se a determinats tractaments –i sense cap limitació?–, fets recollits a l'article 14 del Codi de Deontologia Mèdica de Catalunya.

A la pràctica, però, se'ns presenten alguns problemes quan s'exerceix aquesta llibertat.

Posem exemples ben coneguts: el del malalt tuberculós que es nega a recloure's a casa mentre és contagiós o que no vol seguir el tractament quimioteràpic indicat; o el cas del malalt amb sida que s'oposa a informar-ne la parella. Poden fer-ho impunement, en els dos casos, encara que en puguin transmetre la infecció? Parlem, està clar, de l'enfrontament entre els drets individuals amb relació a

La controvèrsia salut pública-drets individuals

Doctora Teresa Puig Ganau · Servei de Medicina Interna Hospital Arnau de Vilanova

la malaltia i els corresponents drets col·lectius o salut pública.

Tots els metges ens trobem, sovint, amb situacions confrontades entre aquests dos drets i, encara que els processos transmissibles o contagiosos en són el paradigma, en podem trobar exemples en altres camps: malalties familiars o genètiques que no es volen comunicar a la parella o als fills, malalties professionals o situacions de risc laboral que poden perjudicar altres persones, aspectes relacionats amb les assegurances...

Però, seguim amb les infeccions.

Davant d'una malaltia epidèmica, sobretot si és greu o mortal, es desencadenen reaccions de pànic que han portat històricament a demanar la reclusió dels afectats en *guetos*, a establir estats de quarantena, a l'obligatorietat de proves diagnòstiques o altres mesures, totes elles coactives i de dubtosa eficàcia, sovint fruit de reaccions fòbiques que no passen per l'aïllament específic basat en el coneixement científic. Per resoldre aquestes situacions eren necessàries, i ho continuen essent, mesures concretes i efectives que, allunyant-se dels prejudicis personals o socials, permetin

compaginar la curació confidencial dels malalts i el seu dret a mantenir la pròpia intimitat amb la protecció de la població sana; mesures que, d'altra banda, haurien d'ésser higièniques, terapèutiques o explicatives i no policiaques o coercitives. En el cas anterior del malalt tuberculós com a exemple, s'ha millorat la proporció de curacions –i consegüentment s'han reduït els bacil·lífers o contagiosos– amb la implantació d'equips de tractament supervisat que controlen i asseguren la presa de la medicació, diàriament, i en el lloc on es troba el pacient.

D'aquesta manera, els casos conflictius que s'escapaven de l'estructura sanitària, poden ara ésser curats, així també es preserva la salut comunitària. Es tracta d'una intervenció altament eficaç en termes de salut, tant individual com col·lectiva i que, al mateix temps, preserva el dret a la confidencialitat. En altres situacions, una actitud mèdica explicativa al pacient o als seus familiars, la col·laboració d'altres professionals (assistents socials, psicòlegs), les teràpies de grup, etc., ens podrien ésser de gran ajut.

Així, doncs, amb una bona praxi, amb millors recursos sanitaris,

amb prudència i amb imaginació, resoldrem la majoria de situacions. Però, ocasionalment, se'ns presentarà l'enfrontament entre els drets individuals i la salut pública. Davant aquesta disjuntiva, semblaria lògic d'afirmar que els drets individuals s'acaben allí on atempten contra la salut pública o els drets d'altres persones. Aquesta afirmació, dictada al meu entendre pel més elemental sentit comú, està ben avalada pel Codi Deontològic de Catalunya i, si necessitem un suport legal, per la Llei general de Sanitat del 86. Aquesta permet al metge imposar-se amb una àmplia gamma d'opcions davant d'un malalt conflictiu (diagnòstic, hospitalització, tractament, controls, etc.), sempre que hi hagi indicis racionals de perillositat per a la salut comunitària.

D'altra banda, la possible mala utilització de la documentació clínica, avui en dia facilitada per la informàtica, que pot ésser motiu de discriminació social o laboral, obliga el metge a vetllar per la intimitat del seu pacient i l'eximeix de vulnerar el secret professional en aquells casos en què està habitualment acceptat fer-ho. Els límits entre els dos drets, individual i col·lectiu, es confonen un cop més i el metge s'ha de bellugar entre els seus deures per preservar la individualitat, d'una banda, i per mantenir la salut comunitària, de l'altra, sense incorrer en irresponsabilitat professional. Aquestes decisions s'han de prendre amb molta cura i, en ocasions, només el jutge pot acabar de dilucidar-les.

Malgrat que resten aspectes importants sense analitzar, que sobrepassen les dimensions d'aquest comentari, acabem com hem començat: reafirmant el dret de tot pacient a la seva intimitat; dret únicament limitat per la salut pública i que, en cas de conflicte, només una bona dosi de prudència, de rigor i de professionalitat mèdica permetrà resoldre en la majoria de situacions.

Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

Article 30

El metge té el deure de guardar secret tot allò que el pacient li hagi confiat, el que hagi vist, hagi deduït i tota la documentació produïda en el seu exercici professional, i procurarà ésser tan discret que ni directament ni indirectament res no pugui ésser descobert.

Article 31

El metge podrà revelar el secret amb discreció, exclusivament a qui hagi de fer-ho i en els justos límits necessaris... si amb el silenci es presumís un molt probable perjudici... per a altres persones o un perill col·lectiu (malalties contagioses, malalties mentals...)

Llei general de sanitat del 86

Carta de Drets i Deures dels Pacients

Article 10

El pacient té dret a elegir lliurement entre les opcions proposades pel metge responsable del seu cas, i es requereix el consentiment per escrit de l'usuari per a la realització de qualsevol intervenció, excepte... quan la no intervenció suposi un risc per a la salut pública...

Article 18.1

El metge pot (encara que no en tingui el deure), vulnerar el secret professional en cas de perill real de contagi per a altres persones.

- **El secret professional només pot trencar-se quan el bé de la societat està conculcat**

El derecho al honor y a la intimidad en colisión con el interés general

Eduardo María Enrech Larrea

Magistrado Juez del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 3 de Lleida

La protección al honor y a la intimidad, constituye un derecho fundamental, que recoge el art. 18.1º de la Constitución, y como tal goza de una especial protección ya que el acceso a la misma, no sólo se articula a través del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, sino también a través de los Tribunales ordinarios mediante un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad.

Y ello es así porque la Constitución pretende una protección rápida y exhaustiva de lo que se declara derechos y libertades fundamentales en una sociedad moderna, social y democrática, que declara como valores superiores de su ordenamiento, la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político. En este marco, sólo el máximo respeto a la persona, en todas sus manifestaciones, garantiza la efectividad de la declaración de esos valores, como ya recoge el art. 10 al señalar que "la dignidad de la persona, los derechos inviolables que les son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, son fundamentales del orden político de la paz social".

Y dentro del conjunto de derechos y libertades de toda persona, después del derecho a la vida, presupuesto esencial sin el cual es absurdo hablar de cualquier otro derecho, deber o libertad, se presenta el derecho a la intimidad, pues es la garantía a la protección de la individualidad de la persona, quedando a disposición de ésta la manifestación o exteriorización de todas aquellas circunstancias que puedan afectarle.

Pero este derecho al honor y, en lo que nos afecta, a la intimidad, no puede declararse como absoluto. Ciertamente es preferente y

esencial, pero entra en colisión con otros derechos y libertades fundamentales, igual de esenciales, como puede ser el derecho a libertad de expresión (art. 20 de la Constitución).

Este derecho a la libertad de expresión es también fundamental, pues la libre comunicación pública, es inseparable de la concepción pluralista y democrática de nuestra comunidad. Y tal derecho se fundamenta en la veracidad y en el interés público de la noticia que se da. Sólo en caso de que se den estos dos requisitos, puede exigirse a aquellos a quienes la noticia puede perturbar que, pese a ello, la soporten en aras, precisamente, del conocimiento general y difusión de hechos y situaciones que interesen a la comunidad; que en ningún caso debe confundirse con la simple satisfacción de la curiosidad ajena.

Con relación al ámbito de la Medicina, desde luego debe aceptarse que se hagan públicos cuantos datos sobre salud puedan interesar, no sólo a la opinión pública, sino también la ciencia en su proceso de investigación del origen y evolución de las enferme-

dades, ya que está claro que sí existe en ambos casos un interés público y general, pero siempre sin identificar la persona o personas afectas, tanto directa como indirectamente por medio de indicaciones inequívocas; y ello y sobre todo, porque la identificación individual de la persona que es objeto de la atención médica, no tiene en sí misma interés público, sino en todo caso, tan sólo satisfacer la curiosidad o morbo ajeno; y sólo cabe tal identificación con autorización de la parte interesada.

Es especialmente significativa al respecto la jurisprudencia constitucional que sobre el conflicto entre el derecho al honor, intimidad y a la propia imagen y el derecho a libertad de expresión, se ha venido desarrollando, con la extensión del SIDA, en el ámbito no tanto de la Medicina, sino en la llamada prensa amarilla, que forzosamente debía y debe tener acceso a tal información por una incorrecta praxis del secreto profesional médico (entre otras, sentencia del Tribunal Constitucional, 20/1992 de 14 de febrero); y que ha servido de base para este artículo.

- **El derecho a la intimidad es la garantía a la protección de la individualidad de la persona**
- **La identificación individual de la persona no tiene en sí misma interés público**



- ANÀLISIS CLÍNICS
- ANATOMIA PATOLÒGICA
- APARELL DIGESTIU
- CARDIOLOGIA I APARELL CIRCULATORI
 - ✓ Eco-Doppler
 - ✓ Holter
- CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA
- CIRURGIA PLÀSTICA I REPARADORA
- CIRURGIA VASCULAR
 - ✓ Doppler computeritzat
 - ✓ Eco-Doppler vascular
 - ✓ Reconeixements cardio-vasculars
 - ✓ Unitat trombo-embòlica
- ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ
- ENDOSCÒPIA DIGESTIVA
- GINECOLOGIA I OBSTETRICIA
- GENÈTICA PRE-NATAL
- PARTS
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA NUCLEAR
 - ✓ Gammagrafia
- OFTALMOLOGIA
- ONCOLOGIA MÈDICA
- OTO-RINO-LARINGOLOGIA
- PEDIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- RADIODIAGNÒSTIC
 - ✓ Radiografia
 - ✓ Ecografia
 - ✓ Mamografia
 - ✓ Ecocardiograma
 - ✓ Doppler
- * TRAUMATOLOGIA I ORTOPÈDIA
- * UROLOGIA



NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

- QUIRÒFANS
- SALA DE PARTS
- SALA D'ANESTÈSIA I REANIMACIÓ

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I
TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



HABITACIONS INDIVIDUALS

- LLIT AUTOMATITZAT
- GASOS MEDICINALS
- LLIT PER A L'ACOMPANYANT
- TELÈFON
- TV
- BANY COMPLET
- CLIMATITZACIÓ INDEPENDENT

C/ BISBE TORRES, 13 TEL. 973 26 63 00
a Lleida des de 1917



A la foto superior, el primer grup que va arribar a l'estany de Tor; a la de la dreta, la xerrada micològica i la cua per pujar al telefèric.



Mundi (Lleida), Associació AntiSida (Lleida) i l'ONGD Entrepobles (la Pobla de Segur) participen en la primera edició del concurs COML a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari, que ha convocat el Col·legi en el marc de la celebració del seu centenari. D'acord amb les bases del concurs, cadascuna de les cinc candidatures ha estat presentada per un mínim de tres col·legiats o col·legiades.

El jurat valorarà la labor sanitària de les ONG presentades i farà públic, properament, el veredict. El premi, el 0,7 per cent del pressupost anual del Col·legi de Metges de Lleida, es lliurarà en el decurs d'un acte públic. L'objectiu del concurs és reconèixer públicament "la tasca altruista de les ONG i dels seus voluntaris que, de manera professional, treballen per garantir el dret a la salut de la població", segons les bases.

Torneig de Tennis

Els doctors guanyadors del torneig de tennis, que s'ha celebrat dins el programa d'activitats commemoratives del centenari del col·legi, són: Josep M. Geli Gassó, en la categoria d'individuals, i Josep M. Ballester Guallart i Josep M. Marcen Villar, en la categoria de dobles. Els partits s'han disputat al llarg dels mesos de maig, juny, juliol i setembre a les pistes del Club Tennis Lleida.

Jornada micològica a l'estany Gento

Unes 60 persones van participar el 16 de setembre passat en la jornada micològica a l'estany Gento, que va organitzar el COML dins el programa commemoratiu del centenari. Els bolets, que havien de ser els protagonistes d'aquest acte, només foren presents en la xerrada i en el dinar, ja que

la falta de pluges havia endarrerit la collita.

Els professionals de la medicina i els seus acompanyants, atesos en tot moment per l'alcalde de la Torre de Cabdella, Josep Maria Soldevila, van accedir a l'estany Gento per mitjà del telefèric. Després d'una excursió fins a

l'estany de Tor, els assistents van escoltar la xerrada dels doctors Josep Piqueras i Pere Monné, de l'Hospital Clínic de Barcelona, sobre "intoxicació per bolets". Seguidament, el restaurador Boé va donar algunes indicacions bàsiques sobre la recollida i el consum de bolets.

El dinar, una mostra gastronòmica de la zona elaborada per Boé i per l'Hostal Montseny, va tenir lloc al refugi de l'estany Gento, que està situat a 2.200 metres d'altitud. El Dr. Sebastià Barranco va lliurar en el decurs de l'àpat uns obsequis commemoratius a les persones que havien col·laborat en l'organització d'aquesta jornada.

Abans de tornar cap a Lleida, la majoria d'excursionistes va baixar a peu des de l'estany Gento fins a l'embassament de Cabdella, potser per facilitar la digestió d'uns plats bons i abundosos.

El Col·legi de Metges de Lleida agraeix la col·laboració de l'Ajuntament de la Torre de Cabdella i de Laboratoris URIACH en les activitats del centenari.

Cinc ONG candidates al premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari

Les ONG Creu Roja (Lleida), Proyecto Visión (Lleida), Medicus

PROPERES ACTIVITATS

Campionat d'escacs

Que se celebrarà al llarg dels mesos d'octubre i novembre
Lloc: seu del Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Coordinador: Dr. Emili Ortoneda

Armengol
Dia: 13 de desembre
Hora: 19.30
Lloc: Sala Gòtica de l'IEI

Concert de l'Orquestra de Cambra de Salzbug

Director: Yoon K. Lee
Dia: 13 de desembre
Hora: 21.30
Lloc: Auditori Municipal de Música Enric Granados (Lleida).
 Entrada subvencionada: 3.000 ptes. (màxim 2 entrades per col·legiat/ada).
 Reserva d'entrades fins al dia 15 d'octubre al COMLL (M. Àngels)

Conferència de Sáez de Buruaga

Dia: 10 de novembre
Hora: 20.00
Lloc: per confirmar

Exposició: Humor i Medicina al segle XX

Autors: ninotaires de començaments del segle XX i Paco

¿Recibe una pensión?

¡Enhorabuena!

Hemos creado un nuevo producto para usted con muchas ventajas:

ANTICIPO DE PENSIÓN • TARJETAS GRATUITAS
 REGALO SEGURO • MEDICO 24 HORAS
 ASISTENCIA DOMICILIARIA • SERVICIO DE VACACIONES
 Y VEINTE VENTAJAS MÁS.

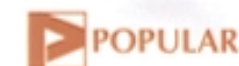
Todo esto puede ser Gratis.

Y por supuesto: Libreta de Ahorro sin comisiones de administración y mantenimiento. Servicio de Banca Telefónica y Electrónica por Internet Gratuitos. Seguros Gratuitos. Crédito Directo Pensión en condiciones especiales...

902 40 40 70



LA ATENCIÓN OLÍE USTED MÉRITO



BANCO POPULAR ESPAÑOL
 BANCO DE CREDITO BALEAR
 BANCO DE ANDALUCIA
 BANCO DE GALICIA
 BANCO DE CASTILLA
 BANCO DE VASCONIA

Oxidació de proteïnes en situacions d'estrès oxidatiu, malaltia i envelliment

L'existència de la majoria dels éssers vius que coneixem depèn d'un correcte metabolisme que, en produir energia, utilitza l'oxigen com a acceptor final dels electrons que s'originen en les transformacions dels substrats en les diferents vies metabòliques. La utilització de l'oxigen és més rendible energèticament.

Text: Grup de Bioquímica de l'Estrès Oxidatiu
Facultat de Medicina (UdL)

La utilització de l'oxigen com acceptor final dels electrons és més rendible energèticament, però té un cost addicional per a la cèl·lula com és el de combatre les anomenades espècies reactives de l'oxigen (ROS), també anomenades radicals lliures, productes derivats de la reducció incompleta de l'oxigen i que, en general, són tòxiques, tant l'àmbit cel·lular com tissular.

Aquestes ROS són, per exemple, el peròxid d'hidrogen, l'anió superòxid o el radical hidroxil. A tall d'exemple, cal tenir en compte que en el procariota *Escherichia coli* el 87% del peròxid d'hidrogen produït esdevé de la cadena de transport electrònic. Per altra part, agents externs com ara les radiacions ionitzants, llum de l'ultraviolat proper o d'altres com els que generen ions superòxid causen un estrès oxidatiu, és a dir, els nivells cel·lulars de ROS excedeixen la capacitat cel·lular d'eliminar-los.

La toxicitat d'aquests compostos rau en el fet que, directament o indirectament, tenen capacitat de reaccionar amb macromolècules, com ara àcids nucleics, proteïnes o lípids, i en danyen seriosament la funció. Un dels responsables directes d'aquest dany és el radical hidroxil, que es genera a partir de peròxid d'hidrogen quan reacciona amb cations divalents, ferro o coure, en una reacció denominada de Fenton.

Els lípids són unes dianes importants durant situacions d'estrès oxidatiu. En

aquesta situació es formen peròxids lipídics, amb la consegüent desestructuració de les membranes cel·lulars. Els peròxids lipídics poden derivar en la formació de productes de degradació com l'hidroxi-nonenal o el malondialdehid, que són aldehids altament tòxics. En aquest sentit es diu que són "segons missatgers tòxics".

Els àcids nucleics també són unes dianes importants en situacions d'estrès. Les ROS ataquen tant les bases nitrogenades com la ribosa, i donen lloc a un complex nombre de productes derivats de l'oxidació que, en darrer terme, interfereixen en els mecanismes normals de replicació/transcripció.

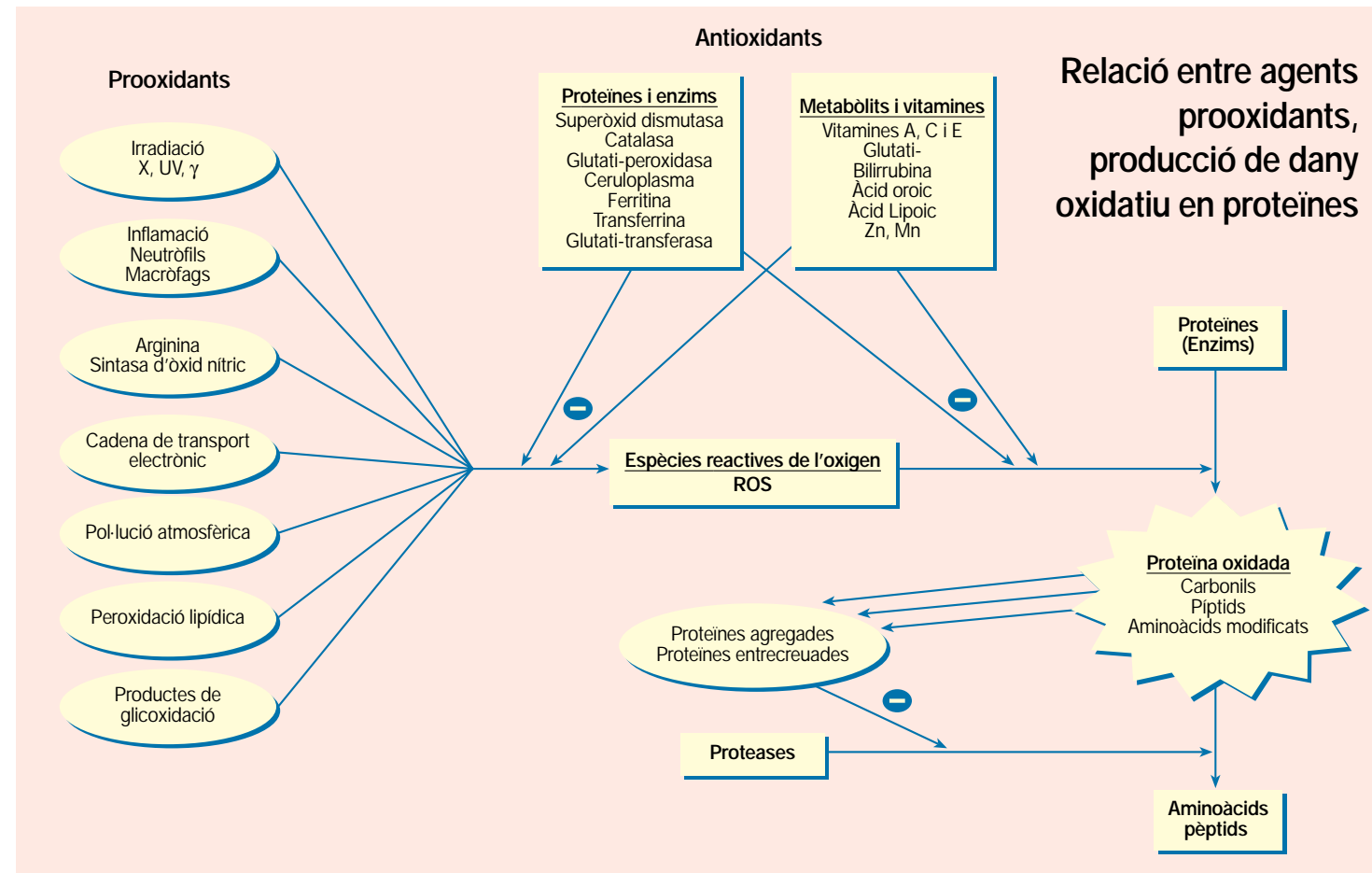
El grup de Bioquímica de l'Estrès Oxidatiu del Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de la Facultat de Medicina de Lleida estudia, des de fa uns anys, el dany oxidatiu de les ROS en proteïnes. La idea fonamental és establir si en situacions d'estrès oxidatiu hi ha determinades proteïnes que són dianes específiques de les ROS; en aquests casos cal detectar aquestes proteïnes oxidades, identificar-les i determinar el grau de dany sofert. Aquestes modificacions comporten una alteració de l'estructura de les proteïnes, una pèrdua de funció i, en definitiva, una alteració del metabolisme cel·lular.

La importància d'aquests tipus d'estudis rau en el fet que en processos

d'envelliment tant fisiològic com patològic (envelliment prematur), en malalties neurodegeneratives, en diabetis i arteriosclerosi s'han correlacionat amb l'acció de ROS i l'acumulació de proteïnes danyades oxidativament. Per tant, tenir una idea clara de quines són les proteïnes principalment afectades en situacions d'estrès oxidatiu, aporta criteris bàsics per comprendre com es pot deteriorar el metabolisme cel·lular, que, fins i tot, pot derivar en la mort de la cèl·lula.

L'oxidació irreversible dels residus d'aminoàcids d'una proteïna es manifesta, entre altres modificacions, per la presència de grups carbonil, que, o bé deriven de la modificació estructural de la cadena lateral d'alguns aminoàcids per un procés anomenat oxidació catalitzada per metalls, o bé per l'addició de molècules que contenen grups carbonil com, per exemple, els ja esmentats hidroxi-nonenal (derivats de lípids) o derivats de glúcids, que poden reaccionar amb les cadenes laterals dels aminoàcids cisteïna, histidina o lisina. La reacció d'addició d'aquestes molècules a les proteïnes es coneix amb el nom d'addició de Michael.

La presència d'aquests grups carbonil permet la identificació de les proteïnes que han sofert un dany oxidatiu. Aprofitant aquest fet, el nostre grup va començar la identificació d'aquestes proteïnes que es produïen *in vivo* en un organisme procariota com *Escherichia coli* quan era sotmès a situacions d'estrès per peròxid d'hidrogen, menadiona o paraquat, que són generadors d'anions superòxid, o quan el



◆ S'utilitzen actualment dos models: d'envelliment fisiològic i patològic
◆ La investigació aporta dades bàsiques sobre els efectes de l'estrès oxidatiu

cultiu es sobrecarregava de ferro. De forma resumida, el procés consistia a sotmetre el cultiu a l'estrès oxidatiu corresponent, obtenir l'extret cel·lular, detectar les proteïnes diana, purificar-les i identificar-les mitjançant seqüenciació de l'extrem amfiterminal. A més, s'obtenien pèptids derivats d'aquesta proteïna que també se seqüenciaven, a fi de corroborar la identificació inicial.

Els resultats ens indicaren que les proteïnes diana són específiques –el grau d'oxidació d'algunes destacava clarament de la resta– i que afectaven processos vitals per a la viabilitat cel·lular; així, en el metabolisme de la glucosa ens trobem que l'alcohol deshidrogenasa E perdia un 80% de la seva activitat enzimàtica; la proteïna EF-G (implicada en l'elongació del procés de síntesi proteica), DNA K, que és una chaperona (proteïna que ajuda a efectuar el plegament correcte d'altres proteïnes) i la subunitat beta de l'ATP-sintasa que, com el seu nom indica, és l'enzim encarregat de sintetitzar ATP com a conseqüència de la transferència d'electrons a través de la cadena de transport electrònic, perdia un 65%

de la seva activitat. A més, enzims com l'alfa-cetoglutarat deshidrogenasa (que pertany al cicle de Krebs) o el piruvat deshidrogenasa també es van detectar com a dianes selectives.

Amb la finalitat de veure si els eucariotes i procariotes tenen dianes d'oxidació comunes en situacions d'estrès, es varen realitzar experiments en el llevat *Saccharomyces cerevisiae* com a model d'eucariota. La diferència fonamental entre aquestes dues cèl·lules és l'existència de compartiments cel·lulars, on les mitocondries tindrien un paper destacat com a generadores de ROS. Per tant, es podria pensar a priori que les proteïnes mitocondrials serien les més afectades en situacions d'estrès.

Aquests experiments varen demostrar que proteïnes d'aquest orgànel eren dianes selectives: la chaperona HSP60 i els enzims aconitasa, piruvat deshidrogenasa i alfa-cetoglutarat deshidrogenasa. La transcendència metabòlica de l'oxidació dels dos darrers enzims esmentats ens va portar a aprofundir el mecanisme que conduïa a la pèrdua de funció deguda

a l'oxidació observada. Cal recordar que aquests enzims tenen un cofactor, que és l'àcid lipoic unit a una lisina del centre actiu. Mitjançant anticossos antilipoic es va observar que, a mesura que el nombre de grups carbonil augmentava en aquests enzims, la detecció de l'àcid lipoic del centre actiu era cada vegada més feble, la qual cosa indicava que s'estava produint una modificació d'aquest cofactor, que portava a la inactivació d'aquests enzims fins a uns nivells del 85-90%. Aquest fet era comú tant en cèl·lules de llevat com en el bacteri *E. coli*. Aquests i altres factors comportaven la pèrdua de la viabilitat cel·lular que, tot depenent del grau d'estrès aplicat, podia ser entre un 50 i un 80%.

En l'actualitat estudiem la relació entre els models descrits fins ara i l'envelliment cel·lular. Per això, es fan servir dos models: un d'envelliment fisiològic i l'altre patològic. En el primer cas utilitzem preparacions seleccionades de cèl·lules de llevat envellides. Els llevats com *S. cerevisiae*, es reproduïen per gemmació entre 15 i 25 vegades; després deixen de fer-ho i moren. En el model d'envelliment patològic utilitzem fibroblastes en cultiu de pacients amb la síndrome de Hutchinson-Gilbert (progeria), que es caracteritza per un envelliment prematur i mort a l'entorn dels 15 anys d'edat. La idea bàsica és que, si en l'envelliment les ROS tenen un paper important, aleshores en ambdós models hauriem d'observar el que s'ha explicat en els paràgrafs anteriors.

Les dades preliminars que disposem actualment apunten en aquesta direcció i, per tant, confirmarien de forma molt concreta de quina manera els radicals lliures de l'oxigen intervien en el procés de l'envelliment.

A més, des de fa anys el nostre grup col·labora i publica articles amb el grup del Dr. E.C.C. Lin del Departament de Microbiologia i Genètica Molecular de Harvard Medical School (Boston, Massachusetts) respecte als mecanismes evolutius que condueixen a l'oxidació i resistència a l'estrès oxidatiu de determinades proteïnes, com per exemple algunes alcohol deshidrogenases d'*E. coli*.

En l'àmbit intradepartamental, es col·labora amb el grup del Dr. Enric Herrero en l'estudi del paper de les glutaredoxines de *S. cerevisiae* en la protecció enfront de situacions d'estrès oxidatiu.

(Vegeu el número 20 de Butlletí Mèdic)

Com a conclusió general, la investigació que duem a terme en el nostre grup aporta dades que són bàsiques per comprendre els efectes de l'estrès oxidatiu en l'àmbit cel·lular i que, al seu torn, aportin coneixements per explicar problemes biomèdics com són l'envelliment en l'àmbit molecular.

Asistencia geriátrica en las comarcas de Lleida

Desde principios de los años 90, han proliferado de forma exponencial los temas relacionados con la asistencia al anciano. Así, es frecuente ver proyectos específicos dedicados al anciano en el

plan de salud de una consejería de Sanidad, los servicios sociales de los ayuntamientos, el programa docente de una universidad, la cartera de servicios de una empresa privada, etc.

Dr. Marcos Serrano Godoy • Director del Servei Sociosanitari. Gestió de Serveis Sanitaris. Hospital de Santa Maria

En este contexto es fácil encontrar las siguientes expresiones: atención sociosanitaria, pacientes geriátricos, pacientes crónicos, terminales, hospitales geriátricos, residencias geriátricas, geriatras, gerontólogos, gerocultores, etc...

Evidentemente, aunque todo puede tener como referencia la vejez y a la atención al anciano, existen grandes diferencias de concepto desde el punto de vista asistencial y técnico. En el presente artículo, intentaremos aclarar estos conceptos.

¿Cuáles son las causas del desarrollo de la geriatría y de la atención sociosanitaria en Catalunya?

1. Cambios socio demográficos

A ninguno de nosotros nos pasa desapercibido el cambio en la tipología de pacientes que acuden a diario a nuestras consultas, a los servicios de Urgencias o que permanecen ingresado en las salas de los hospitales.

El comentario es frecuente: "cada vez hay más viejos". Esta modificación en la estructura de la sociedad hace necesario que se adapten los recursos sanitarios, sociales y los conocimientos técnicos del personal sanitario.

Se está produciendo una transición dentro del sistema sanitario, que estaba orientado a cubrir las necesidades de la población posterior al *baby boom*

de los años 60 y 70, hacia un sistema que tiene que cubrir las necesidades de una sociedad industrial muy desarrollada, donde ya se ha establecido como norma el llamado estado de bienestar.

Los cambios más importantes han sido:

1. Una población muy envejecida, con un aumento de los mayores de 80 años.
2. La transformación del modelo de familia tradicional (abuelos-padres-hijos) por el de familia nuclear (padres-hijos), que motiva que un elevado número de personas ancianas vivan solas.
3. El aumento espectacular de la

TABLA 1: Evolución de la población en Catalunya

	1975	1986	1996
Población total	5.660.213	5.956.429	6.090.040
Jóvenes	1.448.886	1.282.739	892.431
Adultos	3.631.901	3.946.857	4.205.903
Ancianos	579.426	726.833	991.706
POBLACIÓN (cifras relativas)			
Jóvenes	25.60	21.54	14.66
Adultos	64.16	66.24	69.06
Ancianos	10.24	12.20	16.28
Índice de envejecimiento ¹	39.99	56.66	111.12
Índice de sobre-envejecimiento ²	5.57	8.44	9.66

(1) Índice de envejecimiento: población > 64 años/población < 15 años x 100.
(2) Índice de sobre-envejecimiento: población > 84 años/población < 64 años x 100.
Fuente: Llibre Blanc. Activitats preventives per a la gent gran. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1999.

TABLA 2: Descripción de la región de Lleida

Índice de envejecimiento en el censo del año 1991:	20%
Esperanza de vida al nacer:	Una de las más altas del mundo
Hombres:	75.4
Mujeres:	81.5
La relación de dependencia senil (mayores de 65 años/población entre 15 y 64 años):	
Lleida:	28.10
Catalunya:	21.1
El 60% de los mayores de 80 años son dependientes	
El 70 % de ellos tienen sus necesidades cubiertas por sistemas de apoyo <i>no formales</i> (familia, conocidos o amigos)	
Población de Lleida ciudad:	112.040
Mayores de 70 años:	11.240
Mayores de 80 años:	3.674

TABLA 3: Presión asistencial de las personas mayores de 65 años en España

ATENCIÓN PRIMARIA	HOSPITALES GENERALES	URGENCIAS (*)
46,6 % de las consultas	45 % de la ocupación total.	Pacientes mayores de 65 años que acuden a Urgencias: 26.3 %
Promedio de tiempo por consulta: 10 minutos.	13.3% los mayores de 80 años.	Ingresos: 27 % de las personas mayores de 65 años que acuden a urgencias, frente al 13% de los adultos jóvenes.
61% de las visitas a domicilio.	46 % de las estancias.	Acuden menos por iniciativa propia.
	Edad media	Precisan mayor número de pruebas complementarias, pero muestran una mayor rentabilidad.
	-Medicina Interna: 67	
	-Cardiología: 66.	
	-Neumología: 64.	
	-Geriatría: 83.	
	Estancia media en mayores de 65 años: 11.3 días.	

Las personas mayores no abusan de los servicios de Urgencias. Normalmente han sido derivados desde Atención Primaria y acuden, además, de una forma más apropiada que los adultos más jóvenes puesto que precisan ingreso hospitalario con más frecuencia.

(*) No tenemos los datos del Servicio de Urgencias del Hospital Arnau de Vilanova.

Datos: Geriatría XXI. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Año 2000.

esperanza de vida, hecho que conlleva, a la vez, un aumento de las situaciones de fragilidad y de dependencia en edades muy avanzadas.

4. Un incremento espectacular en la incidencia y prevalencia de una patología relacionada con la edad, que tiene una gran repercusión social y económica: la demencia.

5. Un incremento de la llamada *cuarta edad* (mayores de 84 años). Estos ancianos suelen tener como cuidadores principales a familiares con una edad superior a los 60 años, lo que provoca un alto porcentaje de claudicación en cuanto aparecen los primeros signos de fragilidad o de dependencia, aumentando el índice de institucionalización (residencias o centros sociosanitarios de cuidados de larga duración).

6. Los cambios en el rol desempeñado por la mujer, que se integra cada vez más en el mundo laboral, desapareciendo el papel tradicional de cuidadora.

Llaman la atención los siguientes datos:

- El porcentaje de mayores de 65 años está por encima de la media europea.

- Un índice de envejecimiento de 111% significa que por cada 100 jóvenes hay 111 personas mayores.

- En el periodo comprendido desde 1975 hasta 1996, el número de jóvenes descendió un 40%, mientras que la población de ancianos se incrementó en un 71%.

- En la actualidad hay más de 99.000 personas mayores de 84 años en Cataluña.

- Más de 100.000 personas mayores de 65 años viven solas.

Estos cambios demográficos son progresivos y todos los expertos coinciden en que va a incrementarse más en los próximos 15 años. Esto implica la necesidad indiscutible de implementar políticas asistenciales orientadas a satisfacer las necesidades de las personas mayores.

2. Implantación del modelo sociosanitario catalán. Programa "Vida als anys"

Evolución histórica:

La atención sociosanitaria nace en Cataluña en el año 1986, a raíz de la creación de una serie de programas desarrollados conjuntamente por los departamentos de Sanitat i Seguretat Social y de Benestar Social, para atender a ancianos con pluripatología, con dependencia funcional severa, enfermos mentales, pacientes con patologías crónicas avanzadas, enfermos de SIDA y pacientes con drogodependencias.



Las personas mayores acuden a los servicios de Urgencias de manera más apropiada que los adultos más jóvenes.

Este modelo ha sido pionero en el estado español y constituye una referencia en la actualidad para el resto de los gobiernos autonómicos.

Desde entonces se ha consolidado un sector de atención específico y bien definido –junto con Atención Primaria, Hospitalización y Salud Mental– con una regulación política-administrativa (orden del 4 de agosto de 1987, decreto 202/1989, decreto 215/1990), una financiación diferente, y con un espacio dentro del Pla de Salut y Pla d'Actuació Social en Catalunya. Así mismo, tiene un modelo de atención, una organización de servicios, una planificación y un sistema de evaluación propios.

Geriatría y atención sociosanitaria

La Geriatría moderna nace en el Reino Unido de la mano de Marjorie Warren al asumir una sala de pacientes crónicos en el West Middlesex Hospital en 1930. Warren se encontró una sala con pacientes muy ancianos, con abundante patología no diagnosticada ni tratada. Ella demostró que con un correcto diagnóstico y un proceso de rehabilitación completo se podía reintegrar el paciente al domicilio con una mejora significativa de su situación física y mental. Así, Warren pudo dar altas, a pesar de que había pacientes que llevaban años en dicha sala.

La Geriatría como especialidad médica tiene un cuerpo teórico y práctico específico.

El especialista en Geriatría está preparado para valorar todos los problemas del paciente geriátrico:

- Presentación típica y atípica de la enfermedad en el anciano.

- Uso racional de medios diagnósticos.

- Interpretación específica de las pruebas complementarias y de los signos clínicos de la enfermedad en el anciano.

- Capacidad para priorizar qué problemas clínicos se han de tratar en un momento determinado en un paciente con pluripatología activa.

- Valoración de la capacidad residual funcional y de la capacidad de recuperación.

- Capacidad para organizar el sistema de apoyo, una vez dado de alta, en coordinación con el nivel asistencial correspondiente.

En definitiva, el concepto de Geriatría se basa en la organización de unos servicios especialmente orientados a atender los aspectos físicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano, desde el inicio de un situación de enfermedad aguda hasta la situación de convalecencia o de cuidados continuados en un proceso cronicado.

El concepto de atención sociosanitaria hace referencia a la asistencia, coordinada e integrada, prestada a las



Deben adaptarse los recursos sanitarios, técnicos y sociales a la demanda geriátrica.

◆ Un elevado número de ancianos viven solos

◆ El índice de envejecimiento es del 111%

(físicas, psíquicas, sociales y espirituales), global –intentando abarcar todos los ámbitos de actuación: niveles asistenciales → *case management*– e interdisciplinar, debido a la diversidad y complejidad de las situaciones que presentan estos pacientes. Por ello, el trabajo en equipo es fundamental.

La empresa pública, Gestió de Serveis Sanitaris-Hospital Santa Maria es la que ha apostado de una forma más clara por el desarrollo de la Geriatría. En estos momentos ha unificado en un mismo servicio, los Pades Segarra-Urgell-Noguera, Segria-Garrigues-Pla d'Urgell, la unidad sociosanitaria, el Hospital de Día Geriátrico y la unidad geriátrica de agudos, que está ubicada en el propio Hospital de Santa Maria, con una capacidad para 10 camas. En dicho servicio trabajan 6 médicos, con un alto nivel de capacitación en Geriatría –tres de ellos son especialistas en Geriatría, vía MIR, y el resto tienen estudios específicos de postgrado–. En la actualidad, el hospital está pendiente de la acreditación docente en Geriatría y puede convertirse en el quinto centro de Catalunya que lo consiga.

Por ser pioneros en toda Cataluña, vale la pena comentar las características del Hospital de Día Geriátrico Evaluador.

Este hospital de día se inauguró en enero de 1999, con capacidad para 20 plazas, con el objetivo de realizar todo el proceso diagnóstico de un paciente geriátrico, o de alta fragilidad, en un plazo de 3/6 días, elaborando conjuntamente con todo el equipo (geriatra, DUI, fisioterapeuta y trabajador social) un plan terapéutico para continuar los cuidados del paciente en el domicilio,

en coordinación con los equipos de Atención Primaria. Hasta el momento el resultado es muy bueno y se ha valorado ya a más de 800 pacientes.

Con los recursos disponibles en la Región de Lleida, se puede realizar un seguimiento asistencial completo de los paciente frágiles/de alto riesgo y geriátricos, atendiendo la presentación aguda de la enfermedad, la convalecencia, el seguimiento domiciliario y el internamiento en una unidad de larga estancia si fuera necesario.

Para ello, es fundamental una correcta coordinación entre todos los recursos, definiendo, perfectamente, qué tipo de paciente debe de ser atendido, quién debe valorarlo y atenderlo, cual debe de ser el proceso asistencial más correcto y donde va a ser mejor atendido (adecuación del nivel asistencial según necesidades).

Se ha de intentar cumplir la siguiente máxima: el enfermo justo, en el lugar justo y en el tiempo justo.

Características del paciente geriátrico y el paciente anciano frágil de alto riesgo

1.- Edad avanzada, con pluripatología, polifarmacia, tendencia a la incapacidad física, con alta incidencia de deterioro cognitivo o depresión y con problemática social añadida en relación con su estado de salud.

◆ El porcentaje de mayores de 65 años catalanes está por encima de la media europea

◆ Actualmente en Catalunya hay más de 99.000 personas mayores de 84 años

◆ El 60% de los mayores de 80 años de Lleida dependen de otras personas

2.- En cuanto al criterio de edad, recordamos la edad media de los servicios de Geriatría: 83 años. Este dato es puramente orientativo, puesto que hay pacientes menores de 80 años con un claro componente geriátrico.

3.- Criterios médicos, funcionales y sociales:

- El que un paciente viva solo o con soporte familiar insuficiente para cubrir sus necesidades, se ha demostrado que es uno de los condicionantes más importantes para definir al paciente frágil o de riesgo.

- Presentar un deterioro funcional agudo o un empeoramiento de un deterioro previo existente.

- Enfermedad aguda que condiciona la aparición de los siguientes Síndromes geriátricos:

- a. *Delirium*, con agitación psicomotriz o inhibición motora
- b. Incontinencia reciente
- c. Síndrome de inmovilidad
- d. Inestabilidad
- e. Caídas
- f. Desnutrición
- g. Dependencia psicológica y social súbita inexplicada

Entre las enfermedades agudas que provocan con más frecuencia el ingreso en el hospital, destaca:

- Accidente vascular cerebral agudo.

PASSA A LA PÁGINA SEGÜENT

Omega Longines Raymond Weil Xemex Gucci S.T. Dupont Tag Heuer Tissot Alfex Mont Blanc Calvin Klein

DERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 - Tel. 973 27 00 77 - 25002 Lleida
Ramón Llull, 1 - Tel. 973 24 53 96 - 25008 Lleida

P Pírring Blondel Gratuït

- Infecciones (neumonía, infección de orina...)
- Demencia descompensada.
- EPOC descompensada con insuficiencia respiratoria aguda.
- IAM o insuficiencia cardíaca.
- Parkinson evolucionado.
- Enfermedad osteoarticular invalidante.
- Caídas de repetición, alteración severa del equilibrio o de la marcha.
- Enfermedad terminal reagudizada.
- Estudio de cualquier situación que conlleve pérdida de funciones físicas: síndrome tóxico, anemia no filiada, síndrome febril, disnea progresiva, vértigos, dolor, etc.

Cuando hablamos de Geriatria y de paciente geriátrico, no nos referimos exclusivamente a los casos imposibles de tratar o de rehabilitar, terminales, crónicos o los que únicamente necesitan asistencia social.

La Geriatria alcanza todo su significado y utilidad cuando se atiende a un paciente geriátrico o a un paciente frágil, con alto riesgo de incapacidad e institucionalización, en la fase precoz de su enfermedad. Los resultados son valorados desde el punto de vista clínico, funcional y económico, descendiendo el índice de institucionalización y aumentando el número de altas a domicilio en unas condiciones funcionales óptimas. Debe de abandonarse ese concepto nihilista y peyorativo de la Geriatria y de la atención sociosanitaria.

Este panorama sombrío y pesimista se modifica de forma radical, cuando el paciente geriátrico es atendido desde las primeras fases de la enfermedad, y no únicamente cuando ya han aparecido secuelas irreversibles tras un proceso agudo.

La coordinación sociosanitaria

Como ya hemos comentado a lo largo de este artículo, el proceso demográfico y social que estamos viviendo hace que se establezcan nuevos recursos y nuevos modelos para atender a la población de pacientes ancianos (mayores y muy mayores). Las características de los pacientes geriátricos y de alta fragilidad hacen que haya que cubrir, a la vez, necesidades sanitarias y sociales.

Por esta causa, no se puede continuar con el modelo asistencial puramente sanitario:

DESCOMPENSACIÓN O AGUDIZACIÓN → INGRESO EN UNIDAD DE AGUDOS → ALTA DOMICILIO

Se deben de coordinar todos los recursos existentes: primaria, hospitales de agudos, sociosanitario, salud mental y servicios sociales para atender las necesidades del paciente anciano, ya que el paciente debe ser el objetivo común de todos los recursos. Hay que trabajar de una forma secto-

Recursos desarrollados dependientes del sistema sociosanitario Programa "Vida als anys"

El programa "Vida als anys" desarrolla actualmente en la Región Sanitaria de Lleida la asistencia sociosanitaria en los siguientes niveles:

Recursos de internamiento Total 315 camas

Hospital Creu Roja, Lleida	55 camas de larga estancia 11 camas de cuidados paliativos
Fundació St. Hospital, la Seu d'Urgell	25 camas de larga estancia 5 de convalecencia
Unidad sociosanitaria. Gestió de Serveis Sanitaris, Hospital Arnau de Vilanova	22 camas de convalecencia 8 camas de paliativos
Hospital Jaume d'Urgell, Balaguer	54 camas de larga estancia. 24 camas de convalecencia 4 camas de paliativos
C. Terraferma, Alpicat	85 camas de psicogeriatría.

Recursos de no internamiento

3 PADES (unidades de valoración y soporte domiciliario)	Lleida Cuidad Segarra-Urgell-Noguera Segrià-Garrigues-Pla d'Urgell
3 Hospitales de día	Rehabilitador H. Cruz Roja (20 plazas) Fdcio Sant Hospital (10 plazas) Evaluador H. Geriátrico. H. Sta. Maria (20 pl.) Esclerosis múltiple (10 plazas)
3 UFISS (unidades de valoración y soporte hospitalario)	Geriátrica (H. Arnau de Vilanova) Curas paliativas (H. Arnau de Vil.) Demencia (GSS. H. Santa Maria)

◆ **Deben coordinarse todos los recursos para atender al anciano**

◆ **El objetivo es que el paciente permanezca el mayor tiempo posible en su domicilio**

◆ **La detección precoz desde la Atención Primaria es fundamental**

rializada, pensando en cubrir las necesidades de la población de una forma conjunta.

El objetivo final es que el anciano permanezca el mayor tiempo posible en su domicilio en las mejores condiciones posibles, para lo cual deberemos potenciar de forma específica la Atención Primaria –el pilar de la atención al paciente geriátrico–, facilitando el resto de los recursos y el acceso al nivel asistencial que precise el paciente de una forma ágil y directa.

Se debe de potenciar la detección del paciente de riesgo desde la Atención Primaria, de ahí el interés de unidades como el Hospital de Día Evaluador y los Pades junto con programas de detección específicos de primaria. Además, se puede controlar o atrasar un proceso, que pone en peligro la capacidad funcional de un paciente, mediante la disminución del periodo de dependencia.

De igual manera, tiene que existir una perfecta coordinación entre los recursos de internamiento de larga duración (centros de larga estancia y residencias) y el resto de recursos de la red sanitaria, facilitando el paso de los pacientes de un recurso a otro, dependiendo de las necesidades que predominen en ese momento (sociales o sanitarias).

L'assistència al turmentat durant la baixa edat mitjana

El turment judicial es defineix com l'acció de causar sofriments molt aguts al reu com a càstig o per aconseguir la seva confessió. No es podia condemnar ningú si abans no confessava la seva culpabilitat. La primera documentació que hem trobat sobre l'aplicació del turment a Lleida és de l'any 1312.

Textos: Dr. Manuel Camps i Clemente i Dr. Manuel Camps i Surroca

La primera vegada que hem trobat documentada l'aplicació del turment a Lleida, ha estat el 22 de juny de 1312, data molt anterior al que apareix esmentat en altres llocs. Fins i tot, no obstant això, a la nostra ciutat es degué aplicar ja molt temps abans. En el procés seguit el gener de 1313 contra Ramon Gili, acusat d'haver mort un home per causa d'una baralla pel joc, consta: "quel dit R. Gili sie posat a turment en tal manera que veritat puxe exir de la sua bocha, com sie acostumada cosa i Dret que és, que quan alguna presumpció es trobada contra aquell qui la inquisició es feita i clarament no es provat, que el Consell jutge, i axi es acostumat, que sie posat a turment i que isque veritat de la sua bocha".

Abans, a l'alta edat mitjana però, la tortura, com a prova judicial, no era acceptada. Amb la prova coneguda com ordalia o judici de Déu, s'invocava la divinitat mitjançant uns ritus a través dels quals podia deduir-se la culpabilitat o innocència d'una persona sospitosa. En el decurs dels anys va ser abolida per l'Església.

A Lleida, encara el 23 de gener de 1395, els paers, a un home sospitós d'haver comès un homicidi per haver-lo trobat prop de la víctima amb un coltell a la mà, li feren tocar la sang coagulada del cadàver, per veure si líquava. En fer-ho, la sang no es dissolgué, així es va provar la seva innocència, ja que el fet de dissoldre's la sang ja coagulada en ser tocada pel sospitós, era considerat com a prova de culpabilitat. En aquest cas, la prova va ser certa. El cirurgià que va fer la peritació del

cadàver certificà que aquella ferida, per la seva trajectòria, havia estat feta amb un dard, però mai amb un punyal o coltell.

Als Usatges de Barcelona, s'admetien els judicis d'aigua freda i d'aigua calda. El primer consistia a deixar la persona sospitosa lligada de peus i mans en un recipient d'aigua prèviament beneïda. Quan la persona s'enfonsava era considerada innocent i si flotava, culpable. El de l'aigua calda consistia a fer treure una pedra de dins un recipient amb aigua bullent. Si l'obligat a treure-la al cap de tres dies de

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



A la part superior, turment del polze i a la part inferior, un instrument de tortura

tenir el braç embenat mantenia la pell intacta, era considerat innocent i, en cas contrari, culpable².

Com és obvi, no és cert que el turment fos un mitjà fiable per aconseguir que l'acusat declarés la veritat. Bruyère afirmava que "el turment és una invenció meravellosa i segura per perdre un innocent dèbil i salvar un delinqüent robust".

Efectivament, aquelles persones amb menys resistència física i per tant més sensibles al dolor, acceptaven la seva culpabilitat per tal de posar fi al sofriment al qual eren sotmeses. Per contra, els veritables delinqüents, dotats normalment d'un gran vigor físic i molt resistents al dolor, moltes vegades, en suportar-lo, aconseguien lliurar-se de la condemna.

Com a exemple d'un homicida absolt per la seva resistència física, el 17 de maig de 1352, P. Baro, natural de Sort, va occir a Lleida el metge Ramon Ritxart de Santa Coloma de Queralt, fet que van evidenciar diversos testimonis del crim. No obstant això, l'homicida va ser absolt, perquè tot i ser sotmès tres vegades al turment de la roda i altres tres al del foc, va poder resistir la tortura sense confessar el crim³.

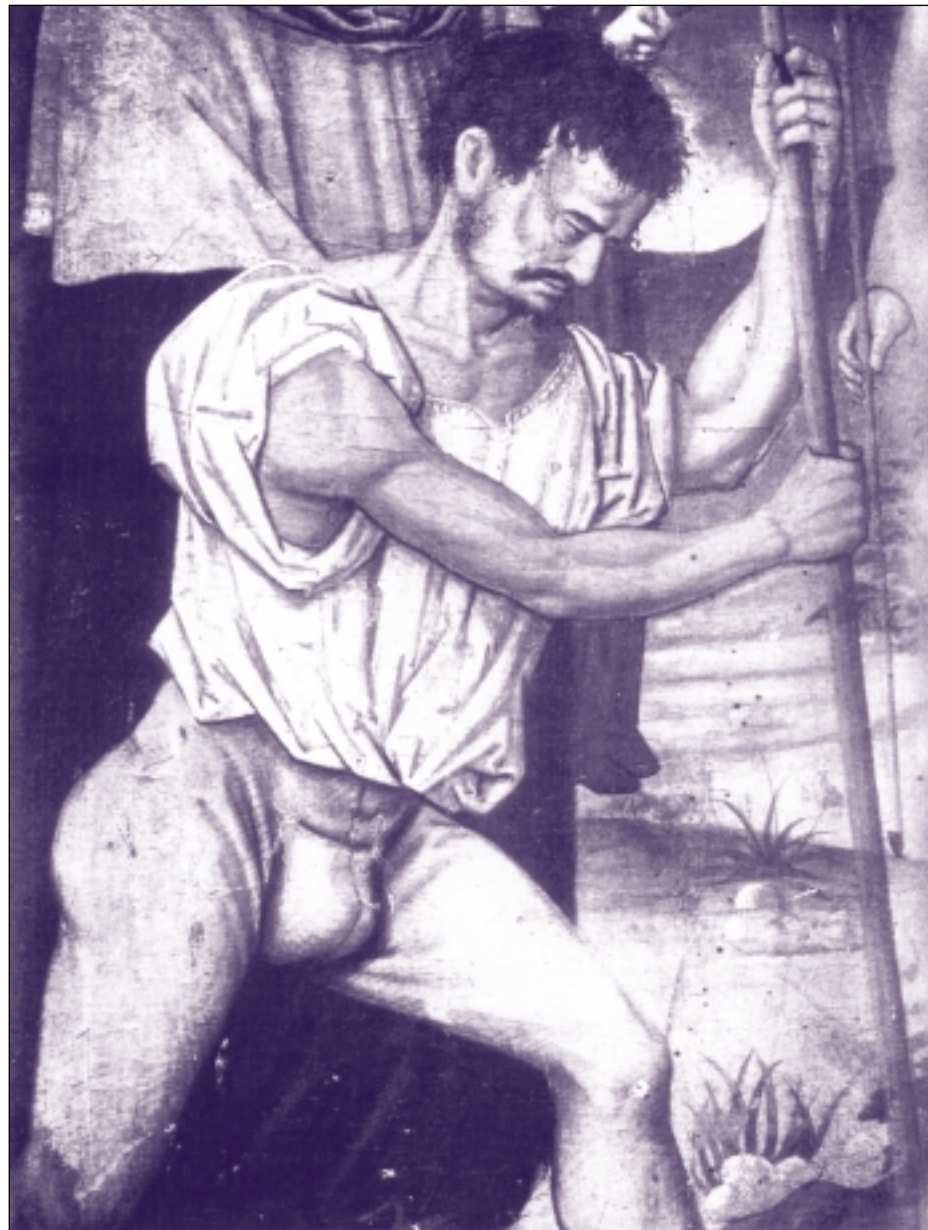
La roda va ser l'artefacte de tortura més usualment emprat. Consistia a lligar els braços del reu pel darrere i fer-lo pujar a l'estri conegut amb el nom de "la roda", on li lligaven els braços i li afermaven alhora un contrapès als peus. El saig o botxi la feia girar, acció amb la qual s'estiregassava el cos del torturat i li provocava una forta distensió de les articulacions, efecte que anava aguditzant-se quan, per les reiterades negatives del sofrent, se li augmentava el contrapès dels peus i el temps de permanència en el giny.

Al processat que no confessava mentre era a la roda, se li solia aplicar a continuació el turment del foc. Consistia a lligar el reu a un banc de fusta, fent-li sobresortir els peus, als quals, prèviament mullats amb sal i vinagre, s'hi atansava foc.

Un cas contrari va ser el de l'esclau negre, Joan Navarro, acusat, el 14 de setembre de 1447 d'haver intentat violar una nena de 10 anys. Tot i ser falsa l'acusació, perquè confessés, va sofrir el turment del guant en cada mà i en resistir-lo, el de l'aigua. En no poder suportar aquest últim, va ser sentenciat a morir en la forca i es va esquar-terar el seu cadàver⁴.

De vegades, els turments aplicats eren tan extremadament intensos i traumatitzants que el reu moria durant la seva aplicació o com a conseqüència d'aquesta, tot i que per retardar-li el defalliment, es deixava pa, ous i vi al seu abast.

Un exemple, el tenim en el procés de l'any 1339 contra el sarraí Çayt de Massot, fuster de Fraga, acusat de



El botxi (s. XV). Museu d'Art de Catalunya



Masmorra al soterrani del Palau de la Paeria



Empremta deixada pels caps del condemnats encadenats al Pilar de General

tenir relacions sexuals amb una bagassa cristiana ("jaure carnalment ab una fembra pecador cristiana"). Aquest delictes era severament castigat. Indefectiblement, l'acusat era condemnat a morir cremat. En aquella ocasió, el sarraí resistí la tortura sense admetre l'acusació i va ser absolt. No obstant això, les lesions que se li causaven van ser tan greus que morí l'endemà.

El 1420, Bernat Soler, acusat d'un crim, abans de sofrir l'extremadament

rigorós turment al que havia estat condemnat (el van lligar sis vegades de braços, nou vegades a la roda, li van aplicar tres vegades foc als peus, i tres vegades li van aixafar les cames), estant a la presó, per evitar tan sofriment, intentà suïcidar-se. No ho aconseguí. Un cop guarides per un cirurgià les ferides que es produï en el seu fallit intent i recuperat de les lesions va ser penjat a la forca⁵.

Com que casos com aquests es repetien amb relativa freqüència, la

cort, per evitar aquesta contingència, ordenà que un metge o cirurgià, o els dos a la vegada, reconeguessin el reu el dia abans de la tortura per determinar si les seves condicions físiques li permetrien suportar-la i que, a més, estiguessin presents durant la seva aplicació per aconsellar deturar-la si creien que, per ser excessives, perillava la vida del sofrent.

En els processos judicials conservats que hem pogut consultar, no apareix esmentada aquesta presència qualificada de metges i cirurgians en els turments fins l'any 1544.

El 24 de març d'aquell any, Arnau de la Lana, àlies la Mort, va ser acusat de robar en diverses torres de l'horta. La sentència fou: "sie en continent turmentat i li sien dats tots los turments que parexerà a nós e als magnífichs senyors paers i a dos o tres promens de la present promenia o als que y volran entrevindre ab intervenció de hun cirurgià perquè se sàpie la veritat i après que sie turmentat, sie tornat a judicar per dita promenia".

El cirurgià que fou requerit com a testimoni professional en aquest cas va ser mestre Forés.

Com era obligat, l'acusat va ser interrogat abans de posar-lo al turment del polze, que consistia a penjar el reu pel

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Unimos esfuerzos para multiplicar resultados

Laboratorio en Lleida:
Príncep de Viana, 70-72 baixos
25008 LLEIDA
Tel. 973 240 008

Horario de atención al público:
de lunes a viernes, de 7.30 h a 19.30 h
sábados de 8.30 h a 13.00 h

CERTIFICADO Nº. 34.1101

laboratorio de análisis
DR. ECHEVARNE
LLEGAMOS MÁS LEJOS
www.echevarne.com

dit polze de la mà dreta: "fonch posat en lo turment penjant-lo per lo polze e estant en dit turment, en continent cridà que el baixassen del turment, que ell diria la veritat". Efectivament, confessà i va ser condemnat.

Aquest turment del polze era tan insuportable, que en la nostra recerca no hem trobat ningú que el resistís.

Pitjors conseqüències que aquest cas esmentat, foren les que patí el lladre *Alonso de Angulo*. En el procés, iniciat el 21 de juny de 1544, se'l sentencià a ser penjat pel polze "i estant en lo turment en lo qual stigué obra de hun credo, se li desfeu lo polze i caygué en terra i així manaren que no.s turmentàs més sinó que procehiren a sentenciar-lo". Va ser condemnat a ser assotat i desterrat. En cas d'incomplir l'exili seria assotat de nou i desorellat⁶.

El cas més colpidor va ser un procés de 28 de juliol de 1619, el de *Joan Pedrol*. En el decurs del suplici va acusar un company, en Figueres, de ser un bandoler.

Però segons aquest, ho va fer per la força de la tortura a la qual havia estat sotmès: "dit Pedrol fonch torturat ab un rigor cruel i excessiu i li fonch forçós, per lo rigor del turment, dir lo que no ere veritat, com de la mateixa tortura se pot veurer, en la qual fonch quatre vegades tornat al turment del polze i en la una estigué fins a desajuntar-se-li los ossos i batre los queixals desenquadermant-se del son lloch i en la altra fins a desmayar-se i perdre los sentits i encara sinó fora la informació del cirurgià, no.l haurien baixat, que en lo turment se fora mort. I tot açò era per fer-li dir lo que no sabia i era veritat contra dit Joan Figueres"⁷.

En aquest cas, la presència del cirurgià va ser decisiva per fer aturar el turment, ja que el reu era al límit de les seves forces i hagués mort durant el suplici.

Cardoner esmenta el cirurgià del segle XV de Barcelona Cristòfor del Pont, com a qui tenia cura d'administrar medicines i brous als qui havien estat sotmesos o se'ls havia d'aplicar el turment⁸.

NOTES

- CAMPS I CLEMENTE, M. *El turment a Lleida (segles XIV-XVII)*, UdL- Ajuntament d'Alcarràs, Lleida-Alcarràs, 1998, pàg. 15
- CORBELLA I CORBELLA, J. *Antecedents històrics de la medicina legal en España*, PPU, Barcelona, 1995, pàg. 25-6
- Vegeu apèndix documental.
- CAMPS I CLEMENTE, M. Obra citada, pàg. 13
- CAMPS I SURROCA, M; CAMPS I CLEMENTE, M: "Els malalts mentals a Lleida a la baixa edat mitjana", *Butlletí Medic*, COML, núm. 21, març 2000, Lleida, 2000, pàg. 23-4
- CAMPS I CLEMENTE, M. Obra citada, pàg. 22
- CAMPS I CLEMENTE, M. Obra citada, pàg. 24
- CARDONER I PLANAS, A. "Història de la Medicina a la Corona d'Aragó (1162-1479)", *Scientia*, Barcelona, 1973, pàg. 178

Apèndix documental

Turments aplicats a P. Baro, per haver mort a Lleida el metge de Santa Coloma de Queralt, mestre Ramon Ritxart, també anomenat mestre *Mondo*.

1352, maig, 17

AML, reg. 776, folis 229-39

//Nós en P. de Thorà, cort de Leyda per lo seynor Rey, vista / la denunciació davant nós, ...Ab conseyll dels honrats en Jacme del Soler i en Nicholau Ferrer / i de .X. prohòmens ... Jutgam que.l dit P. Baro sie rodat .III. ve/gades bé e forts ab contrapès covinent segons que és acos/tumat. E si atorgue si aver feyta la dita mort o ésser stat en ajuda del dit Martí de Tortosa que sie penjat per la gola en manera que.n muyre. E si no atorgàs / que li sie dat foch als peus .III. vegades segons que és acostu/mat. E si per açò atorgue si aver feyta la dita mort o ésser / stat en ajuda del dit Martí de Tortosa, que sie penjat per la gola en manera que.n muyre. E si / no.u atorgue per negú dels / dits turments, que sie absolt del crim contra él imposat. E en / açò, lo dit P. Baro sentencialment condempnam.

// P. Baro, demanat sobre les naffres a aquell feytes ni si donà ajuda / al dit Martí de Tortosa, lo qual respòs i dix que no.

/ E com als no volgués dir, liuren-lo als saigs per / fer-li la primera ligada. E mentre la li fahien, demanaren-lo segons que desús. E dix que no.y sab res i que / ja ha dit. E aquella feyta, ans que pujàs en lo turment de la / roda, demanaren-lo segons que desús. Lo qual respòs i dix que no.y / sab als i que si als los diu, dira.ls gran falsia. E com als / no volgués dir, manaren-lo pujar en lo turment de la roda. / E estant en lo dit turment demanaren-lo segons que desús, lo / qual respòs i dix que ja.ls ho ha dit. E estat en lo dit turment / per covinent cossa, mamaren-lo.n devalar. E devalat, com no volgués al dir, com ja sie que.n fos interrogat, manaren-li deslligar / la dita primera ligada. E aquella desfeyta, demanaren-lo segons / que desús, lo qual no volch res respondre, / ans reclamave: ¡Madona Santa Maria de Montsserrat i del Miracle!

/ E com als no volgués dir, manaren-li fer la segona ligada. /

E mentre que la li fahien, fon demanat segons que / desús, lo qual no volch respondre / sinó que reclamave que: "¡Santa Maria, li aydàs!".

// E devalat, manaren-lo deslligar. E deslligat demanaren-lo / segons que desús, lo qual no vol respondre, ans demanave: ¡"Santa Maria de Montsserrat i del Miracle, que l.aydàs"! /

/ E com als no volgués dir, manaren-li fer la tercera / ligada. E mentre que la li fahien, demanaren-lo segons que desús, lo qual no dix res. E com als no / volgués dir, manaren-lo pujar en lo turment de la roda. / E estant en lo dit turment, demanaren-lo segons que desús, / lo qual no dehie res. E estant en lo dit turment, per covinent cosa, manaren-lo devalar. E / devallat, manaren-lo deslligar. E deslligat, demanaren-lo segons que desús, lo qual no volch res dir sinó / que reclamave: "¡Santa Maria!", segons que desús.

/ E com als no volgués dir, manaren-lo ligar al banch / per posar-lo al foch i ans que l.atançassen a aquell foch / fon demanat segons que desús, lo qual respòs i dix / que ja.u havie dit. E com als no volgués dir, manaren-lo // E com als no volgués dir, atànçaren-lo al foch la / segona vegada. E estant al dit foch, fo demanat / segons que desús, lo qual no dehie res sinó: /"¡Santa Maria!". E estat al foch per covinent / cosa, manaren-lo deslligar. E deslligat, demanaren-lo segons que desús, lo qual / no dehie res i a cap d.un poch dix / que ja havie dit veritat.

/ E com als no volgués dir, manaren-lo atànçar la / tercera al foch. E estant al foch fo demanat segons que desús, lo qual no dehie res sinó que: "¡ Santa Ma/ria li aydàs del Miracle"! . E estat per covinent cosa al dit foch, manaren-lo luynar. E luynat, demanaren-lo segons que desús, lo qual dix que ja.u havie / dit.

//Nós en P.de Thorà, cort de Leyda per lo seynor Rey, vista / la denunciació ... Ab conseyll dels honrats en Jacme / del Soler i de Nicholau Ferrer, pahers i de .X.prohòmens ... Jut/gam que.l dit P. Baro sie absolt del crim contra él / imposat. E per ço lo dit P. Baro sentencialment ab/solvem.

/ Lata fuyt dicta sententia in domo curie llerde / die mercuri que computabat .VI. die mensis junii anno / Domini M° CCC° L secundo.

Làser en dermatologia

La utilització de làsers en dermatologia té una història d'uns 25 anys. La constant i accelerada innovació tecnològica que viuen totes les branques de la medicina té un dels màxims exemples en aquest camp. La innovació sempre està magnificada pels mitjants de comunicació de masses i pels lícits –o no– interessos de les cases comercials.

Textos: MBB · Dermatòleg

Així, ens trobem que s'han multiplicat de forma exponencial els tipus d'aparells emissors i les seves potencials indicacions dermatològiques. Malauradament, però, la majoria de vegades sense els estudis clínics que hi donin suport.

Comprovem amb certa freqüència que el consumidor de medicina associa el terme làser a modernitat, i, per tant, a màxima eficàcia, tal vegada influït per la important presència d'aquesta tecnologia en altres especialitats –pensem, per un moment, en l'Oftalmologia i la publicitat que l'envolta– i en estris d'ús comú.

El làser també ocupa un lloc important dins l'imaginari col·lectiu des de fa moltes generacions, on s'ha instal·lat gràcies a la seva presència totèmica en múltiples productes de ficció que tenen un ressò universal.

Per tot això, no és rar que, quan es planteja a la consulta dermatològica la conveniència d'una exploració, una pràctica quirúrgica o una teràpia, per senzilla que sigui, el consumidor sovint pregunti si allò li farem amb làser, perquè li han dit o ha llegit –o ha mirat a una *www*, en el pitjor dels casos– que "allò seu es pot fer amb làser". Si la resposta és negativa –la majoria de les vegades ho serà–, la relació metge-consumidor se'n pot ressentir. I si la consulta és d'àmbit públic, es pot embolicar força.

Per últim, cal considerar les cada vegada més freqüents connexions de la dermatologia amb l'estètica i amb la cosmètica, relacions que sembla que no coneixen límits –i ningú, ni tan sols els propis professionals, tenen interès a establir-los–. També es precis valorar els fenòmens que es donen en les societats que han abastat un relatiu grau de benestar –com, diuen, és la nostra– d'estigmatització de la imperfecció, de recerca de la joventut eterna com a dret irrenunciable i de pressió publicitària per tal d'abastar els exigents cànons estètics vigents. I els làsers dermatològics tenen –o poden tenir, ja es veurà– un paper cabdal en aquesta situació.

Així, quan es planteja donar una visió

global del tema, sempre ve a la memòria una definició un pèl provocadora que es va donar ja fa anys dels làsers mèdics: "una solució que cerca un problema". Provocadora, però que no sembla haver perdut vigència i que és esmentada sempre a les revisions i actualitzacions de les teràpies amb làser.

Dit tot això, a ningú no hauria d'estranyar que un acostament als làsers dermatològics no es pugui fer amb criteris de Medicina basada en evidències, perquè gairebé no existeixen. Són pocs els estudis doble cec, no hi ha protocols comparables de tractament, no hi ha estudis de seguiment a llarg termini, no hi ha estudis de satisfacció subjectiva...

Classificació dels làsers

- En general, es poden dividir segons
- La durada del pols:
 - Continus, de durada llarga.
 - Continus o pseudocontinus amb peça de mà automatitzada.
 - Polsats, de durada ultracorta.
 - La longitud d'ona: (taula 1).
 - Les indicacions:
 - De tall, de vaporització i de fotoder-

mabració, (CO₂ i erbiu).

- Vasculars.
- Pigmentaris. Actius sobre la melanina o pigments de tatuatge. Provoquen un esclat tèrmic o fotoacústic del pigment que es reabsorbeix secundàriament per fagocitosis.
- Depilatoris, semblants als pigmentaris però amb durada de pols més llarga. Desintegren els bulbs pilosos amb abundant melanina.

Làsers de CO₂ continus

La radiació del làser de CO₂ l'absorbeix l'aigua i provoca una vaporització tissular quan el feix és descentrat. Quan la vaporització es fa sobre una gran superfície utilitzant un sistema automatitzat, s'obté un efecte similar a una dermabració mecànica.

Focalitzat, l'elevada concentració del feix lluminós dona un efecte de tall (*bisturi lumínic*) i s'ha dit que la cicatrització seria més bona.

Indicacions

S'utilitza força en lesions tumorals benignes i virals, malgrat que cap estudi fet amb una metodologia correcta no hagi demostrat la superioritat respecte al bisturi elèctric o la crioteràpia. Així, per exemple, no seria mai el tractament inicial en cas d'una berruga vírica.

Tal vegada, l'única indicació clara en serien condilomes de pacients VIH (+) amb alteracions de la coagulació.

Altres possibles indicacions serien un ampli espectre de patologia cutània: queratosi solar, leucoplàsia, eritroplàsia, rinofima, tumors annexials múlti-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Taula 1

LONGITUD D'ONA	LÀSER	ÍNDEX DE PENETRACIÓ	PRINCIPALS CROMÒFORS
193	Excimer	0.5	Proteïnes
488	Argó (ió)	200	Melanina, hemoglobina
514	Argó (ió, colorant)	300	Melanina, hemoglobina
532	Nd:YAG doble freqüència	400	Melanina, hemoglobina
577	Colorant, vapor de coure	400	Hemoglobina, melanina
585	Colorant polsat	600	Hemoglobina, melanina
694	Robí	1200	Melanina
760	Alexandrita	1300	Melanina
1060	Nd:YAG	1600	Melanina
2100	Holmium	200	Aigua
2940	Erbium	1	Aigua
10600	CO ₂	20	Aigua

ples.

Làsers de CO₂ polsats i d'erbium polsats ("refer la superfície")

Aquests aparells, que van acoblats a un sistema de rastreig, provoquen una dermatosi.

Les indicacions i possibles complicacions són, doncs, semblants: infeccions bacterianes i víriques, cicatrius i atròfia en cas de dermatosi massa profunda, acromia i hiperpigmentació I també ho són els efectes posttractament: pell vermella, exsudativa, amb crostes una dotzena de dies i després un eritema persistent durant 2-4 mesos.

L'eficàcia passa per l'efecte pseudo-mecànic d'aplanament seguit d'una important neosíntesi de col·lagen, que forma una banda al derma superficial.

Indicacions

En serien electives les arrugues peribucals, les palpebrals i les del conjunt de la cara quan són profuses i poc profundes.

L'efecte sobre la tonicitat facial i les arrugues musculars és escàs, per la qual cosa les indicacions són molt diferents de les intervencions d'elevació (*lifting*), i en certa manera serien tècniques complementàries.

També en podrien ésser les cicatrius poc profundes i vores no abruptes. Sobre cicatrius hipertròfiques l'efecte és moderat.

Altres patologies més dermatològiques es poden beneficiar d'abradió amb làser: poroqueratosis, hamartomes epidèrmics,

Làsers vasculars

Les lesions vasculars es tracten amb dos tipus d'aparells. D'una part, amb el làser de colorant polsats i de l'altra amb els làsers d'argó, Nd:YAG de doble freqüència, de colorant i de vapor de coure, tots ells amb peces de mà automatitzades.

Indicacions

Angioma pla. Es pot utilitzar qualsevol d'ells en adults i en nens grans. De fet, hi ha pocs estudis comparatius entre els diversos tipus, i solament la noció teòrica que uns angiomes responen millor que uns altres a una determinada tècnica (p. e., segons el color). Això suposa que, en cas de fracàs amb un làser, està justificat assajar-ne un altre tipus.

En nens petits i nadons, només s'ha provat de manera àmplia el làser de colorant polsats. L'interès d'iniciar aviat la teràpia és que la superfície que s'ha de tractar serà molt menor que uns anys després; l'altre argument és que el nen es vegi lliure de la seva taca quan iniciï l'escolarització.

Hemangiomes. Solament estaria

indicat en tres situacions concretes: lesions ulcerades i/o hiperalgèsiqües –amb 2 sessions cicatrizen el 66-75%, en 3 setmanes– hemangiomes proliferatius severos si es poden atendre en un estadi molt precoç (lesions superficials, no infiltrades) i els situats en orificis naturals o sobre cartillags (solament segons alguns autors).

Telangiectasi. Poiquilodèrma, eritrosi facial, telangiectasi essencial i secundària (Rendu-Osler, LECC,...) i altres quadres es poden tractar amb bona tolerància i resultats. Tots els estudis publicats són oberts.

Varicositats d'Eiell. Cap estudi de bona qualitat no ha explicat resultats satisfactoris i no se n'ha fet cap de comparatiu amb l'esclerosi o l'electrocoagulació. Hi ha un risc d'hiperpigmentació que dura mesos (40%).

Làsers pigmentaris

S'utilitzen tres tipus de làser: alexandrita, robí i Nd:YAG, de freqüència doblada o no, que tenen en comú un impuls molt breu, de l'ordre de nanosegons, gràcies a un sistema anomenat *Q-switched*.

Les longituds d'ona dels tres tipus de làser difereix lleugerament i cap estudi no permet afirmar, a dia d'avui, la superioritat d'un sobre els altres.

Indicacions

Detatutge. Abans s'eliminaven amb làser de CO₂, i era freqüent una cicatriu o una hipocromia secundària, un *negatiu*

tiu del tatuatge. Els làsers *Q-switched* minimitzen aquests riscos, però cal un elevat nombre de sessions separades per 2-3 mesos, la qual cosa fa que el tractament sigui molt llarg i oneros.

Cal fer una prova inicial perquè alguns pigments poden canviar de color sota l'efecte del làser i el producte final ésser permanent.

Lesions pigmentàries. En teoria, es podrien tractar totes. Però sembla haver-hi consens de limitar-ne la utilització a *nevus d'Ota* i a *nevus espilus*, quan aquest darrer sigui inoperable.

Melanosi de Becker i taques de cafè amb llet. Bona eficàcia i tolerància, però amb recidives del 30-40%.

Altres indicacions. S'han proposat per a cicatrius hiperpigmentades i lentiginos i lentigens solars molt abundants quan el resultat esperable sigui superior a la crioteràpia. També per a cloasma i melasma, però els resultats en aquestes dues afeccions són decebedors i de vegades s'ha notat un agreujament que, la majoria de les vegades, és transitori.

Làsers depilatoris

El bulb pilós té força melanòcits (excepte fototipus I-II), per la qual cosa la utilització de làsers pigmentaris amb durada d'impuls més llarga, de mil·lèsimes de segon, fa esperar una possible depilació, eventualment durable i tal vegada definitiva, que només es donaria en cas de destrucció total del bulb. Dels pocs estudis publicats amb una metodologia acceptable, sembla que se'n pot concloure:

- Els làsers pigmentaris de llarg impuls permeten una depilació.
- La depilació no és definitiva i provocaria una mena d'atordiment del bulb, seguida de creixement després de 2-4 mesos; llavors cal repetir el tractament. A la llarga, apareix una disminució real de la densitat pilosa, de l'ordre d'un 50-70% a l'any i tal vegada més als 18 mesos. El pèl que creix és més fi que el previ al tractament. Si cal practicar les sessions de forma periòdica, que són costoses, tal vegada no sigui un tractament interessant per als clients.

L'aparició recent de làsers pigmentaris més potents, amb majors diàmetres d'impacte, permet arribar a més profunditat amb la finalitat d'abastar la destrucció definitiva del bulb i per una altra banda l'aplicació sobre més grans superfícies en poc temps.

A més, alguns aparells acoblen sistemes de crioadestèsia i el refredament de l'epidermis minimitza el dolor i el risc d'efectes secundaris, en especial la hiperpigmentació postinflamatòria.

Amb aquestes condicions, i sempre que el preu sigui raonable, la depilació làser pot ésser una alternativa.

Internet de primera, de segona i de tercera

El mitjà més comú d'accedir a Internet, que és el mòdem de 33,6 o bé de 56 Kbps, és un accés de tercera. Aquest punt, el de la connexió dels nostres ordinadors a la xarxa, és l'autèntic taló d'Aquil·les de tot el sistema.

El mòdem que connectem a la línia telefònica convencional permet utilitzar-la per transmetre i, sobretot, per rebre informació (*bytes*) entre el nostre ordinador i el servidor de la xarxa que hem escollit. La línia telefònica és analògica, la qual cosa significa que els senyals poden arribar més forts o més fluïxos, és a dir d'una qualitat molt variable –en alguns casos fatal, tal com hem experimentat tots algun cop al parlar per telèfon– i això limita la

velocitat de transmissió als 33.600 Kbps com a màxim. Els mòdems més usats avui en dia, de 56 Kbps, poden aconseguir aquesta velocitat solament en la millor de les situacions (central digital i línia telefònica de molt bona qualitat amb menys de 5 km de recorregut). A més, caldrà que el nostre servidor tingui un bon ample de banda i no hi estiguin connectats en aquell moment gaires abonats, cosa que passa sovint, especialment en determinades hores. Tot això explica perquè, quan baixem fitxers de la xarxa, el nostre ordinador pràcticament mai no assoleix aquestes velocitats.

Ara per ara, i cada dia més, les pàgines *web* estan

plenes d'imatges, sons, finestres, són interactives i s'envia imatge i so en temps real (ràdio, televisió, videoconferència). Tot això implica la transmissió cap al nostre ordinador (descendent) de cada cop més *bytes* i *bytes* d'informació. Per tant, necessitem velocitats més elevades. De fet, ja està ben avançat el disseny d'un nou protocol d'Internet d'alta velocitat, que d'aquí a pocs anys serà d'ús generalitzat si abans es generalitzen les xarxes d'alta qualitat.

I doncs, quina és la connexió de segona? Clarament, és la RDSI (Red Digital de Servicios Integrados).

Aquesta connexió es generalitza perquè han baixat els preus i les companyies de telefonia la instal·len en la majoria dels habitatges amb facilitat i eficàcia. Aquesta connexió ofereix una o dos línies de telèfon amb tots els serveis

–contestador, segona trucada, identificador de trucada, etc.– i un o dos canals per a Internet (64 o 128 Kbps) que poden funcionar simultàniament, és a dir, podem parlar per telèfon o rebre un fax sense desconnectar-nos d'Internet. També cal disposar d'un servidor de qualitat que proporcioni aquesta connexió i d'un mòdem RDSI per al nostre ordinador.

I la connexió de primera? Doncs bé, tenim tres possibilitats ben diferents:

1.- La connexió ADSL (Assymmetric Digital Subscriber Line, o sigui, línia amb nus digital a l'abonat), que fa poc que es comença a instal·lar en algunes ciutats. Aquesta connexió aprofita la línia telefònica convencional per transmetre, a part de la veu, dos canals de senyals: un de petit ascendent (del nostre ordinador a la xarxa)

PASSA A LA P. SEGÜENT

◆ Els làsers de CO₂ polsats estan indicats per a les cicatrius poc profundes i les arrugues peribucals

◆ Les sessions amb Q-switched són més oneroses, però minimitzen el risc de cicatriu a l'hora de treure un tatuatge

Parlem clar • Parlem el teu idioma

A WALL STREET INSTITUTE EL MÈTODE S'ADAPTA A CADA ALUMNE. NO AL REVÉS.

1. Què significa aprendre amb horaris flexibles?

A Wall Street Institute, pots aprendre anglès els dies que vulguis, a les hores que més et convinguin. A més, cream un curs específic per a cada alumne, tenint en compte el seu nivell i les seves aptituds. D'aquesta manera, cada alumne segueix el seu propi curs, aprenent al seu ritme i sense perdre ni una sola classe.

2. En què consisteix exactament el mètode multimèdia més professor?

En primer lloc, gràcies a la tecnologia multimèdia i guiat per un professor, cada alumne adquireix específicament aquells coneixements que necessita. Posteriorment els posa en pràctica de nou amb un professor aïdat i amb un màxim de 4 alumnes del seu nivell. Finalment, guanya fluïdesa i confiança en grups de conversa.

20% descompte a tots els membres del Col·legi Oficial de Metges de Lleida i als seus familiars

Informa-te'n trucant al **900 40 40 50** o visitant el teu Centre més proper

A Lleida: Ramón i Cajal, 6

WALL STREET INSTITUTE SCHOOL OF ENGLISH

www.wsi.es

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

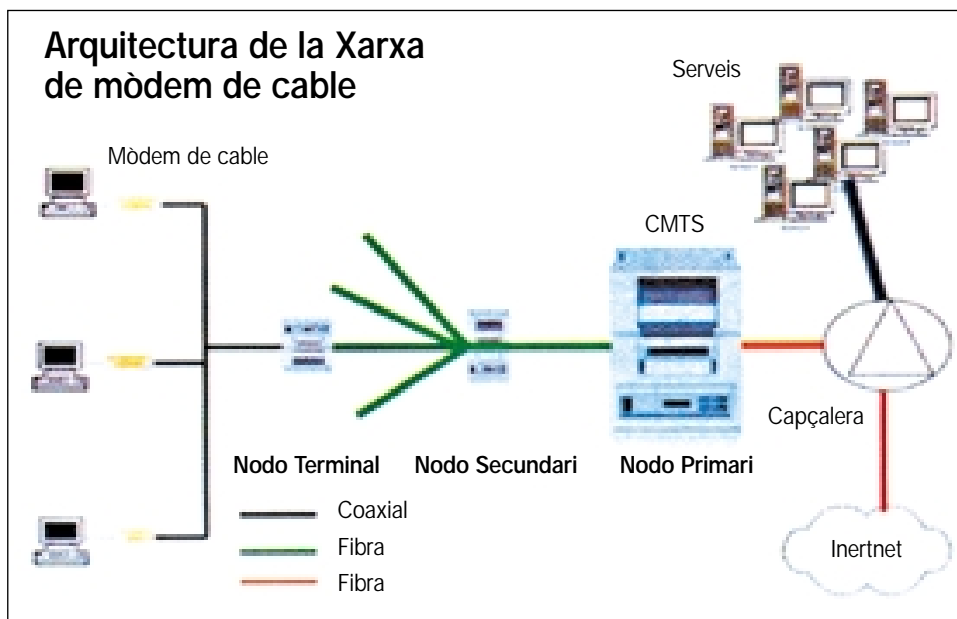
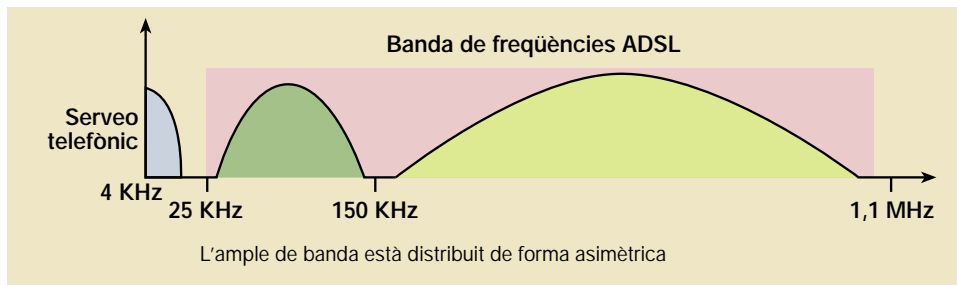
i un molt més ample descendent (de la xarxa al nostre ordinador). L'ADSL utilitza unes tècniques complexes d'entendre, de multiplexació, per tal d'enviar alhora diferents canals de senyals pel mateix cable. Sembla que és molt important la instal·lació i l'ajust dels tècnics, però que, un cop aconseguit, funciona amb velocitats molt altes.

2.- La connexió per cable de fibra. Ja sabeu que darrerament els nostres carrers estan pots enlaire per la col·locació de la xarxa de fibra òptica, que permetrà d'aquí un temps la possibilitat de tenir alhora una connexió a Internet, permanent i de molt elevada velocitat en els dos sentits, de telèfon i de televisió amb una àmplia oferta de canals, que podria ésser superior a les actuals via satèl·lit.

Aquesta connexió és de fibra fins al nostre carrer i de cable coaxial des d'allí fins a l'habitatge. També caldrà un mòdem especial per a l'ordinador.

Les velocitats de què podem disposar són les més elevades.

Als EUA fa anys que disposen de TV per cable i han apostat fort per aquest mitjà per tal de tenir tot el país amb una xarxa d'alta qualitat, que permeti aprofitar el màxim les possibilitats presents i



futures d'Internet.

3.- La connexió via satèl·lit. Aquesta connexió està disponible des de fa mes d'un any, aproximadament, i utilitza l'antena de recepció de TV satèl·lit per rebre dades d'Internet, és a dir, connexió descendent, a una velocitat molt alta. L'únic punt feble és que la connexió ascendent, del

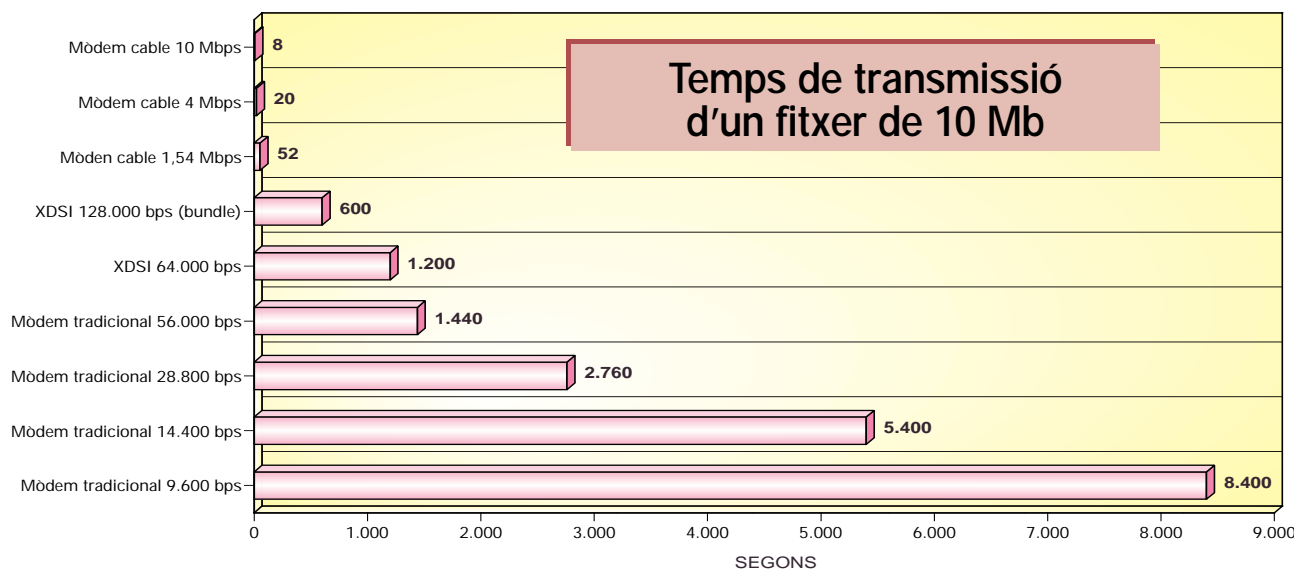
nostre ordinador cap a la xarxa, l'hem de fer per mitjà del telèfon i el mòdem clàssic, o bé de la RDSI o ADSL si en tenim.

Aquest fet determina que si necessitem transmetre moltes dades alhora, i en les dos direccions, com ara una videoconferència, pugui representar un problema. En canvi, per a la majoria d'usos de la xarxa,

en què rebem moltíssima més informació que no enviem (veure pàgines, baixar fitxers, etc.), és una solució excel·lent.

Només resta posar-vos com a exemple una taula comparativa i aproximada del temps que tardariem a baixar un mateix fitxer de 10 Megas per mitjà de les diferents alternatives.

Dr. Josep M. Greoles Solé



Pregó del Dr. Manuel Camps a Alcarràs

Ajuntaments i sanitaris del món rural

L'Ajuntament d'Alcarràs va convidar el dia 30 d'agost el Dr. Manel Camps Surroca a pronunciar el pregó de la Festa Major. El doctor Camps va parlar de l'evolució de les relacions dels ajuntaments amb els sanitaris del món rural.

Butlletí Mèdic publica íntegrament el text del Dr. Camps pel seu valor de recerca històrica.

Des de temps immemorial, els metges, cirurgians i apotecaris, per tal de poder iniciar i continuar el seu exercici professional en una ciutat o poble, han necessitat raure primer amb el seu ajuntament: *no puxe usar de la sua metgia sense primer no sia estat en la casa de la ciutat.*

Els ajuntaments han ocupat en el decurs de la història, una posició fonamental i rectora amb relació als sanitaris que han exercit en els pobles i ciutats de Catalunya. Us diré, per començar, que la relació dels ajuntaments amb els seus metges era sempre contractual, la qual cosa vol dir que quan l'ajuntament necessitava un metge, o bé quan un metge s'oferia a l'ajuntament per tal d'exercir en el seu poble, havia de signar, davant notari, una sèrie de condicions imposades pel comú que, tradicionalment, s'han anomenat **conducta sanitària o del comú**. Aquestes condicions comprenien sempre la part econòmica, és a dir, el que cobraria el sanitari en diners o en espècies per la seva feina, i la part assistencial, que era el que estava obligat a fer i el que no podia fer amb els veïns i malalts de la població.

Els ajuntaments han estat protagonistes durant molts anys de l'exercici mèdic

rural, i encara avui hi contribueixen d'una forma, en alguns casos, molt important. Per altra part, la seva tasca ha anat canviant amb el pas dels anys. Podríem dir que durant els 500 anys transcorreguts des del segle XIV fins ben avançat el segle XVIII, els ajuntaments van gaudir de plena autonomia amb relació a la medicina rural, fins al punt que elegien directament els seus metges, els pagaven el sou, i els dictaven les normes que havien de seguir en l'assistència als veïns de la població.

Després, amb Ferran VI i la seva política centralitzadora, es va començar a perdre aquella autonomia, i si bé seguien pagant-los els salaris, ja no els podien elegir directament ni autoritzar-los a continuar sense el permís de la Reial Audiència. Van passar els anys, i malgrat la pluja intensa de legislacions sanitàries de caràcter centralista que van caracteritzar el segle XIX, i que buscaven fer dependre econòmicament els metges directament de l'Estat (metges titulars), la conducta municipal va anar persistint, en alguns pobles fins ben entrat el segle XX.

En altres, però, es va anar imposant un tipus de relació metge-malalt, que procedia també de molt lluny, i que era la **conducta individual o familiar**, la de les famílies que voluntàriament pagaven al metge. Aquesta conducta, no vinculada amb la de l'ajuntament, ja existia des de feia molts anys en poblacions on exercien, a la vegada, el metge pagat pel comú, i el metge independent que vivia de les conductes particulars dels veïns (Solsona, 1734; Serós, 1785). Aquesta conducta individual, en declarada guerra actualment amb el nou

desenvolupament dels centres d'atenció primària, segueix encara viva en molts pobles del nostre entorn, a Alcarràs, per exemple.

Ha influït també en la tria del tema, un fet circumstancial de la meua vida personal a Alcarràs. Jo vaig arribar aquí l'1 d'agost de 1951, quan encara no havia complert els tres anys d'edat. La fira estava a punt de començar. El meu pare era metge rural, i la fira no solament era lloc de trobada de ramaders i firaires, sinó també data del pagament anual al metge. La meua casa s'omplia de veïns contents de poder pagar al pare. Aquest fet, ara instal·lat dins el món dels meus records, sobresurt vivament avui, dia de la fira, barrejat amb els cavallets, el castell de focs, el ball de la pista, i tantes altres coses que m'uneixen a vosaltres a través de la memòria col·lectiva.

Explicat tot això, us parlaré solament de les dos etapes més significatives dins el llarg camí seguit per l'evolució de les conductes mèdiques: primer, la llarga època d'autonomia municipal, i segon, la progressiva pèrdua d'aquesta autonomia amb la desaparició de la conducta municipal i la persistència de la conducta individual fins arribar a la situació actual.

La llarga època de l'autonomia municipal

Els 500 anys compresos des del segle XIV fins al final del XVIII són, sens dubte, els més atractius des del punt de vista històric i social de la nostra medicina, quan els ajuntaments gaudien de més força en la direcció de la sanitat rural i quan es va dibuixar i consolidar el tipus de relació metge-malalt que ha perdurat fins pràcticament als nostres dies. Per una part, hi havia uns impostos municipals per efectuar el pagament dels sanitaris, i per altra banda un conjunt

d'obligacions que dictava sempre el comú i on es trobaven les normes de l'exercici professional que han perdurat fins gairebé avui mateix, com la presència permanent del metge al poble, les dues visites diàries als malalts, la relació directa amb les famílies sense intermediaris, la casa del metge, etc.

Durant part d'aquella llarga època, a Alcarràs hi havia l'hospital de Sant Jordi, situat prop de l'actual farinera, i el pou de gel, d'utilitat també per als malalts. En canvi, no disposem de la nòmina completa de sanitaris, a causa de la pèrdua de l'arxiu municipal. En coneixem alguns de dispersos, cirurgians solament, com Joan Vidal, que exercia l'any 1553, i sobretot Ramon Companys, natural de Lleida, amb exercici a Alcarràs el 1667, on compartia la feina amb el seu fill Miquel, encara solter i també cirurgià, que després es casà amb Maria Godia. Un altre fill seu, Faust, va ser metge a Lleida. És el moment de dir-vos que l'arbre genealògic dels Companys actuals d'Alcarràs, per cert tan nombrosos, s'inicià amb aquell cirurgià del mil sis-cents.

Els impostos municipals per al pagament de la conducta

En la majoria dels casos, l'ajuntament obligava a una contribució específica per tal de recollir les espècies, blat generalment, o els diners destinats al pagament del metge, respectant el nivell econòmic de les famílies, és a dir, pagaven més els qui més tenien. Aquesta forma de recaptament col·lectiu rebia el nom de *repartiment o talla*.

L'altre procediment de recaptació era l'anomenada *sis*, impost que el comú

PASSA A LA P. SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

posava damunt els comestibles o altres mercaderies, amb la finalitat d'utilitzar-lo per pagar al metge.

Els diners o espècies recaptats amb aquests impostos els recollia l'ajuntament, però no feien cap al *clavari*, que era l'encarregat d'administrar els béns comuns del poble, sinó que els recollia una persona especialment nomenada per l'ajuntament amb aquesta finalitat: el recaptador de la conducta (Albelda, 1631). Els diners o espècies obtinguts restaven aïllats de la resta de béns comuns. De fet, els metges hem estat considerats sempre com un càrrec especialment important i necessari per al bé públic, la qual cosa ha fet que la gent, i en el nostre cas els ajuntaments, hagin tingut la tendència a individualitzar tot el nostre petit món, inclinació que ha perdurat fins pràcticament els nostres dies en què ja s'ha perdut.

La conducta es pagava en data fixa i per any complet, per Sant Miquel de setembre a la franja o marge oriental d'Aragó, i per la Mare de Déu d'agost a Alcarràs i Baix Segre. Altres vegades es feia amb dos o tres pagues iguals repartides durant l'any.

A vegades, l'ajuntament donava un avançament al sanitari, és a dir, li pagava una quantitat immediatament, un cop signat el contracte, i la resta li donava al cap de l'any o bé en el termini establert. Aquest tipus de pagament era més freqüent en el cas dels apotecaris, ja que aquests havien de disposar de diners per poder comprar les medicines, les quals no podien cobrar als malalts quan el metge o cirurgià municipal les havia indicat. A més, havien de comunicar a l'ajuntament els noms d'aquests malalts. En canvi, podien cobrar-les quan era el malalt qui les demanava, sense indicació mèdica. Aquest control econòmic dels ajuntaments

sobre els apotecaris, i la natural reacció d'aquests per tal d'obtenir el màxim negoci amb la mínima inversió, va crear aquell vell adagi popular que diu *apotecari aconducat o bé lladre o bé pelat*.

Les normes de l'exercici professional dictades pel comú

Els contractes mèdics, com a documents jurídics i notariais que eren, han constituït una font molt important de coneixement dels drets i deures de les dues parts implicades, és a dir, dels sanitaris i l'ajuntament. Solament parlaré d'alguns d'aquests drets i deures per no allargar el temps, sobretot d'aquells que han perdurat més, gairebé fins als nostres dies.

Habitualment, l'ajuntament eximia els metges i cirurgians dels pagaments dels impostos municipals, de l'obligació d'allotjar soldats a casa seva en cas de guerra, de l'obligació de formar part de l'exèrcit del senyor feudal en les expedicions guerreres, dels treballs de construcció o conservació de la muralla, dels treballs d'excavacions al voltant de la fortificació per dificultar el pas de l'enemic, etc.

També els concedia el dret a casa franca, ja que els donava un plus pel lloguer d'aquesta. Una de les preocupacions constants dels metges i cirurgians ha estat poder-se arrelar en un poble, amb casa pròpia, sobretot tenint en compte que aquestes professions han estat històricament colpejades pel fenomen del canvi freqüent de lloc, precisament a causa de la temporalitat dels contractes. Si fem un seguiment d'un sanitari en un poble, ens adonem que és freqüent que s'hi aturi poc temps. Per exemple, a Alcarràs, solament hem trobat el metge Jaume Nuet que hi exercí amb certa continuïtat, almenys des de l'any 1776 fins al 1792, que encara hi era. Per tant 17 anys. Durant

aquella època hi exercia també amb continuïtat el cirurgià Hieronim Ramonell.

Un altre cas de continuïtat a Alcarràs ha estat el cirurgià Antoni Costa i Ciuraneta, avi de l'historiador local Antoni Costa i Escolà, que hi va exercir durant 40 anys, des del 1845 fins al 1884. No hi ha dubte que aquest arrelament del cirurgià Costa al nostre poble va donar els seus fruits perdurables amb la monografia d'Alcarràs escrita pel seu nét.

Una obligació molt important que sempre imposava el comú als metges era la residència permanent al poble mentre durés el contracte. S'era molt estricte en aquesta condició, tant en temps normal com en època de pesta. Per exemple, a Serós, per esmentar un poble del Baix Segre, el metge Joseph Cavallé, aconducat l'any 1785, en cas de ser demanat a consulta fora vila, havia de sol·licitar permís a l'ajuntament sempre que el lloc on fos demanat distés més de dos hores de camí.

Una altra regla que ha perdurat aquí a Alcarràs fins als anys setanta, que la dugué a terme sempre el Dr. Mario Huguet i que molts de vosaltres recordareu, era la visita domiciliària als malalts dues vegades al dia, matí i tarda, amb independència de la gravetat de la malaltia. També era obligatòria l'assistència als malalts pobres de l'hospital en els pobles on n'hi havia, com ara Alcarràs. Igualment, la conducta obligava a l'assistència als aprenents de les cases que en tenien, i als mossos de soldada o *moços de mules*, tan importants en les feines agrícoles del món rural clàssic, etc.

Hi havia treballs, però, que el metge o cirurgià no estava obligat a fer. Els podia cobrar com a extraordinaris, amb independència del sou fix de la conducta. Per exemple les sagnies, les cures de ferides intencionals d'origen

criminal o suïcida (mà airada), les visites extraordinàries que demanessin els malalts i que superessin les dues diàries obligatòries, l'assistència als malalts sifilitics, (morbo gal·lic o mal francès), les consultes a un altre metge, etc.

La progressiva pèrdua d'aquesta autonomia fins arribar a la situació actual

A mitjan segle XVIII, s'inicià un període de progressiva pèrdua d'aquell domini municipal sobre els sanitaris que, a poc a poc, ens ha anat portant fins als nostres dies. Malgrat aquesta pèrdua però, i com us deia abans, els ajuntaments, en alguns casos, Alcarràs n'és un exemple, han seguit contribuint d'una forma decisiva en el progrés de la sanitat a Catalunya.

Hi hagué ajuntaments que van continuar aconducant els seus metges fins ben avançat el segle XX, sobretot a les Garrigues, com Maials, i la Pobra de la Granadella, on l'any 1943 el metge encara cobrava del comú. En altres pobles però, com ara Soses i Alcarràs, a finals de segle XIX ja s'havia perdut la conducta municipal, i els metges depenien exclusivament de la conducta individual dels veïns. Cada metge tenia els seus aconducats, que s'apunten voluntàriament. L'any 1900, amb una població de 2.342 habitants, a Alcarràs hi exercien tres metges: Antoni Torres Duch, Hermenegildo Anglada i Ramon Sambola Marsal. El mateix any, l'apotecari de Soses, Ramon Sancho, admetia treballs dels veïns a compte de la conducta, apuntava el número d'animals que tenien les famílies aconductades, els quals també tenien dret als medicaments, cobrava 2 ptes. per individu i any, i en la conducta hi entraven tots els alcaloides, però s'exceptuaven tots els específics, combinacions desconegudes de

Acords de la Junta de Govern

La Junta de Govern del COML va prendre els següents acords en la reunió del dia 6 del mes de juliol passat:

- Nomenament d'una comissió del consell de Col·legis de Metges per estudiar els sistemes de retribució i tractament fiscal de l'IRPF per a desplaçaments a l'Atenció Primària de Salut.
- Informe del president sobre la valoració i els suggeriments que han fet cadascun dels col·legis catalans en la futura Llei d'històries clíniques del Parlament de Catalunya.
- Informe sobre l'aplicació de l'article 39 del Decret llei 6/2000, de 23 de juny, de mesures urgents d'intensificació de la competència en mercats de béns i serveis, que comporta que l'habilitació col·legial no suposarà cap càrrec econòmic per al col·legiat. En aquest sentit, el COML està a l'espera d'altres mesures que es derivaran de les resolucions del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i de l'OMC.
- Informe de la vocalia de Metges d'Assistència Col·lectiva sobre les negociacions de barems d'honoraris amb les
- Nomenament del Dr. Joan Viñas com a membre de la Comissió Central de Deontologia, Dret Mèdic i Visat del Consell General de Col·legis de Metges.
- Constitució, aprovació dels estatuts i creació de l'òrgan de govern de la societat de serveis COMLLEIDA SERVEIS.
- Elecció del Dr. Joan Prat Coromina i de la Dra. Maria José Panadés Siurana com a nous vocals de l'Associació Mèdicoquirúrgica de Lleida.
- Col·laboració del COML en l'edició del llibre *Diagnòstic de salut*,

medicaments, cotó fluïx, gases i alcohols.

El que resta de segle, fins avui mateix, el nostre poble ha estat atès sempre per dos metges i l'apotecari. El Dr. Huguet, que inicià la seva trajectòria professional a Alcarràs el 1929 i morí el 17 d'agost de 1978. El meu pare, que hi exercí des de l'1 d'agost de 1951 fins fa pocs anys, on compartí la feina, després de mort el Dr. Huguet, amb el Dr. Joan Montaner que viu jubilat aquí. La farmàcia, també des del 1950 ha estat atesa per la família Queralt, que encara hi continua. Durant tots aquests anys ha perdurat la conducta individual de la gent, i cadascú, segons les seves preferències, ha triat el seu metge, i ha anat a casa seva a visitar-se. Quan es va jubilar el meu pare l'any 1990, jo vaig

estar aquí dos anys seguint el mateix costum, i va ser llavors quan es va iniciar el canvi. El nostre ajuntament, amb Santiago Mas al cap, i amb les idees clares, va veure que el poble s'havia d'adaptar als temps moderns, i va habilitar un consultori públic al carrer de Baix. Els metges van deixar de visitar a casa seva. Mentrestant, ja feia alguns anys, el meu pare, aleshores president de la junta comarcal de metges del Segrià, intervingué d'una forma determinant en l'elaboració del mapa sanitari de Catalunya que va crear l'actual àrea d'atenció primària: Alcarràs al cap, i Torres i Soses com a pobles que completen el nostre terme sanitari trimunicipal. El dia 27 de setembre de 1999 s'inaugurava el Centre d'Atenció Primària, al carrer

Davant, amb la presència del conseller de Sanitat, Eduard Rius, i del delegat de Sanitat a Lleida, Antoni Mateu. L'ajuntament, amb l'alcalde Gerard Serra, ja s'havia avançat als fets amb la cessió dels terrenys per a la construcció de l'edifici. Ara mateix ja disposeu del vostre Centre d'Atenció Primària.

Alcarràs ha tingut la sort de tenir gent amb empena, i no hi ha dubte que, com en altres terrenys, en el de la sanitat també les coses han tirat endavant. I no solament amb la facilitació d'estructures municipals per construir el Centre d'Atenció Primària, sinó també amb la gestació de vocacions. En el segle XX, ara a punt d'acabar, Alcarràs ha estat bressol de set metges nascuts aquí, en dues etapes diferents. En la primera, aïllada i llunyana, l'any 1909, va néixer el Dr. Joan Parrot Canudo, i el 1921 el Dr. Joan Gené, fill d'un mestre d'escola que exercia aquí, i pare de l'actual director de la Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut, Joan Gené. En la segona etapa, la més fructífera, des de l'any 1979, s'han llicenciat en medicina cinc

alcarrassines, les quatre últimes alumnes nostres de la Facultat de Lleida: Dolors Camps, Meritxell Camps, Natàlia Eres, Lluïsa Mas i Sandra Sans.

Moviment col·legial

Altes:
José E. Santos Etchemendi, procedent de Girona
Ricardo E. López Orteg, reingrés
Javier García Cortés, reingrés
Annabel Gascón Chopo, reingrés
Olga Pérez Queiruga, nova
Cristina Puras Castells, nova
Mònica Solanes Cabús, nova
Ana Pérez Sáinz, nova
Leandro Andreu Mencia, nou

Marta Jané Serra, nova
Gemma Capell Redondo, procedent de Girona
Carlos Canosa Morales, nou
Antonio García Bernaus, nou
Laura Prats Gispert, nova
M. Dolores Rodrigo Claverol, nova
M. Isabel Domingo Aranda, nova
Eva M. Miquel Fernández, nova
Guillermo Brugal Olivella, procedent de Barcelona
Ramon Sagarra Alamo, procedent de Tarragona
M. del Mar Navarro Giménez, nova
M. José García Valencia, procedent de Barcelona
Paola Vázquez Fernández, nova
Carmen Salas Lorente, procedent de Terol
Lidia González Segura, nova
M. Pilar Martínez Trivez, procedent d'Osca
Fernando Ordás Nasarre, procedent d'Osca
Jesus Aguas Valiente, procedent de Jaén
José A. León Sánchez, procedent de Barcelona
Francesc Pujol Aymerich, nou
Ana C. Sario Rodríguez, nova

III Jornada d'Atenció Primària de Salut a les Terres de Ponent

La Societat Catalana de Medicina Familiar Comunitària organitza la III Jornada d'Atenció Primària de Salut a les Terres de Ponent, que tindrà lloc el dia 7 d'octubre vinent al Teatre de l'Escorxador (Lleida). El programa de la jornada és el següent:
09.00 h: lliurament del material
09.30 h: inauguració i benvinguda als assistents
10.00 h: pausa
10.30 h: taula rodona sobre *Atenció integral a la dona. On estem?*
Els ponents seran Mercè Marzo, metgessa de família

PASSA A LA P. SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

del DAP Sant Martí de Provença (Barcelona), Ricard Rosell, ginecòleg de l'Hospital Arnau de Vilanova (Lleida); Pilar Orozco, metgessa de família del grup d'osteoporosi de la SMFIC; Carmen Oller, ginecòloga, directora del Centre d'Orientació i Planificació Familiar Erasme Janer (Barcelona), i Pilar Piqué, ginecòloga, coordinadora del Programa d'Atenció a la Dona de l'ICS (Lleida).

Moderarà Plácido Santafé, metge de família, coordinador de l'ABS Balafía-Pardinyes (Lleida)

14.00 h: dinar a la sala del Teatre de l'Escorxador

16.00 h: presentació de la ponència *Medicina Comunitària de Lleida*, a càrrec de Jesús Pujol, metge de família, tècnic de salut de l'ICS (Lleida)

16.30 h: comunicacions

17.30 h: cloenda, lliurament de premis i acte

de celebració del centenari del COML

Les incripcions han d'adreçar-se a la secretaria de la jornada (Dra. Sarriegui, ABS Bordeta-Magraners, telèfon 973 211 477). El preu d'inscripció és de 2.000 ptes. Pel que fa a les comunicacions, s'han de lliurar a la secretaria científica (Dr. Pujol, carrer de l'Alcalde Rovira Roure, 2, 25006-Lleida).

MIR

Els estudiants de medicina, organitzats a escala estatal, han emprès una sèrie d'accions públiques per tal de reivindicar el lliure accés a la formació

especialitzada. Aquesta reivindicació arrenca del problema plantejat per l'aplicació de la directiva europea, que obliga a la realització de dos anys de pràctiques en règim de residència per treballar en l'assistència pública.

Aquesta exigència, unida a la persistència d'una bossa important de candidats a la formació per via del MIR d'especialitats, i d'una cada cop més nombrosa d'estudiants que no poden entrar a la formació de MIR de medicina familiar, complica molt qualsevol possibilitat legal d'activitat en el sistema públic als llicenciats de les promocions que acaben la carrera.

Nous convenis de la UdL

La Universitat de Lleida i l'Hospital de Santa Maria han signat un conveni que és d'especial rellevància per a la formació clínica dels estudiants de la Facultat de Medicina. Aquest conveni integra l'Hospital de Santa Maria dins la xarxa d'hospitals amb conveni amb la UdL, juntament amb l'Hospital de Manresa i l'Hospital de

La Seu d'Urgell. Actualment s'enllesteix la signatura del conveni amb el Sistema Andorra de Salut i l'Hospital Verge de Meritxell i es negocia amb l'Hospital Trueta de Girona i l'Hospital Son Dureta de Mallorca.

Autoavaluació de la Facultat de Medicina

La Facultat de Medicina de Lleida realitza el procés d'avaluació que es fa a les quatre facultats de Medicina de Catalunya, dins el programa d'Avaluació d'Ensenyaments de l'Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. L'avaluació consta de dos fases, una fase d'autoavaluació, i un altra d'avaluació externa, que serà a càrrec d'un equip internacional d'especialistes en avaluació de centres.

KUONI el luxe al seu abast



MALDIVAS el Paradís

Vol directe
9 dies en M.P.
ptes euros
149.900 900,94
16 dies en M.P.
ptes euros
201.400 1.210,48



TANZÀNIA una "reserva" per descobrir 9 dies de safari fotogràfic

ptes euros
376.100 2.260,48



BIRMÀNIA "Myanmar" terra daurada 11 dies de circuit

ptes euros
335.700 2.017,67



U.S.A. "Explorant els Parcs Nacionals" 16 dies de circuit

ptes euros
244.700 1.470,72

ILTRIDA viatges  

Oficines a:
LLEIDA, BALAGUER,
LES BORGES BLANQUES,
MOLLERUSSA,
TÀRREGA, TREMP.
☎ 902 42 41 42

e mail: iltrida@iltrida.com
<http://www.iltrida.com>

Pregunti sortides especials "ILTRIDA" pels mesos de Setembre, Octubre i Novembre

CONSULTI PREUS D'OFERTES PUNTUALS

• Aquestes tarifes no inclouen taxes, impositius especials ni despeses de gestió.
• Estan subjectes a les fluctuacions de les divises. Consultar els preus actualitzats.



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

Fes-te soci. Faràs bé



C/Elías 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 415 47 52
La Caixa 2169 1110 51 823005471

Nom.....
Cognoms.....
D.N.I.....
Telèfon.....
Adreça.....
Població..... C.P.....
Entitat Bancària []

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

25.000 mensual
10.000 trimestral
5.000 semestral
 anual

FIRMA: _____

MTB
DISTRIBUCIONES
TECNOLOGICAS, S.L.

Especialitzats en equips endoscòpics

*ORL, Ginecologia, Urologia, Traumatologia,
Aparell Digestiu, Neonatologia,
Pediatría, Cirurgia Abdominal*



**ENDO
SCOPY
Units**

- Distribuïdors en exclusiva a Catalunya de GIMMI GmbH
- Components, recanvis i reparació d'avaries d'aparells de les principals marques del mercat (Storz, Olympus, Pentax, Rudolf, Fiegert Endotech, Ausculap, Arthrex, Dyonix, Wolf...)

Finançament especial per a les comandes de torres d'endoscòpia

AL SEU SERVEI A:

Av. de l'Alcalde Rovira Roure, 38
25006 Lleida
Telèfon: 973 221 020
Fax: 973 220 709
E-mail: mtb@mhe.es