

B U T L L E T Í
m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 33 · Març de 2002

Les direccions clínicas a debat



hospital universitat
arnau de vilanova



Especialitzats en equips endoscòpics

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



- 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, Fiebert 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

Número 33, març del 2002

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
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M^a Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñasal Pujol
Ferran Pifarré San Agustín
Joan Prat Corominas
Carles Roca Burillo
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-842/1996
ISSN: 1576-074 X

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

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

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	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 fotolits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen l'IVA del 16%

Drogodependències

Des que l'Organització Mundial de la Salut va declarar d'interès científic els Programes de Manteniment amb Metadona, fa més de vint anys, la nova estratègia que han de potenciar els serveis de drogodependències és perseguir els tres següents objectius, que per ordre de precedència són: primer, vetllar perquè els pacients no es morin; segon, que no transmetin malalties infeccioses, i tercer, que deixin de consumir drogues. A més, al llarg d'aquest període, també s'ha transformat l'abordatge d'intervenció respecte a altres drogues, ja que progressivament tenen més importància els consums de cocaïna i de drogues estimulants. Hi ha un fet evident: l'oci s'ha convertit en un fenomen global. Es pot constatar que els joves, i en especial els adolescents, disposen de més temps d'oci i de més possibilitats per dur a terme diverses activitats. Però, sorprenentment, també són més grans les possibilitats d'avorrir-se. I aquesta falta de previsió i de planificació de l'oci s'acompanya, sens dubte, d'un augment en l'ús de les drogues.



Direccions clíniques

El Grup ICS crea les direccions clíniques amb l'objectiu de dotar el sistema sanitari d'una nova estratègia directiva, que pretén descentralitzar les decisions en l'àmbit dels professionals i que utilitza la receptivitat i l'atenció clínica com a centre neuràlgic de l'organització. El problema és que els equips d'atenció primària pensen que no és el millor moment perquè s'implanti, ja que s'han signat els projectes però no s'han assumit, i hi ha a Catalunya un sentiment de decepció per part dels metges, tant d'atenció primària com d'hospitals, que són els qui, en definitiva, han de portar a bon port aquest projecte.

sumari

El projecte de la unificació col·legial

Dr. Xavier Rodamilans de la O, president del COML **PÀGINA 8**

Parlem de ... trastorns psiquiàtrics

Dr. Josep Pifarré Paredero, psiquiatre **PÀGINA 24**



Foto: Miquel Flores

Direcció i gestió dels serveis

L'ICS ha posat en marxa un nou projecte corporatiu perquè els equips professionals gestionin els serveis de manera autònoma. Aquest projecte, que es materialitza mitjançant un contracte entre l'ICS i els directors dels serveis, ha creat pol·lèmica entre la professió. Butllet Mèdic ha demanat l'opinió sobre les direccions clíniques a representants de totes les parts implicades.

Projecte de direcció clínica en l'atenció primària de l'àmbit Lleida

La direcció clínica és un projecte corporatiu del grup ICS, que promou la participació i un major grau d'implicació dels professionals en un procés de millora contínua dels processos assistencials, la presa de decisions sobre els recursos i la gestió d'un pressupost propi.

Aquesta voluntat es ratifica mitjançant un acord contractual amb les estructures de gestió de l'equip d'atenció primària. Concretament, signen aquest contracte la directora gerent del Grup ICS, els directors dels serveis d'atenció primària (antigues DAP) i els equips mateixos a través dels seus directors.

Vull cridar l'atenció en les parts signants d'aquest contracte que fa que des del punt més estratègic de l'organització –directora gerent– fins al més operatiu –EAP– hi hagi un compromís de complicitat amb aquest projecte.

En l'àmbit Lleida varen signar-se, el 20 de juliol passat, 19 contractes corresponents als següents equips d'atenció primària:

SAP Segrià-Garrigues
EAP Almacelles / EAP Eixample / EAP Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere / EAP La Granadella / EAP Bordeta-Magraners / EAP Rural Sud / EAP Les Borges Blanques / EAP Serós

SAP Pla d'Urgell, Noguera, Segarra, Urgell

EAP Agramunt / EAP Cervera / EAP Alfarràs-Almenar / EAP Pla d'Urgell / EAP Artesa de Segre / EAP Ponts / EAP Bellpuig

SAP Lleida Nord

EAP Val d'Aran / EAP La Seu d'Urgell / EAP La Pobla de Segur / EAP Tremp

La signatura de tots els contractes va tenir lloc en un acte amb la presència de la Dra. Alicia Granados, directora gerent de l'Institut Català de la Salut, i del Dr. Joan Gené, director de la Divisió d'Atenció Primària.

Coincidien en el temps diferents motius que feien necessari prendre un model únic per a tots els equips d'atenció primària del Grup ICS.

L'alt percentatge d'equips reformats en el si de l'ICS permet que el projecte de direcció clínica camini cap a una direcció única de forma conjunta, la qual cosa vol dir un producte homogeni i elements per establir comparances. En definitiva, saber on som i on es vol anar, a més de tenir possibilitats de reorientació.

Els més de 15 anys de vigència del Decret 84/85 de mesures per a la reforma de l'atenció primària permet tenir equips madurs, que en el seu moment varen acceptar el repte i que actualment estan en condicions d'assolir més responsabilitats i gestionar una part dels recursos que els han estat transfers.

També l'entorn definit per la Llei 15/90 d'ordenació sanitària de Catalunya i posteriorment la Llei 11/95 obliguen i estimulen la presa de posició dels diferents proveïdors cap a línies que apostin per la qualitat i l'excel·lència i, per tant, el projecte de direcció clínica està justificat.

Així mateix, les noves fórmules

d'orientació de la gestió en el nou mil·lenni van dirigides a donar suport a la presa de decisions en el lloc d'atenció i transferir aquesta possibilitat des del vèrtex estratègic del Grup ICS fins al lloc on es desenvolupa la resolució dels processos en el si de l'ABS i per l'equip d'atenció primària. A la vegada, això obliga a un replantejament de la piràmide de l'empresa, que ha d'assolir els serveis d'atenció primària i les gerències d'àmbit, i la mateixa Divisió d'Atenció Primària té un paper cabdal de suport als equips i a les seves decisions.

Per últim, o millor dit en primer lloc, aquesta reestructuració d'objectius està dirigida a donar una atenció de qualitat als ciutadans, tal com la definia el II Congrés Interdisciplinari d'Atenció Primària, que va tenir lloc a Lleida a la tardor del 2001: "L'organització al servei del ciutadà".

Objectius estratègics

Els objectius estratègics anirien dirigits a coadjuvar en el desenvolupament de:

- * Autonomia de gestió.
- * Reorganització assistencial.
- * Descentralització.
- * Gestió integral.
- * Potenciació de la qualitat assistencial.
- * Satisfacció dels clients.
- * Satisfacció dels professionals.
- * Utilització deficient dels recursos.
- * Organització per processos.
- * Coordinació entre proveïdors.

Clàusules del contracte

- * Presentació de serveis assistencials:
 - Qualitat en prestació farmacèutica.
 - Qualitat assistencial.

- * Gestió de recursos econòmics.
- * Aplicació de les Guies de Pràctica Clínica.
- * Atenció comunitària.
- * Atenció / satisfacció al client.
- * Satisfacció dels professionals.
- * Gestió de prestacions.

El projecte de direcció clínica es basa en tota una sèrie d'estratègies corporatives que donaran contingut a les clàusules i que faran possible l'esmentat projecte.

Entre els elements de suport que cal elaborar hi ha un quadern de comandament senzill, àgil i eficient a l'abast de tots els equips, que trameti informació per seguir els objectius i per prendre les decisions.

Un altre element en què descansa la clàusula de qualitat assistencial és l'atenció domiciliària. Aquesta prestació, element clau de l'oferta de serveis d'atenció primària, compta amb el suport del Programa Salut a Casa i del Programa d'Atenció a la Gent Gran que s'ha de desenvolupar en diferents equips de l'àmbit Lleida durant aquest any 2002.

Uns altres indicadors que cal controlar dins de l'apartat de qualitat assistencial són les hospitalitzacions evitables i les llistes d'espera d'especialitats del CAP II i d'hospitals de referència.

És voluntat de les gerències, tant dels hospitals com de l'àmbit, incrementar els lligams mitjançant aliances estratègiques i sinergies, i col·laborar cada cop més en projectes comuns que ajudin a eliminar aquells punts febles de l'estructura organitzativa provinents d'una excessiva rigidesa de les línies.

Tots hem d'ésser capaços de flexibilitzar estructures amb projectes concrets que ajudin a incrementar la resolució de les dues línies de manera conjunta.

Un puntal bàsic del projecte és el camí fins a l'excel·lència i disminuir alhora la variabilitat en la pràctica clínica a través de la publicació de les Guies de Pràctica Clínica, que es basen en l'evidència científica contrastada.

La primera d'aquestes guies, en concret la del tractament de la hipercolesterolèmia, es va presentar el 14 de febrer passat davant dels referents dels EAP i de les unitats d'atenció primària de l'àmbit.

Pel que fa a l'atenció al client, dos puntals nous per millorar la qualitat de la nostra atenció al ciutadà són la possibilitat de progra-

mar les visites i canviar de metge i pediatra per Internet, que es va iniciar el dia 15 de febrer passat i que va incrementar en una via més l'accessibilitat dels clients. També és nou el centre receptor de trucades de Lleida ciutat, que concentrarà en un únic punt totes les agendes de cita prèvia dels equips d'atenció primària de Lleida ciutat, amb el consegüent increment d'eficiència i, rebaixarà molt el temps d'espera.

Totes aquestes accions s'inclouren dins del Pla de Receptivitat, presentat el 29 de gener passat pel conseller del Departament de Sanitat i Seguretat Social, Sr. Eduard Rius, i la Sra. Alicia Granados, directora gerent de l'Institut Català de la Salut.

La definició de receptivitat inclouria tot procés o contacte del ciutadà amb l'organització que l'informa i li dona suport i així sent acollit, orientat i tractat en un marc de confiança i respecte.

Per finalitzar, i no per això és menys important, la clàusula 7 dels contractes de direcció clínica preveu la satisfacció de l'equip professional. En el decurs de l'any 2001, tota l'atenció primària de l'ICS va mesurar el clima de l'organització amb l'enquesta de qualitat de vida professional (QVP).

El lideratge del projecte pivota sobre els directors dels serveis d'Atenció Primària, però no és un tema únicament d'Atenció Primària. Seria bo que tots els proveïdors sanitaris hi participessin.

Conceptes de canvi

Participació

Tots els professionals dels equips –sanitaris i no sanitaris– hi han d'intervenir.

Empowerment

S'assoleixen responsabilitats organitzatives i pressupostàries des dels equips.

Benchmarking

El sistema permet copiar i imitar les millors unitats i les més excel·lents.

Informació

La instauració del quadern de comandament és una eina útil per comparar i retornar informació.

El pla de sistemes

Elaboració d'una base de dades centralitzada amb informació clínica, econòmica i d'activitat de tota l'organització.

Medicina basada en l'evidència

Passem de l'opinió "d'experts" a les guies basades en l'evidència.

Pla de Formació Contínuada

Instrumenta la força de la decisió pròpia dels equips i es constitueix en un element estratègic.

Enquesta de Qualitat de Vida Professional

Cooperació

Col·laboració entre nivells, proveïdors i estaments socials i sanitaris per aconseguir objectius d'atenció compartida.

Estudis de processos

Els equips identifiquen els seus processos a partir dels quals s'estableixen estratègies de millora.

L'avaluació d'objectius

Permet el posterior *benchmarking*, el redisseny dels mateixos objectius i la comparació.

Aliances estratègiques

La salut no és monopoli del sistema sanitari, sinó de l'individu mateix. Sobre ell conflueixen diferents organitzacions, entre les quals cal establir sinergies.

Participació ciutadana

Mantenir enquestes de salut dinàmiques, perquè en tot moment ens donin idea de les expectatives socials, així com dels punts febles que s'han d'avaluar i millorar i que actualment generen insatisfacció.

Per últim, desitjo agrair a tots els professionals sanitaris de l'àmbit de Lleida el seu esforç i professionalitat que fa possible que el projecte de direcció clínica es construeixi amb èxit.

Dr. Jaume Capdevila Mas
Gerent d'Atenció Primària Lleida

El motiu i l'estructura d'un projecte del segle XXI

Inspirada en la filosofia de la Clinical Governance Inglesa, que proposa un marcatge a través del qual las organizaciones del NHS se responsabilicen de mejorar de forma continua la calidad de sus servicios y garantizar el uso de estándares de atención mediante la creación de un entorno en el que florezca la excelencia en la práctica clínica, el ICS desarrolla un proyecto de dirección clínica cuyo objetivo fundamental es

avanzar en la mejora continua de la calidad asistencial de los servicios y en la aplicación práctica de las evidencias científicas. El ICS define esta política como una estrategia para aumentar la orientación hacia el cliente, la participación profesional, la descentralización, la búsqueda de la excelencia y la atención compartida entre los diferentes proveedores.

El contrato

Este proyecto se propone a los equipos de atención primaria como un contrato entre la empresa y los mismos equipos mediante el cual unos se comprometen a gestionar su ámbito, siguiendo unos objetivos acordados a esta política definida, mientras que la otra parte se compromete a facilitar las herramientas necesarias para llevarlo a cabo y, al mismo tiempo, a introducir unos incentivos basados en la consecución de los objetivos.

Esta propuesta fue realizada a lo largo del primer semestre del año 2001, a través de una sucesión de documentos confusos y poco pragmáticos en los que quedaba bastante más claro que eran los objetivos, que los medios o los incentivos. Poco a poco, las ideas maximalistas que inspiraban los primeros documentos dieron paso a versiones más reducidas y vagas en las que unos y otros –objetivos e incentivos– se fueron difuminando, al mismo tiempo que se reconocía la prisa por firmar este proyecto cuando en realidad los equipos no tienen madurez suficiente ni condiciones prácticas para su aplicación.

Hay que resaltar que el proyecto llega en un momento en el que los profesionales de atención primaria ponen de relieve de forma muy consensuada la saturación del sistema. Bajo el lema de “los diez minutos”, reivindicando unas cargas asistenciales que permitan la mejora de la asistencia de calidad al usuario y la práctica de una medicina basada en la evidencia científica, punto en el que estamos ambas partes en total acuerdo.

Quizás lo que ha faltado en todo este proceso es una voluntad de consenso y de negociación entre las partes. Creemos que ello es debido a que en la atención primaria de Cataluña existe un sentimiento generalizado de decep-

ción, más acusado en aquellos profesionales que han protagonizado de forma destacada el proceso de reforma, que han creído en ella, y que ahora se sienten defraudados y poco recompensados. Esta es una consecuencia lógica de la imposibilidad de conseguir unos objetivos de calidad marcados por el propio proceso de reforma debido a las restricciones introducidas en la adecuación de los recursos.

En este contexto, resulta difícil llevar a cabo una negociación que implique la participación entusiasta de los profesionales. Resulta difícil también que los profesionales asuman más responsabilidades sin conllevar parejamente los medios, que tan clara y manifiestamente se reclaman, para poder realizar una actuación correcta en las actividades diarias.

La firma protocolaria del pacto entre los representantes de la dirección y del ICS y de los equipos de atención primaria no es fruto de negociación ni de consenso, se ha realizado de forma precipitada y tiene pocas expectativas de obtener una buena cumplimentación. Ha sido firmado por los equipos, pero no asumido, ni es asumible, y, si no conduce a la mejora, sin duda empeora las ya de por sí difíciles y deterioradas relaciones de los profesionales de atención primaria y las direcciones de la empresa.

Esta no es, indudablemente, la forma de producir una mejora continua de la calidad y una búsqueda de la excelencia, ni de que aumente la satisfacción del usuario, ya que el proyecto para conseguirlo nace deficitario de origen y condenado, por tanto, al fracaso si no se ponen las herramientas necesarias para su funcionamiento.

Drs. Plácido Santafé i Miquel Buti

Les direccions clíniques, una altra moda de gestió sanitària?

Les direccions clíniques estan de moda. Des de fa uns anys s'està estimulant la seva introducció dins del sistema sanitari català i es

presenten com a models organitzatius revolucionaris i com si fossin una panacea que solucionarà tots els problemes sanitaris. He de confessar que no sóc un expert en el tema i que no conec en tota la seva profunditat les implicacions últimes d'aquestes modalitats de gestió sanitària. La veritat, però, és que sóc bastant escèptic o, si més no, em produeixen un cert grau de recel.

Un model organitzatiu semblant a les direccions clíniques que s'estan introduint a Catalunya funciona a Anglaterra des de fa uns 10 anys, i no és la sanitat anglesa precisament un model de qualitat i eficàcia. Sembla ser que hi ha hagut moltes veus crítiques amb aquest sistema i, fins i tot, hi ha qui en demana la reestructuració. No és gaire lògic que si no s'ha demostrat un sistema del tot desitjable, ara el vulguem implantar nosaltres aquí.

Per què, doncs, tota aquesta *parafernàlia* de les direccions clíniques com si fossin un model de perfecció organitzativa? Desconec totes les raons i motivacions, però no em resisteixo a exposar una idea que molta gent del món sanitari comparteix. Als gestors de la sanitat del nostre país –exceptuant alguns casos– només els preocupa una cosa: fer una sanitat més barata. La seva política és una política de *retallar*, d'*abaratar*, de *restringir*, de *gestionar poc*, en el sentit de gestionar sempre a la baixa i cada vegada més. La idea fonamental és disminuir costos i justificar que es fan moltes coses amb pocs recursos, moltes vegades sense preguntar-se per a què serveixen moltes de les coses que es fan.

Per això, sorgeix la sospita que les direccions clíniques no són més que una altra moda de gestió sanitària que el que pretén és realment passar la *patata calenta* als sanitaris assistencials –metges, infermeres, etc. Efectivament, si les direccions clíniques es contemplan només amb una òptica restrictiva, no seran res més que una manera amb la qual els gestors es trauran un problema de sobre i el carregaran a les espatlles dels assistencials.

Però, la gestió sanitària no ha pas de ser necessàriament i exclusiva una política permanentment restrictiva. L'objectiu hauria de ser donar resposta a les necessitats sanitàries de la població, així s'hauria de portar a terme

una medicina de qualitat, amb l'eficàcia i eficiència necessàries, amb costos raonables i s'haurien de prioritzar aquelles actuacions que més interessin a la població general, amb els controls adients per aconseguir que el sistema sigui eficaç i eficient.

Si les direccions clíniques pretenen aconseguir donar resposta a les necessitats sanitàries de la població amb una medicina de qualitat, eficaç i eficient –cosa poc creïble–, benvingudes siguin; però si el que es vol és que siguin un instrument més d'una política exclusivament restrictiva, i es carregui als sanitaris tota la tasca de la gestió –a més de la seva tasca específica d'assistència, docència i recerca–, en aquest cas estaran condemnades al fracàs com ho han estat altres modes de gestió sanitària.

Hi ha dues preguntes que donen voltes dins del meu cap. La primera és que, en els hospitals eminentment assistencials, els professionals sanitaris es veuen obligats d'una manera quasi exclusiva a dedicar la majoria del seu temps a l'assistència. Per això, la recerca i la docència són les dues germanes pobres de la nostra activitat i són tan minses. Si a més, ens hem d'encarregar de la gestió, d'on traurem el temps? Les conseqüències no són difícils de preveure: acabarem abolint la mica de recerca que es fa a l'Hospital i la docència empitjorarà considerablement, a menys que la introducció de les direccions clíniques s'acompanyi d'un augment de plantilles, cosa que no crec que entri dins dels plans dels gestors de la sanitat catalana. La segona pregunta és la següent: si els sanitaris hem de continuar fent el que fem i a més ens hem d'encarregar de la gestió, a què es dedicaran els gestors?

En conclusió, és possible –en el millor dels casos– que la introducció de les direccions clíniques millori l'eficàcia d'algunes unitats sanitàries, però el que és segur és que sobrecarregaran de feina –més si cal– els assistencials. Això, per als centres eminentment assistencials amb plantilles molt ajustades –com és el nostre cas– pot significar una sobrecàrrega de treball inadmissible que necessàriament anirà en detriment de la qualitat de la feina.

Dr. Àngel Rodríguez Pozo
Metge intensivista. Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Professor titular de medicina. UdL

L'experiència de la Direcció Clínica Oncohematològica

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida va posar en marxa a mitjan any 2001 una experiència de gestió nova, que va ser la primera pel que fa als hospitals de l'ICS: l'anomenada Direcció Clínica Oncohematològica.

Es tracta d'una gestió clínica en l'àmbit de la gestió sanitària. Un model de microgestió que engloba els Serveis d'Oncologia Mèdica, d'Hematologia Clínica, d'Oncologia Radioteràpica i de Cures Pal·liatives.

La missió de la direcció clínica es defineix al contracte de gestió com la intenció de constituir un centre de referència per a la Regió Sanitària de Lleida, dedicat a la prevenció, el diagnòstic i el tractament del càncer i que, orientat al pacient, integri al màxim nivell d'eficiència possible els aspectes assistencials, docents i de recerca.

En definitiva, podríem dir que els objectius són crear una unitat assistencial que integri les diferents estratègies de lluita contra el càncer, optimitzi els recursos existents i faci possible la interacció efectiva entre els professionals de tots els grups.

La innovació en aquest model és fonamentalment descentralitzar les competències i funcions de la direcció de l'hospital, facilitar capacitats i recursos, i compartir alguns instruments i sistemes.

La base d'aquest model és un contracte amb els objectius tant assistencials com pressupostaris i el compromís d'avaluar anualment els resultats.

La direcció clínica compta amb un organigrama de funcionament, que està sotmès a la Direcció Gerència i al Comitè Assistencial de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. El suport de funcionament compta amb un cap de gestió d'Infermeria propi i, de forma compartida, amb un secretariat tècnic.

M'agradaria palesar un fet molt bàsic, fruit del treball d'aquest període: tot el personal a tots nivells i estaments treballa en la mateixa línia i col·labora des de diferents aspectes amb els mateixos objectius. Aquest fet, obvi per a qualsevol empresa, al nostre mitjà paradoxalment resulta gairebé sorprenent. I aquí m'agradaria ressenyar l'esforç que em consta que està fent tothom per “pedalar” cada dia silenciosament.

Estem obtenint ja alguns resultats:

- Un registre de tumors de l'hospital, que en el cas dels hematològics es pot convertir en un registre poblacional de l'Àrea Sanitària de Lleida.

- Una integració horitzontal de l'activitat assistencial d'Oncologia Mèdica i de Cures Pal·liatives.

- Prestació psicològica des de fa uns mesos, la qual cosa és molt important per a l'atenció integral dels pacients.

- Inauguració d'unes noves instal·lacions per a consultes externes i de l'Hospital de Dia Oncohematològic, amb una superfície de nova construcció de 346 m², quatre consultes compartides per Hematologia Clínica, Oncologia Mèdica, Consulta d'Infermeria i Consulta de Psicooncologia. El nou Hospital de Dia té capacitat per a dotze places i una àrea de crítics.

- Informatització de tot el circuit d'aquest àmbit, tant pel que fa als tractaments ja protocol·litzats com al sistema de programació pròpia, a les dues àrees.

- Perspectives de millorar les instal·lacions i les prestacions de l'oncologia radioteràpica. Creiem que en un futur proper podem comptar amb un accelerador lineal com a innovació molt important.

Queda molta tasca per dur a terme i per consolidar, a més de tota l'esmentada.

Cal dir que hem tingut les dificultats pròpies de la primera experiència en l'àmbit organitzatiu d'aquest tipus, com pot ser fer creïble la seva pròpia existència en un àmbit poc acostumat a aquests canvis.

Per la meua part, no tinc cap dubte que aquest model seria bo aplicar-lo a moltes més àrees de la sanitat. En tot cas, i si més no, espero que la nostra experiència serveixi per allisar el camí de futures direccions clíniques.

La unificació col·legial, un projecte del segle XXI

Dr. Xavier Rodamilans · *President del COML*

La proposta de crear el Col·legi de Metges de Catalunya (COMCAT) no ha reeixit perquè ha estat impossible trobar l'encaix necessari per a una unificació serena i decidida dels quatre col·legis catalans. Tal vegada ha influït també en aquest fet l'absència d'una reflexió conjunta amb instàncies situades més enllà dels col·legis professionals.

Malgrat que el projecte d'unificació col·legial s'ha aturat, considero que els professionals que vàrem impulsar-lo hem de continuar explicant la seva filosofia i contingut per dues raons: per donar comptes de la nostra posició als col·legiats i perquè l'actual tendència occidental a la globalització dels serveis pot reobrir aquest debat en el futur.

El Col·legi de Metges de Catalunya havia de ser un òrgan amb personalitat jurídica plena dins de tot l'àmbit català i el representant únic del col·lectiu professional que treballa a Catalunya. No obstant això, la proposta mantenia un seguit de competències irrenunciables dels anomenats col·legis territorials.

Competències del Col·legi de Catalunya

Concretament, el Col·legi de Catalunya assumiria:

- Representar els metges i la professió en la defensa dels interessos professionals davant les administracions central i autonòmica, davant l'Organització Mèdica Colegial i davant les entitats i institucions públiques i privades d'àmbit superior a les demarcacions territorials.

- Elaborar les normes deontològiques, determinar el règim disciplinari i assumir la potestat disciplinària mèdica d'acord amb els estatuts.

- Resoldre els recursos contra els acords subjectes a dret administratiu de les juntes de demarcació territorials.

- Establir les condicions, les quotes i el registre de col·legiació dels metges de Catalunya.

- Fixar les condicions necessàries per garantir la igualtat de drets i deures dels col·legiats i posar en marxa iniciatives comunes en tot l'àmbit català (pòlissa, SRP i PAIMM, entre d'altres).

- Establir, si s'escaigués, els barems d'honoraris amb caràcter orientatiu per a l'exercici lliure de la professió

mèdica.

- Determinar els honoraris aplicables a la prestació de serveis mèdics en entitats d'assegurança d'assistència sanitària i, si fos adient, habilitar-ne el cobrament per mitjà de convenis voluntàriament signats pel Col·legi, en representació dels col·legiats, amb les dites entitats.

- Determinar els sistemes d'acreditació de la competència professionals, per a la qual cosa el Col·legi de Catalunya mantindria les relacions oportunes amb les universitats i amb altres entitats acadèmiques i científiques.

- Fixar els serveis i les activitats que el Col·legi prestaria de manera única i conjunta a tots els metges de Catalunya, amb una cura especial per garantir-ne una adequada distribució territorial.

- Organitzar i estructurar l'entitat col·legial de Catalunya amb l'objectiu de millorar-la i amb l'establiment de clàusules de salvaguarda per a les seues i els recursos humans.

- Aprovar i modificar els estatuts, tot incloent-hi clàusules de salvaguarda per protegir aspectes fonamentals de les estructures i les organitzacions territorials.

Competències dels col·legis territorials

Els col·legis territorials assumirien:

- Representar els metges de la demarcació per a la defensa dels interessos professionals davant les entitats públiques i privades del seu àmbit territorial.

- Elegir el president de la demarcació col·legial, les funcions del qual en el seu àmbit serien: representar el COMCAT, exercir la capacitat legal d'obrar en les relacions amb les autoritats, corporacions, tribunals i particulars i, si escaigués, d'apoderament notarial.

- Exercir la sobirania en qüestions que afectin la defensa professional, l'ètica i la deontologia dins del seu territori.

- Desenvolupar dins del seu territori les activitats inherents als objectius i funcions del COMCAT, d'acord amb les lleis, els estatuts i els acords aprovats pels òrgans de govern col·legials.

- Exercir la plena potestat disciplinària en el seu àmbit territorial en les condicions que fixin els estatuts.

- Vigilar i controlar les actituds i

pràctiques mèdiques inadequades amb els requeriments deontològics i científics.

- Tramitar i resoldre les peticions d'altres i baixes col·legials i mantenir-ne un registre.

- Visar i registrar els títols professionals, les acreditacions de formació mèdica continuada i qualsevol altra documentació o dada de caràcter professional que acordi el Col·legi de Metges de Catalunya.

- Recaptar les quotes col·legials i la resta de pagaments derivats d'activitats col·legials i crear, si s'escaigués, els serveis adequats per cobrar les remuneracions o honoraris professionals dels metges i metgesses que treballin per companyies asseguradores sanitàries.

- Promocionar i desenvolupar la formació mèdica continuada dels seus col·legiats.

- Prestar els serveis del Col·legi de Metges de Catalunya en el seu àmbit territorial.

- Exercir totes aquelles altres competències que li delegui la junta del Col·legi de Oficial Metges de Catalunya.

Propostes de Lleida

En el marc d'aquest projecte, els representants de Lleida defensàvem:

- Elegir l'assemblea de compromissaris, l'òrgan sobirà del Col·legi de Metges de Catalunya, mitjançant un sistema proporcional al nombre de col·legiats de cada col·legi que incorporés criteris territorials i de les diverses modalitats de l'exercici professional.

- Establir un procés electoral conjunt per a les quatre demarcacions territorials i evitar en les primeres eleccions coincidències amb la fi del mandat dels quatre col·legis.

- Auditar les corporacions i les empreses que es relacionen amb els quatre col·legis.

- Estudiar fiscalment les repercussions d'una hipotètica fusió patrimonial dels quatre col·legis i, en cas d'un informe favorable a la fusió, establir clàusules de salvaguarda per garantir el manteniment i la millora de les actuals estructures territorials (patrimoni i capacitat econòmica).

Un projecte positiu

A manera de resum diré que els representants dels quatre col·legis catalans partim d'un criteri bàsic: compatibilitzar la necessària personalitat jurídica única de la nova estructura amb les competències irrenunciables de cada col·legi territorial. I vam depositar moltes esperances en aquest procés d'unitat perquè el creiem positiu per adaptar l'organització professional a les necessitats creixents dels metges i metgesses i de la societat.

EL CONVIDEM A VISITAR ELS

La millor manera de poder avaluar com poden ser unes vacances a bord d'un creuer, és conèixer els vaixells, veritables hotels i centres de vacances flotants.

ILTRIDA
MARINA
Creuers, Trevisions
i Lloguer de iots

NOSTRES VAIXELLS

SOM ELS MILLORS ESPECIALISTES EN CREUERS DE CATALUNYA: Així ho demostra el haver guanyat les darreres quatre edicions del premi europeu PROTAGONISTAS DEL MAR de la navillera europea Costa Crueros, i haver rebut el VIKING AWARD de les navilleres americanes Royal Caribbean i Celebrity Cruisier.

DESCOMPTES PER RESERVA ANTICIPADA

COSTA CRUCEROS: Dte. 8% si reserva abans del 31 de març. Nens fins als 18 anys gratis en moltes sortides.

FESTIVAL CRUCEROS: Dte. 8% si reserva amb 2 mesos d'antel·lació excepte sortides juliol i agost.

VISITES PROGRAMADES PER ILTRIDA VIATGES:

DATA	VAIXELL	NAVILIERA	SERVEIS I VISITES
22 abril	BOLERO	Spanish Cruise Lines	10.30 a 12.30 i aperitiu
26 abril	EUROPEAN STARS	Festival Crueros	A determinar
29 abril	OCEANIC	Pullmantur Cruises	10.30 a 13.00 i dinar (*)
3 maig	EUROPEAN STARS	Festival Crueros	A determinar
10 maig	COSTA VICTORIA	Costa Crueros	10.30 a 14.30 i dinar
12 maig	SPLENDOR OF THE SEAS	Royal Caribbean	10.30 a 15.00 i dinar
13 maig	BOLERO	Spanish Cruise Lines	10.30 a 12.30 i aperitiu
17 maig	EUROPEAN STARS	Festival Crueros	A determinar
20 maig	OCEANIC	Pullmantur Cruises	10.30 a 13.00 i dinar (*)
22 maig	COSTA TROPICALE	Costa Crueros	10.30 a 14.30 i dinar
27 maig	BOLERO	Spanish Cruise Lines	10.30 a 12.30 i aperitiu
31 maig	COSTA VICTORIA	Costa Crueros	10.30 a 14.30 i dinar
2 juny	SPLENDOR OF THE SEAS	Royal Caribbean	10.30 a 15.00 i dinar
3 juny	OCEANIC	Pullmantur Cruises	10.30 a 13.00 i dinar (*)
7 juny	EUROPEAN STARS	Festival Crueros	A determinar
12 juny	COSTA TROPICALE	Costa Crueros	10.30 a 14.30 i dinar
16 juny	SPLENDOR OF THE SEAS	Royal Caribbean	10.30 a 15.00 i dinar
21 juny	EUROPEAN STARS	Festival Crueros	A determinar

(*) aquest dinar no inclou les begudes, que es pagaran a part pels visitants.

CONFIRMI LA SEVA INVITACIÓ AMB LA MÀXIMA ANTICIPACIÓ, LES PLACES SÓN MOLT LIMITADES

ILTRIDA
viatges
G.C.47MD
AVASA

Oficines a:
LLEIDA - BALAGUER - BORGES BLANQUES
MOLLERUSSA - TÀRREGA - TREMP
e mail: reservas@iltrida.com - www.iltrida.com

902 42 41 42

Resposta immune i variabilitat genètica enfront les infeccions

La resposta a la infecció per un agent patògen requereix la cooperació de diferents components del sistema immunitari de l'hoste. En les etapes inicials la resposta innata té un paper crucial en el control de la infecció. Un cop aquesta progressa es posen en marxa altres mecanismes més específics, que donen lloc a una resposta humoral o cel·lular.

Dr. Joan Fibla · Unitat de Genètica Humana. Departament de Ciències Mèdiques. Universitat de Lleida

La resposta humoral (producció d'anticossos) o cel·lular (activació de limfòcits T) té l'objectiu de controlar i eradicar l'agent infecciós.

La capacitat per respondre a la infecció varia d'individu a individu. Una part d'aquesta variabilitat és conseqüència de la variabilitat en la constitució genètica de cada persona. Nombroses dades experimentals han posat de manifest la importància del component genètic en la generació d'una resposta immune adequada.

La concordança de malalties infeccioses, com ara la tuberculosi o la lepra, en parelles de bessons monozigòtics comparada amb l'observada en bessons dizigòtics i germans (Comstock, 1978), així com la susceptibilitat a determinades infeccions que s'observa en grups de poblacions humanes segons el seu origen racial (Kushigemachi *et al.*, 1984), són evidències importants a favor d'un paper significatiu del component genètic en la susceptibilitat i en la resposta a les infeccions.

El nombre de molècules implicades en la regulació i en el manteniment d'una resposta immune funcional és extremadament gran, la qual cosa justifica que mutacions en els gens que codifiquen per a aquestes molècules puguin causar alteracions significatives en la resposta immune.

Alteracions monogèniques i disfuncions del sistema immunitari

S'han descrit un nombre important d'alteracions monogèniques en gens

implicats de forma directa o indirecta en la resposta immunològica, que tenen greus efectes en els mecanismes de defensa envers agents patògens.

Diverses immunodeficiències han estat relacionades amb mutacions de gens que presenten un model d'herència mendeliana simple. L'agammaglobulinèmia lligada al cromosoma X (XLA), també coneguda com l'agammaglobulinèmia de Burton, és una de les primeres immunodeficiències descrites en humans. Es caracteritza per una deficient maduració dels limfòcits B en la medulla òssia, que dona lloc a un descens en la concentració de limfòcits B en sang perifèrica i a la corresponent reducció dels nivells sèrics d'immunoglobulines.

Els pacients afectats per aquesta malaltia no poden desenvolupar una resposta humoral, tot i que presenten una resposta cel·lular normal. El gen alterat en aquesta patologia es coneix per *BTK* (de *Bruton tyrosine kinase*) i codifica per una proteïna amb activitat tirosina quinasa (de Weers *et al.*, 1994). L'enzim fosforilasa grups tirosina de determinades proteïnes implicades en la via de transducció de senyal a partir de la qual es regula la maduració i la diferenciació dels limfòcits B. Un altre exemple d'alteració monogènica el tenim en les immunodeficiències combinades i severes causades per mutacions en el gen de l'adenosin deaminasa (ADA), localitzat en el cromosoma 20, o per mutacions en el gen del receptor de la interleucina 2 (IL2R), localitzat en el cromosoma X. En ambdós casos els pacients afectats pre-

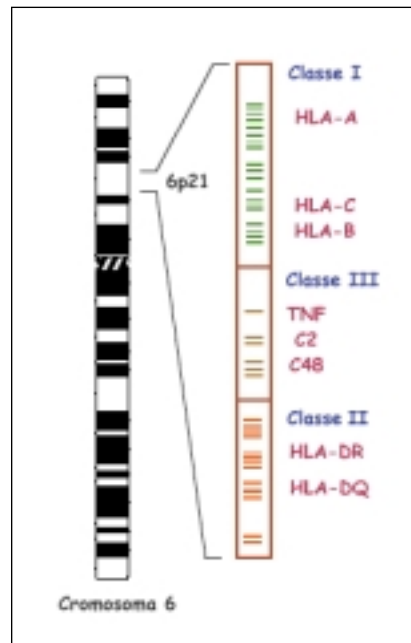


Figura 1.- Els gens del Sistema Major d'Histocompatibilitat es localitzen en una àmplia regió del braç curt del cromosoma 6. Aquests gens s'agrupen en tres classes. En la Classe I trobem els gens del sistema HLA corresponents a les subclasses A, B i C, i en la Classe II trobem els gens de les subclasses DR i DQ. Enmig es localitzen els gens de la Classe III, entre els quals trobem gens que codifiquen per a proteïnes del complement i altres gens relacionats amb la resposta immune com el gen del factor de necrosi tumoral (TNF)

senten un dèficit de limfòcits B i T, i conseqüentment tant la resposta humoral com la cel·lular es veuen greument afectades (Fugmann *et al.*, 1998; Ozsahin *et al.*, 1997).

El caràcter monogènic d'aquestes immunodeficiències està determinat pel fet que aquest tipus de mutacions alteren completament la funció normal de la molècula implicada. Tots els individus que presentin en homozigosi aquesta mutació (els dos cromosomes amb el gen alterat) manifestaran la immunodeficiència. Atès que la mutació altera una funció important, la viabilitat dels individus que la presenten està afectada i, per tant, la mutació es transmet a les generacions amb una baixa probabilitat. Això fa que la freqüència en la població d'aquest tipus de mutacions sigui molt baixa.

Cal, però, considerar l'existència de mutacions o canvis en els gens que alterin lleugerament la funció del producte codificat. Aquests tipus de canvis poden afectar l'expressió del gen i, per tant, produir una major o menor quantitat del producte, o bé alterar la seqüència d'aminoàcids de la proteïna codificada, i modificar així la seva funció però sense abolir-la. Es tracta, doncs, de canvis subtils en la funció, que poden manifestar-se com una resposta immune indeficient en determinades circumstàncies. Aquestes

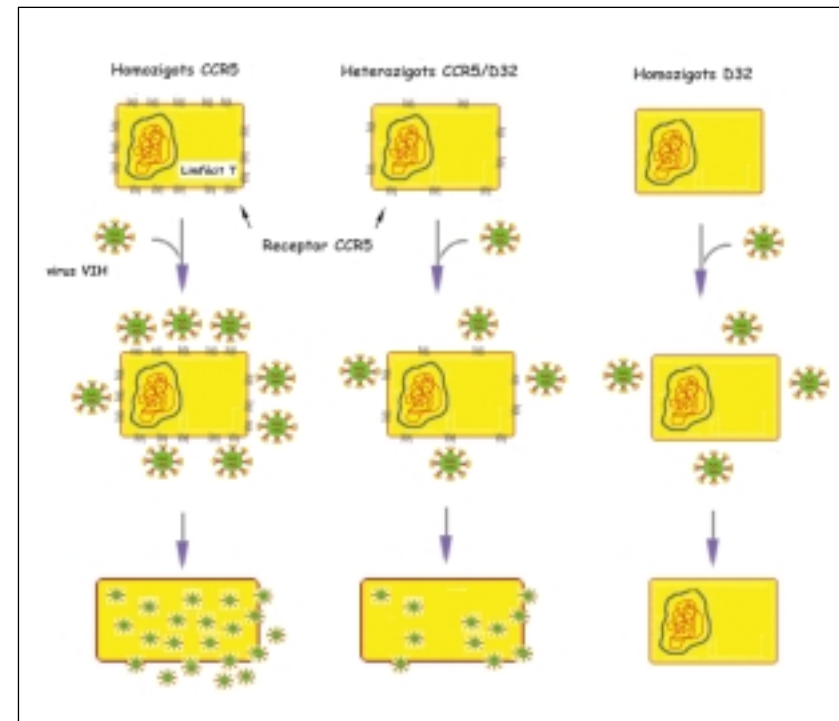


Figura 2.- El receptor CCR5 actua com a porta d'entrada del virus VIH. La mutació D32 del gen CCR5 dona lloc a una manca de producció d'aquesta molècula. Els individus que no fabriquen aquest receptor (homozigots D32) no s'infecten de les soques inicials del virus VIH i manifesten, per tant, una resistència a la infecció. Els individus que tenen una còpia funcional del gen CCR5 i una còpia de la mutació D32 (heterozigots D32) s'infecten del virus VIH però la progressió clínica de la malaltia és més lenta que en aquells que presenten dues còpies funcionals del gen CCR5 (homozigots CCR5)

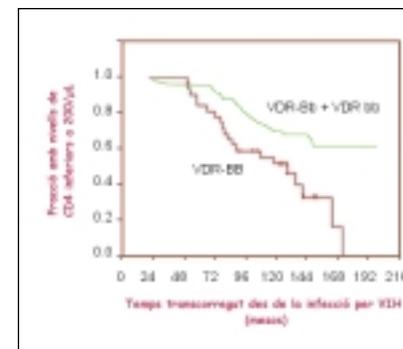


Figura 3.- La variabilitat del gen del receptor de la vitamina D (VDR) pot afectar la progressió de la infecció per VIH. Els pacients seropositius amb el genotip VDR-BB presenten una progressió més ràpida de la infecció per VIH que aquells que no tenen aquest genotip

mutacions o canvis no afecten la viabilitat dels individus que les porten i, per tant, poden ser transmeses a la descendència. Això fa que la seva freqüència pugui ser elevada en una determinada població. Quan un determinat canvi en la seqüència d'un gen presenta una freqüència superior a l'15 diem que es tracta de polimorfisme d'una variació polimòrfica. Les variacions polimòrfiques dels gens implicats en la resposta immune representen una part important de la variabilitat observada en la susceptibilitat a les infeccions i en la progressió clínica de diferents malalties infeccioses. Els

individus portadors d'aquest tipus de variacions es caracteritzen per ser més susceptibles a determinades infeccions o bé per presentar un pitjor pronòstic de la malaltia.

La identificació i l'estudi d'aquestes variacions ha estat possible gràcies a l'aplicació de diferents estratègies experimentals, que van des de l'estudi de models animals a la genètica comparada, passant pels estudis de lligament genètic i d'associació de gens candidats. Iniciatives com el Projecte Genoma Humà han posat al nostre abast el coneixement i les eines metodològiques necessàries per a la caracterització d'aquestes variacions i per a la seva aplicació en l'estudi de la susceptibilitat a les infeccions (Bentley, 2000; Sachidanandam *et al.*, 2001).

Els models animals en l'estudi de la susceptibilitat a infeccions

Experiments duts a terme en models animals han constatat que soques de ratolí susceptibles a la infecció per salmonel·la encruades amb soques resistents a aquest bacteri donen lloc a descendents resistents seguint un model d'herència dominant. Aquesta resistència està determinada en el ratolí pel gen *bcg*. Aquest gen, conegut també per *nramp1* (de *Natural Resistance-Associated Macrophage Protein 1*), codifica per una proteïna integral de membrana localitzada en el compartiment endosomal/lisosomal dels macròfags. Aquesta proteïna

actua com un transportador de ions metàl·lics (Blackwell *et al.*, 2000). La capacitat d'alterar l'entorn vacuolar d'aquest compartiment confereix a la proteïna *nramp1* un paper significatiu en el control de la proliferació de patògens intracel·lulars. Soques de ratolí susceptibles a la infecció presenten mutacions de *nramp1*, que alteren la seva funció com a transportador, la qual cosa impedeix que es pugui controlar de forma eficient la proliferació d'agents infecciosos (Buschman *et al.*, 1997). Aquest gen té el seu equivalent en l'espècie humana. El gen *NRAMP1* humà, igual que el gen murí, s'expressa en macròfags i també sembla tenir un paper important en la resposta a la infecció en humans.

Diversos estudis han posat de manifest que variacions polimòrfiques d'aquest gen alteren de forma significativa la susceptibilitat a la infecció. Determinades variacions en la regió promotora del gen *NRAMP1* humà han estat relacionades amb una major susceptibilitat mentre que altres polimorfismes confereixen una protecció a la infecció per patògens intracel·lulars (Searle & Blackwell, 1999).

El sistema HLA

L'exemple més conegut i estudiat de variabilitat genètica de gens implicats en la resposta immune és el grup de gens que constitueixen el Sistema Major d'Histocompatibilitat (MHC). Es tracta d'un nombre gran de gens relacionat amb diferents aspectes de la resposta immunitària entre els quals destaquen els gens que defineixen l'Antigen Leucocitari Humà (HLA). Aquests gens estan estructurats en tres grans grups o classes i codifiquen per a proteïnes de membrana dels leucòcits (Figura 1). Coneguts principalment pel seu paper en el rebuig de trasplantaments, la seva funció primordial consisteix a participar en el mecanisme de presentació d'antígens al sistema immune. Una característica singular d'aquests gens és la seva hipervariabilitat, directament relacionada amb les seves funcions.

Nombrosos estudis han posat de manifest una estreta correlació entre diferents variants dels gens HLA i la susceptibilitat a infeccions per bacteris com la tuberculosi o la lepra (Singh *et al.*, 1983), paràsits intracel·lulars com la malària (Hill *et al.*, 1997), o virus com el virus de l'Hepatitis B (Almarri & Batchelor, 1994) i el virus VIH (Almarri & Batchelor, 1994). Aquests gens es localitzen en una extensa regió del braç curt del cromosoma 6 i intercalats entre ells es troben altres gens amb funcions relacionades amb diferents aspectes de la resposta immune. En aquesta regió trobem, per exemple, el gen del factor de necrosi tumoral (TNF) implicat en el procés de desencadena-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

ment de la febre i en la resposta inflammatòria a infeccions o diversos gens que codifiquen per proteïnes del Complement. Donada la proximitat física que hi ha entre els diferents gens d'aquest complex, les variants polimòrfiques d'un determinat gen HLA es presenten juntament amb variants d'altres gens de la mateixa regió. Aquesta particularitat es coneix com a desequilibri de lligament, la qual cosa indica que les variacions existents en diferents gens veïns s'hereten com una unitat de transmissió. Per aquest motiu, tot i que variants concretes d'alguns d'aquests gens poden per si soles donar lloc a una major o menor susceptibilitat a la infecció, és clar que l'associació observada per a una determinada variant d'un d'aquests gens pot ser deguda a la transmissió conjunta d'aquesta variant amb variacions d'un gen veí que sigui el realment responsable de la susceptibilitat observada. Per aquest motiu són necessaris estudis funcionals complementaris per diferenciar entre les variants que causen susceptibilitat i aquelles que actuen com a simples marcadors de gens propers.

Variabilitat genètica i infecció pel virus VIH

Els virus són paràsits obligats que necessiten obtenir de l'hoste un nombre important de molècules per al seu desenvolupament normal. Això fa que la variabilitat genètica de l'hoste tingui un paper important en la susceptibilitat a la infecció viral. Un exemple el tenim

en l'estudi dels factors genètics que determinen la susceptibilitat a la infecció pel virus VIH i el ritme de progressió a sida dels malalts infectats.

El virus VIH infecta les cèl·lules del sistema immunitari utilitzant com a porta d'entrada dues molècules presents en la membrana dels limfòcits T. Una és l'anomenat receptor CD4 i l'altra és l'anomenat receptor CCR5.

L'any 1995 es va descriure per primer cop que determinades persones eren resistents a la infecció per VIH, perquè presentaven una mutació en el gen *CCR5* (Liu *et al.*, 1996; Samson *et al.*, 1996).

La mutació, anomenada D32, consisteix en la pèrdua de 32 nucleòtids en el gen *CCR5*, que dona lloc a un receptor CCR5 més curt que no funciona adequadament i que es degrada un cop es sintetitza. Les cèl·lules d'una persona que té les dues còpies del gen *CCR5* mutat no fabriquen receptor CCR5. Per tant, el virus VIH no pot infectar les cèl·lules d'un homòzigt D32 atès que no pot trobar cap "porta" per entrar. La freqüència d'aquesta mutació en les poblacions d'origen caucasià és del 10% i, per tant, l'hem de considerar com una variació polimòrfica del gen *CCR5* en aquesta població.

Aproximadament entre un 15 i un 18% de la població europea és heteròzigt D32 i, per això, presenta només una còpia de la forma funcional del gen *CCR5*. Els individus heteròzigt són susceptibles a la infecció pel virus VIH.

Diferents treballs han posat de manifest que la progressió de la infecció a sida en els pacients heteròzigt és més lenta que la progressió de

pacients que tenen dues còpies de la forma funcional del gen *CCR5* (McNicholl *et al.*, 1997) (figura 2).

Es considera que aquesta diferència en la progressió es deguda al fet que les cèl·lules dels malalts heteròzigt D32 presenten menys molècules CCR5, és a dir, menys "portes" d'entrada que les cèl·lules dels pacients que tenen dues còpies funcionals d'aquest gen. El menor nombre de "portes" disponibles en les cèl·lules d'un heteròzigt fa que en aquest el virus es multipliqui de forma menys eficient i, per tant, la malaltia es desenvolupa de forma més lenta.

En l'actualitat s'han descrit variacions en altres gens que alteren el ritme de progressió a sida. Molts d'aquests gens estan implicats en la regulació de la resposta immune com és el cas del gen que codifica per la interleucina 10 o del gen que codifica pel receptor de la vitamina D (*VDR*).

El gen *VDR* codifica per una proteïna que actua com a receptor intracel·lular de la vitamina D. La vitamina D és una hormona implicada en la regulació del metabolisme mineral que també participa en la regulació de la resposta immune. La interacció de la vitamina D amb el seu receptor inhibeix l'expressió de la interleucina 12 (IL12) en els macròfags i de la interleucina 2 (IL2) i de l'interferó gamma (IFN- γ) en els limfòcits Th1. Aquest patró d'acció de la vitamina D a través del seu receptor fa que aquesta actui com un potent immunosuppressor, alteri el balanç de limfòcits Th1/Th2 i modifiqui així la resposta immune.

S'han descrit diverses variants del receptor *VDR* que efectuen de forma

més o menys eficient la seva funció i que poden alterar aquesta acció immunosupressora.

En el nostre laboratori hem estudiat el paper de les variacions polimòrfiques del gen *VDR* en la progressió a sida de malalts seropositius de l'àrea hospitalària de Lleida. De les diferents variants descrites en aquest gen hem estudiat la coneguda com a variant *BsmI*. Es coneixen dues formes d'aquesta variant: una simbolitzada amb una B majúscula i l'altra amb una b minúscula, que corresponen a seqüències diferents del gen *VDR* en la seva regió terminal. Aquest polimorfisme del gen *VDR* el vàrem escollir perquè, en estudis previs, altres autors l'havien relacionat amb la susceptibilitat a malalties infeccioses com la tuberculosi i la lepra.

D'acord amb els nostres resultats, els pacients portadors de dues còpies de la variant "B" (pacients amb genotip "BB") presenten una ràpida progressió a sida i desenvolupen la malaltia uns dos anys abans que els pacients amb els genotips "Bb" o "bb" (Barber *et al.*, 2001) (Figura 3). Aquests resultats relacionen per primer cop la variabilitat del gen *VDR* amb la progressió clínica de malalts VIH seropositius.

L'estudi de la implicació funcional d'aquesta associació forma part de les futures línies d'investigació que el grup de recerca de la Unitat de Genètica Humana de la Facultat de Medicina de

la UdL dur a terme en col·laboració amb els Serveis de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. És possible que el balanç Th1/Th2, modulats en part a través de l'acció de la vitamina D, es vegi alterat pel genotip del gen *VDR*. També és possible considerar una interacció entre les variants del receptor *VDR* i l'expressió del gen *CCR5*, ja que l'expressió d'aquest gen està regulada per IL2.

Finalment, no es pot descartar un efecte directe sobre la replicació del virus, ja que s'ha vist que la vitamina D modifica la replicació del VIH en experiments *in vitro*.

Perspectives futures dels estudis sobre la susceptibilitat genètica a les infeccions

L'oportunitat que actualment tenim d'estudiar la variabilitat genètica humana és, sens dubte, un dels fruits més valuosos que ens ha deixat el Projecte Genoma Humà. El projecte ha permès la identificació i la localització de centenars de milers de polimorfismes distribuïts en els diferents cromosomes humans que s'estan utilitzant ja en nombrosos estudis de lligament i d'associació.

El rastreig genòmic de polimorfismes associats a determinades malalties serà en un futur pròxim una de les eines més valuoses per a la identifica-

ció de les regions genòmiques que contenen gens involucrats. Aquesta tècnica combina els avenços en la detecció automatitzada de polimorfismes d'un sol nucleòtid (SNP) mitjançant microarrays i la capacitat d'anàlisi bioinformàtica de múltiples genotips per estudiar de forma simultània la prevalença de variants de milers de polimorfismes en cohorts de pacients afectats per una determinada malaltia.

Els beneficis que podem esperar d'aquest tipus d'estudis són múltiples i gens especulatiu. La identificació de nous gens implicats en la resposta immune ens permetrà conèixer millor els mecanismes i els processos que donen lloc a una resposta immune eficient o anòmala. Tanmateix, aquest coneixement ens ha de permetre el disseny d'estratègies terapèutiques molt més eficients i específiques. Per altra banda, la caracterització de variants de gens que determinen una major susceptibilitat a les infeccions ens ha de permetre identificar aquells pacients susceptibles en funció del seu genotip.

L'aplicació d'estratègies terapèutiques preventives o el disseny de tractaments "a la carta" d'acord amb les característiques genètiques del malalt, serà una realitat en un futur pròxim (Arledge *et al.*, 2000).

Referències bibliogràfiques

- Almari, A., & Batchelor, J. R., 1994, "HLA and hepatitis B infection", *Lancet* 344(8931):1194-5.
- Arledge, T., Freeman, A., Arbuckle, J., Mosteller, M., & Manasco, P., 2000, "Applications of pharmacogenetics to drug development: the Glaxo Wellcome experience", *Drug Metab Rev* 32(3-4):387-94.
- Barber, Y., Rubio, C., Fernández, E., Rubio, M., & Fibla, J., 2001, "Host genetic background at CCR5 chemokine receptor and vitamin D receptor loci and human immunodeficiency virus (HIV) type 1 disease progression among HIV-seropositive injection drug users", *J Infect Dis* 184(10):1279-88.
- Bentley, D. R., 2000, "The Human Genome Project an overview", *Med Res Rev* 20(3):189-96.
- Blackwell, J. M., Searle, S., Goswami, T., & Miller, E. N., 2000, Understanding the multiple functions of Nrampl, *Microbes Infect* 2(3):317-21.
- Buschman, E., Vidal, S., & Skamene, E., 1997, "Nonspecific resistance to Mycobacteria: the role of the Nrampl gene", *Behring Inst Mitt* (99):51-7.
- Comstock, G. W., 1978, "Tuberculosis in twins: a re-analysis of the Proffit survey", *Am Rev Respir Dis* 117(4):621-4.
- De Weers, M., *et al.*, 1994, "Mutation analysis of the Bruton's tyrosine kinase gene in X-linked agammaglobulinemia: identification of a mutation which affects the same codon as is altered in immunodeficient xid mice", *Hum Mol Genet* 3(1):161-6.
- Fugmann, S. D., Muller, S., Friedrich, W., Bartram, C. R., & Schwarz, K., 1998, "Mutations in the gene for the common gamma chain (gammaC) in X-linked severe combined immunodeficiency", *Hum Genet* 103(6):730-1.
- Hill, A. V., Jepson, A., Plebanski, M., & Gilbert, S. C., 1997, "Genetic analysis of host-parasite coevolution in human malaria", *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 352(1359):1317-25.
- Kushigemachi, M., Schneiderman, L. J., & Barrett-Connor, E., 1984, "Racial differences in susceptibility to tuberculosis: risk of disease after infection", *J Chronic Dis* 37(11):853-62.
- Liu, R. *et al.*, 1996, "Homozygous defect in HIV-1 coreceptor accounts for resistance of some multiply-exposed individuals to HIV-1 infection", *Cell* 86(3):367-

- McNicholl, J. M., Smith, D. K., Qari, S. H., & Hodge, T., 1997, "Host genes & HIV: the role of the chemokine receptor gene CCR5 and its allele", *Emerg Infect Dis* 3(3):261-71.
- Ozshahin, H. *et al.*, 1997, "Adenosine deaminase deficiency in adults", *Blood* 89(8):2849-55.
- Sachidanandam, R. *et al.*, 2001, "A map of human genome sequence variation containing 1.42 million single nucleotide polymorphisms", *Nature* 409(6822):928-33.
- Samson, M., *et al.*, 1996, "Resistance to HIV-1 infection in caucasian individuals bearing mutant alleles of the CCR-5 chemokine receptor gene", *Nature* 382(6593):722-5.
- Searle, S., & Blackwell, J. M., 1999, "Evidence for a functional repeat polymorphism in the promoter of the human NRAMPL gene that correlates with autoimmune versus infectious disease susceptibility", *J Med Genet* 36(4):295-9.
- Singh, S. P., Mehra, N. K., Dingley, H. B., Pande, J. N., & Vaidya, M. C., 1983, "Human leukocyte antigen (HLA)-linked control of susceptibility to pulmonary tuberculosis and association with HLA-DR types", *J Infect Dis* 148(4):676-81.

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

Joies úniques

De la serie "Geometrics",
anell d'or groc i or gris d'aliació especial,
amb dos diamants de talla princesa.

DERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria
Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida i Ramon Llull, 1 · Tel. 973 24 53 96 · 25008 Lleida · Pàrquing Blondel Gratuït

L'assistència a les drogodependències: nou segle i noves propostes

Després del Regne Unit, Luxemburg i Itàlia, l'Estat espanyol segueix oferint taxes sensiblement superiors de prevalença de consum problemàtic de drogues en el rànquing de les nacions de la Unió Econòmica, segons l'Informe Anual 2000 de l'Observatori Europeu.

Dra. Maite Utgés i Nogués - *Metge i coordinadora del Centre de Toxicomanies de l'Hospital de Santa Maria*

L'Informe Anual 2000 de l'Observatori Europeu, que s'ha publicat recentment, assenyalava que un dels elements clau que, segons aquest organisme, ha de guiar les estratègies sobre les drogodependències és l'evidència científica com a base de les decisions.

Durant molts anys hem vist, potser amb massa freqüència, que la intervenció clínica en drogodependències ha estat farcida de concepcions poc contrastades. Moltes venien marcades per exigències d'escola. Cada escola presentava el seu model teòric com una alternativa, que pretenia explicar tots els aspectes de la conducta addictiva, i la seva intervenció terapèutica com una solució aplicable a tots els casos.

La situació empitjorava quan es defensava que era impossible demostrar l'alta efectivitat d'un determinat model perquè la metodologia d'avaluació quantitativa no podia donar compte de la riquesa dels seus matisos.

Per fortuna, aquesta situació canvia. Les diverses concepcions teòriques plantejaven alternatives d'una forma més honesta i realista, conscients que cada una d'elles solament pot donar compte d'un determinat grup de pacients en el context d'una intervenció integral.

La filosofia que impregna l'anomenada "medicina basada en l'evidència", amb les seves limitacions, s'ha estès a tots els seus camps. Així, la "psiquiatria basada en l'evidència" comença a conformar actituds i orientacions dins de l'àrea de les conductes addictives. Aquestes observacions es refereixen no tan sols a tot allò relacionat amb la denominada "medicina basada en l'evidència", sinó també a l'anàlisi de les

seves prioritats.

Aquest nou segle vindrà marcat, sens dubte, per dues grans prioritats determinades sobretot per la important incidència que van adquirint els problemes relacionats amb el consum de cocaïna i altres drogues estimulants i la importància dels programes de reducció del danys.

Consum de cocaïna

A Lleida, per exemple, el consum de cocaïna i de drogues estimulants ha fet augmentar en un 65% respecte a l'any passat els inicis de tractament per aquestes substàncies.

D'aquesta manera, malgrat que l'heroïna continua essent la substància més rellevant pel que fa a les admissions a tractament a llarg termini, creix el pes assistencial de la cocaïna i altres drogues estimulants. També ha baixat l'edat mitjana dels consumidors que inicien el tractament. Així, mentre l'any passat l'edat mitjana d'inici del tractament era de 30,6 anys, enguany ha baixat als 28,1 anys. La via d'administració més freqüent de la cocaïna continua essent la *esnifada*, però creix de forma espectacular el consum per via fumada.

I quan es fuma la cocaïna, la progressió del consum a la dependència o l'abús és més ràpida que quan s'utilitza la substància per via intranasal. La dependència s'associa, amb freqüència, a una tolerància progressiva als efectes desitjables de la cocaïna, fet que motiva un augment progressiu de les dosis. Amb la utilització continuada, es produeix una disminució dels efectes plaents a causa de la tolerància i un increment dels efectes disfòrics.

Els objectius del tractament d'aquests pacients són idèntics als que s'estableixen amb altres formes de trastorns per consum de substàncies. És a dir, són la reducció del consum i els efectes de les substàncies objecte d'abús, l'evitació del consum, la reducció de la freqüència de les recaïdes i la rehabilitació. L'assistència psiquiàtrica en casos d'addicció a aquesta substància és un element important d'un pla de tractament eficaç.

Tot i que diversos estudis han presentat resultats prometedors amb la utilització de diversos productes de farmacoteràpia, no hi cap medicació que hagi demostrat una eficàcia clara en el tractament de la dependència a la cocaïna i als estimulants. En canvi, les teràpies conductuals han evidenciat l'obtenció de resultats positius durant el període de vigència del contracte, amb un foment del compliment del tractament i de l'abstinència. No obstant això, en casos greus de dependència o en individus que no responguin al tractament psicossocial, és imprescindible la utilització de fàrmacs.

Reducció de danys

L'altra prioritat que exposàvem són els programes de reducció de danys, que van néixer amb l'aparició de la sida. Aquests programes han comportat per als professionals de les drogodependències un dràstic redireccionament de prioritats. Convé recordar que molts professionals vam sofrir una crisi que, en alguns casos, va acabar en un rebuig total i en una desobservació dels problemes epidemiològics més emergents.

Aquests problemes expliquen parcialment perquè a molts professionals encara els resulta difícil apreciar la magnitud de la qüestió i, en conseqüència, implantar programes clínics de manteniment i substitució per arribar als beneficis dels efectes que s'han produït a llarg termini en la salut dels pacients i en la resta de la comunitat.

Com ha informat en moltes ocasions l'Organització Mundial de la Salut, la nova estratègia que han de potenciar els serveis de drogodependències és



Una de les pàgines web que ofereix informació sobre les drogodependències

expandir el seu radi d'acció i procurar l'abstinència a curt termini. És a dir, en l'actualitat no es planteja com a primer objectiu l'abstinència a les substàncies, sinó que el primer objectiu ha d'ésser que els pacients no es morin, el segon que no trasmetin malalties infeccioses i el tercer que deixin de consumir.

Per això, cal considerar estratègies més realistes i pragmàtiques que apuntin directament a la minimització dels riscos per a la salut i a altres efectes perjudicials associats al consum de drogues. Experiències passades demostren que només una minoria de les persones drogodependents acut a serveis d'atenció a drogodependents que preveuen com a objectiu principal i inamovible l'abstinència en el consum.

Malgrat això, el concepte en si

◆ **Baixa l'edat mitjana dels consumidors que inicien el tractament**

◆ **L'edat mitjana era de 30,6 anys el 2001 i enguany és de 28,1**

mateix de la prevenció de complicacions derivades de la drogadoaddicció ha de ser revisat per aconseguir un major acostament dels usuaris de drogues als diversos serveis, tenint en compte que, desgraciadament, la majoria de consumidors no volen o no poden suspendre el consum d'opiacis a curt o a mitjà termini.

Patologies infeccioses

Als anys 70, quan molts joves van començar a consumir heroïna, el problema associat al consum més important era la implícita degradació psicològica i social. Les prioritats principals eren aleshores la rehabilitació i el tractament immediat, per la qual cosa s'obligava els consumidors a acceptar

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

teràpies i rehabilitacions basades fonamentalment en una intervenció psicosocial. La majoria de models d'intervenció eren coercitius, ja que es preveia com a eina terapèutica la sanció, i no s'establien protocols de tractament científic i mèdic. Però, al començament dels 80, va augmentar la incidència d'importants patologies infeccioses en els consumidors de drogues.

Actualment, a Lleida un 37% dels pacients addictes crònics a l'heroïna són portadors del virus de la immuno-deficiència humana i un 43% són portadors del virus de l'hepatitis C.

Pels canvis exposats, és necessari definir un nou model d'intervenció, tant en el terreny teòric com en l'organitzatiu.

Al model que presentem a continuació l'anomenarem pragmàtic en la mesura que persegueix solucions sen-

◆ **A Lleida, un 37% dels addictes crònics a l'heroïna són portadors del VIH**

◆ **Un 43% d'aquests pacients són portadors del virus de l'hepatitis C**

zilles i implantables per als problemes dels consumidors. Les solucions s'estructuren d'acord amb els efectes nocius que produeixen per a la salut dels pacients, tant en un pla físic com psíquic, i de les persones que mantenen un més estret contacte amb ells. L'objectiu terapèutic es basa en criteris científics –no ideològics– i s'apunten i es controlen els riscos per al pacient.

I neixen així els programes de reducció de danys i els programes de manteniment amb metadona, que individualitzen el desenvolupament terapèutic segons les característiques i necessitats de cada pacient. L'Hospital de Santa Maria acull en aquests moments 412 pacients dins el programa de manteniment de metadona. I és una realitat que aquests programes encara no han tocat sostre i cal ampliar-los més si volem disminuir realment les taxes de morbiditat i mortalitat del consum de drogues.



Portal de Boters. La Junta de Sanitat aprovà el 1721 pagar 4 sous diaris a l'encarregat de distribuir butlletes de passeig

Seguiment i naturalesa de les malalties de 1722 a Lleida

Un cop passada la gran epidèmia de pesta bubònica que delmà profundament Catalunya a mitjan segle XVII (1648-1654), les grans mortaldats col·lectives van anar de baixa al nostre país. En quedava, però, el record. I s'instal·là un cordó sanitari l'any 1720, quan l'epidèmia va afectar Marsella.

Dr. Manuel Camps i Surroca i Dr. Manuel Camps i Clemente

Quan se sabé que el juny de 1720 l'epidèmia tornava a treure el cap, aquesta vegada a Marsella, el Principat instal·là, com en èpoques passades, l'adient cordó sanitari. La por entre nosaltres va durar, almenys, fins a l'estiu i la tardor de 1722, quan uns quants

pobles de les terres de Lleida –Castellans, Tèrmens, Torrefarrera, Rosselló, Corbins, Vilanova d'Alpicat, el Cogul, Benavent, Vilanova de Segrià, Alguaire, la Portella, Menàrguens i alguns del Baix Segre– experimentaren un anormal augment

de malalties¹.

L'epidèmia marselesa (1720-1722), estesa també pel sud de França, va promoure la creació a Espanya de la Junta Suprema de Sanidad del Reyno i l'adopció de mesures preventives de caràcter central². A Catalunya, va ser la Reial Audiència de Barcelona qui es constituí en Junta de Sanitat del Principat, amb les corresponents Juntas Corregimentals, com en el cas de Lleida³.

Afortunadament, les malalties no corresponien a la pesta clàssica, i això es va veure ben aviat. Per altra part, els estudis historiogràfics posteriors no n'han pogut esbrinar, de fet, l'etiologia concreta. En aquest treball relatem el procediment que se seguí per dur a terme la lluita sanitària i donem la nostra opinió sobre la naturalesa de les afeccions.

La tardor de 1721. - A la tardor de 1721 els lleidatans temien l'adveniment de la pesta que, com dèiem, estava afectant el sud de França. El 23 de setembre, la Junta de Sanitat, de la qual en formava part l'antic catedràtic de Prima de l'Estudi General, Anton Mirarnau, decidí fer rogatives religioses encaminades a evitar el contagi. Pocs dies després, el corregidor Francisco Felipe Chacón rebia dues cartes de la Reial Audiència en què li ordenaven "la privació total del comerç ab los pobles de la frontera de Fransa".

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Informació a Internet sobre cursos de formació professional sobre drogo dependències

En la Junta del 14 d'octubre s'acordà posar dos guardes de nit als portals del Pont i de Sant Antoni per examinar les butlletes dels transeünts nocturns. També es fixà un impost d'un ral d'ardits mensual als caps de família, capellans i canonges, i els pobres eren exclosos de pagar-lo. Per altra part, és decidí donar butlletes de passeig als veïns que volguessin sortir de la ciutat pels portals d'Assaonadors i de Boters. El fet d'eixir sense el document, els obligaria a fer quarantena encara que el retorn fos el mateix dia.

El 21 d'octubre ja funcionava el sistema de guàrdies amb els sous assignats al personal. Ensenms, el confiter Baptista Roma va començar la col·lecta de l'impost monetari, del qual en seria dipositar el doctor Mirarnau. S'havien de recollir exactament 557 rals d'ardit, xifra corresponent als veïns de la ciutat.

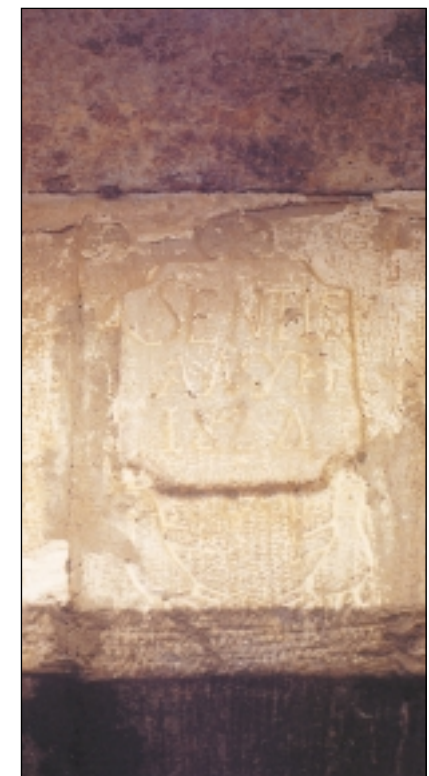
Però l'11 de novembre, la Junta de Sanitat s'assabentà pel vicari general Francisco de Pineda, de la negativa dels capellans a l'esmentada contribució voluntària. El motiu al·legat era la penúria del temps i les dificultats que tenien en el cobrament de les rendes. La Junta escrigué al bisbe Francisco Olaso de Hipenza per demanar-li la seva influència, sobretot tenint en compte l'interès del rei en la gestió sanitària. El dia 24, des de Montsó, els comunicava que s'oferia a contribuir personalment amb 30 rals mensuals a partir de l'1 de desembre i fins que s'haguessin deslliurat de la por del contagi. A més, els transmetia el seu descontentament per l'actitud del clergat i la seva intenció de parlar del tema amb el vicari general.

L'estiu de 1722.- Passava el temps i la ciutat continuava preparant-se per fer front a la possible escamesa de la pesta. Però no va ser fins a finals de juliol de 1722 quan s'esdevingueren les primeres notícies serioses. El corregidor, en la Junta celebrada el 30 de juliol, comunicava als altres membres que "havia copia de enfermedades malignas en el lugar de Castellldans". L'Ajuntament ja disposava d'un informe del rector del poble –que malauradament s'ha perdut– i, a més, hi havia tramès els metges de la ciutat Francisco París i Josep Miranda amb l'encàrrec d'estudiar-les⁴.

La declaració que van fer aquests dos metges el dia 29 a les dependències de l'Ajuntament, si bé és incompleta en el document que hem estudiat, ens indica que es tractava d'unes febres malignes, no pestilents, sense bubons, i que produïen debilitat cardíaca, deliri i pigues, que vulgarment s'anomenaven *tabardillo*. I que si bé eren contagioses, el terme contagi en aquest cas no volia dir pesta, sinó simplement que s'encomanaven dels uns als altres entre els membres d'una mateixa família o casa. A més, no eren



A les fotografies de l'esquerra, es poden veure dos edificis veïns: Casa Sentis i Casa de les Doctores d'Alfés. La imatge superior recull l'escut d'Escala Dei de l'any 1682, que es conserva a la porta de la rectoria de Castellldans, que està ubicada al costat de l'església parroquial d'aquesta població on l'any 1722 van aparèixer unes febres malignes anomenades vulgarment "tabardillo". A la fotografia inferior s'observa un detall de la porta de Casa Sentis d'Alfés



◆ *A Castellldans, la desnutrició per la misèria ocasionava els "mals humors" corporals*

◆ *Per prescripció mèdica, es donava cada dia carn, pa i vi als pacients*

mortals, sinó simplement malignes. Les seves causes les atribuïen a la fam i a la manca d'aigua. De fet, feia més de cinc anys que no hi havia collita i tampoc no disposaven de carn i gel per als malalts, remeis considerats els més necessaris per a la guarició. En definitiva, la desnutrició per la misèria ocasionava, segons les teories humorals de l'època, els *mals humors* corporals responsables de les afeccions.

La Junta de Sanitat, conegut aquest informe mèdic, comunicà al rei l'extrema misèria de Castellldans i dels altres llocs de l'Urgell i de les Garrigues. Li demanaven ajuda, tot recordant-li que en una altra ocasió de menys necessitat –arran de l'últim setge de la plaça de Lleida–, i sense "la ocurrencia del zeloso y amenaza de la Divina Justicia" (expressió que es refereix a la pesta com a càstig de Déu), els va socórrer amb préstec de grans. El mateix dia, l'1 d'agost, informaren de la situació i demanaren suport al capità

general Francisco Cahetano de Aragón, i el dia 9 ho comunicaven al marquès de Castelar i al marquès de Castel Rodrigo.

El 10 d'agost, el metge Francisco París acompanyat del canonge Ramon Pastoret i el regidor Francesc de Gras, en una segona visita a Castellldans comprovaren la continuïtat de les malalties. Hi havia 28 malalts i 8 convalsents en les 35 cases que componien el poble. A més, "en sus pucheros no havia mas que judias y calabaza, y no otra cosa". Aleshores, per prescripció mèdica, es va ordenar donar carn, pa i vi diàriament als pacients.

Acabada la feina en aquest lloc, la comissió es desplaçà al Cogul, on el doctor París va observar que malgrat haver-hi mort tres persones de tabardillo no s'hi havia propagat la "especie epidémica de Castellldans". I malgrat les ordres del capità general i de l'intendent, París aconsellà no desplaçar

els malalts a l'hospital reial de Lleida, atenent que el lloc de Castellldans era més fresc "y logra por su situacion mas y mejores ayres que esta ciudad, y la estacion del tiempo no permite mutacion de enfermos en esta Plaza, en que correria manifesto riesgo de infestacion, introduciéndose en ella especie de enfermedades pegadizas. A mas que para las mujeres enfermas no ay decente capacidad en este hospital real".

Al poble d'Aspa, al costat del Cogul, en el període 1700-1706 hi hagué una mitjana anual de 5 òbits. El lloc restà despoblat des del 16 de juliol fins al 25 de desembre de 1707, temporada compresa entre l'arribada a la plaça de Lleida de 40.000 homes de les tropes de Felip V i el rendiment de la ciutat a les armes borbòniques. La mortalitat fora vila dels seus habitants va ser aquell any de 22 òbits (16 albat, 5

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

dones i 1 home). Es mantingué alta el trienni següent a la guerra: el 1708, 13 òbits, el 1709, 7 òbits, i el 1710, 16 òbits. Un cop normalitzada del tot la situació, i durant l'etapa 1711-1729, la mitjana anual d'òbits va tonar a ser de 5. El 1722 es mantingué la regla, amb un total de 6 òbits (4 albat i 2 homes). Aquell any atenia el poble el fadrí cirurgià foraster Felip Meri, el qual morí el 2 de desembre i "no feu testament perquè no tenia"⁵.

Rebutjat l'ingrés hospitalari dels malalts de Castellldans, la Junta de Sanitat va demanar ajut al capità general. Volien que influís perquè l'hospital donés als pacients les mateixes racions alimentàries que els lliuraria si els tingués internats. Mentrestant, i com a mesura d'urgència, sobretot atenent la gran misèria dels pobres i la por de la propagació de l'epidèmia a altres localitats, la Junta encarregà a Gras i Pastoret l'assistència dels afectats, començant per la utilització dels 20 doblons que ja havien cobrat del capità general.

La Junta de Sanitat es tornà a reunir l'1 de setembre amb l'assistència del doctor Mirarnau. El rei, assabentat de la situació, els havia ordenat que anessin dos o tres metges a Castellldans per tractar els malalts i dictaminar sobre el perill de contagi. La intenció reial era posar en marxa la mateixa assistència que s'havia donat al poble de Vallmoll temps abans. Per altra part, l'intendent Josep Pedrajas, des de Barcelona, els demanava informació sobre els grans que necessitaven Castellldans i els altres pobles de la seva competència, tant pel seu manteniment immediat com per poder dur a terme una sembra regular que permetés collir l'any vinent.

S'acordà atendre aquestes ordres reials i, a més, atès que Castellldans era senyoriu d'Escala Dei, demanar col·laboració al seu prior Matias Massot. Li van manifestar que la causa de les malalties era la profunda misèria dels seus veïns i que mentre esperaven el suport reial ja hi havien contribuït el capità general amb 20 doblons, l'intendent general amb 10 doblons, el senyor bisbe amb 20 quarteres de blat i la ciutat de Lleida i el seu Capítol amb 25 quarteres cadascun. Amb tot això s'havia fet una caixa comuna destinada a subvenir les necessitats dels malalts i convalescents. Sense trigar gaire, el 3 de setembre s'assabentaren que el monestir contribuiria també amb 15 quarteres de blat.

Per tercera vegada, els doctors Antoni Mirarnau i Francesc Paris, acompanyats del metge de Castellldans Jaume Domènech, tornaren a visitar els malalts. El 2 de setembre informaven a l'Ajuntament que les malalties eren gairebé curades i sola-

Apèndix documental

Arxiu Municipal de Lleida: caixa 1557. Junta de Sanitat.

- Primera declaració dels metges del dia 29 de juliol de 1722.

El corregidor Francisco Felipe Chacon Hidalgo, assabentat de l'existència de les malalties de Castellldans, ho va notificar a l'Ajuntament, el qual hi envià dos metges de la ciutat, Francesc Paris i Josep Miranda, perquè amb la col·laboració del metge del poble n'esbrinassin la naturalesa i les causes. La declaració, duta a terme a l'Ajuntament el dia 29 de juliol, és la següent:

"En la ciudad de Lerida Principado de Cataluña a los veinte y nueve dias del mes de julio del año contado del nacimiento de nuestro Señor Jesu Christo de mil setecientos veinte y dos. Ante mi Joseph Bealdu por autoridades Apostolica, y Real notario publico de los del Colegio de dicha ciudad secretario del Muy Ilustre Ayuntamiento de Corregidor, y Regidores de la mesma, paresieron y fueron personalmente constituidos los Doctores en medicina Francisco Paris, y Joseph Miranda vecinos de esta ciudad, quienes en fuerza del juramento por ellos, y por el

otro de ellos prestado a Dios Nuestro Señor y sus santos quatro evangelios en mano y poder de mi dicho, e infrascripto escrivano, y secretario corporalmente tocados, hicieron la relacion siguiente. A saber es: que, en execucion de la orden del Muy Ilustre Ayuntamiento de Corregidor, y Regidores de la ciudad de Lerida, emos passado los infraescriptos medicos, al lugar de Castellldans, para ver, y inquirir la especie y causa de las enfermedades que ay en dicho lugar, con asistencia del medico ordinario de alli; atendiendo a los accidentes que ay en dichas enfermedades: decimos ser calenturas malignas, no pestilentes, ni con tumores, si solo con affliccion del corazon, delirio, pecas, vulgarmente dicha tabardillo, pudiendose en parte decir contagiosas, no entendiendose por contagio, Peste si solo por pegarse, y comunicarse de unos, a otros, como en todos los de una casa, o familia; quedándose solo en la linea de malignas; pues son mas los que escapan que los que mueren; y en dicha consideracion senos manifiestan ser dos las causas de dichas enfermedades; la una, la hambre, la otra la falta de agua: en quanto a la primera el no

haber havido cosecha a, mas de cinco años, no teniendo para mercar carne para los enfermos, ni yelo, que son las cosas que para la curazion de dichas enfermedades son las mas necesarias; y como por la mucha miseria ayan comido cosas de mal sustento, es claro haver de abundar de malos humores, y de aquí las dichas enfermedades; (...)"

- Segona declaració dels metges del 12 d'agost de 1722

Per tal de fer el seguiment de les malalties de Castellldans, l'Ajuntament de Lleida requerí al doctor Francesc Paris que es desplaçés al poble i informés sobre aquestes malalties. Hi va anar acompanyat del canonge Ramon Pastoret i del regidor Francesc de Gras. Va informar el següent:

"En la ciudad de Lerida Principado de Catalunya a los doze dias del mes de Agosto de mil setecientos veinte dos años ante mi Joseph Bealdu por las Auctoridades .. y Real Notario publico y del Collegio de los notarios publicos de dicha ciudad y Secretario del Muy Ilustre Ayuntamiento de Corregidor y Regidores de dicha ciudad de los testigos baxo nombrados pareció y fue personalmente constituido el Dr. en Medicina Francisco Paris vecino de esta ciudad quien mediante el juramento que prestó a Dios Nuestro

Señor y sus Santos quatro Evangelios en manos y poder de mi dicho, e, infrascripto escribano corporalmente toca los hizo la attestación y relación siguientes, a saber es que insiguiendo el orden que se le dio del Muy Ilustre Ayuntamiento de esta ciudad le a coniferido segunda vez al lugar de Castellldans en compania del Cavallero Regidor don Francisco Gras y del Dr. Raymundo Pastoret canonigo de esta Santa Iglesia ambos comissionados de la Junta de Sanidad para esta diligencia a fin de inquirir y ver el estado en que se hallavan los enfermos y enfermedades de aquel lugar y habiéndoles visitado ha encontrado en el veinte ocho enfermos y ocho convalescientes, la mayor parte de dichos enfermos de la constelacion maligna, los otros ahunque de la constelación, pero con accidentes mas remissos, y ahunque continuan dichas enfermedades no mueren a Dios gracias enfermos. Y habiéndole juntamente pedido dijese su sentir respeto de conducir los enfermos de aquel lugar al Hospital de esta ciudad, dize que es inconveniente peligroso; es inconveniente por ser una casa el Hospital de esta ciudad, y en el Hospital del Rey por no haver capacidad para estar hombres y mujeres; peligroso porque siendo aquellas enfermedades epidemicas, y el tiempo de los caniculares tan extremado en calores, habiendo comunmente mas enfermos en esta ciudad por este tiempo podria temerse que llevando los enfermos de alla se introdujesse en esta ciudad aquella epidemica constelación. De todo lo que fui requerido llevara acto publico siendo presentes por testigos Joseph Graselles escribiente y Joseph Espallargues negociante ambos de Lerida a esto llamados."

-Tercera declaració dels metges del 2 de setembre de 1722

Els metges Antoni Mirarnau i Francesc Paris, acompanyats del canonge Ramon Pastoret i el regidor Francesc de Gras, van anar a Castellldans requerits pel corregidor, l'Ajuntament i la Junta de Sanitat, amb la finalitat d'informar-se de l'estat de les malalties epidèmiques dels seus veïns. Van declarar el següent:

"Sea a todos manifiesto que en la ciudad de Lerida Principado de Cataluña a los dos dias del mes de setiembre de 1722 años ante el substituto del escrivano y secretario del Muy Ilustre Ayuntamiento de Corregidor y Regidores de dicha ciudad infrascripto y de los testigos baxo nombrados parecieron y fueron personalmente constituidos los Doctores en Medicina Antonio Mirarnau y Francisco Paris ciudadanos honrados de esta ciudad. Quienes en fuerza del juramento por ellos y por el otro de ellos prestado a Dios Nuestro Señor y sus Santos Quatro Evangelios en manos poder de

dicho substituto corporalmente tocados hicieron la relacion siguiente; a saber es que en cumplimiento de la orden con que se hallan de dichos Muy Ilustres Señores Corregidor y Regidores y Junta de Sanidad de esta ciudad de Lerida han passado los referidos medicos acompañados del cavallero regidor don Francisco Gras y del Ilustre Dr. Raymundo Pastoret canonigo de esta Santa Iglesia ambos comissarios de dicha Junta de Sanidad al lugar de Castellldans a fin de informarse y ver el estado en que se hallavan las enfermedades que padecian epidemicas los moradores de aquel lugar; y habiendo visitado los enfermos con intervenció del doctor Jayme Domènech medico ordinario de dicho lugar han visto ser casi totalmente extinguida la constelacion de las enfermedades havia en aquel pueblo quedando solamente los mas convalescientes cuya sessacion de enfermedades atribuyen y se deve atribuir al haverse dado el remedio a la causa universal que las fomentava y producía que era la falta de alimentos; viéndose que sobre ser las enfermedades muchas se van atacando con el socorro de alimentos que se les ha suministrado y subministra con el cuidado y zelo del Sr. D. Phelipe Francisco Chacon Hidalgo Comandante de esta Plaza y de dicha Junta de Sanidad; y si bien lo furioso de las enfermedades se halla remediado por quedar los que han estado enfermos y los convalescientes con la rahiz de la mala disposición antecedente y perseverar la summa miseria y necesidad como antes y ser el otonyo en estos parajes el tiempo en que ay mas enfermedades para asegurar las presentes y precaver las futuras que por la dicha mala disposición pueden suceder a dicho pueblo juzgan y disen ser tan necesarios los alimentos ahora como en tiempo de las mismas enfermedades porque a mas de que es la mesma la orden en que precaven las enfermedades que la que las curan ven en los Autores que de una epidemia particular de un pueblo ha sucedido un contagio universal en una provincia, o, Reyno y como en el Urgel exista una causa universal como la miseria summa para evitar el danyo en los demas pueblos se deve atacar y remediar el pueblo en quien ha havido epidemicas enfermedades como el de Castellldans para que desta suerte se evite la comunicacion a otros pueblos. Siendo así que ay algun pueblo que las padecen como el de Termens en el qual se hallan muchos enfermos. De todo lo que fue dicho substituto requerido llevara aucto publico como lo hizo en dicha ciudad presentes siendo Joseph Gracelles escriviente que como ha substituto del escrivano y secretario infrascripto a esta relacion intervino y por testigos Francisco



Castellldans (gravat del segle XVII)



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

ment restaven els convalescents gràcies a l'alimentació prescrita. Però encara no es podia donar per resolt el problema, ja que els que havien estat malalts i els convalescents encara podien seguir essent perillosos pel fet de restar en ells "la rahiz de la mala disposició antecedente". Per altra part, perseverava la gran misèria a l'Urgell, i a Tèrmens hi havia molts malalts. A més, la tardor era època en què les malalties solien incidir especialment en aquells paratges. Per tot això consideraven que la correcta alimentació s'havia de seguir mantenint. Al seu parer, era l'únic mitjà de tractament i prevenció de l'epidèmia. Per últim, com se solia fer en els informes pericials de l'època, reforçaren la seva opinió amb criteris dels autors -que de fet no havien canviat des del temps de Jaume d'Agramunt-, segons els quals d'una epidèmia particular d'un poble pot esdevenir-ne un contagi universal en una província i fins i tot en un regne.

L'esmentat Jaume Domènech era fill del metge de les Borges Bernat Domènech. A més, s'havia casat a Lleida el 1697, precisament amb la filla del Dr. Francesc Paris, Brigida. Sabem també que tenia casa a les Borges, on va morir el 1756 als 78 anys. El seu fill hereu, Bernat, continuà la nissaga mèdica en la mateixa població, on va morir el 1762 als 51 anys. I la seva filla, Úrsula, el 1745 residia a Puigverd, lloc on estava casada amb el batxiller en medicina Jacinto Sentis, probablement fill del doctor en medicina de la vila d'Alfés, Gabriel Sentis.

Castelldans, però, no va ser l'únic lloc on va exercir. Si bé l'estiu de 1722, com veiem, atenia els malalts d'aquest poble, el 30 de gener del mateix any el trobem a les Borges, població on va rebre un escrit del protometge de Catalunya, el Dr. Francisco Sanpera, en què li comunicava que el cirurgià de les Borges Anton Basques, al qual havia examinat i aprovat de mestre cirurgià, no havia pagat els drets d'examen -tres rals de vuit, quatre sous i tres diners-. En la mateixa carta l'autoritza a cobrar-los oficialment en nom seu, mandat que complí davant notari a la botiga de l'apotecari Geroni Boleda⁶.

A Puigverd, localitat veïna de Castelldans i com veiem també relacionada amb els Domènech, no hem trobat cap rastre d'epidèmia. En el període 1698-1733 hi hagué una mitjana de 5 morts anuals, tot i que cal destacar l'any 1706, 22 òbits, i el 1726, amb 17. En canvi, el 1722 solament van morir dues persones: un infant, al gener, i una dona, al desembre. Al voltant de 1722 hi van exercir tres cirurgians: Joan Solé (1719), natural de Tudela; Joseph Salut (1721); i Pere Farré (1719), oriünd de Blancafort (arquebisbat d'Ager), el qual morí a Puigverd el 8 d'octubre de 1731⁷.

Tampoc a Torregrossa, poble proper als anteriors, no hi hagué cap moviment obituari sospitós d'epidèmia. La mitjana de mortalitat en el període 1719-1726 va ser de 8 òbits anuals, i el 1722 es complí exactament aquesta xifra, ja que es va morir 1 dona i 7 infants. En aquesta època la localitat estava atesa per dos cirurgians: Diego Segarra (1721), segurament procedent de Vimodri; i Nicolau Batlle (1720).⁸

A Tèrmens, però, lloc més allunyat del focus inicial de Castelldans, hi hagué molts malalts l'estiu de 1722. El seu rector i el metge van informar a la Junta de Sanitat que eren 10 les cases pobres de solemnitat i més de 70 els malalts. Es decidí donar-los suport i també demanar socors a l'Ajuntament de Balaguer, atesa la seva proximitat geogràfica. Però el 16 de setembre, els balaguerins els responien que amb el pròxim canvi estacional esperaven l'apaivagament de les malalties, sobretot tenint en compte que no eren mortals i anaven disminuint. Malgrat això, s'oferien a contribuir si les coses can-

viaven de signe, tot i estar en molt mal moment econòmic.

Un fet puntual va fer que el rector d'aquesta localitat s'enfadés i comunicés a la Junta que no calia l'aportació de més ajuda per a les 10 famílies necessitades. Es veu que al poble hi hagué queixes perquè a l'hora de repartir les 12 lliures carnisseres de carn (equivalents a 14,40 kg), les 60 lliures de pa (equivalents a 24 kg) i els 10 sous per comprar el vi que havien rebut per al consum de dos dies, no es donava a tots el mateix. Això va anar molt bé a la Junta, que disposava de molt poc fons. Tant és així que el 21 de setembre decidí centrar l'ajut exclusivament als pobres del Cogul, "lugar de monte sin cosecha de muchos años a esta parte". A més, a Tèrmens en aquell temps estaven recollint la collita d'arròs i canem.

Conclusió. Amb totes aquestes aportacions documentals que acabem de relatar, ens queda clar que les malalties que van afectar, entre altres, els pobles de Castelldans, el Cogul i Tèrmens l'estiu de 1722, no corresponien a la tan temuda pesta bubònica d'altres temps. Aquest fet ja el van observar, des de bon principi, els metges de l'època encarregats d'estudiar-les amb la màxima diligència. Atenent el diagnòstic que van fer, es tractava d'afeccions febrils contagioses i no mortals, amb manifestacions cutànies exantemàtiques -*pigues*, segons els doctors Paris i Miranda-, vulgarment anomenades *tabardillo*, ja que consideraven l'erupció de petites taques que cobrien tot el cos com un tabard, en el sentit etimològic de la paraula.

El *tabardillo*, o febre *punticular*, va ser considerat pels metges del segle XVI com una malaltia de nova aparició. Precisament, l'epidèmia que va provocar la dispersió dels moriscs del regne de Granada va donar lloc a diversos treballs sobre el tema l'any 1574⁹. En tenim com a exemples significatius, entre altres, el *De morbo pustulato, sive vulgo tabardillo* (1574) del metge navarrès Alfonso López de Corella, i l'*Ad febrem epidemicam seu punticularem* de Luis de Toro¹⁰.

La descripció clínica que van fer els metges, i tenint en compte l'època de fam i misèria en què van succeir les malalties, ens inclina a pensar que podria tractar-se d'una varietat de tifus exantemàtic atenuat. Per altra part, el fet d'haver-se produït a l'estiu i no haver comportat un augment de la mortalitat, ens permet excloure amb tota seguretat el tifus exantemàtic epidèmic o històric i enquadrar les afeccions dins el cercle conceptual del tifus murí -rickettsiosi transmesa per la puça de la rata-; o bé, amb menys probabilitat, de la febre botonosa mediterrània o rickettsiosi transmesa per les paparres del gos.

NOTES I ARXIS CONSULTATS

Arxiu Municipal de Lleida: caixa 1557. Junta de Sanitat.

(1) ARRANZ I HERRERO, M.: Epidèmies i crisis agràries a la Catalunya Nova en els decennis de 1720: l'actitud de les autoritats borbòniques. Aplec de Treballs núm. 7 del Centre d'Estudis de la Conca de Barberà. 1985. Pàg. 193-216.

(2) LUIS S. GRANJEL: La medicina española del siglo XVIII. Ediciones de la Universidad de Salamanca. 1979. Pàg. 105.

(3) La Junta de Sanitat de Lleida estava formada pel corregidor o el seu tinent, dos regidors de l'ajuntament, dos canonges, i altres individus cavallers i del poble senzill.

(4) Francesc Paris i Gispert era fill del catedràtic de Prima de Medicina de Lleida, Francesc Paris (procedent del Doncell i mort el 22 de maig de 1695), i exercia segurament al carrer Major, on va morir el 2 de desembre de 1731 a l'edat de 46 o 47 anys. Josep Miranda i Gispert era fill del també metge de Lleida Josep Miranda (procedent de Barbastro), i va morir a la seva casa de la plaça de Sant Joan el 16 de desembre de 1771 als 85 anys.

(5) Arxiu Parroquial d'Aspa: Llibre de Quinque llibri. Òbits, 1639-1729.

(6) Arxiu Parroquial de les Borges. Llibre d'òbits.

(7) Arxiu Parroquial de Puigverd. Llibre de Quinque llibri. Òbits 1697-1760.

(8) Arxiu Parroquial de Torregrossa. Llibre de Quinque Llibri, 1638-1728.

(9) LUIS S. GRANJEL: La medicina española renacentista. Ediciones Universidad de Salamanca. 1980. Pàg. 209.

(10) CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: Els llibres de les biblioteques de metges i cirurgians catalans antics. Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència. 1999 (**). Vol. XXXII.

SERVEIS D'ASSEGURANCES

Assegurances d'automòbil

L'assegurança òptima per al vehicle del metge, amb cobertures especials i les màximes bonificacions

- MediMotor
- MediMotor Jove

Atenció a sinistres

Amb professionalitat derivada de l'especialització, per estar sempre al costat del metge

Assessorament integral

Oferint les assegurances més adaptades a les necessitats dels col·legiats, amb la confiança i la seguretat de les millors companyies

- MediLlar
- MediVida Sana
- MediBàsic Vida
- MediRisc
- MediConsulta
- MediBaixa Integral
- MediServei Salut
- Invalidesa MMCB
- Orfenesa MMCB
- Vida Estalvi MMCB
- Jubilació MMCB
- MEL

SERVEIS FINANCERS

Serveis bancaris

El servei financer que ofereix productes bancaris adaptats a les necessitats del col·lectiu mèdic, amb la garantia d'obtenir un assessorament professional, de confiança i amb la màxima seguretat.

- Operacions bancàries
- Crèdits i préstecs
- Préstecs hipotecaris
- Productes d'estalvi i inversió
- Plans de Pensions
- Servei financerofiscal

Agència de valors

El servei d'inversió que dona accés, a col·legiats i familiars, als mercats financers nacionals i internacionals, oferint un assessorament integral per a l'optimització de les seves inversions i la millor rendibilitat dels seus estalvis.

- Gestió de fons d'inversió de renda fixa, mixta i variable
- Intermediació d'operacions de borsa
- Custòdia i dipòsit de títols i valors

Sol·liciteu informació

Telèfon 973 27 08 11

Rambla d'Aragó, 14 -Pral. 25002 Lleida

Malalties biològiques o problemes psicosocials?

Dr. Josep Pifarré Paredero · *Psiquiatre*

"Sempre havia pensat que les depressions venien de problemes o d'una manera negativa de veure el món, fins que jo mateix vaig patir-ne una i no me'n vaig sortir fins que vaig prendre antidepressius".

Frases com aquesta se senten freqüentment en les consultes de psiquiatria i també en atenció primària. I és des d'aquí, des de la perspectiva clínica, des d'on encetarem el debat tan antic com la medicina sobre l'origen i el tractament dels trastorns mentals i del comportament.

A partir de les visions de malalts, com el de l'exemple anterior, hom pot tenir la temptació de pensar que darrere el sofriment psíquic hi ha sempre una base biològica susceptible de ser tractada amb teràpies farmacològiques, i que, per aquells trastorns en què s'indica un tractament psicològic o ambiental, es fa únicament per la manca actual de tractament farmacològic totalment eficaç. Es poden trobar fàcilment exemples refutadors d'aquesta visió com, per exemple, els tractaments que es feien als pacients tuberculosos fa uns 100 anys. Realment, una base biològica hi és sempre, però no ha de ser sempre l'única.

Per altra banda, alguns pacients ens diuen frases com aquesta:

"Estava tip de prendre antidepressius i la meua tristesa no desapareixia. Aleshores vaig tenir un nét i aquest petit, de cop, va fer desaparèixer la depressió que des de feia tants anys que arrossegava."

A partir de visitar aquest tipus de pacients, la visió que ens evoquen és totalment diferent, de manera que podem caure en el parany de pensar que tots els trastorns mentals no són malalties cerebrals, sinó que són només seqüeles psicològiques, o bé de problemes de la vida, o bé visions de la realitat deformades per la manera de ser d'un, les quals provoquen un patiment psíquic. De la mateixa manera que en el punt anterior, probablement, totes les malalties tinguin també un component psicològic molt important en la seva base. El que passa és que aquest component per si sol tampoc no explica tota la realitat.

El fet de tenir una visió o una altra durant la nostra carrera professional vindrà donat probablement per una

conjunció entre la nostra formació i les preferències prèvies, que es modulen de manera molt important per la tipologia predominant que observem en els nostres pacients. Com més pacients vegem d'un tipus, més preponderància donarem a la base pertinent. I moltes vegades, el fet de veure un tipus o un altre de pacients dependrà del nostre lloc de treball, amb més rellevància (però no exclusivitat) del grup biològic en les unitats d'hospitalització, i una presència important del grup psicosocial (però tampoc, ni de bon tros, exclusiu, sinó sobreafegit al grup biològic) en les consultes ambulatories i en atenció primària. De totes formes, en la majoria dels casos ens trobarem pacients que presenten els dos components, ara bé, amb un predomini diferent

◆ **Les malalties tenen base orgànica i repercussions psicològiques i socials**

◆ **Comencem a comprendre la fisiopatologia de molts trastorns mentals i del comportament**

◆ **Així, s'obren actualment noves vies terapèutiques i preventives**

entre l'un i l'altre.

I és que des d'una perspectiva clínica no han d'existir els dualismes cos-ànima, cervell-ment, malaltia orgànica-psicològica ni d'altres de similars. Qualsevol malaltia té una base orgànica i també té unes repercussions, sinó causes, psicològiques i socials. Per tant, qualsevol abordatge des d'una visió única (tant biològica com psicològica) serà deficitari, ja que no estarem tractant la globalitat de la persona amb el seu patiment. I sempre, tenint en compte les nostres limitacions com a professionals de la salut, ja que, més que curar, els metges el que fem és acompanyar la persona en la seva lluita per la salut perduda, entesa aquesta (tal com ho accepta l'OMS) com un estat de benestar físic, psíquic i social.

La medicina és a la vegada ciència i art, i una perspectiva només científica no és realment útil des d'un enfocament clínic, ja que no tractem malalties sinó malalts. En aquest punt, els metges tornem a adonar-nos de la importància dels aspectes psicològics i socials en la gènesi i el manteniment de les malalties.

En salut mental tenim una situació més complexa, per dues raons:

Primera, pels trastorns mateixos que tractem, ja que un mateix símptoma (per exemple, estat d'ànim depressiu) pot tenir causes tant biològiques com psicològiques i socials, i serà realment difícil (si bé imprescindible de cara al disseny del tractament més adequat) delimitar la contribució precisa de cada una de les causes en cada pacient individual.

Segona, durant molts anys la psiquiatria ha anat a la cua del coneixement de les causes biològiques de les seves malalties, amb les consegüents limitacions fisiopatològiques i terapèutiques que això comporta. Aquest fet, en canvi, ens dona l'avantatge de no haver perdut mai la perspectiva psicosocial que acompanya i modula tot procés morbós, ja que, durant molt de temps, ni la fisiopatologia de la majoria dels trastorns mentals ha estat gaire coneguda, ni els tractaments biològics que hem tingut no han estat tot l'eficaços que haguéssim volgut.

En canvi, la situació actual està canviant molt i molt ràpid. Vivim una revolució de les neurociències i, a poc a poc, comencem a comprendre la fisiopatologia de molts trastorns mentals i del comportament, s'obren així noves vies terapèutiques i preventives. Serà la nostra tasca, com a professionals de la salut mental d'aquest moment històric, no perdre aquesta oportunitat i no caure de nou en reduccionismes gens útils en la tasca mèdica diària (ententent com a visions reduccionistes tant les purament biològiques com les purament psicològiques i psicosocials). I és que, com ben bé deia Lazarus (un conegut psicòleg):

"Si bé un científic no es pot permetre ésser eclèctic, el clínic no es pot per-

Shareware, avaluar el producte abans de comprar-lo

La primera vegada que sents la paraula *shareware* no t'acabes de creure que les empreses ofereixin el seu producte perquè el puguis avaluar abans de comprar-lo. Però, és així. Hi ha un gran nombre d'empreses que desitgen que l'usuari provi lliurement el seu producte durant un període suficientment llarg de temps, perquè pugui estar segur del valor de la seva compra.

El moviment *Share* es remunta al 1981, quan els programadors van començar a cercar nous camins de distribució per als seus treballs. Amb l'arribada de les noves tecnologies que permeten el pagament amb les targetes de crèdit i l'expansió o, millor dit, la popularització d'Internet, el *Share* s'arrela definitivament.

Podríem definir *shareware* (*Share*) per "provar abans de comprar" per no invertir en un producte que, després de comprar-lo, descobrim que no compleix les expectatives per les quals

vam decidir adquirir-lo.

El món del *Share* és quasi una filosofia, una presentació pública dels programes de la manera més honesta i transparent possible. O sigui, deixar que el client provi el producte abans de desembutxacar els diners. Si el client no hi està d'acord, desinstal·la el producte, ja que la majoria de productes de *Share* inclouen l'opció d'eliminar el programa completament del disc dur.

En el mercat habitual, els usuaris compren els productes sense haver-los pogut avaluar i, com a màxim, induïts per les opinions de revistes especialitzades. També és possible que el programa compleixi els requisits necessaris, però que sigui d'una extrema complexitat i l'usuari no es trobi capacitat per emprar-lo.

No tenim estadístiques de les persones que descarreguen programes de *Share*, i que després es registren, però sembla que es mouen entre un 2 i un 50 %. El fet



El món del Share presenta els programes de manera honesta

que grans companyies, com Microsoft o Netscape, hagin a més la utilitat d'aquests programes dona una idea de la seva importància.

Bé, imaginem que ja disposem d'aquest programa. Transcorregut un període de temps, que acostuma

ser d'entre 15 i 45 dies, el programa ens recordarà que s'acaba el temps de prova i que hem de registrar-nos. Cada programa es comportarà d'una manera diferent:

-Deixarà de funcionar o

PASSA A LA P. SEGÜENT



Hi ha tot tipus de programes i utilitats en el share (correu, entreteniments, programes específics)

VE DE LA P. ANTERIOR

no s'engegarà la pròpera vegada que l'executem.
 -Seguirà funcionant, però inclourà banners publicitaris.
 -Seguirà treballant, però perdrà determinades capacitats, normalment les opcions de guardar o imprimir.
 -S'obriran finestres contínuament, que haurem de tancar i que ens incomodaran mentre treballem, per exemple WinZip.
 -Continuarà funcionant perfectament, si els programadors confien en la bona

fe de l'usuari. És el cas del chat mIRC o de Thumbs Plus.
 Hi ha programes de Share per a tots els sistemes operatius i per a totes les versions (Windows, Macintosh, Linux). Però, com que el PC i el sistema Windows són els més utilitzats, aquí donarem adreces i programes per a Windows (95, 98, NT i 2000).
 En el Share, hi ha tot tipus de programes i utilitats. A qualsevol de les pàgines podem descarregar ("baixar") els programes o les aplicacions que més ens interessin, correu, entreteni-

ment (jocs d'acció, de taula, solitaris etc.), programes per a meteorologia, motors de cerca, ofimàtica, rellotges i sincronitzadors, salvapantalles, temes d'escriptori, navegadors, antivirals, aplicacions de seguretat, so i MP3, i un llarg etc.
 Algunes de les múltiples URL de Share són:
<http://www.softcatala.org>
<http://www.tucows.com>
<http://www.albets.com>
<http://www.apcug.org>
<http://www.cadalog.com>
<http://www.download.com>
<http://www.cnet.com>
<http://shareware.com>
<http://www.downlinx.com>

<http://downloadplanet.net>
<http://www.jumbo.com>
 I algunes de molt interessants de FREE:
<http://todogratias.com>
<http://mundogratias.galeon.com>
<http://www.hormiga.org>
<http://www.abcdatos.com>
<http://recurso.virtualave.net>
<http://www.donfreeware.com>
<http://www.programas.com>
<http://freewarefiles.com>
 Podeu entrar a qualsevol cercador nacional, internacional o metabuscador i posar programes gratis, o gratis o freeware, i quedareu sorpresos de l'oferta.

Dr. Joan Flores González



Hi ha programes de share per a tots els sistemes operatius i per a totes les versions (Windows, Macintosh, Linux)

Lliurament del Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari

L'acte de lliurament del II Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari va celebrar-se el 26 de febrer passat al Teatre Principal de Lleida abans de la representació de l'obra *Mort accidental d'un anarquista*, de Dario Fo, que patrocinava el Col·legi Oficial de Metges de Lleida.

El president del col·legi, Dr. Xavier Rodamilans, va iniciar l'acte tot assenyalant l'especial il·lusió amb què el COML organitza aquest premi. Un premi que "més que ser del Col·legi és de tots els metges i metgesses de Lleida", va dir. Tot seguit, la Dra. Rosa Pérez va llegir l'acta de la Junta de Govern que acordava distribuir l'import del premi -el 0,7% del pressupost



D'esquerra a dreta, els Drs. Figueruela, Viñas, Rodamilans i Astudillo i la Sra. Solà



laboratorio de análisis
DR. ECHEVARNE

Laboratori: Príncep de Viana, 70-72 baixos
 25008 LLEIDA
 Tel. 973 010 000

Horari d'atenció al públic:
 de dilluns a divendres, de 7.30 h a 19.30 h
 dissabtes de 8.30 h a 13.00 h

Clínica Montserrat: Bisbe Torres, 13 • 25002 LLEIDA
 Tel. 973 266 300

Horari d'atenció al públic:
 de dilluns a divendres, de 8.30 h a 11.00 h
 dissabtes de 7.30 h a 8.30 h



www.echevarne.com
 informacion@echevarne.com

Unim esforços per multiplicar resultats.

col·legial- entre les ONG que havien quedat finalistes en l'anterior edició.

El Dr. Emilià Astudillo va recollir el premi que corresponia a Creu Roja de Lleida, el Dr. Rafael Ferreruela el de Proyecto Visión, la senyora Montse Solà Fornons el de l'ONGD Entrepobles i el Dr. Joan Viñas el de l'Associació Antisida de Lleida. El Dr. Ferreruela, en nom de la resta de representants de les organitzacions humanitàries i en el seu propi, va agrair l'atorgament d'a-

quest premi.

El COML autoritzat a presentar per via telemàtica l'IRPF, l'IVA i l'impost de societats

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida podrà presentar per via telemàtica les declaracions de l'IRPF, l'IVA i l'impost de societats dels col·legiats i col·legiades, d'acord amb el conveni de col·laboració que sig-

narà properament amb l'Agència Estatal d'Administració Tributària. Es tracta del primer conveni d'aquest tipus que formalitzarà a l'Estat espanyol l'Agència Tributària amb una entitat professional.

L'Agència Tributària autoritzarà el COML a presentar telemàticament les esmentades declaracions i comunicacions dels metges i metgesses que expressin prèviament la voluntat de ser representats pel Col·legi en aquest tema. A més, l'Agència proporcionarà assistència tècnica al Col·legi per instal·lar en el navegador el certificat d'usuari X.509.V3, que expedirà la Fàbrica Nacional de Moneda y Timbre-Real Casa de la Moneda, i que és imprescindible per a la presentació telemàtica de les declaracions impositives.

El conveni tindrà una any de vigència des de la data de signatura i es prorrogarà si les dues parts hi estan d'acord.

La Facultat de Lleida, líder en la formació per competències

La formació basada en competències constitueix un nou model d'enfocament dels plans d'estudis, que planteja l'organització de les assignatures d'acord amb l'obtenció d'unes competències o capacitats terminals que s'estableixen a partir de la valoració de les tasques que el llicenciat haurà de dur a terme d'una forma correcta -competent- en iniciar la seva activitat laboral (que generalment consisteix en l'actuació com a resident en un centre sanitari).

La Facultat de Lleida actualment es troba en fase de reorientació dels estudis a partir de la planificació estratègica i l'elaboració d'un Pla d'Estudis innovador. Com a base per a la selecció dels continguts curriculars, una comissió del centre (formada pels professors Esquerda, Porcel, Pena i Viñas) està elaborant a partir de diver-

sos documents de recomanacions d'àmbit internacional i de l'estudi de la realitat propera, una llista de competències que posteriorment serà revisada i valorada per representants d'altres institucions de l'àmbit mèdic i sanitari local. Aquest document constituirà la definició del perfil professional del llicenciat a la nostra Facultat i servirà de base per a l'elaboració dels programes docents.

La de Lleida és també una de les set facultats escollides per l'AMSE (Associació Europea de Facultats de Medicina, també coneguda per Conferència Europea de Degans de Medicina) per participar en l'elaboració d'una llista conjunta de competències terminals que serveixi com a guia per harmonitzar la formació mèdica a Europa a partir de les característiques competencials dels llicenciats, dintre de l'esperit d'homologació europea de titulacions de la Declaració de Bolonya.

A més, la Facultat de Lleida forma part del grup pilot de 12 facultats d'arreu del món seleccionades pel IIME (International Institute for Medical Education) per valorar una llista de criteris per a l'elaboració de competències terminals a les facultats de medicina de tot el món, en un estudi finançat pel ECFMG (Educational Committee for Foreign Medical Graduates, l'organisme de l'Administració americana encarregat de seleccionar la qualitat dels graduats estrangers que van a treballar com a metges als Estats Units).

La Facultat a la Càtedra Unesco de Bioètica

La Facultat de Medicina de Lleida és una de les poques de l'Estat espanyol que ofereixen, des de l'any 93, estudis de bioètica en el seu currículum obligatori de pregrau. Per aquesta raó, a través del professor responsable d'aquests estudis, el Dr. Joan Viñas, màster en bioètica, s'ha integrat en la reunió funda-

cional, que va tenir lloc a Heilat (Israel), a la càtedra Unesco de bioètica. Aquesta és una iniciativa per potenciar i fixar criteris sobre la docència en aquest àmbit a les facultats de medicina del món.

La Fundació Josep Carreras ha localitzat donant compatible per a 1.000 pacients en espera d'un trasplantament

La Fundació Internacional Josep Carreras va crear el REDMO (Registre de Donants de Medul·la Ossia) amb l'objectiu d'aconseguir que "cap pacient de leucèmia quedés sense una possibilitat de curació per no disposar d'un donant familiar compatible". El REDMO compta actualment amb 44.414 donants de medul·la voluntaris registrats, dels quals gairebé 40.000 ja estan tipificats i estan disponibles per a aquells malalts que necessitin un trasplantament de medul·la ossia. Catalunya, amb 6.771 donants de medul·la registrats, 442 dels quals són lleidatans, és una de les comunitats de l'Estat amb més alt índex de donacions per nombre d'habitants.

Només el 25-30% dels pacients de leucèmia i malalties similars en espera d'un trasplantament de medul·la ossia disposen d'un donant familiar compatible. En la resta dels casos s'ha de recórrer a un trasplantament de la pròpia medul·la o a la recerca d'un donant no familiar compatible. A l'Estat espanyol, la recerca de donants compatibles de medul·la ossia porta a terme la Fundació Josep Carreras -mitjançant el REDMO- de manera gratuïta.

L'any 1989 es va fer el primer trasplantament de sang de cordó umbilical a l'Estat espanyol. Des d'aleshores s'ha consolidat com una alternativa possible al trasplantament de medul·la ossia. Els avantat-

ges d'aquest tipus de trasplantament és la menor exigència de compatibilitat, la qual cosa facilita la recerca d'un donant compatible, la menor capacitat de les cèl·lules d'induir la malaltia "empelt contra hoste" i la disponibilitat immediata de les cèl·lules a trasplantar, ja que resten emmagatzemades als bancs de cordó. El trasplantament de sang de cordó umbilical està especialment indicat per a malalts pediàtrics i joves de menys de 40 kg de pes. El REDMO és l'entitat oficialment encarregada a l'Estat espanyol de realitzar les recerques de sang de cordó umbilical, paral·lelament a les de medul·la ossia.

L'Estat espanyol, amb gairebé 10.700 unitats de sang de cordó emmagatzemades, és el primer d'Europa i el segon del món, al darrere dels Estats Units, en nombre total d'unitats emmagatzemades.

El REDMO té també accés als més de 7,5 milions de donants existents al món. Gràcies a la solidaritat internacional, el REDMO ha localitzat des de la seva creació l'any 1991 donants compatibles per a 1.000 pacients, 193 dels quals es van localitzar el passat any 2001.

Celebració a Lleida de les Jornades de Socidrogalcohol

Les XXIX Jornades Nacionals de Socidrogalcohol se celebraran al Palau de Vidre de Lleida els dies 18, 19 i 20 del mes d'abril vinent. Aquestes jornades estan organitzades per la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanias amb la col·laboració del COML.

Per a més informació, cal adreçar-se a la secretaria tècnica de les jornades: tel. 973 271 162 a/e: ipcongress@menta.net

Programa

Dijous, 18

10.30 hores:
· Saló de Congressos: Cocaïna i alcohol, de l'epidemiologia al tractament. Moderador: Josep M. Suelves.
Ponents: Marta Miguel, Miguel A. Torres, Marta Torrens i Magí Farré.
· Saló Segrià: Repercussió sociosanitària del tabaquisme i el seu tractament. Moderador: Francesc Abella.

Ponents: Jaume Roig, Antonio García i Cristina Martínez.
12.30 hores:
· Saló de Congressos: Urgències relacionades amb la cocaïna. Moderadora: Montse Pujol.

Ponents: Teresa Brugal, Julián Vicente, Gregorio Barrio i Luís Pintor Pérez.
· Saló Segrià: Programes d'agonistes opiacis. Moderadora: Maite Utgés.

Ponents: Pilar Duró, Joan Colom i Miguel Marset.
16.00 hores:

· Saló de Congressos: Programes de disminució de danys derivats del consum d'alcohol en joves. Moderadora: Alicia Rodríguez-Martos.

Ponents: Ann Hope, Mark Bellis i Nieves Herrero.
· Saló Segrià: Percepcions socials d'hàbits tòxics. Moderadora: Pilar Polo.
Ponents: Carles Feixa, Xavier Majó i Francisco Alvira.

17.30 hores:
· Saló de Congressos (sessió plenària): Consum de substàncies en la vida recreativa, riscos i prevenció. Moderador: Miguel Sánchez.

Ponents: Amador Calafat, Josep Rovira i Fernando Conde.
19.00 hores: assemblea.

Divendres, 19
09.30 hores:
· Saló de Congressos: Avenços del tractament de les politoxicomanies. Moderador: Josep Pifarré.

Ponents: Miquel Casas, Francisco Pascual i Lluís San.

· Saló Segrià: Drogues i medi penitenciari. Moderador: Miguel Álva-

rez.
Ponents: Mercedes Sánchez, Santiago Rincón, Josefa Blanch i Cesáreo Fernández.

11.30 hores:
· Saló de Congressos (sessió plenària): Tendències europees respecte al consum d'alcohol en els joves. Respostes institucionals. Moderador: Antoni Gual.

Ponents: Emiliano Martín, Ceas Goos.

13.00 hores: simpòsium.
16.00 hores:
· Saló de Congressos: Tractaments de baix lliandratge en l'alcoholisme. Moderador: Xavier Samper.

Ponents: Enric Batlle, Presentación Pineda i Pedro Cuadrado.

· Saló Segrià: Aspectes legals en drogodependència. Moderador: Jesús Gasque.

Ponents: Dolores Serrat, M^a Celia Medina, Valentín de Antonio i Leonor Piña.
17.30 hores:

· Saló de Congressos: Alcohol i atenció primària. Moderador: Julio Babes.

Ponents: Joan Colom, Bartolomé Pérez i Rodrigo Córdoba.

· Saló Segrià: Ús i abús de substàncies: del plaer a les complicacions. Moderadora: M^a Jesús Saura.
Ponents: Jaume Funes, Elisardo Becona i César Pereiro.

Dissabte, 20
09.00 hores:
· Saló de Congressos: Ponència de comunicacions. Pòsters.

· Saló Segrià: Simpòsium.
10.30 hores:
· Saló de Congressos: Addiccions i dones. Moderadora: Isabel Irigoyen.

Ponents: Juan José Llopis, Leandro Palacios, Paolo Stocco i Mary-Pepa García Mas.

· Saló Segrià: Evidències científiques de l'efectivitat de les tècniques de motivació. Moderador: Andrés

Moviment col·legial

Altes

Victor José Yuste Mateos, nou Leticia Inés Pascual Pacheco, nova Silvia García Sánchez, nova Àngela Morant Solé, nova Jorge Pons Dolset, nou Reis Drudis Morell, de Barcelona Pedro Leandro Fernández Cabrera, de Barcelona Maria Pilar Acin Pérez, de Jaén

José Sangrà Mateu, de Barcelona Santos Enrique Pérez Pozo, de Madrid Pedro Miguel Hernández Pestre, de Tarragona Nafez Zein-Hasan Abed-Isa, de Madrid

Baixes

Emilio Moreno Rodríguez, per defunció

Canvis de situació

Luis Angel Gavela Fernández passa a col·legiat honorífic Josep Pifarré Barqué, passa a col·legiat honorífic

Comiat a Josep Maria Rosell Masip, un gran col·laborador

Josep Maria Rosell Masip, empleat del Col·legi des de l'abril de 1962 de manera ininterrompuda, ens va deixar el 22 de febrer a l'edat de 53 anys. Josep Maria va ingressar al Col·legi als 14 anys i era el responsable de l'assessoria fiscal.

Si s'ha de destacar algun aspecte seria la seva dedicació incondicional a les tasques col·legials en tots els seus vessants, de vegades sense tenir en compte el seu horari laboral. Era un gran conxedor del caràcter de la classe mèdica i un



gran comunicador, capaç d'infondre confiança i serenar al col·legiat en qualsevol aspecte professional o personal que se li plantejés. El seu bon tracte com a persona i la seva discreció no ens poden deixar indiferents als que hem tingut la sort de tenir-lo a la vora i de conèixer i treballar amb ell. Descansi en pau.

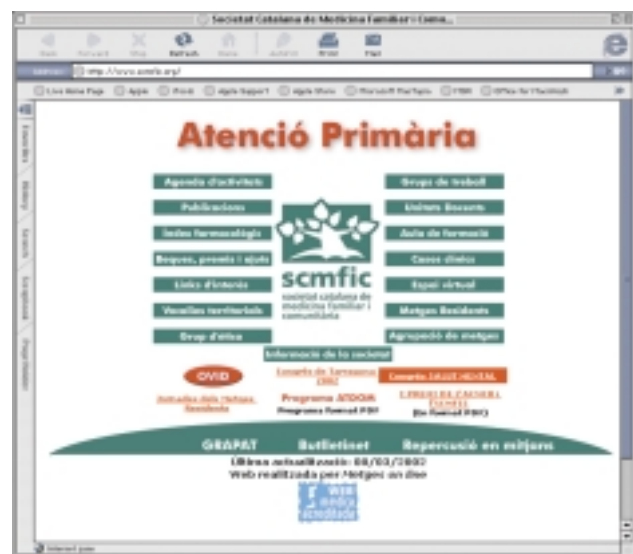
NOTÍCIES

Martín.
 Ponents: Luis Beato, Pilar Lusilla i José Luis Furió.
 12.00 hores: cloenda.
 · Saló de Congressos:
 Publicitat en el terreny de les drogodependències.
 Rekke Dag.

comunitària

Les IV Jornades de Metges Residents de Medicina Familiar i Comunitària tindran lloc a la Seu d'Urgell els dies 18 i 19 d'abril. La vocalia de metges residents de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària organitza

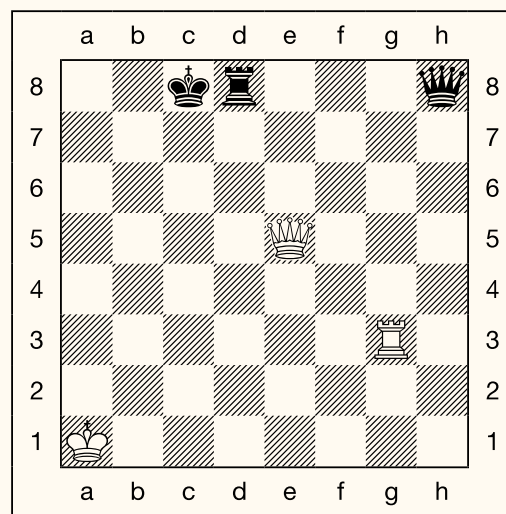
Jornades sobre medicina familiar i



PROBLEMA D'ESCACS

Tema: finals sense peons

Blanques juguen i guanyen



SOLUCIÓ

1. Tc3+ - Rb7 (si 1. Rd7 2. Tc7++) 2. Db5+ - Ra7 3. Da4+ - Rb6 columnes a i b) 6. Dd2+ (amb aquesta jugada ja es podrà desclavar la torre) - Ra6 7. Ta3 mat.

CLÍNICA MONTSERRAT



- ANÀLISIS CLÍNQUES
- 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



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



medicus mundi catalunya


C/Elsas 14 baixos 08023 - BARCELONA
 Tel. 93 418 47 62
 La Caixa 2100 1010 51 020065471

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

Destijo col·laborar com a soci/a de medicus mundi amb la quota de:

25.000 mensual
 10.000 trimestral
 5.000 semestral
 anual





FIRMA: _____



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

