

BUTLLETÍ
mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 34 · Maig de 2002



**Aprovats els nous
estatuts col·legials**



Un compromís dels metges i per als metges

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida, Medicorasse i Mutual Mèdica tenim un compromís comú: millorar els serveis asseguradors dels nostres metges.

Mutual Mèdica, la mutualitat de previsió social dirigida per metges col·legiats, és la garantia d'aquest compromís. La Mutual és l'única entitat alternativa al Règim Especial de Treballadors Autònoms (RETA) a tot l'Estat espanyol.

Oferim les millors cobertures asseguradores per al benefici dels metges i les seves famílies, amb la solvència que ens donen més de 80 anys d'història.

...I tot això, gràcies a la confiança que els més de 1.000 mutualistes de Lleida han dipositat en la nostra entitat i que ens permet mirar cap al futur amb il·lusió i amb garanties d'oferir un bon servei al col·lectiu dels metges.



MUTUAL MÈDICA
de Catalunya i Balears

Tel. 93 319 78 00 www.mmcba.es

BUTLLETÍ mèdic

Número 34, maig de 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 Butí Solé
Manel Camps Surroca
Ignasi Casado Zuriguil
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M^a Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascal Pujol
Ferran Pifarré 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: Artgràfic 2010, SL

Dipòsit legal: L-842/1996

ISSN: 1576-074 X

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

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

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

Nous estatuts col·legials

Normalment la societat va més avançada que les lleis i aquestes, de tant en tant, s'han de canviar o transformar per adequar-les i actualitzar-les al màxim perquè no quedin obsoletes, ni causin injustícies ni aturin la natural evolució de la societat. Els vigents estatuts col·legials vénen de 1986, quan es van haver de modificar per adequar-los a la Constitució.

Setze anys després, l'actual Junta del COML, fidel al seu programa electoral, ha revisat els estatuts, els ha tramès als col·legiats perquè els esmenin i, posteriorment, ha convocat una assemblea extraordinària per aprovar-los.



La modificació de la composició de la Junta de Govern i la impossibilitat d'allargar els mandats més de quatre anys consecutius són dos dels canvis aprovats. Així, desapareix la possibilitat que les juntes de govern s'eternitzin en el COML i es dona entrada a tots els col·lectius en la presa de decisions i en l'organització de les tasques professionals.

Sembla que la nau arribarà a bon port, malgrat que les tempestes en forma dels elements més immobilitats van intentar aturar la modificació dels estatuts argumentant defectes de forma, ja que no van poder trobar cap defecte de fons que ho possibilités.

sumari

Donació i trasplantament d'òrgans

Dra. Mariona Badia i Castelló
PÀGINA 8

Aprovats els nous estatuts col·legials

Crònica de l'assemblea extraordinària del COML
PÀGINA 28



Foto: Laurent Sansen

Nova eina d'avaluació i promoció

Després del fòrum d'hospitals del COML 2002, on es va tractar la carrera professional, Butlletí Mèdic es planteja conèixer millor aquest tema. Per això, aprofitant alguns participants del fòrum i altres metges que tenen interès per aquesta qüestió, hem volgut saber el millor i el pitjor i les idees sobre la utilització d'aquesta eina que de segur funcionarà als hospitals dintre de poc.

L'estat actual de la carrera professional

El metge, històricament, ha passat d'ésser un mag plenipotenciari a, com varen dir-me no fa gaire, un obrer especialitzat.

L'expectativa de millora social és llunyana i els mateixos professionals hem de trobar alguna eina que ens deixi al lloc que realment mereixem.

Aquesta eina, de forma rudimentària, ben bé podria ser la tan esmentada carrera professional (CP).

Com tota iniciativa nova, la CP ha rebut suport i rebuig quasi a parts iguals. La major part dels professionals de la medicina creiem que la CP ha nascut com un patró de valoració qualitativa i de reconeixement de la feina ben feta.

La CP ha de servir per prestigiar el metge i per reconèixer la seva vàlua, no solament al centre de treball i entre la resta de professionals metges, sinó que també ha de permetre que aquesta formació adquirida sigui reconeguda pels usuaris de la sanitat.

Per això, cal fomentar la competència dels professionals de manera universal, és a dir, el bon metge ha de ser-ho tant aquí com al Japó.

Tots estem d'acord que el metge ben format és més eficient. Per això, la formació és un puntal bàsic de la CP.

Avui, el metge savi, que treballava sol i que ho sabia tot, no existeix. La medicina es basa en el treball de l'equip i en la protocolització de les activitats, cosa que requereix una constant

posada al dia tant de les activitats mèdiques com de les tècniques quirúrgiques.

La valoració o avaluació de la formació ha de comprendre la feina assistencial i el correcte aprenentatge previ, les ganes de millorar, la necessitat d'investigar (lògica al nostre col·lectiu) i també la possibilitat d'ensenyar (docència) o de comentar en diversos fòrums el nostre treball.

Implicació

Lògicament, tot l'anterior suposa la implicació de tots els professionals amb el centre i amb la pròpia formació abans esmentada. La valoració de la CP està bastant establerta en la majoria de convenis, però és aquesta implicació de tots els metges la que hi donarà un valor real i d'excel·lència dintre de cada centre.

És clar que el treball ben fet ha de garantir el prestigi dels professionals i, per tant, dels centres. Per això ha de servir la CP.

D'altra banda, em plantejo força qüestions:

- Per què no es pot anar més enllà i plantejar nous sistemes de retribució basats en la qualitat i en la implicació i participació dels metges en les decisions dels centres, per evitar situacions per tots conegudes i que, a la llarga, poden pervertir la formació abans esmentada?

- Com es poden establir uns sistemes de formació garantits?, qui els acredita per poder ser reconeguts de forma universal?

- La CP pot néixer malalta si els controls i les avaluacions previstes valoren conceptes no qualitatius, o altres de tipus subjectiu poc quantificables i molt qüestionables.

Segurament, quan tinguem altres sistemes retributius i de

valoració qualitativa de la nostra feina seguirem debatent els mateixos punts.

Dr. Javier Galindo Ortego
Cap de Servei ORL
Hospital de Santa Maria

¿Igualdad de oportunidades?

¡Empezar como adjunto a los 30 años y terminar a los 65 como adjunto! ¡Ver platear las sienes y seguir de adjunto! ¡El tiempo pulverizando ilusiones personales y profesionales! En estos días que se aconseja la empresarialización de los entes públicos preguntamos: ¿qué gran empresa mantiene a sus empleados en un horizonte cerrado a toda aspiración de ascenso?

Los gestores en todas partes se llenan la boca proclamando su interés por la satisfacción de sus trabajadores. Pero, el día a día los desmiente, porque el presupuesto no lo permite. Desde hace décadas la clase médica pide un modelo de carrera profesional que le abra y dignifique el horizonte.

Ahora parece que va a conseguirlo. Algunas comunidades, como la navarra, ya la han desarrollado y otras están en ello. La XHUP catalana tiene la suya. Por su parte el SNS ha elaborado un borrador de estatuto marco que incluye las bases de una carrera profesional de abasto estatal.

Todos los modelos de carrera profesional tienen la misma filosofía: que el médico a lo largo de sus años de actividad trabaje con ilusión y vea su esfuerzo reconocido y valorado. Ministros y "consejeros" de Sanidad dicen que el sis-

tema sanitario no funciona sin la colaboración del estamento médico. El estamento ha prestado esa colaboración y como pago ha perdido poder adquisitivo. Llega la hora de hacer justicia. Y esto es aplicable a todos los trabajadores públicos de la salud. Pero si una filosofía puede ser aceptable en sus planteamientos, aquello que la hace buena, regular o mala es su aplicación en el mundo real.

Una vez aceptado que la carrera profesional se establece en niveles, todos están de acuerdo en dos factores básicos para ascender: los años transcurridos y los méritos acumulados. Conforme, pero estos dos factores son cualitativamente muy diferentes. Los años de trabajo dan una cifra objetiva e indiscutible. El paso del tiempo es democrático: igual para todos.

Però los méritos –¡ah, los méritos!– los méritos son otra cosa y con ellos comienzan las dificultades. En primer lugar hemos de establecerlos en niveles y ver como puntuarlos.

La actualización, la productividad, el aprovechamiento de recursos, la relación médico-paciente, la publicación de trabajos, la asistencia a seminarios y congresos... todo ello son méritos que deben ser valorados. Se puede llegar a un criterio aceptable de puntuación. Lo más difícil no es eso. Lo más difícil es que todos los profesionales tengan la misma posibilidad de conseguir tales méritos. Un hospital, por ejemplo, no es una estructura homogénea en oportunidades para su personal. Ni todos los médicos, individualmente considerados, ni todos los servicios tienen los mismos recursos. El nivel que un adjunto o un jefe de sección alcanza en asistencia e investigación depende de sus condiciones personales y del servicio al que pertenece. Un carrera profesional justa exige que todos los profesionales y todos los servicios tengan de salida las mismas oportunidades. De lo contrario, la aplicación de la carrera será injusta. En mi opinión, la garantía de que ello no ocurra pasa, entre otras cosas, por una participación activa de las juntas de personal y las juntas clínicas. Pero la experiencia nos enseña que las gerencias, con el permiso de la cúpula del ICS, las ignoran siempre que pueden y reducen su papel a convidados de piedra.

Mucho más diríamos sobre el

tema, como por ejemplo el probable empleo espúreo de la carrera por parte de los gestores. Nos tememos que vean en ella un instrumento más en su política de personal. Ustedes ya me entienden.

Tiempo habrá de hablar y escribir.

Dr. Jordi Vilaret Vilar
Delegat de CCOO

Una eina d'avaluació i promoció

Els hospitals de la XHUP, com a hospitals petits-mitjans en les seves dimensions físiques, també ho són en les seves plantilles, és a dir, els diferents serveis compten amb plantilles petites, amb poques o nul·les possibilitats de promoció jeràrquica com a mitjà de reconeixement de la seva progressió assistencial, habilitats ... Per poder reconèixer aquesta progressió, ja fa uns quants anys que es va començar a elaborar el concepte de la carrera professional, com a mitjà per promocionar i prestigiar uns professionals que no disposen de cap altra eina que els reconegui els seus mèrits. Van ser els representants mateixos dels facultatius, que treballen en aquesta xarxa hospitalària, els que es van voler dotar d'un instrument per avaluar la seva pròpia activitat i per, sorgint d'aquesta avaluació en sentit positiu, dotar-se d'un reconeixement d'excel·lència entre els propis companys.

La carrera professional ha de ser, entre altres característiques:

1. Un element de prestigi reconegut.

A mesura que un professional vagi assolint nivells progressius en la seva carrera, això ha de suposar un element de qualitat i excel·lència en la seva consideració curricular.

Encara més, aquesta carrera professional ha de ser reconeguda de manera inqüestionable per la globalitat dels professionals del sector, que l'han de sentir com a pròpia. Només així serà un element d'autoexigència i de reconeixement de qui vagi progressant, que serà reconegut dins del

sector i entre els seus propis companys i com a professional progressivament expert.

Aquest grau ha de ser identificable i ha de poder suposar una garantia per a la població com a element que permeti copsar la qualitat reconeguda dels professionals que tenim davant i que seran responsables de l'atenció sanitària de les persones.

Aquest reconeixement d'experiència es traduirà en un àmbit consolidat, i es donarà validesa a uns assoliments que ja no es perden.

2. Una eina d'avaluació objectiva.

S'han de preveure aspectes de l'assistència que dona aquest professional, perquè aquest aspecte és el que predomina en l'àmbit que estem considerant.

Indubtablement, s'han de valorar aspectes que incloguin la capacitat de treball i la qualitat d'aquesta feina.

Els aspectes d'aprenentatge i d'investigació són inherents a la professió mèdica. Generalment, els facultatius mateixos són els primers a procurar mantenir els coneixements i les habilitats constantment actualitzades.

La capacitat de docència dels facultatius també ha de ser un element que cal valorar. Es tracta no tan sols de fer les coses bé, sinó també d'explicar com les fem, de compartir els coneixements amb altres professionals. L'objectivació d'aquest afany per ensenyar ha d'entrar en la qualificació de prestigi dels professionals.

Finalment, s'han d'establir uns criteris objectius, que permetin valorar les capacitats dels nostres professionals. La recerca de l'objectivitat i de la quantificació fins on sigui possible és l'element que ha de fer més fiable aquest sistema. Si resten espais per a valoracions subjectives, el sistema pot deixar de ser creïble, amb totes les seves conseqüències d'inutilitat conceptual.

3. Una eina de participació dels professionals.

Si es vol que la carrera professional esdevingui un sistema de promoció reconegut com a tal pels professionals mateixos, també s'ha de tenir present que aquests han de participar com a avaluadors. No se'ns amaga que les avaluacions més reconegudes pels professionals són aquelles avalades per experts reconeguts

entre els professionals mateixos.

Conèixer que seran altres professionals propers, escollits per criteris de representativitat, expertesa i excel·lència en diferents aspectes, els que participaran en les valoracions, legítima i vàlida la valoració que es rebrà.

La participació de professionals en les avaluacions haurà de garantir: els criteris més propers a l'activitat del mateix avaluat, que es veurà acreditat per qui coneix millor les seves pròpies funcions; que no es desviïn les valoracions cap a criteris excessivament aliens a l'activitat que realment s'ha de tenir en compte per garantir la qualitat professional a la població.

Malgrat aquesta consideració de la conveniència que siguin els experts entre els professionals mateixos els qui garanteixin la seva qualitat, també cal acceptar matisos. És raonable que les institucions on els professionals desenvolupen la seva assistència demostrin interès per orientar la promoció envers una eficiència més gran de la seva activitat dins uns paràmetres concertats.

De l'entesa d'ambdós interessos han de néixer els paràmetres finals de promoció a què ha de poder accedir el professional. Això ha d'evitar els extrems de dirigir una formació cap a àmbits poc o gens relacionats amb l'activitat quotidiana i molt amb els interessos particulars de cada facultatiu, o de dirigir-la excessivament cap als interessos de les institucions sense valorar en cap moment els del professional.

Perversions del concepte de carrera professional

Un aspecte és la polarització excessiva cap a un aspecte aïllat de l'avaluació: voler excel·lir en algun, voler excel·lir en tots, o no acceptar que hem de primar l'avaluació d'aquells aspectes que primarem habitualment dins l'organització i no pas al contrari.

Un segon aspecte perversor del concepte de la carrera professional ha estat voler reduir-la a un simple sistema d'incentivació, moltes vegades lligat purament a activitats o a altres interessos menys raonables.

No ha de ser el mateix. La incentivació efectivament ha de lligar-se a l'assoliment d'uns objectius amb unes definicions quantitatives, qualitatives i de temporalitat.

Es tracta de "premiar" la consecució d'uns plans, en el millor dels casos, pactats.

La carrera professional ha de ser un sistema de reconeixement, d'excel·lència en el temps. No es dissenya per "premiar", sinó per reconèixer una situació a la qual s'ha arribat al llarg del temps, l'experiència, la formació... Un nivell de carrera reconeix una situació consolidada, i suposa una categoria del professional, per sobre dels assoliments d'uns objectius temporals.

Com a conclusió necessària, s'ha de dir que és imprescindible una eina seriosa, objectiva i reflexionada que ens permeti el reconeixement i la promoció dels professionals sanitaris en el nostre entorn. Aquesta eina ha de ser un element fonamental per engrisar els professionals en la seva feina i ha de conduir a una millora en la qualitat de l'assistència.

Dr. Josep Maeso i Riera
FAMHOC

Carrera professional o incentivos y pluses

En la actualidad, los médicos somos mayoritariamente trabajadores por cuenta ajena. El actual modelo retributivo es uno de los más bajos de Europa, a pesar de que la calidad asistencial que ofrece el sistema está por encima de la media europea.

Para aumentar los ingresos a final de mes, nos hemos dedicado a trabajar más: consulta privada, consulta para mutuas, hacer guardias o conseguir una jefatura.

Esto es pan para hoy y hambre mañana, ya que a la privada vienen los pacientes o no, las mutuas pagan poco, a partir de una edad no se puede aguantar el ritmo de las guardias y es cuando se necesita más por los gastos de hijos, etc. Lo de la jefatura depende de la jubilación de los que hay por delante, que suelen ser de tu edad o, si es de libre designación, de tu amistad con el poder del momento.

En los últimos años hemos visto el nacimiento de lo que genérica-

mente se ha llamado "carrera profesional". Los modelos son diversos: Navarra, Gregorio Marañón, IMAS, XHUP, Hospital Clinic o el último proyecto en la comunidad valenciana.

Pero dentro de ellos hay algunos que no son propiamente una carrera profesional, sino que son sistemas de incentivación o, para decirlo de otra forma, son pluses de productividad asociados a unos méritos formativos y de actitudes. Nosotros valoramos positivamente la carrera profesional, pero entendida como carrera profesional. Si hay una actitud honesta por parte de las empresas y de los trabajadores, puede servir para ayudar a la mejora técnica, motivar al profesional, aumentar los ingresos económicos de éste y dar un servicio continuo de calidad por parte de las empresas sanitarias.

Factores fundamentales

Los factores que deberían fundamentar la carrera profesional serían: el reconocimiento de la actividad profesional del médico, independientemente de la categoría profesional que ocupe, valorando la actividad asistencial, docente, de investigación, de gestión y su formación continuada.

Rechazamos la existencia de "numerus clausus" en los distintos niveles, ya que poco incentivador será si no puedes subir de nivel porque no hay vacantes. Tampoco puede ser un mecanismo de castigo por parte de la empresa. Por lo tanto, los niveles alcanzados tienen que ser irreversibles, sin descensos.

Todo esto debería estar integrado en un modelo común de toda la sanidad autonómica, con una línea para la primaria y otra, interconectada, para especialistas del CAP y hospitales, teniendo en cuenta los distintos niveles de los centros. De forma que, si se cambia de centro de trabajo, se reconozca el nivel de carrera profesional.

Esperemos que próximamente podamos decir que es una realidad satisfactoria para todos.

Dr. Santiago Miguelsanz
Delegat Sindicat de Metges de Catalunya
Hospital de Sta. Maria de Lleida



MUTUAL MÈDICA
de Catalunya i Balears



La seva família i els seus pacients
estan ben
protegits...
i a vostè,
qui el protegeix?

Passen els anys i augmenten les seves responsabilitats. Desgraciadament cada dia estem exposats a petits o grans obstacles.

Les seves necessitats de protecció han crescut. Ha de protegir-se dels imprevistos que es presenten a la vida. Faci-ho per vostè i per la seva família.

És important sentir-se emparat per una entitat com Mutual Mèdica, amb 80 anys d'història al servei dels metges.

Mutual Mèdica és l'única entitat de l'Estat espanyol alternativa al Règim Especial de Treballadors Autònoms (RETA) per a metges.

ASEGURANCES DEL PRODUCTE MEL:

30 PRIMERS DIES

Puc estar tranquil!

En cas de baixa temporal, pot estar tranquil. El nostre producte MEL cobreix una assegurança econòmica, des de 10 € al dia, des del primer dia de baixa i amb un límit de 30 dies.

S'entén per incapacitat temporal la impossibilitat del mutualista per exercir la seva professió deguda a qualsevol malaltia o a un accident.

Mutualista fins a 50 anys
Cobertura:
des de 10 €/dia

INVALIDESA

Val més curar-se en salut...

Mutual Mèdica garanteix la seva tranquil·litat i la tranquil·litat de la seva família.

En cas de patir una incapacitat temporal o permanent per malaltia o per accident, el MEL li garanteix una seguretat econòmica en forma de renda mensual des de 300 € al mes a partir del dia 31 de la baixa i fins als 65 anys.

Mutualista fins a 50 anys
Cobertura:
des de 300 €/mes

DEPENDÈNCIA VITAL

Quan sigui gran no vull ser una càrrega per a ningú

Mutual Mèdica aposta per aquest projecte innovador per cobrir al màxim les necessitats dels nostres mutualistes. L'assegurança de Dependència Vital és una novetat en el producte MEL.

Aquesta assegurança té per objecte oferir una indemnització mensual vitalícia des de 300 € al mes quan el mutualista es trobi en situació de dependència.

S'entén per situació de dependència la impossibilitat del mutualista de realitzar sol les activitats de la vida diària: rentar-se, vestir-se, menjar, desplaçar-se, etc.

Cobertura:
des de 300 €/mes

VIDA ESTALVI

En qualsevol moment...

Hem d'estar preparats per als possibles imprevistos de la vida. En aquests moments de tristesa, un suport econòmic no ajuda en la qüestió personal, però sí que ens és de gran utilitat.

És una assegurança de vida que garanteix un capital des de 3.000 € als beneficiaris del mutualista.

Cobertura:
des de 3.000 € de capital

PLA D'ESTALVI I JUBILACIÓ

Vacances merescudes!

El Pla d'Estalvi i Jubilació de Mutual Mèdica li permetrà arribar a la seva jubilació amb les millors condicions. És important que ara esculli el nivell de qualitat que desitja al final de la seva trajectòria laboral.

Gaudeixin tant vostè com la seva família del ritme de vida que es mereixen.

Característiques del Pla d'Estalvi i Jubilació:

> Interès garantit durant tota la vida del pla.

> Increment de les cobertures garantides per excedents de rendibilitat.

> Una assegurança de vida proporcional a les aportacions realitzades inclosa.

> La seguretat que només Mutual Mèdica li pot donar.

Aportació a partir de 30 €/mes

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE
LLEIDA

COML



ASSOCIACIÓ DE MUTUALISTES
DE MUTUAL MÈDICA

INFORMACIÓ 902 133 667 mel@comb.es

Via Laietana 31, 08003 Barcelona tel. 93 319 78 00 fax 93 310 73 53 www.mmcb.es e-mail: infomutual@mmcb.es

80 anys treballant al servei dels metges

Situació actual en la donació i trasplantament d'òrgans

El trasplantament constitueix, avui en dia, la millor i en moltes ocasions l'única alternativa per a aquells malalts que pateixen malalties que ocasionen danys irreversibles en algun dels seus òrgans o teixits. Actualment, el trasplantament d'òrgans es considera una opció terapèutica habitual.

Dra. Mariona Badia i Castelló · Coordinadora de trasplantaments
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

L'important avenç en el trasplantament experimentat en els darrers anys ha estat condicionat, principalment, pels esforços duts a terme en la detecció, donació i extracció d'òrgans i teixits. Actualment, el trasplantament d'òrgans es considera una opció terapèutica habitual, la indicació de la qual ha anat creixent de forma contínua a causa dels bons resultats tant en el vessant de supervivència posttrasplantament com en la millora de qualitat de vida.

Per altra banda, la manca d'òrgans segueix essent el principal factor limitador per donar resposta a la creixent llista d'espera per al trasplantament.

Els metges de l'antiga Grècia pensaven que el cor era el lloc on s'assentava la vida, només el batec cardíac distingia entre l'estat de vida i de mort. Per a la tradició jueva, la respiració era el signe de vida. Per tot això, tradicionalment s'ha fet coincidir la mort amb l'absència de batec cardíac i de moviments respiratoris.

Fins fa 40 anys, la frontera entre la vida i la mort era determinada pel cessament de l'activitat cardíaca, respiratòria i del sistema nerviós central. Amb l'aparició de les unitats de cures intensives al voltant dels anys 50 i amb el desenvolupament d'aparells capaços de mantenir de forma artificial la ventilació i la circulació, es posa de manifest que dels tres elements que clàssicament s'usaven per al diagnòstic de la mort, la clau es troba en l'absència de la funció neurològica i que les altres dues es desencadenen amb l'absència d'aquesta. En aquest

moment apareix el concepte de mort cerebral, llavors anomenat *coma dépassé*, amb supervivència zero i criteri definitiu de mort de l'individu.

La mort encefàlica

Durant anys, hi havia en l'àmbit científic la creença que la funció cardíaca i respiratòria eren l'element constitutiu i essencial de la vida humana. La seva finalització equivalia a la mort. Dos fets científics, succeïts a la meitat del segle XX, van fer trontollar aquestes creences:

Reversibilitat de l'aturada cardiorespiratòria

Avui en dia, la medicina és capaç de recuperar la funció cardíaca i respiratòria. Aquest fet, a més de salvar vides, va posar en dubte la relació admesa d'aturada cardiorespiratòria = a mort. Si aconseguim recuperar la funció cardiorespiratòria i el malalt viu, hem de considerar que no va arribar a estar mort ja que la mort, per definició, és un procés irreversible. L'element determinant que condiciona la irrecuperabilitat del malalt és l'existència de lesions cerebrals irreversibles per absència de flux sanguini en el sistema nerviós central.

Naixement de les unitats de cures intensives

L'aparició de les unitats de cures intensives va permetre desenvolupar tècniques de substitució de funcions orgàniques deteriorades i així avui en dia es pot mantenir de forma artificial la funció respiratòria i cardíaca, entre d'altres. Aquest fet va desplaçar el concepte de mort. Des dels anys 60 s'accepta com a definició de mort el cessament irreversible de la funció cerebral i és l'únic criteri vàlid de mort ja que, actualment, no existeix cap possibilitat de suport o suplència de les funcions del sistema nerviós central.

El diagnòstic de mort encefàlica

implica la retirada de mesures de suport o bé la valoració de donació d'òrgans per a trasplantament.

Espanya, de la mateixa manera que altres països, compta amb una legislació específica en matèria de trasplantaments constituïda per la Llei 30/1979, de 27 d'octubre, sobre extracció i trasplantament d'òrgans i el Reial decret 2070/1999, de 30 de desembre, que regula les activitats d'obtenció i utilització clínica d'òrgans humans i la coordinació territorial en matèria de donació i trasplantament d'òrgans i teixits. Aquest marc jurídic proporciona una gran seguretat a la classe mèdica en la seva actuació professional ja que sap que desenvolupa la seva labor seguint els criteris legals.

El diagnòstic de mort encefàlica exigeix sempre fer una exploració neurològica sistemàtica, completa i rigorosa que comprovi la situació de coma areactiu, amb absència de reflexos troncoencefàlics i apnea. El diagnòstic clínic únicament és vàlid si es compleixen una sèrie de requisits que no alterin les troballes a l'exploració física (taula 1) i hi ha evidència clínica o per neuroimatge de lesió greu en el sistema nerviós central compatible amb la situació de mort encefàlica.

La comprovació de la situació de mort encefàlica és feta per tres metges, entre els quals han de figurar un neuròleg o neurocirurgià i el metge responsable de la unitat mèdica corresponent.

Les proves instrumentals no són obligatòries si es compleixen els requisits previs, tot i que es recomana la realització d'alguna prova neurològica que avaluï la funció neuronal (electroencefalografia, potencials evocats) o el flux cerebral (arteriografia cerebral, angiogramografia, sonografia Doppler transcranial). Qualsevol de les anteriors, i no d'altres, són vàlides segons el reglament de trasplantaments.

El primer objectiu de l'hospital és la prestació de totes les atencions i mesures necessàries per restablir el malalt, però, un cop s'ha fet tot el possible per salvar la vida d'una persona i aquesta mor, comença una nova fase. Si un pacient se sospita que es troba en situació de mort cerebral és obligatori el compliment estricte de l'establert per la Llei de trasplantaments i, un cop confirmada la situació de mort encefàlica, l'objectiu del centre és aconseguir que el cadàver sigui donant d'òrgans i ajudar a aquelles persones que estan a l'espera de rebre un trasplantament.

Consentiment familiar

L'article 5.2 de la Llei de trasplantaments estableix el principi de consentiment presumpte en indicar que "la extracció de òrgans o pieces anatò-

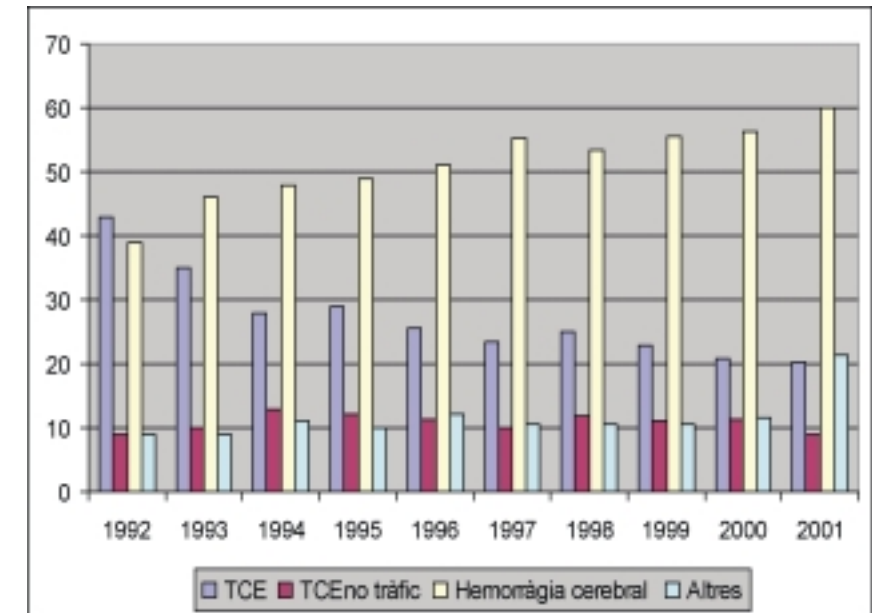


Fig. 1. Causes de mort cerebral (%)

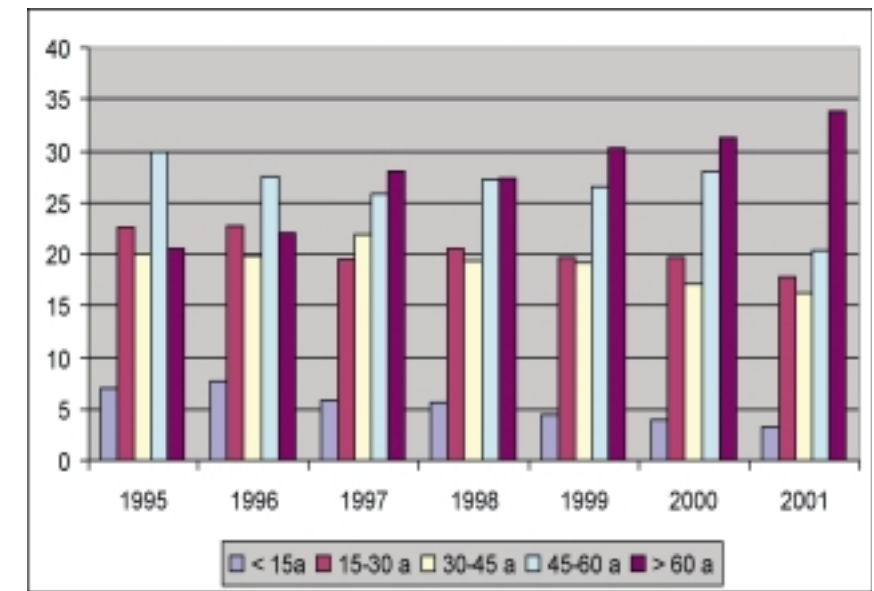


Fig. 2. Distribució segons l'edat del donant

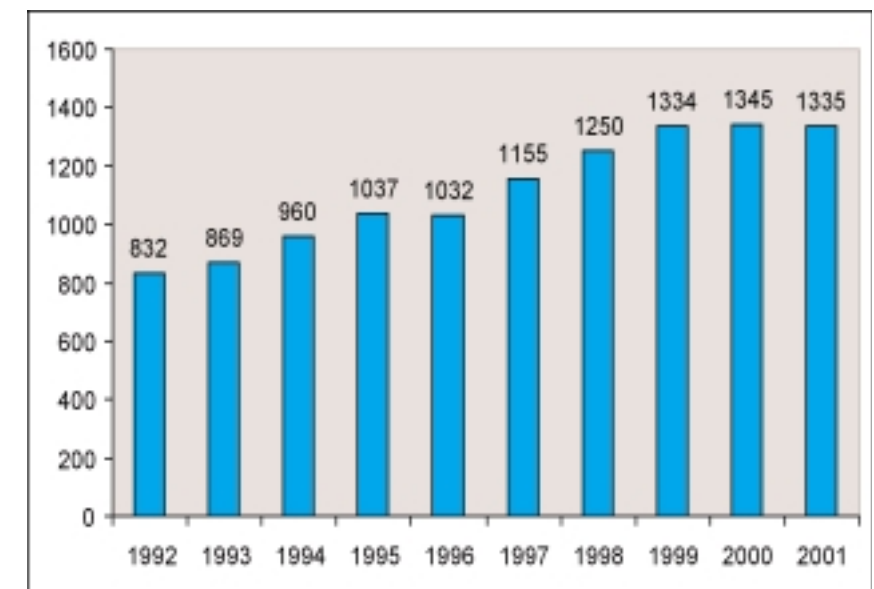


Fig. 3. Donants d'òrgans a Espanya

- ✓ Estabilitat hemodinàmica
- ✓ Temperatura corporal > 33° C
- ✓ Absència de drogues depressores del sistema nerviós central
- ✓ Benzodiazepines, mòrfics, barbitúrics...
- ✓ Alteracions metabòliques severes
- ✓ Coma hipoglucèmic, encefalopatia hepàtica...
- ✓ Absència de tòxics o fàrmacs que alteren la valoració neurològica
- ✓ Bretili, amitriptilina, relaxants musculars...

Taula 1. Prerequisits per al diagnòstic clínic de mort encefàlica

micas de fallecidos podrá realizarse con fines terapéuticos o científicos, en el caso de que éstos no hubieran dejado constancia expresa de su oposición". Malgrat la legislació, sempre se sol·licita el consentiment exprés i firmat de la família directa del difunt.

Els resultats del nostre país, pel que fa a la donació, mostren que la nostra societat està forçament conscienciada. Malgrat això, encara hi ha un tant per cent de famílies que, quan se'ls planteja la donació d'òrgans d'un familiar mort, s'hi neguen. En aquest sentit, el professional sanitari hi té un paper molt important. Sense un personal sanitari conscienciat per a la donació, és difícil tirar endavant els processos hospitalaris de donació i trasplantament. Enfrontar-se a famílies trencades per una sobtada desgràcia, sempre envoltada d'injustícia (accident de trànsit, hemorràgia cerebral, suïcidi, agressió...), és difícil, estressant i incòmode. Malgrat això, cal que la família sigui informada i se li expliqui amb senzillesa les lesions i llurs conseqüències, perquè compregui perfectament que s'ha fet tot el possible per controlar la malaltia i que, si ha evolucionat malament, ha estat per la naturalesa mateixa del procés i mai perquè s'hagi privat el pacient de cap actuació diagnòstica o terapèutica. Quan arribi el moment de plantejar la donació, entendran millor la situació de mort encefàlica i valoraran millor els arguments per decidir sobre la donació.

Es molt important la conscienciació de tot el personal sanitari envers la donació, de tal manera que quan un pacient amb dany cerebral passa d'una situació greu a una altra compatible amb mort cerebral acaben les expectatives vitals d'aquell pacient, però s'obren per a d'altres que esperen en el trasplantament una solució al seu problema de salut. No hem d'oblidar que, en molts casos, el tracte rebut per les famílies i la percepció que aquestes tenen sobre l'actitud dels professionals sanitaris mateixos envers la donació poden influir en la seva decisió final.

Qui pot ser donant?

Des dels anys 90, més del 95% dels donants d'òrgans procedeixen de pacients morts en situació de mort encefàlica i que es troben mantinguts de forma artificial en l'àmbit hemodinàmic i de ventilació.

Al llarg dels anys, l'hemorràgia intracranial espontània ha anat desplaçant el traumatisme cranioencefàlic (TCE) com a primera causa de mort encefàlica (fig. 1). Amb la promulgació, el 1992, de la Llei de seguretat vial que obliga a l'ús del cinturó de seguretat i del casc protector homologat hem vist una davallada en el nombre de víctimes mortals i de TCE per accidents de

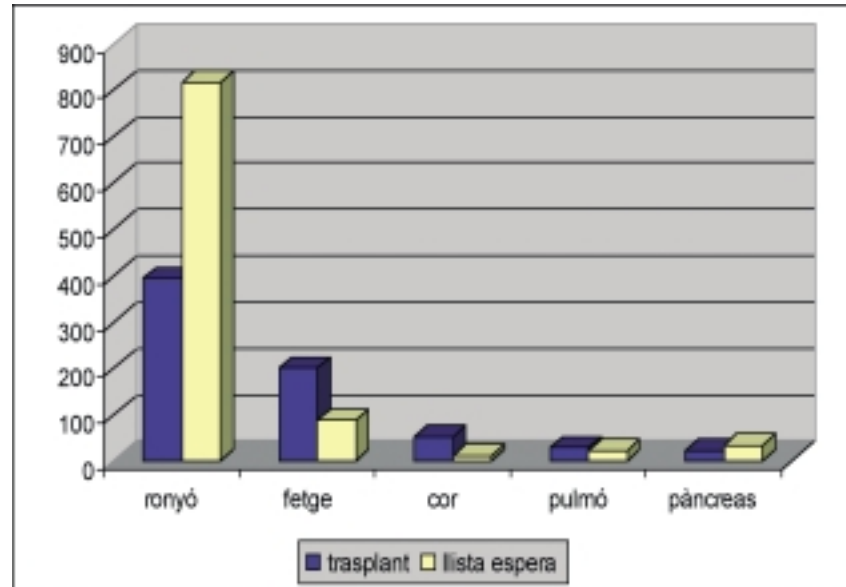


Fig. 4. Relació de malalts trasplantats i malalts en llista d'espera a Catalunya

trànsit.

El descens progressiu del TCE no ha suposat un descens del nombre de donants d'òrgans. Això es deu a una ampliació dels criteris de selecció dels cadàvers donants d'òrgans gràcies a la millora de les tècniques quirúrgiques i el control de les reaccions de rebuig de l'òrgan.

Els criteris de selecció ampliat els darrers anys han permès l'increment progressiu del nombre de donacions:

1. Edat

Actualment, l'edat per si mateixa no contraindica la donació, cal valorar la situació biològica i analítica del donant. Al llarg dels anys hem vist un increment progressiu de l'edat dels donants de tal manera que en els

darrers anys els donants majors de 60 anys superen el 30% (fig. 1). En línies generals podríem dir que no hi ha límit d'edat per a la donació de fetge i ronyó on la contraindicació serà el dany crònic de l'òrgan (hepatitis crònica, insuficiència renal crònica). Per a la donació de cor, l'edat ha de ser, actualment, inferior als 45 anys.

2. Diabetis Mellitus i hipertensió arterial

La diabetis Mellitus en individus joves, d'inici recent i que ha estat fàcil de controlar, no contraindica la donació. La hipertensió arterial que ha estat ben controlada i no ha produït repercussió visceral tampoc no és contraindicació per a la donació

3. Enolisme crònic

La ingesta etílica important i de llarga evolució pot contraindicar la donació hepàtica i cardíaca, però no la renal.

4. Infeccions víriques

La infecció viral activa pels virus de l'hepatitis A, B, C i citomegalovirus són contraindicacions absolutes a la donació. També la positivitat als Ac HIV.

La positivitat de les serologies enfront dels marcadors d'hepatitis B i C no són contraindicacions absolutes, ja que els òrgans de donants seropositius poden ser trasplantats a receptors seropositius.

5. Neoplàsies malignes

Qualsevol neoplàsia maligna, a excepció del tumor primitiu del sistema nerviós central que no té capacitat metastatitzant, contraindica la donació.

6. Malaltia de Creutzfeldt-Jakob i altres malalties causades per prions

Representen contraindicació absoluta a la donació.

En resum, podríem dir que els únics criteris per considerar no viables tots els òrgans d'un donant són: la infecció per HIV o el risc de patir-la, les neoplàsies malignes metastatitzants i la infecció bacteriana o viral no controlada.

Evolució de l'activitat de donació i trasplantament

Davant la detecció d'un donant potencial d'òrgans en estat de mort encefàlica, habitualment ingressat a la secció de medicina intensiva, es posa en marxa el coordinador de trasplantaments, el qual assegura el compliment d'allò establert per la Llei de trasplantaments i avalua la viabilitat dels diferents òrgans potencialment aptes per ser trasplantats. En aquest moment, se sol·licita el consentiment familiar i si és afirmatiu, el coordinador inicia l'organització de l'extracció dels òrgans a través de la "Organització Catalana de Trasplantaments" (OCATT) o la "Organización Nacional de Trasplantes" (ONT) en la resta de l'Estat. Cada òrgan s'avalua per separat. En cas d'existir una urgència "0" se li dona prioritat nacional, en la resta de casos s'apliquen rigorosament els criteris de distribució (clínic i geogràfic) ja establerts.

Durant l'any 2001, a Espanya, van haver-hi 1.335 donants, 249 a Catalunya, xifra lleugerament inferior a l'any previ (fig. 3). Paral·lelament, hem vist un petit increment en les negatives familiars que podrien justificar aquest descens en les donacions.

El 2001, gràcies als 1.335 donants, es van fer un total de 3.440 trasplantaments d'òrgans (1.924 de renals, 972 d'hepàtics, 341 de cardíacs, 143 de

pulmonars i 60 de pancreàtics).

En l'àmbit català van ser un total de 699 els trasplantaments duts a terme.

El millor coneixement dels mecanismes de rebuig dels òrgans, la disponibilitat de nous fàrmacs i unes millors tècniques quirúrgiques fan que els índexs de supervivència dels pacients que reben un òrgan, així com la seva qualitat de vida, siguin cada cop millors. L'única limitació existent és la disponibilitat d'un nombre suficient d'òrgans per als trasplantaments dels pacients que es troben en llista d'espera.

Durant l'any 2001 (dades del 31/12/01), a Catalunya, 978 persones van quedar a l'espera de rebre un òrgan (fig. 4).

A Lleida, durant l'any 2001, van haver-hi 6 donants, es van fer 9 trasplantaments de ronyó i van quedar 41 malalts en espera d'un ronyó.

El trasplantament és un procediment mèdic singular que necessita el concurs de tota la societat per al seu desenvolupament, però sobretot es tracta d'un problema sanitari. Necessitem que la població doni els seus òrgans, però els donants només són als hospitals i, per tant, es tracta d'una activitat mèdica que cal enfocar dins el món sanitari i on el professional sanitari mateix té un paper important per tirar endavant aquests processos hospitalaris de donació i trasplantament.

Bibliografia

López Navidad, A.; Kulisevsky, J.; Caballero, F. *El donante de órganos y tejidos. Evaluación y manejo*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997

Monográfico. "Muerte encefálica en UCI". *Med. Intensiva* 2000; 24: 143-193

Cuende, N.; Cañon, J.F.; Alonso, M.; Martín, C.; Sagredo, E., y Mirada, B. "Evaluación del proceso de donación: programa de garantía de calidad de la Organización Nacional de Trasplantes". *Rev. Esp. de Trasp.* 2001; 10: 188-197

López, J.; Martínez, J.M., y Martín, A. "Conscienciació dels professionals sanitaris en donació d'òrgans". *Butlletí Trasplantament*. 2001; 19: 2-7

Siminoff, L.A.; Gordon, N.; Hewlett, J., y Arnold, R.M. "Factores que influyen en la autorización de las familias para la donación de órganos sólidos para trasplante". *JAMA* 2001; 286: 71-77

Organización Nacional de Trasplantes. *Informes y Documentos de Consenso*. Madrid: Editorial Complutense S.A. 2000

Ley 27 de octubre 1979, núm.30/1979, sobre extracción y trasplante de órganos. BOE 6/11/79.

Real Decreto 2070/1999 de 30 de diciembre por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos. BOE 4/01/00.

◆ A Lleida, gràcies a les donacions, es van trasplantar l'any 2001 un total de nou ronyons

◆ 41 malalts més van seguir l'any 2001 a la llista d'espera per rebre un ronyó

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'al·iació 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

Butlletí Mèdic inicia una nova secció, Espai de l'Ètica, que anirà a càrrec de la Comissió d'Ètica del COML. La voluntat d'aquesta revista és promoure el debat i la reflexió sobre temes deontològics en uns moments en què les ciències mèdiques generen interrogants amb els seus importants avenços científics i tècnics.

Ètica mèdica

Dr. Joan Viñas Salas

Els professionals ens caracteritzem per tenir lligams ètics, que es resumeixen en els codis deontològics, que són les regles del comportament mínimes obligatòries per al col·lectiu. Especialment importants són els codis ètics de la medicina i la infermeria. La defensa del comportament ètic dels metges, de la bona praxi mèdica per al bé dels malalts i la defensa dels drets dels ciutadans malalts és potser l'únic argument vàlid per justificar l'obligatorietat de la col·legiació.

El coneixement de l'actual Codi de Deontologia o de les Normes d'Ètica Mèdica del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, que l'any 1997 ens vàrem donar els metges catalans de manera democràtica, i del Código de Ètica y Deontología Médica de l'Estat de l'any 1999 és, per tant, inexcusable per part de tots els metges. Exposarem en diverses etapes el Codi de Deontologia Català i en farem uns breus comentaris.

Començaré pels principis generals del capítol I (articles de l'1 al 7).

Com es desprèn dels articles 1 al 4, els metges no podem desentendre'ns de l'estat de salut del nostre país i entorn. L'interès del malalt ha de ser el centre i guiar sempre la nostra actuació i interessos. Ni el poder, ni el prestigi, ni els diners, ni les publicacions, etc., han de prioritzar la nostra actuació mèdica, sinó el millor benefici del malalt.

La salut del malalt no és considerada solament com l'absència de malaltia, sinó de manera global, holística, per la qual cosa s'han de tractar les persones no com a màquines espatllades, sinó com a éssers humans. Hem de fer educació sanitària i promoure estils de vida saludables, tenint en compte els aspectes socials i ambientals dels malalts. Mai no discriminarem cap persona per condicions econòmiques, socials, la manera de pensar o pel temor d'un possible contagi.

Des del punt de vista dels corrents

bioètics, aquests articles van a favor del principi de beneficència, d'emprar els coneixements que tenim a favor de la salut del malalt i l'entorn, fins i tot si no ens ho demana. No hem de ser neutrals i hem d'oferir al malalt un "menú" de proves i tractaments i esperar que ell decideixi, sense deixar d'assessorar-lo i aconsellar-lo, però no l'hem d'obligar mai ni imposar-li els nostres criteris. Per això, l'article 5 ens recorda la necessitat de respectar els drets humans i l'autonomia del malalt.

Els articles 6 i 7 insisteixen en la independència professional de l'exercici de la medicina i defensen la consciència del metge que pot o fins i tot ha de renunciar a tractar un malalt quan aquest no accepti una determinada terapèutica que el metge consideri necessària; en aquests casos ha d'avisar el malalt i no deixar-lo desatès.

Tots aquests principis generals són aplicats en diverses situacions en els següents articles del codi: el capítol II tracta sobre la relació del metge amb els seus pacients, el III sobre la informació, el IV del dret a la intimitat i del secret professional, el V del tractament, el VI de la reproducció humana, el VII de la mort, el VIII de la tortura i la vexació de la persona, el IX de l'experimentació mèdica sobre la persona, el X sobre l'exercici de la medicina en les institucions, l'XI de la vaga, el XII dels deures i drets del metge envers els seus companys i els deures del Col·legi de Metges, el XIII de la publicitat i el XIV de l'economia.

◆ És inexcusable conèixer el Codi Deontològic

Codi Deontològic Principis generals

1. El metge ha de tenir present que l'objectiu de l'exercici de la medicina és promoure, mantenir o restablir la salut individual i col·lectiva de les persones, i ha de considerar que la salut no és solament l'absència de malaltia, sinó també el conjunt de condicions físiques, psíquiques i socials que permeten la màxima plenitud de la persona per tal que aquesta es pugui desenvolupar de manera autònoma.
2. Els metges, que són uns dels principals agents de la preservació de la salut, han de vetllar per la qualitat i l'eficiència de la pràctica mèdica, principal eina per a la promoció i defensa d'aquella.
3. Com sigui que la defensa i promoció de la salut suposen un camp d'acció molt més ampli que el purament assistencial, els metges no poden considerar-se aliens a les situacions socials, els progressos tècnics i les condicions de treball i ambientals que afecten la vida dels ciutadans, i han d'aconsellar les accions sanitàries més adients.
4. El deure del metge és prestar atenció preferent a la salut del pacient, atenció que en cap circumstància no interferiran motivacions religioses, ideològiques, polítiques, econòmiques, de raça, sexe, nacionalitat, condició social o personal del pacient ni pel temor d'un possible contagi del metge.
5. Els metges han de respectar escrupolosament les persones i tots els seus drets i mai no podran emprar els seus coneixements, ni que sigui d'una manera indirecta, en cap activitat que suposi la conculcació dels drets humans, la manipulació de les consciències, la repressió física o psíquica de les persones o el menyspreu de la seva dignitat.
6. Cap metge no podrà ésser ni discriminat ni rebutjat quan, per fidelitat a la seva consciència, es negui a emprar o emprar determinada terapèutica o mitjà de diagnòstic. Caldrà, però, que el metge, en tots els casos, ho hagi advertit abans personalment al pacient o, quan es tracti d'un incapacitat o un menor, a la persona directament responsable d'aquest.
7. El metge ha de sotmetre's sempre a les mateixes normes ètiques i mai no podrà renunciar a la seva independència professional sigui quina sigui la manera com exerceixi la medicina o la institució en què ho faci.



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

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT



Més val prevenir que curar

Sóc un metge de família, que treballa en l'àmbit rural des de fa uns anys, molt a prop de la gent. M'agrada la meva feina, tot i arrossegar un cert desencís des de fa algun temps. L'excés de feina, o la manca de temps, sovint m'atabalen i, encara pitjor, tinc la sensació de vegades de treure poc profit de la feina.

Dr. Joan Clotet Solsona

No sé si a la resta de metges i metgesses els passa el mateix.

Avui, després de tota una jornada, aquesta sensació és tan intensa que em duu a repassar tot el que he fet.

- Dos usuaris no presentaven cap demanda concreta, simplement necessitaven que algú els escoltés.

- Un parell venien a buscar la recepta del fàrmac que el farmacèutic els havia dispensat el cap de setmana: "com que vostè no hi era!".

- Un usuari no entenia que, malgrat ser pensionista, hagués de pagar -el seu fàrmac no consta dintre els anomenats amb preu de referència, per cert, prescrit per un catedràtic de Barcelona-.

- Un altre tenia dubtes, el medicament era un genèric, amb les sigles EFG, però el color de la capsula no era igual a l'anterior.

- Uns quants m'han consultat per símptomes menors, d'aquells que només es tracten per justificar la visita, o bé quan veus clarament que el client no marxa satisfet sense la seva medecina.

- En un altre cas estava justificat demanar-li una resonància magnètica, però quan anava a posar-hi el codi, m'he adonat que no hi era. Sembla que això només és a l'abast de l'especialista.

- Després he vist una uretritis, probablement gonocòccica. He buscat el tractament d'elecció a la guia terapèutica antimicrobiana de Sanford i era la *Ceftriaxona*. Com que aquest és un fàrmac d'ús exclusiu per a hospitals, tampoc no l'he pogut tractar. Sé que hi ha alternatives, però si la guia ho diu... una guia és una guia.

- També he fet una baixa, un parell de comunicats de confirmació i he atès el requeriment d'una història clínica per canvi de domicili. Des que s'ha posat de moda tot això del transvasament de la història clínica, no parem. Resulta que hi ha una pacient que viu dos mesos a Ponts i dos mesos fora de

Ponts. Quan la pacient és a Ponts, la història és a fora. I, quan la pacient és a fora, la història és a Ponts. Així que he decidit fer un resum, però això suposa temps i feina.

- En acabar, un domicili amb un pacient d'aquells que per a ells no passa el temps: la mateixa postura, arrupit, enmig d'uns llençols arrugats, inexpressiu i amb aquella olor tan característica. Cap cosa de l'altre món, si no fos perquè estava moll fins dalt, la persona que l'assisteix no hi era i amb l'infermer hem hagut de netejar-lo i canviar-li el bolquer.

Quan el baròmetre de la frustració ja quasi fregava el vermell, perquè pensava que a part de quatre o cinc pacients en els quals la meua intervenció havia pogut ser determinant, l'únic profitós que havia fet aquell matí era canviar un bolquer, m'he adonat que a tres pacients els havia omplert el full del PAPPS -Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut-. Un m'ha dit que deixaria el tabac, un altre que faria exercici amb regularitat i l'últim que faria una dieta per perdre uns quilos de més.

Podia això pal·liar la meua frustració? En aquell instant ha caigut a les meves mans l'article de Woolf S.H., "The need for perspective in evidence-based medicine", publicat al *JAMA* 1999; 282: 2358-2365. Segons aquest treball, si tota la població dels EUA deixés de fumar s'estalviarien 328.044 morts. I si fessin exercici físic, 177.940 morts. La reducció del colesterol total en un 10% n'estalviaria 132.370. La normalització de la pressió arterial amb diurètics, 68.382. La vacunació antipneumocòccica, 9.922. El cribratge amb mamografia del càncer de mama en dones, a partir dels 40 anys, 4.475. L'examen de sang amagada en la femta, a partir de 50 anys, 9.632. El Papanicolaou, almenys un cop cada 3 anys, a partir dels 20 anys, 3.644. El tractament precoç, amb IECA, de la insuficiència cardíaca congestiva,

11.000. El tractament amb un bloquejador beta adrenèrgic en l'IAM sense contraindicacions, 17.023. El tractament amb àcid acetilsalicílic en l'IAM sense contraindicacions, 10.365. I l'ús de warfarina en la fibril·lació auricular, 3.418.

Impressionant, veritat? Sempre amb l'afany de salvar vides humanes i, quan ho tenim a l'abast, matem el temps en coses superflues.

Els que llegiu aquest text, potser penseu "però si jo ja ho faig això de donar consell, fer els cribratges ..." Doncs bé, segons estudis publicats al *J. Gen. Intern. Med.* 1986; 1(5): 275-81 i al *Fam. Med.* 1987; 19(5): 341-5, els metges sobreestimem, sistemàticament, la quantitat de cribratges que fem en un 200%, i el compliment de les recomanacions més bàsiques és molt sovint inferior al 50%.

Refiar-se de la memòria, de les sen-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Figura 1. PAPPS

ABS	ANY INSCRIPCIÓ	1990	1991	1992	1993	1995	1997	1998	1999	2000	2001
Les Borges Blanques	1993					◆	◆		◆	◆	
Cervera	1991				◆						
Artesa de Segre	1998								◆		◆
Ponts	1991				◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Espitau Val d'Aran	1991										
El Pla d'Urgell	1995					◆	◆	◆			
Tàrraga	1995										
El Pont de Suert	No inscrit								◆		
La Pobla de Segur	1998								◆	◆	◆
Tremp	1996						◆	◆	◆	◆	◆

◆ Han participat en l'evaluació corresponent

sacions, de les bones intencions, comporta una percepció enganyosa de l'activitat clínica.

Per millorar la cobertura de les activitats preventives és necessari un sistema de registre específic d'aquestes activitats. Per tal de conèixer, amb exactitud, quina és la situació real de cobertura són necessàries avaluacions periòdiques.

Inscriure's en un programa o protocol d'activitats preventives no és un capritx, sinó una necessitat. Naturalment, aquest programa pot ser elaborat pel centre mateix, però si és d'àmbit nacional, com el PAPPS, té molts més avantatges.

EI PAPPS

El programa PAPPS neix per iniciativa dels professionals mateixos d'atenció primària, compta amb el suport de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària i ha creat a poc a poc un marc de referència per als professionals de la Península. Aquest programa serveix per avaluar i, a més, actua com a grup de suport, genera recomanacions, investiga l'efectivitat dels nostres serveis i contribueix a la nostra actualització en matèria preven-

Figura 3. Relació entre els recursos relacionats amb la salut i contribució potencial a la reducció de la mortalitat

Font: Dever, GEA. An epidemiological model for health analysis. Soc. Ind. Re. 1976; 2: 465

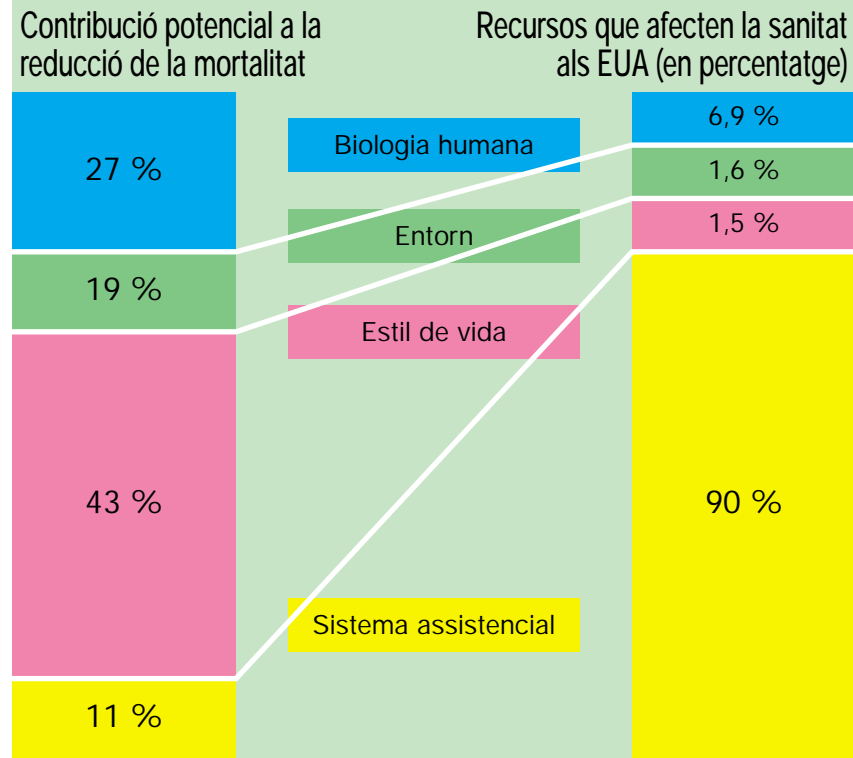
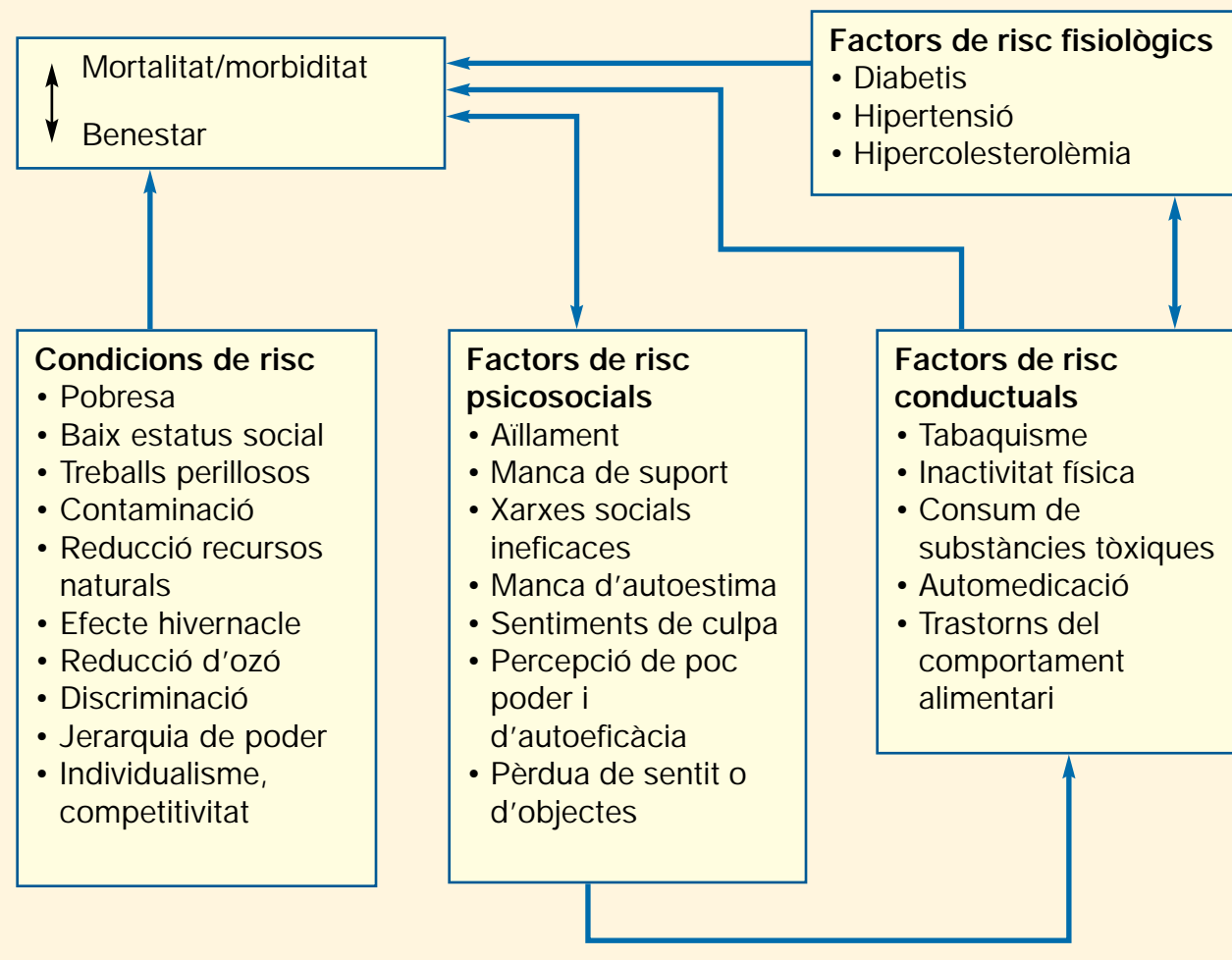


Figura 2. Factors determinants de salut



tiva.

Actualment, més de 600 centres de salut, distribuïts en 17 comunitats autònomes, estan adscrits al programa i han introduït les seves recomanacions a la pràctica assistencial.

Les avaluacions efectuades des de 1990 permeten conèixer el compliment de les activitats preventives del centre mateix i comparar-les amb els resultats globals. Aquestes avaluacions se centren en el procés assistencial i es fan amb una periodicitat biennal (anys senars).

Però, el grup d'avaluació del PAPPS va iniciar l'any 1998 un nou procés amb la intenció d'avaluar resultats. Es tractava d'aproximar-se a valorar l'efectivitat de les activitats preventives en la pràctica assistencial. Fins ara, s'han dut a terme set avaluacions de procés assistencial –anys 1990, 1991, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001–, i dues d'efectivitat d'activitats preventives –anys 1998 i 2000–.

La participació ha estat irregular i més aviat escassa, per exemple, en l'avaluació del 1999 només hi van participar 224 centres, o sigui, el 37,8% dels adscrits, i en l'estudi d'efectivitat del 2000 la participació va ser de 98 centres a tot Espanya.

Només 9 centres dels 26 centres d'atenció primària que hi ha a Lleida estan adscrits al PAPPS, el 34,6%, i el seu seguiment també és parcial i irregular

- ◆ **600 centres, de disset comunitats autònomes, estan inscrits al programa**
- ◆ **Només el 34,6% dels centres d'atenció primària de Lleida hi estan adscrits**
- ◆ **Paradoxalment, afloren unitats de prevenció cardiovascular**

(figura 1). A excepció del Programa Infantil, no tinc cap referència d'algun centre amb un programa preventiu propi i amb full de registre a la història clínica. Per tant, cal suposar que tota l'activitat preventiva de la resta de centres en població sana es basa en aquell consell poc coherent que s'acostuma a donar mentre obrim la porta per acomiadar el pacient.

Com acostuma a passar, mentre a l'atenció primària hi ha una certa apatia a dur a terme activitats preventives, afloren paradoxalment unitats de prevenció de risc cardiovascular o de control de la hipertensió arterial, que s'ubiquen normalment en centres hospitalaris. Aquests centres, a més a més, actuen com a dinamitzadors i organitzadors de jornades d'actualització, quan tot això fóra molt més congruent fer-ho des de l'atenció primària. O és que ni nosaltres mateixos no creiem en les nostres possibilitats?

L'atenció primària segueix sent el marc idoni per dur a terme les activitats preventives pels següents motius:

1. L'accessibilitat és la més alta del sistema sanitari, ja que el 90% de la població contacta amb aquest àmbit en un període de 5 anys.
2. La relació individualitzada afavoreix la comprensió del consell educatiu per part del pacient.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

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

QUALITY MANAGEMENT
Certificat
Certificat de qualitat
Certificat de qualitat
CERTIFICADO Nº: 91299973

www.echevarne.com
informacion@echevarne.com

3. La continuïtat en el temps permet fer periòdicament les diferents activitats preventives i establir un procés d'adaptació en funció del canvi en la situació de risc.

4. L'orientació preventiva de l'atenció primària constitueix, des d'Alma Ata, el seu principi essencial. Hi ha un ampli consens en què la prevenció és una activitat necessària, efectiva i inherent al concepte mateix d'atenció primària de salut.

Reconduir aquesta situació

Llavors, com s'ha de reconduir aquesta situació tan poc satisfactòria?

És evident que els factors determinants de salut són molt diversos (figura 2) i les estratègies per al seu control absolut són d'una gran complexitat.

Bàsicament, són tres els elements implicats: Administració, societat i professionals.

Administració: fins ara ha basat la seva política sanitària en l'alta tecnologia. Això, inevitablement, ha derivat en pressupostos aclaparadors sense la corresponent millora en resultats de salut. I quan ha proposat algun tipus d'intervenció amb sentit preventiu, ho ha fet sense una adequada relació cost-benefici, cost-efectivitat i ni tan sols cost-utilitat.

Cal prioritzar en funció de l'evidència científica disponible. Abans d'establir qualsevol mesura, cal preguntar-se: hi ha prou evidència per incloure aquesta recomanació en la pràctica clínica? Perquè, si no és així, es produeix un malbaratament.

Els treballs de Denver dels anys seixanta (figura 3) posen de manifest la necessitat d'adequar els recursos al control dels determinants de salut, si es vol millorar la supervivència de la població i, de retruc, reduir el cost sanitari.

Societat: clàssicament, la utilització dels serveis sanitaris per part de la població es basa en el binomi diagnòstic-tractament. Quan aquesta població fa una demanda preventiva, tampoc no es compleixen les seves expectatives perquè, habitualment, confia que se li faran una gran quantitat de sofisticades proves diagnòstiques, però, en realitat, la majoria de les activitats preventives es basen en l'exploració física i en una sèrie de consells destinats a modificar un estil de vida inapropiat, tot i que al pacient ja li va bé.

El pacient acostuma a pensar que ja hi és a temps a baixar de la poltrona. Qui no ha sentit a dir allò de més val viure pocs anys bé, que molts de malament.

Opino que aquí l'actual conjuntura política també hi té una part de culpa, puix ha donat a entendre a la població que pot viure amb total despreocupació.



L'activitat física elimina un dels factors de risc conductuals. Fotografia: Lluis Vidal

càncer de pròstata, o de la mamografia mateixa en la prevenció del càncer de mama, només per esmentar dos exemples.

3. Són actuacions, generalment, no demanades per la població i comporten poques gratificacions i poc reconeixement per part de qui les executa.

4. La formació en matèria de prevenció és exigua, tant en el pregrau com en el postgrau. I la que s'imparteix és molt teòrica i no s'enfoca a la modificació d'hàbits ni de conductes insanes de la població.

5. Manca un responsable dintre l'equip interessat en aquest tema que actui com a agent dinamitzador.

6. Alguns professionals, davant la incertesa del model d'atenció primària actual, cauen en la rutina i adopten procediments estandarditzats o simplement establerts pels dirigents, que segueixen de forma cega i obstinada sense la dosi de reflexió i d'anàlisi que qualsevol decisió mèdica requereix abans d'aplicar-la.

7. En contra del que caldria pensar, diversos estudis demostren que no hi ha relació entre la pressió assistencial i l'aplicació d'activitats preventives.

S'han proposat diferents tipus d'incentius per canviar aquesta tendència, laborals, econòmics, etc., però, sense negar la seva possible influència, la solució principal s'ha de buscar en l'essència mateixa de la professionalitat del personal sanitari.

Dintre el funcionament psicològic humà, hi ha tres característiques que són bàsiques per obtenir el compromís de la persona per aconseguir un determinat objectiu, i els metges no hem pas de ser l'excepció. Aquestes característiques són:

1. Per tractar eficaçment amb els professionals, s'ha de fer de manera que es protegeixi i millori la seva autoestima.

2. Per obtenir l'efecte, la confiança i la fe d'un professional, aquest s'ha de sentir estimat per l'Administració mateixa.

Segons el principi de reciprocitat, els qui formen part de l'Administració no poden pretendre que els qui són al peu del canó facin allò que ells mateixos no són capaços de fer.

3. Moltes vegades, els professionals fan coses per als altres per raons molt diferents a les aparents.

Fins aquí aquesta reflexió, que en cap cas no ha volgut ser pretensiosa, ni crítica, ni ha pretès repudiar res, ni a ningú.

Sóc conscient de la complexitat de l'assistència sanitària i del comportament humà, però, si cadascú, des de la seva responsabilitat, hi dona una empena, potser es podria enlairar aquell proverbi ancestral: MÉS VAL PREVENIR QUE CURAR.

◆ Per modificar conductes, a més de tenir raó, cal que la societat ho accepti

◆ La formació dels professionals en matèria de prevenció és exigua

En aquest sector, fóra convenient insistir en el concepte d'autoresponsabilitat.

De fet, l'OMS ho sintetitza amb l'eslògan: "fer l'elecció sana, l'elecció fàcil". Reconeix que és responsabilitat de la societat establir les condicions que facin més fàcil a un individu poder dur una vida més sana.

Tal com diu F. Buitrago en l'article "Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. ¿Quo Vadis?: "(...) Y aunque no es lo mismo el derecho a ser ayudado cuando uno lo necesita (consultas a demanda) que el de ser coaccionado contra el propio deseo para asumir estilos de vida saludables o someterse a actuaciones preventivas, ha de buscarse el equilibrio que facilite que las pérdidas subjetivas de bienestar que pueden conllevar la asunción de actividades preventivas y de promoción sean valoradas como aceptables y deseables para alcanzar la dimensión emancipadora

que tiene la Salud".

Segons el meu parer, aquest és un aspecte d'especial rellevància, ja que quan es tracta de modificar conductes en la societat no n'hi ha prou amb tenir raó, cal que la societat ho accepti i ho entengui.

Fa uns dies vam veure en els mitjans de comunicació, a Valladolid, uns pares revolucionats en contra de les antenes de telecomunicacions, perquè creien que eren nocives per als seus fills –fet no demostrat–. Al mateix temps, molts d'ells fumaven com cafeteres al costat dels seus fills, tan tranquils, –fet demostrat que sí que és perjudicial–.

Professionals: Voltaire va dir que "metge és la persona que prescriu un remei del qual en sap ben poc, per curar una malaltia de la qual encara en sap menys, per a un pacient de qui no en sap res...". No es pot negar que hi ha un aferrament més gran a la idea de prescripció que a la de prevenció.

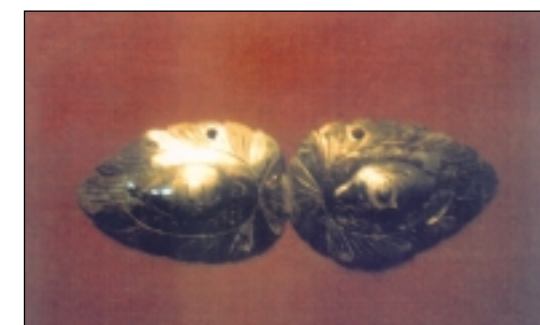
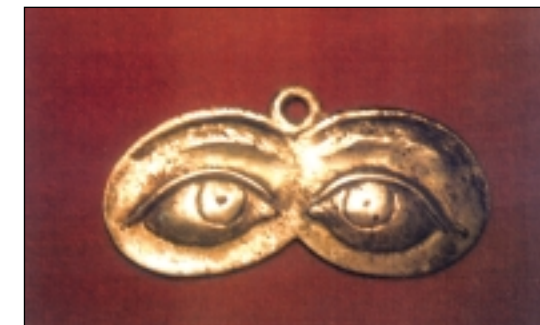
La raó per les quals els professionals descuren les activitats preventives són complexes i difícils d'entendre. Difícils d'entendre, perquè alguns els coneix bé i sé que mai no deixarien de fer qualsevol cosa per tal de millorar la salut dels seus pacients.

La raó podrien ser:

1. Els equips d'atenció primària s'orienten a cobrir la demanda assistencial condicionats per mecanismes que l'únic que pretenen és la disminució de costos directes. Això compromet la participació dels metges en iniciatives sobre els factors determinants de salut.

2. Alguns professionals es mostren clarament escèptics respecte a l'efectivitat de les mesures preventives i de promoció de la salut.

No sempre hi ha unanimitat a l'hora d'establir recomanacions entre les diverses societats o autoritats científiques, sobretot en les proves de cribratge. Aquest és el cas del PSA en el



Origen prehistòric d'alguns santuaris invocats en les malalties de la vista

En temps primitius, màgia i medicina anaven unides. Era precisament el fetiller o bruixot qui exercia les funcions de metge. Solament l'observació i estudi d'aquelles antigues pràctiques guaridores que, fins i tot, han arribat a nosaltres, ens permeten conèixer les creences de l'home prehistòric envers les malalties.

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

Diversos són els elements de què disposem per endinsar-nos en aquest apassionant món de la medicina prehistòrica, com ara la paleopatologia òssia, ja que l'os és l'únic element humà conservat fins als nostres dies, i dintre d'aquesta, la trepanació, acte enigmàtic i ritual.

És sorprenent comprovar com la trepanació va aconseguir sobreviure

durant temps a l'operació, segons demostra la cicatrització del vorell de l'orifici. És un misteri esbrinar quina va ésser la causa que motivà tan complicada intervenció. El més versemblant és que va obeir a un motiu ritual, possiblement amb la intenció de treure els mals esperits que s'havien apoderat de qui era trepanat.

No cal dir la importància del rastre

que ens han deixat les malalties generals amb repercussió òssia o les pròpiament òssies, traumàtiques o no. Entre les traumàtiques, han aparegut ossos amb fractures que van ser perfectament reduïdes i immobilitzades. En altres casos, no obstant això, la fractura no es va reduir o es va fer de manera defectuosa. També, senyals de ferides ocasionades per fletxes o contusions. Entre les no traumàtiques, neoplàsies, tuberculosi, alteracions dentàries, acromegàlia, etc.

Són molt importants les dades que l'estudi dels ossos ens dona per estudiar la longevitat en aquelles èpoques.

Un altre element molt important és la comprovació de l'existència de determinats llocs, com ara coves, abrics, fonts, rocams, etc., amb tanta atracció sobre l'home que ha estat capaç de persistir durant mil·lennis. Ens referim als santuaris amb tradició guaridora.

Hem trobat vestigis més que suficients per poder assegurar que molts d'aquests santuaris, que actualment gaudeixen d'una gran atracció com a llocs de pelegrinatge per guarir tota mena de malalties, tenen els seus orígens en altres d'anteriors de culte pagà, dedicats a alguna divinitat gentilica.

Aquesta certesa ens l'ha donat la constatació de la reiterada coincidència de troballes prehistòriques a l'entorn d'aquests indrets de gran devoció guaridora.

Era tanta, com hem dit, l'atracció i devoció que aquells llocs màgics de culte tenien entre la gent, que molts evolucionaren i amb el temps es cristianitzaren a causa de la perseverança dels sofrents a acudir-hi per cercar el remei que per altres mitjans no aconseguien.

Però, moltes de les pràctiques paga-

nes continuaren arrelades profundament en l'esperit del poble. Amb la cristianització, el lloc privilegiat va persistir, així com alguns dels ritus emprats per a la curació.

Segons l'historiador Francesc Martí, es tracta d'advocacions rurals identificadores d'un indret amb protagonisme de la pietat popular¹.

La major part d'aquests santuaris són d'advocació mariana, amb la circumstància comuna de tractar-se de "marededéus trobades", és a dir, que el poble creia que havien estat amagades en un temps molt reculat per evitar el perill que fossin profanades "pels moros".

Es dona la circumstància que la imatge mai no volia moure's del lloc de la troballa. Tots els intents de traslladar-la en un lloc més adient per ser venerada, fracassaven i, misteriosament, retornava a l'indret on havia aparegut,

prova evident que era precisament aquell indret o paratge el que des de sempre havia estat objecte d'atracció i culte.

En aquest estudi ens referirem solament als santuaris relacionats amb el camp de l'oftalmologia o, emprant el llenguatge popular, el "mal d'ulls", o malalties de la vista, ja que és precisament en aquest apartat en què pràcticament sempre coincideixen les dues circumstàncies, és a dir, troballes prehistòriques en llocs de tradició guaridora.

Com a més significatiu, farem referència als següents:

Santuari de Santa Maria de Butsènit

No és agosarat afirmar que tenim a Lleida el centre de devoció remeiera per al "mal d'ulls" més important de Catalunya. Ens referim al santuari de Butsènit. Situat a 6 km de la ciutat, vora l'antic camí d'Alcarràs, va pertànyer al terme de l'actualment lloc despoblat de Rufeà.

La tradició fa referència a la troballa de la imatge de la Verge per un vailet que pasturava bous per aquells voltants. La Mare de Déu de Butsènit ha estat especialment considerada com a advocada de les malalties de la vista i són aquests malalts els qui des de sempre i d'arreu han acudit al seu san-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Algunos ejemplos demostrativos

Dr. A. Rodríguez Pozo · Profesor Titular de Medicina. UdL

En el campo de la nutrición existen muchas ideas y creencias, casi siempre producto de la imaginación y la fantasía, que, sin haberse demostrado, se han ido manteniendo como ciertas, constituyendo auténticos mitos. En otras ocasiones, algunas creencias se promueven y mantienen con fines interesados y engañosos, y son auténticas falacias. Veamos algunos ejemplos demostrativos.

Algunos mitos

1- El mito de los antagonismos digestivos:

En ciertos círculos naturistas se cree que los alimentos proteicos requieren una digestión de tipo ácido, y que los alimentos de tipo farináceo tienen una digestión de tipo alcalino o neutro. Por consiguiente, ambos tipos de alimentos no pueden mezclarse en una misma comida.

Dicha creencia es una leyenda carente de veracidad. Pues la verdad es que el sistema digestivo humano está preparado para digerir todo tipo de alimentos, independientemente y conjuntamente, y no depende del pH, gracias a que dispone de todos los enzimas necesarios para digerir, tanto las proteínas como los hidratos de carbono y las grasas, que actúan en función de lo que ingerimos.

2- El mito de las purinas:

También está muy extendido en algunos ambientes vegetarianos que las proteínas de origen vegetal no contienen purinas, y por tanto, no producen ningún problema y pueden utilizarse sin ningún riesgo en personas con hiperuricemia y gota.

Esto no es del todo cierto. La verdad es que algunos alimentos de origen vegetal carecen o no tienen apenas purinas, pero algunos otros contienen importantes cantidades. Veamos unos ejemplos: las leguminosas tienen un alto contenido en purinas; la soja tiene dos veces más que la carne; el té, el café, la malta, el cacao contienen bastante cantidad, y las levaduras poseen un contenido hasta 50 veces mayor que la carne.

3- El mito de la alimentación vegetariana como garantía de salud:

Una creencia extendida en ciertos círculos, parece cada día más amplios, es que una alimentación

vegetariana resulta sana y saludable.

Veamos la realidad: una alimentación vegetariana estricta es pobre en proteínas y deficitaria en ciertos aminoácidos como: treonina, lisina, triptófano y metionina. Esto es debido al bajo contenido de proteínas de muchos alimentos de origen vegetal y a la pobre biodisponibilidad de aminoácidos por la difícil extracción de las proteínas vegetales (envolturas y cubiertas de celulosa, hemicelulosa, lignina y cutina).

La consecuencia es una dieta hipoproteica con pobre aporte de hierro, calcio y vitamina B12 que predispone a la debilidad, a la anemia, al adelgazamiento, a la osteoporosis y al retraso del crecimiento en los niños. Ningún tipo de dieta vegetariana es en absoluto superior a una dieta omnívora equilibrada.

4- El mito de cómo los alimentos cárnicos se pudren en el colon

Esta creencia carece de todo fundamento.

Las proteínas cárnicas se digieren en el estómago, parcialmente (por acción de la Pepsina y del Ácido Clorhídrico) y totalmente en el intestino delgado por acción de las Proteasas pancreáticas y de las Carboxipeptidasas del intestino, obteniéndose aminoácidos libres que son absorbidos y pasan a la sangre.

Al colon no llegan aminoácidos, tan sólo restos de algunas carnes fibrosas, que la flora bacteriana puede descomponer liberándose ácidos grasos de cadena corta volátiles, amoniaco, anhídrico carbónico y algunas aminos como: tiramina, cadaverina, putrescina, fenol, indol y escatol. Estos pro-



Una alimentación vegetariana estricta es pobre en proteínas y deficitaria en ciertos aminoácidos.

ductos son el resultado de la descomposición de la fibra, de la descamación del colon y de los restos bacterianos y se producen igual en regímenes vegetarianos y cárnicos estrictos, tanto por separado y como combinados entre sí.

Algunas falacias

1- La falacia de la alimentación biológica:

La idea de que los alimentos llamados "biológicos o bio" son más saludables se ha difundido en no pocas ocasiones de manera interesada en los últimos años.

La verdad es que estos tipos de alimentación son casi exclusivamente vegetarianos y suelen tener muchos inconvenientes desde el punto de vista nutricional. Por ejemplo, se ha comprobado que en muchos casos puede haber déficit de vitamina A, lo que predispone al cáncer; déficit de vitamina D3 que se asocia con frecuente osteoporosis; déficit de ácidos grasos, que produce dermatitis y alteraciones de la fertilidad, y déficit de algunos aminoácidos que provoca retraso del crecimiento en los niños.

2- La falacia de los cereales integrales:

A los cereales integrales (también se les pueden llamar cereales de grano entero) se les ha añadido como una

aureola benefactora respecto a la salud, en no pocas ocasiones desproporcionada.

¿Qué hay de cierto en ello?. La verdad es que los cereales integrales contienen absolutamente todos los nutrientes del grano, lo que a efectos nutricionales se traduce en una mayor proporción de proteínas y de fibra alimentaria. Esto en principio sería una cosa deseable, pero también conlleva efectos adversos como, por ejemplo: peor tolerancia digestiva con flatulencia, distensión y dolor abdominal, posible colitis y mayor riesgo de alergia alimentaria, y déficit de absorción de zinc, calcio, hierro y otros micronutrientes debido a la interferencia por los fitatos contenidos en las cubiertas de los cereales.

Actualmente, los alimentos elaborados a partir de los cereales integrales sólo están indicados en personas con algunos problemas específicos como parte del tratamiento dietético. Por consiguiente, en la población sana lo más aconsejable son los productos elaborados con harinas semicompletas (85% a 92, %).

3- La falacia de los alimentos vivos:

Los alimentos llamados "vivos" son los alimentos que se comen directamente sin ningún procesamiento con el fuego ni a nivel industrial, es decir, los alimentos crudos. También se les ha querido dar una fama no merecida

y una bondad no demostrada.

La verdad es que sólo una tercera parte de los alimentos que consumimos normalmente puede ingerirse crudos. Muchos alimentos tienen cubiertas y envolturas duras formadas por fibras no digeribles, con lo que resulta muy difícil de extraer los nutrientes contenidos en su interior. Por eso, las personas que solo se alimentan con alimentos crudos son propensas al adelgazamiento y a padecer carencias nutricionales múltiples. La cocción predigiere los alimentos con lo cual mejora su utilidad nutritiva. Muchos alimentos (cereales, legumbres, verduras, hortalizas, etc.) son poco o nada útiles de forma cruda, mientras que sometidos al fuego son altamente nutritivos.

4- La falacia de las toxinas de la carne:

Los partidarios de las dietas vegetarianas argumentan que la carne contiene en sí misma toxinas que pueden llegar a ser mortales.

La verdad es que solo se han encontrado toxinas (putrescina, ptomaina, etc.) en las carnes cuando están mal conservadas y en estado de descomposición o putrefactas, pero no en la carne fresca o bien conservada. También se han encontrado toxinas en muchos vegetales, sobre todo cuando permanecen almacenados como, por ejemplo: aflatoxina, patulina, etc.

Radiografia d'una mà o radiografia d'un ratolí?

Som experts en veure la vessant informàtica de la medicina

SALUS

Software de gestió integral per a Centres Sanitaris

Ginecologia • Urologia • Psiquiatria • Traumatologia
Fisioteràpia • Neurologia • Odontologia • Medicina Fetal
Laboratori d'anàlisis • Atenció Primària • Centres Mèdics
Facturació • Cobraments • Agendes

C. Taquígraf Martí, 16 • Tel. 973 223 185 • 25008 LLEIDA
www.q-soft.net

◆ Los alimentos biológicos son casi únicamente vegetarianos y pueden tener inconvenientes nutricionales

L'assemblea del COML aprova els nous estatuts

L'assemblea general extraordinària va aprovar el dia 16 de maig passat els nous estatuts col·legials, després de tres hores d'intensos debats. Entre els canvis més importants continguts en els nous estatuts, hi ha la limitació del mandat de les juntes de govern, la modificació de la composició d'aquest òrgan i la participació de candidatures obertes en els processos electorals.

Uns 80 col·legiats, dels quals molts metges joves que es dediquen a la medicina de família, van assistir a l'assemblea extraordinària, que s'inicià en el saló d'actes del Col·legi a les 18 hores i va finalitzar a les 22 hores. El Dr. Xavier Rodamilans, president del COML, i la Dra. Rosa Pérez, coordinadora de la comissió de redacció de la proposta d'estatuts, van dirigir el debat.

Després de debatre qüestions formals presentades per un grup de col·legiats, l'assemblea va aprovar mitjançant una votació continuar la sessió amb la discussió dels temes estrictes de l'ordre del dia. Així, els autors de les esmenes van defensar-les i van incorporar-se a la proposta d'estatuts totes aquelles que en milloraven la redacció o feien importants i interessants aportacions.

Els articles més debatuts van ser:

- La composició de la Junta de Govern. Va aprovar-se que els membres d'aquest òrgan seran: president, vicepresident, secretari, vicesecretari, tresorer i cinc vocals.

Van aprovar-se, a més, les següents seccions col·legials:

- Secció col·legial de metges jubilats.
- Secció col·legial de metges joves
- Secció col·legial de met-

ges d'atenció primària.

- Secció col·legial de metges d'hospitals.
- Secció col·legial de metges d'exercici privat/assistència col·lectiva
- Secció col·legial de metges d'exercici institucional.
- Secció col·legial de metges d'APD.
- Secció col·legial de metges acupuntors, homeòpates i de medicina naturista.

- El tipus de llistes vàlides per concórrer a les eleccions col·legials. Va aprovar-se que les llistes siguin obertes i que els candidats puguin presentar-se individualment en un càrrec determinat o en una candidatura conjunta.

Finalment, els assistents van artorgar la seva confiança a la Junta de Govern perquè, posat cas que la Generalitat introdueixi canvis formals –no de fons– en els estatuts, pugui modificar el text definitiu sense convocar nova assemblea.

El tràmit següent per aconseguir la vigència dels estatuts és fer-los arribar al departament autonòmic de Justícia a fi que, si s'adeqüen a la legalitat, els inscriu en el Registre de

Moviment col·legial

ALTES

María Jesús Javierre Caudevilla, nova
Francisco Javier Gil Fernández, nou
Jordi Piñol Ripoll, nou
Silvia Caro Orozco, nova
Fernando Paredes Carmona, nou
María Asunción Sánchez Zapater, nova
Ángel Lasa Vilella, nou
Francesc Pujol Aymerich, reingrés



Una de les votacions de l'assemblea. Fotografia: Laurent Sansen

Col·legis Professionals de la Generalitat de Catalunya. Posteriorment, en un termini d'entre 3 i 6 mesos, es publicaran al DOGC.

Un cop el DOGC publiqui els estatuts, cessarà l'actual Junta de Govern i es convocaran noves eleccions d'acord amb una disposició transitòria dels nous estatuts.

Els vigents estatuts van ser aprovats el 7 d'abril de 1986.

María Cruz Urgelés Castillón, procedent de Barcelona
Francisco José Iturbe Recasens, nou
María Francisca Mayoral Masana, reingrés
Natividad Perallón Solans, nova

CANVIS DE SITUACIÓ

Andrés C. Escudero Fernández, passa a col·legiat honorífic.
Juan Morros Maset, passa a col·legiat honorífic

Els canvis més importants

- Limitació de mandat de tots els càrrecs de la Junta a 8 anys (dos períodes de 4 anys consecutius com a màxim).

- Nova composició de la Junta de Govern per fer-la més efectiva i més operativa i no excloure'n cap col·lectiu, com passava fins ara (el cas dels metges forenses, metges inspectors, gerents, etc.).

- Desaparició de la comissió permanent i establiment de la Junta completa com a òrgan de govern.

- Creació de les seccions col·legials, que engloben els metges d'un mateix col·lectiu sempre que superin els 25 col·legiats.

- Actualització del règim disciplinari i de les sancions.

- Aprovació per majoria de les llistes electorals obertes.

Informacions i acords de la junta de govern

La junta de govern del COML ha adoptat els següents acords en les sessions plenàries del 21 de febrer, 21 de març i 11 d'abril:

- convocar una assemblea extraordinària el 16 de maig, a les 18 hores, a la seu col·legial, per debatre la proposta de nous estatuts, les esmenes presentades i, si s'escau, aprovar-los.
- convocar l'assemblea anual ordinària per al 14 del vinent mes de juny, a les 19 hores..

La junta també ha proposat la Dra. Inés Gil Gil com a representant del col·legi en el Servei Aranés de Salut. I, a més, s'han tractat informacions sobre la formació continuada i la inscripció de la Mutual en el registre d'entitats asseguradores.

Comunicat sobre el dret a la salut a Palestina

La junta del Col·legi de Metges de Lleida va fer públic el passat 21 de maig un comunicat en el que expressa la seva condemna "pels reiterats i sistemàtics atacs de l'exèrcit israelià contra els professionals de la salut."

Així mateix, el text difós pel col·legi manifesta que "aquests atacs impedeixen que els professionals desenvolupin la seva tasca sanitària i impossibiliten, a més, que el poble palestí accedeixi a l'assistència sanitària".

El comunicat del Col·legi Oficial de Metges de Lleida també recorda "el dret internacional humanitari a recollir i atendre els malalts i ferits i a protegir el personal, el transport i les instal·lacions sanitàries".

Parquets - puertas - revestimientos - escaleras



LUMBER
PARK

El stand del parquet

OFERTA EXCLUSIVA

Ejemplo: suministro y colocación de parquet flotante de la más alta calidad en madera de roble natur sin nudos, marca

-GRABO JIVE- (fabricación sueca),

con 17 años de garantía de fábrica.

Instalado a 37,90 e m² P.V.P. 44,60 e m²

(pago aplazado en tres meses sin intereses, IVA no incluido)

compare nuestro presupuesto

Podrán beneficiarse todos los miembros de este colectivo

Lumber Park garantiza todas sus instalaciones

Av. Alcalde Porqueras, 109 • 25005 LLEIDA

Tel. 973 23 60 22 • 973 23 35 58 • Fax 973 23 64 53

e-mail: lumber@axarnet.com

Ep, m'has de tenir a punt... en català i àrab

Fa quatre anys, en aquest mateix mitjà, informàvem de l'aparició del vocabulari de la panereta del nadó, que només existia en llengua castellana, en llengua catalana. Les necessitats variaven amb el temps, i ara us presentem una edició nova d'aquest vocabulari. Nova perquè té com a destinataris principals les parelles àrabs que viuen a Lleida i que esperen un fill. L'objectiu és atansar-les als costums i als productes bàsics que entre nosaltres són habituals per tenir cura d'un nadó acabat de néixer, i atansar-los, alhora, a les paraules bàsiques en llengua catalana.

Els destinataris d'aquest vocabulari són, també, entre altres, tots els professionals de la medicina: ginecòlegs, metges, infermeres i personal sanitari en



Portada de la publicació del vocabulari àrab-català.

seus nadons i que poden utilitzar aquest opuscle com a eina de comunicació.

El nou Ep, m'has de tenir a punt... consta de setanta-quatre termes distribuïts en vuit camps temàtics: la roba, el necesser, el bany, l'habitació, el passeig, el menjar, el joc i altres. Cada terme va acompanyat d'un dibuix il·lustratiu i de la denominació en català i àrab.

L'edició d'aquest material és fruit d'un treball conjunt entre el Departament de Salut Pública de l'Ajuntament de Lleida i el Centre de Normalització Lingüística de Lleida. Hi ha tingut una col·laboració inestimable el professor Abdell Fattah, que ha tingut cura de les equivalències en llengua àrab.

Paquita Sanvicén
Mercè Tor

Directora del CNL de Lleida
Cap del Departament de Salut Pública de l'Ajuntament de Lleida

general que, directament o de manera indirecta, estan

en contacte amb les dones àrabs embarassades o els



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/Elisa 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 418 47 62
La Caixa 2100 1010 51 0200065471

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: _____

MTB
DISTRIBUCIONES
TECNOLOGICAS, S.L.

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, Fiegert Endotech, Ausculap, Arthrex, Dyonix, Wolf...)

Finançament especial per a les comandes de torres d'endoscòpia

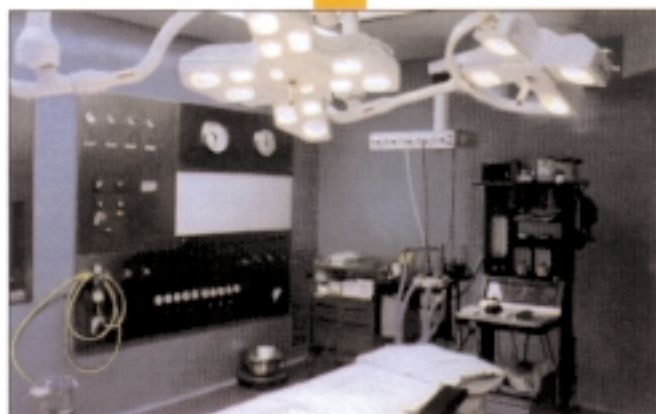
AL SEU SERVEI A:

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

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