

# BUTLLETÍ MÉDIC

Col·legi Oficial  
de Metges de Lleida



Número 125 · Desembre del 2017

**Nous cursos de formació del COMLL sobre psiquiatria i patologia oftalmològica**

**La salut mental dels estudiants de Medicina: investigació de la Facultat de Medicina de la UdL i de la Fundació Galatea**

**Medicina assistencial versus promoció de la salut**

**Parlem d'actualització en restrenyiment**

**Història de la Medicina Forense a Lleida**



Projecte  
"Apadrina un  
medicament" al  
Nepal



## Perquè tens moltes raons per assegurar la teva vida

- ✓ **En cas de defunció** cobreix la hipoteca i permet que la teva família mantingui els seus plans de futur.
- ✓ **En cas d'invalidesa** et permet complementar la pensió.
- ✓ **En cas d'incapacitat professional** l'assegurança et proporciona uns ingressos.

**120.000 €**  
de cobertura  
per només  
**94,20 €/any\***

\* Primes anuals en funció de l'edat i de les cobertures contractades.

Exemple calculat, entre les ofertes asseguradores del mercat, per a un assegurat/ada de 35 anys amb 120.000€ de capital de defunció per qualsevol causa. MEDICORASSE treballa amb les companyies més solvents del mercat per oferir-te la millor protecció a tu i els teus.

**Informa't ara**

Rambla d'Aragó, 14, Pral. Lleida

☎ 902 11 36 67

@ medicorasse@med.es

## Salut mental dels estudiants de Medicina

Diversos estudis donen a conèixer els elevats nivells d'estrès i ansietat i els problemes de salut mental que pateixen els estudiants de Medicina. Els estudis alerten que ho provoca l'elevat nivell d'exigència de rendiment intel·lectual, que ja ve des del Batxillerat, amb l'exigència d'una nota de tall propera a l'excel·lent, i la perspectiva de l'examen MIR durant la carrera.

L'alumnat de Medicina necessita moltes hores de estudi i dedicació, que poden implicar un cert tipus d'aïllament i l'adquisició de conductes obsessives, sobretot davant el descobriment de la malaltia, el dolor, la mort i el desencís de veure les seves limitacions en la futura pràctica mèdica.

Aquests factors poden conduir a la instauració d'hàbits no saludables, com el tabaquisme, l'alcoholisme i el consum habitual de tranquil·litzants, factors que s'afegeixen al sedentarisme, les poques hores de son i la reticència a la utilització dels serveis mèdics. Hi ha una dada significativa: un 60% de l'alumnat han patit un episodi vital advers i en alguns casos problemes seriosos de salut mental.

És a dir, l'actual sistema educatiu pot defraudar els estudiants d'una carrera i una futura professió que ha de ser bàsicament vocacional perquè se sustenti. Atesos els resultats, les autoritats acadèmiques haurien de realitzar una acció adreçada a minimitzar aquests problemes mitjançant la detecció precoç i una intervenció adequada.



Fotografia portada: MARC BOIX

### ÍNDEX

- 5** Cursos formatius del COMLL: Psiquiatria i Patologia Oftalmològica
- 6** XXXII Jornades de Bioètica a Lleida
- 7** Congrés Nacional de Metges Jubilats a Càceres
- 8-9** Jornada El suïcidi: una realitat polièdrica
- 9** V Jornada d'Actualització en Malalties Neurològiques
- 11** Jornada sobre aspectes ètics i legals de l'exercici mèdic
- 12** Tesi doctoral de la Dra. Teresa Guilera Lladós
- 13-15** Salut mental dels estudiants de Medicina
- 16-20** Debat sobre la promoció de la salut vs. la sostenibilitat
- 21-25** Projecte "Apadrina un medicament per Humla-Nepal"
- 26-28** Parlem del restrenyiment
- 29-31** Història de la Medicina Forense a Lleida

Edició: Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida  
Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41. <http://www.comll.es> · [butlletimedic@comll.es](mailto:butlletimedic@comll.es)

**Consell de Redacció:**  
Tomàs Alonso Sancho  
Josep M. Auguet Martín  
Manel Camps Surroca  
Joan Carrera Guiu  
Josep M. Casanova Seuma  
Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esquerda Aresté

Josep M. Greoles Solé  
María Irigoyen Ontiñano  
Íñigo Lorente Doria  
Jordi Melé Olivé  
Vincenzo Palavicino  
Mercè Pascual Queralt  
Àngel Pedra Camats  
Rosa Pérez Pérez  
Josep Pifarré Paredero

Montse Puiggené Vallverdú  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep M. Sagrera Mis  
Plácido Santefé Soler  
Jorge Soler González  
José Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas  
**Director:**  
Joan Flores González

Edició a cura de:  
Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i maquetació:**  
ÀGORA Comunicació,  
Assessoria i Mediació, SL

**Correcció:** Torsitrad  
**Publicitat:** Col·legi Oficial de Metges de Lleida

**Fotomecànica:**  
Gràfics Claret, SL

**Impressió:** ImpresPla, SL

Dipòsit legal: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

# L'assemblea del COMLL aprova la possibilitat de comprar un nou immoble

L'assemblea del Col·legi Oficial de Metges de Lleida va aprovar el 21 de setembre en sessió extraordinària la possibilitat de comprar l'immoble situat a l'avinguda Alcalde Rovira Roure, 41, de Lleida, amb l'objectiu de construir-hi a mitjà termini la seu col·legial. El Dr. Ramon Mur, president del COMLL, i el Dr. Iván Aguirregoicoa, tresorer, van exposar els detalls de la inversió i van mostrar diferents vistes i plànols. També van detallar les dades més significatives

## Separació del cobrament de la quota col·legial de l'aportació a la Fundació de l'OMC

(preu/m<sup>2</sup> del sòl, rendibilitat en lloguer, oportunitat d'inversió, etc.), fruit de l'estudi de viabilitat fet prèviament. Així

mateix, van informar de les diferents valoracions cadastral, de taxació i de mercat, aquest darrer, tenint en compte la referència més baixa de la zona. Després del debat pertinent, es va a procedir a la votació, amb un resultat de 33 vots a favor, 3 en contra i 4 abs-tencions.

L'assemblea va aprovar també que el COMLL separarà el cobrament de la quota col·legial de l'aportació a la Fundació per a la Protecció Social de l'OMC. Es mantindrà el caràcter voluntari de l'aportació i es cobrarà a tots els col·legiats i col·legiades que no manifestin expressament la seva voluntat de no abonar-la. Aquest nou sistema s'implantarà a partir de l'1 de gener del 2018.

Un total de 40 col·legiats van participar en l'assemblea, que van presidir el Dr. Mur i el Dr. Aguirregoicoa. La Dra. Maria Irigoyen va actuar com a secretària.

## Acords de la Junta de Govern

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les darreres sessions, ha acordat i tractat, entre d'altres, els assumptes següents:

- Renovació de la pòlissa de l'asse-gurança de responsabilitat civil professional amb l'asseguradora SHAM amb efectes l'1 de juliol de 2017. La contractació s'ha fet de manera coordinada i conjunta amb el Consell de Col·legis Metges de Catalunya i el Servei Català de Salut mitjançant concurs públic.

- Elecció del projecte de l'empresa Vunkers per a la implantació de millores i desenvolupament de l'àrea tecnològica entre les ofertes presentades.

- Contractació laboral de Sergi Sisó Ribes per donar suport a l'àrea informàtica col·legial i tutelar i supervisar la implantació de les millores tecnològiques.

- Inserció a la pàgina web col·legial d'un espai per recollir les dificultats que troben els col·legiats amb exercici privat pel que fa a l'assistència sanitària de lliure elecció.

- Implantació d'un nou horari laboral des del dia 2 de novembre acordat amb el personal del Col·legi.

- Concessió d'un ajut col·legial per a la XII Jornada de Tabaquisme a les Terres de Lleida, celebrada a la Facultat de Dret i Economia de la UdL, el 10 del passat mes de novembre.

- Com és tradicional, reserva de sèries del número 80493 de la loteria de Nadal 2017 per distribuir-lo entre els col·legiats i les col·legiades interessats.

- Informació sobre el resultat de les eleccions celebrades el 19 de setembre per la Secció Col·legial de Metges Resi-dents per escollir la junta. Es va presentar una única candidatura, que va ser



Junta dels Metges Residents

proclamada. El membres de la secció són: Maria Teresa Castañ Abat, presidenta; Alba Guerrero Viladrich, secretària; Esteban Pascual Viciano Nieto, tresorer, i Cristina Cazorla Sánchez, vocal.

- Publicació a la pàgina web col·legial d'un comunicat del Col·legi sobre els certificats mèdics de les persones ferides el dia 1 d'octubre.

- Informació sobre el trasllat temporal del domicili social de Mutual Mèdica a Palma de Mallorca per preservar la seguretat jurídica dels mutualistes.

- Convocatòria del XVI Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del COMLL. El període de presentació de projectes finalitza el proper 29 de desembre.

- Convocatòria del Concurs de Felicitacions de Nadal del COMLL 2017, en què poden participar els fills i les filles dels col·legiats i les col·legiades que cursin estudis fins a 6è d'Educació Primària. Es preveu celebrar el 20 de desembre l'acte de lliurament de premis.

- Concessió de l'exempció de quotes col·legiats a tres col·legiats ateses les

## Moviment col·legial d'agost, setembre i octubre de 2017

El COMLL ha registrat 11 altes durant els mesos d'agost, setembre i octubre de 2017: Maria Planas Parellada, Cinzia Giselle Hernández di Chiara, Jaume Posino Esmet, Ramon Varela Gassol, Maria Àngels Díaz Moliné, Hilda Beatriz Toscani París, Domenica Troccoli, Christine Baschinger, Eva Porqueres Bosch, Dionisio Rafael Rosario Lora i Eliana Melisa Uruena Tincani.

### BAIXES

El Col·legi ha registrat 15 baixes en aquests tres mesos. Entre les baixes del mes d'agost figura la defunció del Dr. Miquel Gardeñes Cabeceran.

### CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats i col·legiades honorífics el Dr. Martí Rocha Solé, el Dr. Adolfo Casasús Ramón, el Dr. Julio Manuel Bances Vásquez, la Dra. Nieves Rosa del Agua López i el Dr. Federico Torrente Castro.

Total col·legiats el 31/10/2017: 1.826

,seves circumstàncies personals.

- Inscripció de les entitats llogine, SLP i Uroponent, SLP al registre col·legial, ja que compleixen els requisits establerts.

- Concessió d'un ajut col·legial per a les III Jornades de Nefrologia, que se celebraran a Lleida el proper 14 de desembre a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina.

## CURSOS FORMATIUS DEL COMLL

### Actualització en Psiquiatria els mesos de gener i febrer del 2018

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida organitza el Curs Actualització en Psiquiatria, que tindrà lloc durant els mesos de gener i febrer del 2018, de les 17.30 a les 20.00 hores, a la seu col·legial. El Consell Català de la Formació Continuada Professions Sanitàries ha acreditat el curs amb 3 crèdits. L'activitat es podrà seguir presencialment o via *streaming*.

#### Gener

Dia 9: *Encefalitis autoimmune*, a càrrec del Dr. Luis Brieva, cap de secció del departament de Neurologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i professor associat de la Facultat de Medicina de Lleida.

Dia 16: *Recuperació funcional en el trastorn mental sever*, a càrrec de la Dra. Anna González-Pintó, cap del servei d'Investigació d'Osakidetza a l'Hospital Universitari d'Àlaba, presidenta de la Societat Espanyola de Psiquiatria Biològica i catedràtica a la Universitat del País Basc.

Dia 23: *Autòpsia psicològica*, a càrrec del Dr. Lucas Giner, doctor en Psiquiatria i professor a la Universitat de Sevilla.

Dia 30: *Intervenció holística amb recolzament de voluntaris per a la prevenció del risc suïcida en pacients ingressats en hospitalització mèdica o quirúrgica*, a càrrec de la Dra. Isabel Irigoyen, psiquiatra a l'Hospital de Dia d'Adults del servei de Psiquiatria de l'Hospital Clínic Universitari Lozano Blesa de Saragossa.

#### Febrer

Dia 6: *Depressió: l'epidèmia del segle XXI*, a càrrec del Dr. Diego Palao, psiquiatre i director executiu de Salut Mental a la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.

Dia 13: *Trastorns generals del desenvolupament*, a càrrec del Dr. Ramon Novell, psiquiatre i cap del servei de Psiquiatria i Discapacitat Intel·lectual de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona.

Dia 20: *El cercle viciós: maltractament infantil, trastorn mental i comportament suïcida*, a càrrec del Dr. Jorge López-Castroman, psiquiatre i cap de la unitat d'Emergències Psiquiàtriques del Departament de Psiquiatria d'Adults del CRHU de Nimes.

**Aclariment.** L'editorial del número 124 del BUTLLETÍ MÈDIC elogiava la tasca realitzada per diversos àmbits mèdics davant l'atemptat jihadista ocorregut a Barcelona. Però el text no mencionava la labor dels membres de l'Institut de Medicina Legal i Forense de Catalunya, que van realitzar totes les autòpsies de les víctimes la nit del 17 al 18 d'agost i van rebre la Medalla d'Or del Parlament de Catalunya en reconeixement a la seva professionalitat. Fem constar el nostre agraïment a l'esmentat institut.

Dia 27: *Son i gana com a marcadors de la conducta suïcida*, a càrrec del Dr. Enrique Baca-García, psiquiatre i cap del departament de Psiquiatria Fundació Jiménez Díaz, professor associat de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Madrid i de la Columbia University College of Physicians & Surgeons de Nova York.

Més informació i inscripcions, a <http://www.comll.cat/sites/comll.dd/files/adjunt-Curs/Programa%20Actualitzacio%20Psiquiatria%20CATAL%20C3%80.pdf>.

### Jornada Pràctica de Patologia Oftalmològica

El COMLL organitza la Jornada Pràctica de Patologia Oftalmològica, que tindrà lloc el 29 de març, de les 8.45 a les 14.45 hores, a la seu col·legial. El Consell Català de la Formació Continuada de Professions Sanitàries acredita l'activitat amb 0,7 crèdits. La jornada es transmetrà també via *streaming*. El contingut serà el següent:

9.00 hores: *Patologia de la superfície ocular i parpelles*, a càrrec del Dr. Valentín Huerva, facultatiu del servei d'Oftalmologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) i professor associat de la Facultat de Medicina de Lleida. La Dra. Isabel Caralt, metgessa resident d'Oftalmologia de l'HUAV, presentarà el cas clínic.

10.00 hores: *Glaucoma i uveïtis anterior*, a càrrec de la Dra. M. Jesús Muniesa Royo, facultativa del servei d'Oftalmologia de l'HUAV. La Dra. Sandra Martínez Somolinos, resident d'Oftalmologia de l'HUAV, presentarà el cas clínic.

11.00 hores: *Patologia traumàtica*, a càrrec del Dr. Ramon Espinet, facultatiu del servei d'Oftalmologia de l'HUAV. La Dra. Cristina Pont, resident d'Oftalmologia de l'HUAV, presentarà el cas clínic.

12.30 hores: *Patologia macular*, a càrrec de la Dra. Fátima Sánchez Aparicio, facultativa del servei d'Oftalmologia de l'HUAV. El Dr. Diego Castanera, resident d'Oftalmologia de l'HUAV, presentarà el cas clínic.

13.30 hores: *Patologia retinal i nervi òptic*, a càrrec de la Dra. Carmen Jurjo, cap del servei d'Oftalmologia de l'HUAV. El Dr. Magí Vilaltella, resident d'Oftalmologia de l'HUAV, presentarà el cas clínic.

Per realitzar l'activitat, cal inscriure-s'hi prèviament a la secretaria del COMLL.

## Convocatòria del XVI Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va acordar en una de les darreres sessions convocar la XVI edició del Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari. L'objectiu és reconèixer la tasca altruista que desenvolupen els col·legiats i les col·legiades en ONG i associacions sense ànim de lucre i, a més, contribuir a finançar el projecte solidari guanyador del premi. El premi està dotat amb 6.000 € i no es pot declarar desert.

Els candidats al premi són les ONG o associacions que comptin entre els seus membres amb un col·legiat o que presenti el projecte un col·legiat o col·legiada. Les persones interessades han de presentar una memòria del projecte a la secretaria del COMLL (Rambla d'Aragó, 14, principal). El termini per a la presentació de candidatures finalitza el 20 de desembre.

## XV Jornada d'Immunitzacions per a Professionals Sanitaris al gener

L'Atenció Primària de Lleida i l'Agència de Salut Pública organitzen la XV Jornada d'Immunitzacions per a Professionals Sanitaris, que tindrà lloc el 26 de gener de 2018 a l'Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. L'objectiu és impulsar la formació continuada en vacunacions.

En aquesta edició, es farà un èmfasi especial en la vacunació de la dona i de persones immunodeprimides per tractaments. També s'abordaran temes pràctics de la vacunació amb el format de càpsules informatives. Durant la jornada, intervindran diferents professionals del món de la vacunologia, com ara el Dr. Fernando Moraga i la Dra. Magda Campins, directors del curs *Actualització de vacunes* de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, i el Dr. Lluís Urbiztondo, cap del Servei de Medicina Preventiva de l'Agència de Salut Pública de Catalunya.



Imatge d'una de les sessions de les Jornades de Bioètica

## Les XXXII Jornades de Bioètica van abordar temes actuals, com la gestació subrogada i la transsexualitat

Les XXXII Jornades de Bioètica van tenir lloc els dies 23 i 25 d'octubre, i en l'edició d'enguany es van centrar en temes d'actualitat, com la gestació subrogada, la transsexualitat, la medicina alternativa i el *burnout*. Aquestes jornades estan organitzades habitualment per la Universitat de Lleida i l'Institut Borja de Bioètica-URL, amb la col·laboració del Col·legi de Metges de Lleida, el Comitè d'Ètica Assistencial HAV-HUSM i Sant Joan de Déu Terres de Lleida. Vivim en un procés de canvi molt important en el món de les professions sanitàries i la complexitat de l'exercici professional ha augmentat de forma paral·lela als progressos biotecnolò-

gics, l'ús de les tecnologies de la informació, la limitació dels recursos i importants canvis socials. Tot això fa que calgui donar noves respostes a les velles preguntes de la medicina.

El Dr. Oriol Yuguero va encetar les jornades amb el tema *Ètica, empatia i burnout*. El Dr. Yuguero va definir molt bé què implica cada terme i la relació entre ells. Es pot veure com les persones amb més *burnout* presenten menys empatia i menys actituds ètiques. Tal com comenta l'editorial del BUTLLETÍ MÈDIC del juliol del 2017, "el *burnout* és un problema global, i els problemes pel que fa a sistema requereixen respostes a escala de sistema".

A continuació, el Dr. Sabel Gabaldón, psiquiatre infantojuvenil de l'Hospital Sant Joan de Deu d'Esplugues, va fer una mirada ètica sobre la transsexualitat. Va plantejar una sèrie de preguntes molt interessants, com ara si s'està medicalitzant la transsexualitat, quan i com es poden prendre decisions més o menys definitives o com evitar l'assetjament a persones transsexuals. El Dr. Gabaldón va fer un repàs històric del tema, va aprofundir sobre el desenvolupament de la identitat de gènere i va distingir la variabilitat de gènere de la identitat.

Posteriorment, la Dra. Montse Esquerda va fer una reflexió ètica sobre *Medicines alternatives i complementàries*. Va comentar l'elevada influència entre la població, l'efecte placebo, l'efecte terapeuta i, sobretot, la necessitat des de la medicina basada en el mètode científic de poder i saber reconciliar dades i espais entre les dades, el coneixement amb humanitat i atendre les persones de forma integral, no només biològicament, sinó també biogràficament.

La primera sessió de les jornades es va iniciar el dia 25 amb el Dr. Lailla, catedràtic de Ginecologia i Obstetrícia de la UB, que va desenvolupar el tema dels conflictes ètics en la gestació subrogada. Es va discutir si hi ha un dret a la procreació i si aquest té límits, ja siguin biològics, ètics, legals o socials. I es va generar un animat debat entre els partidaris o contraris a la pràctica.

Com a clausura, es va visionar la pel·lícula *Hipòcrates*, que va anar seguida d'un bon debat. La pel·lícula presenta una visió molt real del món sanitari i planteja diferents problemes ètics, com la gestió de l'error, l'abordatge del final de la vida, els recursos limitats, el *burnout*, les guàrdies...

Amb aquesta conferència es van clausurar unes jornades que ja s'han configurat com a espai de reflexió, debat i diàleg, que pot ajudar en els moments actuals

### La pel·lícula "Hipòcrates" (Thomas Lilti, 2014)

La pel·lícula relata el dia a dia d'un hospital públic des de la perspectiva dels metges residents i a través de dos personatges oposats i de diferents escales socials, encara que ambdós tenen la mateixa categoria laboral: Benjamí, fill del director de l'hospital i que comença el primer any de resident, i Abdel, metge argelès experimentat i que ha de reciclar-se per exercir a França malgrat la seva àmplia experiència en el país d'origen. Per mitjà del relat dels errors i desencontres entre Benjamí i l'Abdel, el director esmicola problemàtiques com la ètica mèdica (l'elevada exigència que pesa sobre els metges i infermeres, treballen moltes hores i estan malpagats, manca del material essencial, etc.), qüestiona el jurament hipocràtic i planteja un debat en temes com l'eutanàsia, les cures pal·liatives, el nepotisme, la burocràcia i les retallades.

El director del film presenta un interessant apropament a la condició laboral de la medicina, a les seves dimensions científica, ètica i social, i no eludeix la

crítica a la mala praxi, a la fredor dels metges enfront dels pacients, la jerarquització, el sectarisme, el corporativisme o el règim de creixent explotació que imposa l'actual neoliberalisme; no obstant això, anteposa l'idealisme hipocràtic a qualsevol ombra negativa. Així, Benjamí li pregunta a Abdel per què s'ha fet metge i què és la medicina, i Abdel li respon: "La Medicina, més que un ofici, és com una maledicció".

L'hospital és pràcticament l'únic escenari, que s'expressa de forma molt realista. Visualitza els passatges soterranis pels quals accedeix Benjamí el seu primer dia de treball, els túnels llòbrecs i descarnats que el porten al magatzem, on li donaran una bata massa gran i tacada, "taca neta", li contesten. No és una frase intranscendent, ens trobem davant l'autèntica metàfora del que esdevindrà després, en què les taques morals i laborals faran de fil conductor d'una pel·lícula que es desenvoluparà pels laberints emocionals de l'hospital per narrar el desastre de certes decisions administratives en quelcom tan essencial com les nostres vides. El film desgrana situacions que s'interposen entre la tasca diària dels sanitaris i el compliment del compromís professional i ètic.

És evident que el director ha utilitzat la seva expe-

riència com a metge del sistema sanitari públic francès en la minuciositat amb què descriu detalls com l'obsolescència del material, l'abús del sistema i els conflictes entre estaments que integren el personal sanitari, entre altres aspectes. Lilti mostra un retrat ambivalent d'un univers asèptic en la superfície, però que acumula deixalles en els soterranis.

Lluny de la representació del cos mèdic com en algunes sèries (*Anatomia de Grey* o *Urgències*), *Hipòcrates* no mostra els metges com a superhòmes, sinó que presenta les seves contradiccions, rivalitats, incidents, dubtes i desacords, però sempre entregats a la seva professió malgrat la manca de recursos i els equipaments obsolets. L'hospital és un escenari on homes i dones es creuen contínuament treballant braç a braç i l'espectador els observa durant tota la pel·lícula a través de les parets escrotonades del hospital.

Amb un caràcter quasi documental, la pel·lícula trameta la sensació d'estar veient un hospital de veritat. També és important destacar la dualitat del títol, *Hipòcrates* com el metge grec i *hipòcrita*, en francès, qualificatiu que Benjamí aplica al seu propi pare i a alguns companys.

## VII Congreso Nacional de Médicos Jubilados de Cáceres

El VII Congreso Nacional de Médicos Jubilados se celebró los días 21 y 22 septiembre en la sede del Colegio de Médicos de Cáceres. El Dr. Alberto Lorda asistió en representación del Colegio Oficial de Médicos de Lleida.

Guillermo Fernández Vara, presidente de Extremadura; Elena Nevado Campo, alcaldesa de Cáceres, y los presidentes de los colegios de médicos de Badajoz y Extremadura presidieron el día 21 la inauguración del congreso. Intervinieron en este acto el Dr. Serafín Romero, presidente de la Fundación para la Protección Social; el Dr. Carlos Arjona, presidente del Colegio de Médicos de Cáceres; Nina Mielgo, directora técnica de la Fundación para la Protección Social de la OMC, y Luisa Calvache, oficial mayor del Colegio de Médicos de Cáceres.

Todos ellos explicaron la trayectoria de la fundación con las diversas contribuciones para los beneficiarios, es decir, los médicos y sus familiares. También destacaron la necesidad de que la fundación continúe su labor por lo menos 100 años más, y aseguraron que las carencias del sistema se han salvaguardado gracias a la solidaridad de todos los colegiados.

La alcaldesa de Cáceres, Elena Nevado de Campo, y los presidentes de los colegios médicos de Extremadura presentaron el día 22 a los ponentes. La primera intervención corrió a cargo del Dr. José Almeida Corrales, con el tema *La jubilación: la etapa para la asignatura pendiente*, que versó sobre su afición a la pintura y el arte en las iglesias visigóticas de la comunidad de Castilla.

Posteriormente, se realizó una mesa redonda sobre los conceptos jurídicos y fiscales durante la jubilación, como herencias, testamentos y la conveniencia de dejar las decisiones testamentarias. Participaron en la mesa redonda M<sup>a</sup> Luz Charco, magistrada juez del juzgado de Cáceres, y Emilia Jiménez Parrón, asesora fiscal de Colegio de Médicos de Cáceres. En sus charlas, informaron sobre los diferentes tipos de testamentos (holográficos, etc.), la posibilidad de desheredar y la aceptación de herencias a inventario o bien la renuncia, si no es favorable, y el nombramiento de albaceas o usufructo. En cuanto a la jubilación, se dieron tres posibilidades: jubilación activa, dejando de



El encuentro se celebró en la sede del Colegio de Médicos de Cáceres

trabajar definitivamente; flexible, cuando se compatibiliza con un trabajo público, y actividad privada.

La jornada finalizó con la conferencia a cargo del Dr. José Enrique Campillo sobre *¿Por qué comemos lo que comemos?* Fundamentos darwinianos de la alimentación saludable. El Dr. Campillo explicó que la humanidad depende de la evolución de nuestros ancestros y de su adaptación genética al medio según el tipo de alimentos que ingerimos y el efecto que tienen en nuestra fisiología. Aconsejó una dieta baja en calorías, rica en vitamina C, baja en purinas, alcohol y fructosa para mantener la salud, y la lectura de su libro *El mono obeso*. La jornada acabó con el almuerzo y una posterior visita guiada a la ciudad monumental de Cáceres.

El día 23 se inició con la Asamblea de la Vocalía de Médicos Jubilados, que debatió la posibilidad de cambiar el nombre por Médicos Sénior. Tras una votación, se acordó por mayoría seguir con la misma denominación. A continuación, se celebró una mesa redonda sobre *Protección social a las personas mayores desde la Red Pública*, a cargo de Norberto Fernández Muñoz, jefe del Área de Envejecimiento Activo del Imsero. El ponente puso de relieve las dificultades presupuestarias existentes para pagar las pensiones en un futuro, ya que en el 2025 se llegará a los 14 millones de jubilados. A esta cifra se añade el incremento de la esperanza de vida, por lo que aconsejó que se prevean planes de protección social, jubilación privada y protección sanitaria en cuanto al gasto público.

Nina Mielgo desarrolló seguidamente el tema *La protección social al médico jubilado desde la FPSOMC*. Mielgo trató la problemática del médico jubilado en cuanto al

envejecimiento, enfermedades, protección de la viudedad y adicciones, tanto de los médicos como de sus familiares. Explicó también la actuación del Patronato ante estas situaciones y su relación con entidades públicas, privadas, asociaciones y la atención según el catálogo de prestaciones. Asimismo, expuso la posibilidad de ingresar en residencias geriátricas u otras instituciones.

El Dr. Miquel Vilardell, catedràtic de Medicina Interna de la UAB, impartió la última conferencia titulada *Envejecimiento activo*. En ella informò de que el 9% de la població espanyola està jubilada, consume el 38% del gasto sanitario total y el 68% del gasto farmacéutico y un 12% padece envejecimiento precoz o enfermedad crónica por genética o pluripatología dependiendo de factores físicos y psíquicos (problemática familiar, aislamiento, soledad, introversión, pérdida de ilusión, proyectos de vida, etc.).

El Dr. Vilardell dijo que todavía no se puede actuar en genética, pero sí en la prevención de enfermedades como las cardíacas por medio de ejercicio físico adecuado, comer bien, dormir ocho horas, evitar el estrés, erradicar el tabaco, mantener un peso corporal adecuado para evitar la obesidad, controlar la HTA, la diabetes y la hipertensión arterial, prevenir caídas y ajustar la medicación, entre otras cosas.

El ponente afirmó que el solo el 2% del Alzheimer es genético y el resto, multifactorial. Para su prevención, es necesario seguir los consejos anteriores y, además, realizar actividades culturales, mantener la red social, participar en tertulias para sentirse escuchado y comprendido, aumentar el lenguaje gestual y tener una actitud positiva. Hay que valorar el estado cognitivo y funcional previo de la persona mediante el trabajo en equipo con honestidad y rigor clínico y científico, con ausencia de prejuicios, optimismo y sentido común.

Tras esta exposición, que fue muy aplaudida, se realizó el acto de clausura, que protagonizaron la alcaldesa y los presidentes de los colegios de médicos de Extremadura.

### Las ponencias trataron los distintos aspectos de la jubilación

# Fins al 42% d'adolescents que protagonitzen un intent de suïcidi tornen a fer-ho

Entre el 36% i el 42% d'adolescents que protagonitzen un intent de suïcidi tornaran a provar-ho en un termini de dos anys. Dins aquest col·lectiu, entre els joves LGBT hi ha quatre vegades més probabilitats d'intentar-ho.

Aquests dades van ser facilitades pels ponents durant la jornada *El suïcidi: una realitat polièdrica*, que va organitzar el 19 d'octubre el Servei de Dol de Ponent a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

El Dr. Francisco Vilar, coordinador del Programa d'Atenció a la Conducta Suïcida del Menor de Sant Joan de Déu Barcelona, va impartir la conferència *Àmbit escolar: espai per a la detecció?* Verònica Portillo, psicòloga del Casal Lambda de Barcelona, va tractar el tema *L'experiència en prevenció del col·lectiu LGBTI*. Josep Miquel Milagros, portaveu del sindicat de Mossos d'Esquadra USPAC, va pronunciar la xerrada *L'ocultació del suïcidi a les forces de seguretat*. Begoña Odrozola, psicòloga del SEM, va exposar *La intervenció dels serveis d'emergència*. I, finalment, Josep Ramon Ribé, vicepresident de la demarcació de Lleida del Col·legi de Periodistes i director de *La Mañana*, es va centrar en la qüestió *Com hauríem de parlar els mitjans de comunicació sobre el suïcidi?*

## El paper de les escoles

El Dr. Vilar va parlar del programa de suïcidi HSJD, l'epidemiologia de la conducta suïcida, els factors de risc i els senyals d'alerta, l'avaluació de la conducta suïcida, els mites sobre el suïcidi i els programes de prevenció en les escoles. Per reduir el risc de suïcidi, va aconsellar als professionals orientar la seva tasca a reduir el patiment, incrementar l'esperança, millorar la connexió entre persones i grups o projectes personals i reduir la capacitat de suïcidi.

L'entrenament de mestres, el cribratge realitzat per professionals, l'entrenament d'alumnes i la creació de grups de control ajuden a comprendre, informar i comprometen els pares i fan

Entre els joves LGBT, hi ha quatre vegades més de probabilitat de suïcidi

Una regla bàsica en l'estratègia és no deixar mai sola la persona

decréixer els pensaments actius de mort, segons el Dr. Vilar, que va finalitzar la seva intervenció amb una frase d'Albert Camus: "No hi ha cap problema filosòfic veritablement més seriós que el suïcidi. Jutjar si la vida val la pena de ser viscuda o no és respondre la pregunta fonamental de la filosofia."

## Joves LGBT

Entre el 60% i el 80% dels joves LGBT pateixen agressions verbals, més del 50% són víctimes de *bullying* i el 40%, de violència social. I, pel que fa a la violència física, el 6% reben pallisses o assetjament sexual; el 35%, cops i empentes; el 23%, amenaces, i el 14%, *ciberbullying*. Aquestes són les dades que va exposar la psicòloga Portillo.

La població transsexual és especialment vulnerable al risc de violència i exclusió en els entorns familiar i social, ja que la seva situació està caracteritzada per un marc cultural homòfob (homofòbia institucionalitzada i internalitzada), en què són habituals el *bullying* homòfob i la falta de suport per part de l'entorn familiar i escolar, va explicar Portillo.

Prevenir els riscos en aquest col·lectiu jove exigeix fer del seu entorn un lloc acollidor, actuar en l'àmbit educatiu i també en el de la salut. I, sobretot, no girar mai l'esquena al problema i,



en cas que no se sàpiga com actuar, demanar ajuda a les entitats especialitzades.

## Quan esclata la crisi

La intervenció de Begoña Odrozola es va centrar en l'estratègia que cal seguir en el rescat d'una persona amb voluntat suïcida. Així, va parlar de l'aproximació en la fase inicial, quan es produeixen les primeres amenaces de consumació, de la necessitat de valorar-ne i explorar-ne els motius i el perill real, de la fixació de la persona en perill i de la resposta que dóna a les maniobres dissuasives. En una segona fase de negociació —va explicar—, els intents dissuasius s'han d'acompanyar de l'estudi dels tipus de rescat i, en cas d'atrinxerament, que evidencia el fracàs de la negociació i l'estratègia emprada, hi ha d'intervenir el psicòleg. En la tercera fase, la intervenció d'aquest professional té l'objectiu de rescatar la persona que intenta suïcidiar-se per mitjà de la dissuasió. Es tracta de connectar-hi, d'establir-hi comunicació, de guanyar temps i reduir-ne la impulsivitat i la resistència, entre altres objectius.

En alguns casos, segons Odrozola, els grups operatius fan el rescat. L'operació es realitza quan hi ha un risc imminent i no es pot seguir negociant, o quan hi ha un risc vital. Aleshores, cal acompanyar la corresponent unitat hospitalària. La doctora va concloure que, en tot el procés, hi ha una regla bàsica: no deixar mai la persona sola.

## Ocultació del suïcidi en els cossos policials

Des que es va promulgar la Llei de Riscos Laborals l'any 2002 s'han suïcicat més de 400 policies a Espanya, xifra que duplica els casos de la taxa mitjana de la població. És a dir, cada 21 dies se suïcida un agent de seguretat a l'Estat. El sindicat USPAC va demanar l'any 2015 la creació d'un pla de prevenció al departament, segons va explicar Josep Miquel Milagros, però actualment no hi ha, en el cos dels Mossos d'Esquadra, cap protocol d'activació d'un servei de vigilància de la salut ni cap telèfon d'atenció durant les 24 hores del dia.

Fa un any es va constituir un grup de treball entre psicòlegs del cos i delegats sindicals, el qual elabora un test anònim per fer-lo arribar a tot el col·lectiu i avaluar la situació psicosocial dels agents. L'esmentat sindicat estima que hi ha més suïcidis entre els cossos policials que entre la resta de la població perquè els primers sempre treballen en situacions d'emergència i en condicions d'estrès que poden tenir conseqüències físiques i psicològiques per a la seva salut.

# La V Jornada de Actualització de Enfermedades Neurológicas reúne a 235 profesionales

Un total de 235 professionals de diverses especialidades participaron en la V Jornada de Actualización de Enfermedades Neurológicas celebrada en Lleida. La Sociedad Catalana de Neurología (SCN) organizó este encuentro, que tuvo lugar el 20 de octubre en el auditorio del CCCT, en el campus de Capped de la Universidad de Lleida.

La mesa inaugural estuvo compuesta por el Dr. Mateu Huguet, gerente territorial del ICS; la Dra. Núria Nadal, directora de Atención Primaria; la Dra. María Irigoyen, secretaria de la junta de gobierno del COMLL, y el Dr. Purroy, presidente de la SCN y vocal de la junta del COMLL.

El formato que se presentó fue la exposición de casos clínicos a cargo de neurólogos de diversos hospitales de Cataluña y moderados por neurólogos del Hospital Universitario Arnau de Vilanova y del Hospital Universitario Santa Maria.

En primer lugar, la Dra. Elisa Cuadrado, del Hospital del Mar, expuso las últimas novedades sobre el tratamiento del ictus en un formato muy atractivo, que favoreció la participación de los asistentes. A continuación, el Dr. Becerra, del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, nos habló de la epilepsia, e incidió en la dificultad del diagnóstico y el problema debido al alto porcentaje de pacientes resistentes al tratamiento, que llegan al 30% de los epilépticos. El Dr. Compta, del Hospital Clínic, explicó, entre otras cosas, las últimas novedades en los tratamientos farmacológicos para los trastornos del movimiento (prin-

cialmente la enfermedad de Parkinson) y los nuevos criterios diagnósticos de la parálisis supranuclear progresiva.

Tras una pausa, el Dr. Albert Lladó, del Hospital Clínic de Barcelona, se refirió a la importancia del diagnóstico precoz de las demencias mediante tests de *screening* y hallazgo de las proteínas diagnósticas en el líquido cefalorraquídeo tras punción lumbar y del PET-TC. También destacó la importancia de promover la donación de cerebro para realizar estudios que permitan conocer mejor el origen de la enfermedad. Posteriormente, la Dra. Laura Díez, del Hospital de Sant Joan Despi Moisés Broggi, nos introdujo en el diagnóstico de enfermedades neuromusculares tales como la neuropatía disímune crónica, la miastenia gravis, la ELA, la miositis por cuerpos de inclusión o el síndrome de Guillain-Barré. La Dra. Cristina González insistió también en el diagnóstico precoz de la esclerosis múltiple, atendiendo a los síntomas claves de la enfermedad. Explicó los nuevos tratamientos de primera y segunda línea, su utilización y los efectos secundarios más habituales.

Finalmente, el Dr. Juan Gómez, del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron, departió sobre la enfermedad neurológica que más consultas genera: la cefalea. Explicó también, mediante casos clínicos, las diversas maneras de tratar las migrañas, tanto las crónicas como las episódicas, y las novedades terapéuticas.

En conclusión, disfrutamos de una jornada muy intensa en la que se expusieron las patologías neurológicas de manera muy atractiva.



Asistentes a la Jornada de Actualización de Enfermedades Neurológicas

## Celebrat el XXIV Congrés de Dret Sanitari

Va abordar diferents aspectes jurídics, ètics i professionals

El XXIV Congrés de Dret Sanitari es va celebrar del 19 al 21 d'octubre a Madrid. Els ponents van fer interessants aportacions en temes relacionats amb la medicina i el dret.

La conferència inaugural, a càrrec del Dr. Javier Cabo Salvador, va tractar *L'impacte de la M-Health, intel·ligència artificial i nanotecnologia en la medicina i el dret*. El Dr. Cabo va exposar, de forma sistemàtica, la visió d'un futur que en alguns aspectes ja es present, tenint en compte l'impacte de la intel·ligència artificial i la nanotecnologia en medicina.

En un taller especialitzat, es va estudiar la situació actual de l'assegurança de la responsabilitat civil en l'àmbit de la sanitat. Es va donar una atenció especial a les accions de retorn, que poden emprendre les asseguradores contra els professionals sanitaris, després d'assumir el pagament de les condemnes d'indemnització, i a les dificultats que tenen alguns serveis públics de salut per contractar pòlisses d'assegurances per cobrir la responsabilitat civil.

En l'àmbit de les prestacions assistencials, es va tractar sobre la inno-



El Congrés de Dret Sanitari es va celebrar a Madrid

vació en medicaments, tant des d'una perspectiva interna com des de la normativa de la Unió Europea (UE). Es va parlar de la recepta privada electrònica, la medicina personalitzada i les vacunes.

Un dels temes seguit amb més interès va ser el que feia referència a les novetats que incorpora el nou reglament europeu sobre protecció de dades de les persones físiques. Aquest reglament serà plenament aplicable a partir del dia 25 de maig de 2018; estableix normes més estrictes en relació amb el consentiment per al tractament de les dades personals i configura la figura del delegat de protecció de dades en totes les empreses i organitzacions. La nova normativa europea, que serà aplicable prou, contempla el tractament de les dades personals amb finalitats de medicina preventiva, la protecció de la salut en supòsits d'amenaques transfrontereres i en l'àmbit de la recerca.

En un àmbit més estrictament jurídic, cal apuntar les consideracions sobre la nova Llei de Contractes del Sector

Públic i l'estudi de les darreres novetats jurisprudencials en els diferents àmbits jurisdiccionals (civil, penal, contenciosos, social).

En l'última taula rodona, que va tenir un gran nivell, van ser objecte de debat els aspectes mèdics, ètics i jurídics de la gestació subrogada.

D'entre les comunicacions lliures presentades, cal assenyalar-ne una sobre el tractament fiscal (incidència en l'IRPF) de les despeses per invitacions i assistència a congressos mèdics promoguts per la indústria farmacèutica, dues comunicacions que tractaven diferents aspectes del nou reglament europeu sobre protecció de dades personals, un estudi sobre les conseqüències jurídiques derivades de l'aplicació de l'anomenada "pèrdua d'oportunitat" en el tractament sanitari, un estudi sobre mediació per resoldre conflictes en l'àmbit de l'assistència sanitària i una comunicació que proposava una interpretació àmplia de l'article 763 de la Llei d'Enjudiciament Civil, sobre internament involuntari per causa de trastorn psíquic, per incloure-hi també els tractaments ambulatoris i les patologies distintes a les malalties mentals.

Dr. J. Corbella i Duch  
Advocat



Sala d'actes del COMLL

## Jornada sobre l'acreditació d'activitats de formació continuada

La jornada *Nous barems: consells i claus d'orientació per a l'acreditació d'activitats de formació continuada* es va celebrar el 13 de novembre a la seu del Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Helena Segura Badia, directora tècnica del Servei d'Acreditació de For-

mació Mèdica Continuada del Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS), i Maria Nolla Domenjó, coordinadora de les Professions Sanitàries del Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, van impartir la jornada.

El temari va incloure el procediment d'acreditació: factors d'extensió i qualitat, el factor de qualitat. Descripció i exemple, la justificació/necessitats, els objectius, l'organització, la metodologia, l'avaluació i la normativa d'interdependència comercial.

## Ginecologia, Traumatologia i Urgències, les especialitats que acumulen més reclamacions penals

Les especialitats que acumulen més reclamacions penals són Ginecologia, Traumatologia i Urgències, segons el Dr. Bernardo Perea, especialista en Medicina Legal i Forense i professor d'aquesta matèria a la Universitat Complutense de Madrid. El Dr. Perea ho va donar a conèixer en la jornada *Actualització d'aspectes ètics i legals de l'exercici mèdic*, celebrada el 17 d'octubre al Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL).

Aquest expert ho atribueix a les causes següents: expectatives poc realistes per part del pacient, informació deficient, sentiment d'injustícia davant l'incompliment del dret a la salut, desig de lucre econòmic del pacient i de l'entorn i intervenció d'altres entitats (asseguradores, associacions, etc.). A més, va assenyalar que, en general, ha crescut el vessant litigiós entre la població.

La conseqüència de l'increment de les reclamacions és l'aparició d'una medicina defensiva, que prescriu més proves i més temps d'hospitalització, amb el consegüent augment dels costos assistencials. Cal tenir en compte també la incidència que les denúncies tenen en la vida professional i personal.

El Dr. Perea va recomanar als metges i les metgesses de la sanitat pública que s'informin sobre el límit de la seva assegurança professional, ja que la majoria de primes no cobreixen grans quantitats de diners. Respecte a aquest tema, va dir que hi ha dificultats per assegurar la responsabilitat civil professional.

### Problemes ètics

La jornada, organitzada pel COMLL, va comptar també amb la participació del Dr. Rogelio Altisent, metge de família i responsable de l'assignatura de bioètica a la Facultat de Medicina de Saragossa. El Dr. Altisent va afirmar que "s'aprèn molt més l'ètica per l'exemple dels bons professionals que per les conferències i les classes". Pel que fa a la bioètica, va recordar que els seus principis fonamentals són l'autonomia, la beneficència i la justícia.

El Dr. Altisent va aconsellar afrontar els problemes ètics a través d'una mena d'escala de tres esglaons. El primer és la reflexió personal; el segon, la consulta amb un col·lega o amb l'equip, i el tercer, la consulta formal als



La Dra. María Irigoyen amb el Dr. Rogelio Altisent

## Celebrada la jornada sobre aspectes ètics i legals de l'exercici mèdic al COMLL



Dr. Bernardo Perea

comitès o als consultors d'ètica.

"L'ètica no és un món d'aficionats o de filòsofs, ni un àmbit vinculat al dia a dia, sinó que està lligada a la qualitat assistencial", en paraules del Dr. Altisent. "Un professional és capaç d'abordar qüestions ètiques si les reconeix", va afegir.

Magda Ballester

## Incidència en la vida professional i personal

El 92,3% dels metges i metgesses opinen que el sistema sanitari no està preparat per afrontar l'augment de les reclamacions penals. La dada, aportada pel Dr. Perea, és un dels resultats de l'enquesta elaborada publicada a *Gaceta Sanitaria*.

En el mateix sondeig, el 98,8% dels professionals afectats per una denúncia penal manifesten que es van sentir malament o molt malament durant el procés. La instrucció va repercutir en la vida familiar del 85,1%, sobretot entre les dones, mentre que un 44% van afirmar que també ho havien fet en la seva vida professional. I el 58% dels enquestats van respondre que la reclamació va afectar la seva vocació.

L'enquesta recull que el 87% dels professionals no se senten absolutament responsables dels fets demandats, l'11,2% se'n senten parcialment responsables i l'1,8% es consideren responsables.

El Dr. Perea va parlar també de les àrees crítiques que cal cuidar: la història clínica, amb especial atenció a possibles manipulacions; el consentiment informat individualitzat; la necessitat de donar importància a la comunicació, i l'atenció als processos de seguretat del pacient.



## Lectura de la tesi doctoral de la Dra. Teresa Guilera Lladós

La Dra. Teresa Guilera Lladós, psiquiatra de l'Hospital Universitari Santa Maria, va defensar la seva tesi doctoral *Empatia en estudiants de medicina: estudio psicomètric, biomètric, de evolució y propuestas de intervenció psicoeducativa* i va obtenir la qualificació d'Excel·lent menció *Cum Laude*.

L'acte va tenir lloc a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida el 30 d'octubre. Els directors de la tesi van ser la Dra. Iolanda Batalla, el Dr. Jorge Soler i la Dra. Rosa Gil. El Dr. Adolf Tobeña, catedràtic de Psiquiatria de la Universitat Autònoma de Barcelona, va presidir el tribunal, del qual van ser membres el Dr. Josep Pifarré i el Dr. Luis Vivanco.

S'han publicat tres articles sobre els resultats d'aquesta tesi i s'han presentat diverses comunicacions en forma de pòsters en congressos i en jornades de doctorands.

### Resum de la tesi

L'empatia és la capacitat d'identificar les emocions i els pensaments d'una altra persona i respondre amb una emoció adequada. En la mesura que el metge entengui el que el pacient pensa i sent, més bona serà l'atenció que li pugui oferir.

L'objectiu va ser estudiar l'empatia en estudiants de Medicina des d'una perspectiva psicomètrica, biomètrica i d'evolució, i valorar propostes d'assessorament i d'intervenció psicoeducativa.

El total de la mostra la van formar 151 estudiants de Medicina voluntaris de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, que van acceptar, mitjançant consentiment informat, participar en l'es-



La Dra. Guilera amb els directors de la tesi i membres del tribunal

tudi de l'empatia realitzat entre el 2013 i el 2016.

Com a instruments de mesura psicomètrics, es van emprar tres escales d'empatia: Escala d'Empatia Mèdica de Jefferson (JSPE), que mesura l'empatia en el context de la pràctica mèdica; l'Índex de Reactivitat Interpersonal (IRI), que permet mesurar tant l'empatia cognitiva com l'afectiva, i el Quocient d'Empatia (EQ), que permet la classificació de l'empatia en quatre categories. Per estudiar la personalitat, es va utilitzar NEO-FFI del model del Big Five.

La majoria dels estudiants tenien un bon nivell d'empatia, que es mantenia al final de l'estudi. Les dones, els estudiants amb preferència d'especialitat amb un contacte més directe amb el pacient i els que tenien una personalitat més oberta, creativa i amb menys ansietat eren els que mostraven més empatia.

En col·laboració amb l'Escola Politècnica Superior de la Universitat de Lleida, es va portar a terme un experiment pioner amb tres dispositius biomètrics: *eye tracker* (mesura el temps que es mira cap a la zona dels ulls i de la boca), polsera biomètrica (mesura la freqüència cardíaca i l'activitat electrodermal) i un dispositiu que permet el registre

de l'electroencefalograma. D'aquesta manera es va poder saber com els estudiants reaccionen de forma inconscient en observar unes imatges i uns vídeos de contingut emocional. Els resultats van permetre establir un patró de mirada en llegir les expressions facials en els estudiants amb valors extrems d'empatia.

Per valorar les diverses estratègies d'intervenció, es va realitzar un taller teoricopràctic de privació sensorial i de *shadowing patients*, en el qual els estudiants es van poder posar al lloc del pacient i de les persones amb alguna discapacitat, identificar les seves emocions i experimentar empatia.

Al final de l'estudi, la devolució dels resultats i el *feedback* van permetre que els estudiants fossin més conscients de les seves habilitats a l'hora de triar una especialitat que marcarà, sens dubte, el seu futur professional i personal.

Els resultats d'aquest estudi han permès elaborar estratègies d'assessorament i d'intervenció personalitzades en estudiants de Medicina, tenint en compte sobretot els valors extrems d'empatia.

Per tant, aquesta tesi obre línies d'investigació innovadores tant en l'estudi psicomètric com biomètric de l'empatia.



## Estudi de la Fundació Galatea sobre salut, estils de vida i condicionants acadèmics de l'alumnat

S'acostuma a identificar els estudiants de Medicina amb un col·lectiu de joves ben preparats acadèmicament, amb bones notes durant el currículum acadèmic previ i durant l'ensenyament de Medicina. Un col·lectiu, a més, que, en el curs de la seva professió, haurà de suportar una notable càrrega emocional que tindrà a veure amb l'estrès, el dolor i la mort. I tot això ho afronta una població jove que, com a tal, es troba en un moment evolutiu molt determinat i idèntic al d'altres joves que no tenen l'estudi de la Medicina com a prioritat.

La pressió i l'exigència en el decurs del grau de Medicina són prou conegudes. Aquesta situació, influeix en la salut dels joves aprendents de metges i metgesses? Descobrir-ho va ser l'objectiu principal de l'estudi que va realitzar la Fundació Galatea, dependent del COMB, i en què la Facultat de Medicina de Lleida va tenir una important participació.

Són diversos els estudis que fan referència a l'elevada prevalença de trastorns depressius i ansiosos, ideació suïcida, estrès i esgotament emocional en aquest grup.<sup>1-5</sup> Segons alguns autors, s'estima

que, en algun període dels estudis de Medicina, el 50% dels estudiants pateixen esgotament emocional, i al voltant del 15%, depressió major. Les dificultats emocionals apareixen ben aviat, ja que no sembla que abans de l'inici de la llicenciatura hi hagi diferències entre els estudiants de Medicina i els d'altres graus.<sup>6</sup>

### Estudi de la Fundació Galatea

L'objectiu principal de l'ampli estudi de la Fundació Galatea s'ha centrat a estimar la prevalença del malestar psicològic i l'estrès acadèmic i a estudiar les conductes relacionades amb la salut dels estudiants de Medicina. Per una qüestió metodològica, es van escollir els alumnes de quart curs. L'estudi complet, en què es poden trobar totes les descripcions metodològiques i la totalitat dels resultats obtinguts, és de lliure accés. En fem una breu descripció.

Salut: l'autoavaluació del concepte salut és del tot subjectiva i té poca relació amb les valoracions mèdiques, però està molt relacionada amb el consum de serveis sanitaris i de medicaments i amb la qualitat de vida. El 6,3% dels estudiants d'ambdós gèneres consideren que tenen una salut general regular; el 33,7%, bona; el 44,7%, molt bona, i el 15,4%, excel·lent.

Són: els estudiants de Medicina dormen menys que altres estudiants de la seva edat. En els homes, la mitjana és de 7,2 hores, i en les dones, de 7,0 hores.

Serveis mèdics: tant els homes com les dones tenen història clínica oberta (91,7% i 92,9%, respectivament), però pocs assenyalen que tenen metge de capçalera (45,7% i 62,9%). Això podria indicar una baixa utilització dels serveis sanitaris o el fet que el seu pare o la seva mare siguin metges (un 70% dels estudiants amb

progenitors metges no tenen metge de capçalera).

Activitat física: s'observa en aquest estudi una elevada tendència al sedentarisme. Els estudiants homes tenen un grau d'activitat física notablement superior al de les dones. En ambdós grups, el percentatge de persones inactives és molt baix (2,9% i 3,0%, respectivament). La proporció d'estudiants de Medicina homes que fan una activitat física intensa és significativament més elevada que la de les estudiants dones (74,8% davant de 50,8%). Aquestes dades coincideixen del tot amb un estudi recent fet a la nostra ciutat amb joves de 15 i 16 anys.

IMC: s'observa un predomini dels paràmetres considerats normals o saludables en l'anàlisi com a grup, però es detecta diferència entre gèneres: el percentatge de dones amb un pes per sota del considerat normal (IMC<18,5) és força més elevat que el d'homes: 14,1% davant el 4,8%. Igualment, el percentatge de nois amb sobrepès (20%) és més elevat que el de noies (3,2%).

Drogues: el percentatge de fumadors de tabac habituals és del 14% en els homes i del 10,8% en les dones. Aquestes dades són significativament inferiors en ambdós gèneres en relació amb altres estudiants de la mateixa edat. La xifra de bevedors de risc és alta entre els estudiants de Medicina: un 26,7% dels homes i un 19,8% de les dones. En gran part, els bevedors de risc són consumidors de cinc o més consumicions seguides, cosa que reflecteix la importància de les borratxeres de cap de setmana. Hem de destacar que aquest patró de consum és notablement més elevat que en altres estudiants, tant en homes com en dones. El consum de tranquil·litzants és molt alt en els estudi-

**PAIMM**  
Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addicció o saps d'un company en aquesta situació, posa't en contacte amb nosaltres i t'ajudarem

Fundació GALATEA 973 273859 - 902 362 492 - <http://paimm.fgalatea.org>

ants de Medicina, sobretot entre les dones (un 38% n'ha pres en alguna ocasió i un 13,7%, en els darrers 30 dies). Aquest nivell és significativament superior al dels altres estudiants, tant en homes com en dones. Més de la meitat dels estudiants havien consumit marihuana en alguna ocasió, resultat semblant al d'altres estudiants. El consum de cocaïna se situa aproximadament en el 5% (6,7% en els homes i 4,1% en dones) i és inferior al que es dona en altres joves de la seva edat, sobretot en el cas de les dones. Cap alumne havia consumit heroïna, droga, d'altra banda, molt poc freqüent entre els joves.

Salut mental: en l'estudi s'utilitza el General Health Questionnaire (GHQ) com a instrument de cribatge. Les dones presenten puntuacions més elevades que els homes (3,3 i 2,4 pel que fa a símptomes indicadors de risc de mala salut mental). S'utilitzen també dues dimensions de personalitat, el neuroticisme i l'extraversió. Les dones obtenen puntuacions més altes en neuroticisme, dada que coincideix amb el resultat anterior del GHQ. El 66% dels estudiants van dir que havien patit un o més esdeveniments vitals adversos, als quals atribueixen un elevat efecte estressant.

Tenint en compte aquests resultats, cal pensar en la importància d'alguna acció adreçada a minimitzar aquells aspectes que puguin influir tant en la seva situació actual com en la futura, en què, com a professionals, hauran inevitablement de resoldre els mateixos problemes en els pacients. El grau de Medicina es caracteritza per una elevada exigència acadèmica. Sovint es deixa de banda el que fa referència als aspectes personals, psicològics i conductuals dels futurs professionals de la salut.

Tant en àmbits de detecció precoç com d'intervenció, s'imposa tot un seguit d'actuacions que els responsables acadèmics hauran de dur a terme per aconseguir que els futurs professionals de la salut siguin, a més de bons tècnics, persones amb uns òptims nivells de salut.

Els resultats complets d'aquest estudi es poden trobar a *Estudi sobre la salut, estils de vida i condicionants acadèmics dels estudiants de medicina de Catalunya*. Fundació Galatea (2012).

**Dr. Francesc Abella (UdL)**  
**Dr. Antoni Calvo**  
**Dra. Anna Mitjans**  
Fundació Galatea

#### REFERÈNCIES:

- Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian Medical students. *Acad med* 2006, 81, 354-373.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. Medical students. *Ann. Intern. Med.* 2008, 149, 334-341.
- Goebert D, Thompson D, Takeshita J. Et al. Depressive symptoms/dysphoria in Medical stu-



dents and residents: a multischool study. *Acad. Med* 2009, 84, 236-241.

4 Compton MT, Carrera J, Frank E. Stress and depressive symptoms/dysphoria among US Medical students: results from a large, nationally representative survey. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2008, 196, 891-897.

5 Gurthrie EA, Black D, Shaw CM, et al. Embarking upon a Medical career: psychological morbidity in first year Medical students. 1995, *Med Educa* 29, 337-341.

6 Sender R, Salamero M, Vallés A, Valdés M. Psychological variables for identifying susceptibility to mental disorders in Medical students at the University of Barcelona. *Med Educ Online* 2004, 9, 1-5.

## Pràctica de MBI a la Facultat de Medicina de la UdL durant tres anys

Són coneguts els elevats nivells d'estrès i ansietat, així com l'existència de problemes de salut mental, en estudiants de Medicina, la qual cosa seria indicativa de la necessitat de millorar les habilitats per tenir cura d'un mateix en aquests col·lectiu. Les causes d'aquesta situació són diver-

ses: l'elevat nivell d'exigència de rendiment acadèmic que han de suportar, ja des del batxillerat, per poder accedir als estudis de Medicina ateses les elevades notes de tall d'aquesta titulació, cosa que implica moltes hores d'estudi i, de vegades, un cert grau d'aïllament relacional i pautes de conducta de caràcter obsessiu; el contacte amb el dolor emocional, la malaltia, el sofriment i la mort des de l'inici de les pràctiques; les limitacions i els condicionants de la mateixa pràctica mèdica, que poden defraudar estudiants en els quals és important la vocació; una voluntat d'ajuda i unes altes expectatives que, en certs casos, resulten difícils de satisfer; l'estrès relacionat amb el fet de tenir cura dels altres i que és inherent a les ocupacions en què les relacions formen part de la mateixa pràctica professional; la resistència a admetre que es pot necessitar ajuda, actitud pròpia d'un col·lectiu educat per ajudar i ser conscient dels perills i estigmes que, per a la seva carrera professional, pot suposar ser demandant d'ajuda per problemes relacionats amb la salut mental; factors relacionats amb horaris nocturns inherents a les guardies, que suposen alteració dels ritmes circadians; elevades càrregues de treball que s'incrementen durant la carrera, etc.

Les conseqüències que acostumen a comportar els factors anteriors, i que també han estat documentades, són la instauració d'hàbits no saludables relacionats amb

el consum d'alcohol i altres drogues, l'automedicació, un cert cinisme i la suspensió de la relació amb els pacients, actuacions que poden derivar en un *burnout* acadèmic previ al professional, i en fatiga per compassió o en desgast per empatia, a mesura que s'incrementa el grau d'implicació en l'alleujament del sofriment aliè, així com en un increment del risc de presentar problemes de salut mental.

Entre els programes per abordar aquesta problemàtica que acostumen a obtenir bons resultats hi ha les intervencions basades en *Mindfulness* (MBI), les quals utilitzen components psicoeducatius i experiencials alhora. *Mindfulness* es podria definir com una manera de ser i d'estar (que totes les persones tenim en més o menys grau) i que ens permet estar atents al present, a l'aquí, sent conscients dels continguts de la pròpia consciència, acceptant-los sense jutjar.

Es pot desenvolupar amb diferents tipus de pràctiques, unes de formals (a les quals es destinen un lloc i un temps) i d'altres d'informals (aprofitant qualsevol tasca que estiguem fent, posant-hi atenció i consciència). Entre les pràctiques formals hi ha l'exploració corporal, estiraments de ioga, meditació centrada, meditació utilitzant visualitzacions i meditació de camp obert; per a les pràctiques informals es pot utilitzar qualsevol activitat, per exemple, dutxar-se, rentar-se les dents, menjar,

caminar, etc.

A la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, durant els tres darrers anys, s'han dut a terme aquestes intervencions (MBI) adaptades a estudiants de Medicina. Cada intervenció ha constatat de 8 sessions presencials setmanals de 2 hores de durada (en total, 16 hores, a més de les pràctiques fetes a casa, fora de les sessions presencials).

Els continguts es poden classificar en els 8 apartats que s'han treballat en les diferents sessions: treball amb l'atenció (fixar-la, deixar-la anar, canviar-la de lloc/contingut) en el cos, les emocions, els pensaments i les accions; observació terapèutica versus observació patològica; treball amb compassió (connexió amb el sofriment i el desig d'alleujar-lo) i auto-compassió (donar-se a un mateix el que es desitja per als altres quan fracassem, sofrim o ens sentim inadequats, sense autojudici negatiu ni aïllament ni embadallament); acceptació de la por i de les incerteses (deixar anar el control); limitacions del pensament i la voluntat (ment sàvia: entre la lògica i l'emoció); presència terapèutica, sintonia i ressonància; treball amb l'autoconeixement (percepció del *self*, observador, testimoni, consciència, pensament paradoxal, evitació experiencial, defusió cognitiva); aportacions de la psicobiologia i les neurociències (el plaol de possibilitat de Siegel, el sistema de compassió i seguretat de Gilbert, memòries implícites i explícites, l'interpret de Gazzaniga, etc.), petits exercicis pràctics per a moments puntuals i apunts d'equanimitat i espiritualitat.

Hi han participat 68 estudiants i 75 més han fet de grup de control per poder conèixer l'eficàcia de la intervenció. S'ha pogut comprovar, en les mesures preintervenció del grup total, l'elevat grau de simptomatologia psicopatològica en aquest col·lectiu. La seva simptomatologia general és superior a la de la població general i es correspon a la d'una població de pacients psicossomàtics, alhora que és inferior a la d'una població de pacients psiquiàtrics (no obstant això, gairebé el 17% de la mostra total se situa en valors de pacients psiquiàtrics). Els valors de tot el grup, pel que fa als símptomes relacionats amb l'obsessió-compulsió, se situen en valors d'una població psiquiàtrica.<sup>1</sup>

Després de la intervenció, es produeix una millora de simptomatologia en el grup que ha rebut la intervenció (en comparació amb les mesures prèvies i respecte als canvis que es produeixen en el grup de control que no rep la intervenció i que se sotmet a les mateixes mesures separades per un interval de temps similar).

Els canvis resulten significatius,<sup>2</sup> tant respecte a les mesures basals<sup>3</sup> com respecte als canvis succeïts en el grup de control,<sup>4</sup> en les escales somatització, obsessió-compulsió, sensibilitat interpersonal, ansietat, hostilitat i índex global.

En aquest estudi s'han mesurat altres

variables, però fer-ne una exposició completa faria l'article massa feixuc. No obstant això, direm, pel que fa a aquestes altres variables, que la millora en símptomes té relació amb l'increment del nivell de *mindfulness* observat.<sup>5</sup>

A més de la millora en salut mental, l'entrenament en *mindfulness* desenvolupa habilitats relacionades amb una bona pràctica mèdica, ja que s'hi treballen aspectes com ara actuar d'una manera més flexible i adaptada a la situació i tenir una consciència més gran de què succeeix en la relació terapèutica, consciència que facilita una escolta activa i una distància relacional adequada, entre d'altres (tots els estudiants que van rebre la intervenció van estar d'acord que les habilitats apreses els eren d'utilitat per a la pràctica mèdica). El *mindfulness* també es relaciona amb el comportament ètic.<sup>6</sup>

Tenint en compte els aspectes exposats, és necessari actuar en la salut mental dels estudiants de medicina. Les intervencions basades en *mindfulness* poden ser una eina adequada, atenent als seus resultats, a l'equilibri cost-efectivitat que presenten (en ser intervencions grupals que no necessiten una instrumentació costosa i que aconseguen efectes en un nombre raonable de sessions) i al fet que, a la vegada, aconseguen sinergeries amb aspectes relacionats amb una millora de la pràctica mèdica.

Potser els perills actuals més grans per a les intervencions basades en *mindfulness* tenen a veure amb la seva ràpida expansió i utilització (cosa que fa difícil que el gran nombre de persones que s'hi dediquen tinguin una bona preparació), amb la possibilitat que s'acabin convertint en una moda (que passa, com totes les modes), amb la seva utilització banal, relacionada amb el gust per les coses *light*, superficials, sense compromís, una mena de "falsa metafísica de l'acceptació",<sup>7</sup> i amb la seva decantació cap a gurus espirituals, en alguns casos, en detriment de l'interès que té per a l'àmbit científic.

**Dr. Pere Oró**  
Psicòleg. Doctor en Salut i expert en *Mindfulness*

#### NOTES

- S'ha utilitzat el qüestionari de 90 símptomes (SCL-90-R) de Derogatis.
- Probabilitat d'ocurrència inferior a 0,05, a dos cues.
- Mitjançant estadístic t de contrast entre mitjanes relacionades.
- Mitjançant anàlisi de variància ANOVA.
- Mesurat amb el qüestionari de les 5 facetes de *mindfulness* (FFMQ) de Baer et al.
- Oró, P. (2015). *Mindfulness i bioètica*. Bioètica & debat; 21 (74): 9-13
- Segovia, S. (2004). *Meditació i psicoteràpia*. En: Rodríguez-Zafra M. (ed). *Crecimiento personal: aportacions de oriente i occidente*. Desclée de Brouwer. Bilbao, pp 315-336



## Promoció de la salut versus sostenibilitat

*BUTLLETÍ MÈDIC presenta avui un debat que està present en el món de la Medicina i en la societat. La promoció de la salut i la prevenció de les malalties, que han demostrat millorar la qualitat de vida, garanteixen la sostenibilitat del sistema sanitari?*

### La promoció de la salut i la prevenció de malalties serveixen per estalviar diners?

En el context de crisi actual, un dels principals reptes que es plantegen la major part dels sistemes sanitaris és la seva sostenibilitat econòmica.

Els recursos són cada vegada més limitats, però la demanda sanitària de la població va creixent de forma constant. Amb una població cada cop més gran i afectada per múltiples patologies cròniques, aquesta necessita les noves tecnologies per al seu maneig i de tractaments cars que suposen un creixement continuat del cost sanitari.

D'altra banda, estem immersos en un sistema sanitari purament assistencialista, en què tots els esforços s'adrecen a complaure les demandes i les necessitats d'una població insaciable. Se sap que aquests serveis sanitaris són els responsables gairebé de manera exclusiva de l'elevada factura sanitària, malgrat que no són els únics determinants dels nivells de salut i malaltia. És evident, per tant, que cal buscar alternatives raonables.

La salut de la població depèn de múltiples factors: ambientals, d'educació, xarxes socials, condicions de vida i treball, habitatge, cultura i de l'entorn, o sigui, els serveis socials que són aliens al sistema o model sanitari.

Hi ha altres factors relacionats amb la sanitat que no pertanyen al camp purament assistencial, com la biologia humana i els estils de vida de la població, que poden millorar la salut i disminuir la morbiditat i la mortalitat de la població i poden ser modulats per determinades polítiques sanitàries. Així, la promoció de la salut i la prevenció de les malalties podrien contribuir a disminuir el nombre de patologies i, en conseqüència, la demanda de la població i, d'aquesta manera, ajudar a controlar el cost sanitari.

Sota aquest auspici, els metges d'Atenció Primària ja oferim a la població multitud d'activitats dirigides a la promoció de la salut i a la prevenció de malalties, com ara programes de vacunes, control de la HTA, del colesterol, deixar de fumar, practicar exercici físic, etc.

Però prestar aquests tipus de serveis no és gens fàcil, perquè 'han d'afrontar moltes dificultats, com, per exemple, la poca disponibilitat en temps per part dels professionals. Cal identificar quines intervencions preventives són eficaces. Diferents organitzacions, guies i societats científiques proposen pautes contradictòries, que desconcerten els professionals. Hi ha també interessos comercials que transmeten a la població missatges controvertits.

Un excés de confiança en la medicina preventiva pot fer que les persones se sentin més vulnerables i malaltes. Etiquetar una persona com a algú de risc pot tenir efectes negatius. Pot contribuir a medicalitzar la persona que en el fons està sana, perquè darrere gairebé sempre hi ha interessos oportunistes.

Potser els conceptes de prevenció i promoció

de la salut triomfen, en ocasions, més per intuïció que per rigor científic. No hi ha gaire informació científica que analitzi quins són els efectes de la prevenció, de forma global, sobre el cost sanitari.

No tothom està d'acord que prevenir serveixi per estalviar diners, i consideren un error pensar que un sistema sanitari, guiat per la disminució de la càrrega de la malaltia mitjançant la imposició de nombroses estratègies preventives, pugui reduir el cost sanitari i el consum de recursos dels serveis de salut.

Per tant, considerem molt important aclarir fins a quin punt les recomanacions preventives i de promoció de la salut que es posen a la pràctica comporten un estalvi de diners en sanitat. I ho fem en format de debat.

**Dr. Joan Clotet Solsona**  
Metge de Família  
CAP de Ponts

### La salut pública en la millora de la qualitat de vida de la població

És una realitat que la salut pública ocupa un lloc relativament petit en tots els països desenvolupats en relació amb el volum de recursos consumits pels diferents sistemes nacionals

de salut. A Espanya s'ha estimat que el cost d'aquest servei només representa l'1% del cost total sanitari. Tanmateix, aquest predomini del camp assistencial no ha existit sempre. La salut pública ocupava, a principis del segle passat, un paper predominant en les polítiques sanitàries dels estats per salvaguardar les poblacions dels perills i les amenaces col·lectives que suposaven les mortíferes epidèmies que patien els ciutadans en aquelles èpoques.

Va ser després de la II Guerra Mundial que, com a conseqüència dels avenços de la ciència mèdica i l'espectacular augment de l'eficàcia terapèutica, mínima fins a aleshores, es va canviar el paradigma de les polítiques sanitàries. Els diferents governs van considerar necessari crear un sistema d'assistència sanitària i d'atenció individualitzada dels ciutadans per tal que el conjunt de la societat pogués gaudir dels avenços clínics, i així es va poder veure com, a partir de 1945, van aparèixer a Europa els primers sistemes d'assegurança col·lectius de riscos de malalties.

Aquest salt qualitatiu s'observa amb claredat al nostre país, només amb la comparació de les dues lleis bàsiques sanitàries d'aquest període. Així, mentre que la Llei de Bases de la Sanitat Nacional de 1944 era un text orientat bàsicament a la lluita contra les epidèmies i la instauració de mesures d'higiene i salubritat col·lectiva, la Llei General de Sanitat de 1986 té una orientació totalment oposada, amb l'objectiu bàsic d'estructurar un Sistema Nacional de Salut amb capacitat suficient per atendre la demanda d'assistència sanitària d'una societat moderna.

Aquesta visió de la salut pública com una parcel·la secundària de la sanitat va fer un gir de 180 graus amb la publicació del document potser més important a l'àmbit de la salut pública: l'informe Lalonde. L'informe, elaborat al Canadà el 1974, que porta el nom de qui en aquell moment era el ministre de Sanitat en aquell país, va partir de la base que la salut o la malaltia no estaven exclusivament relacionades amb factors biològics o agents infecciosos, sinó amb el fet que la majoria de les malalties tenien un origen sobretot socioeconòmic. Sobre aquesta base, l'informe fa un estudi de l'impacte real de les mesures d'inversió sanitària sobre la millora de la salut de la població i s'arriba a la conclusió que, a pesar que la major part de les causes de les malalties són socioeconòmiques, les polítiques sanitàries se centren exclusivament en el tractament de les malalties, i s'oblida l'entorn socioeconòmic de la població, veritable causa de les malalties.

Va ser a partir de la publicació d'aquest informe que es va començar a parlar dels determinants de salut. Aleshores, es va entendre que la bona salut no es basa únicament en les intervencions mèdiques, sinó també en les condicions de vida i les posicions personals. L'entorn familiar, l'educació, les desigualtats socials i econòmiques, l'accés al treball, el disseny de les ciutats on vivim, la qualitat de l'aigua que bevem i dels aliments que consumim i l'exercici físic que practiquem determinen, entre altres, la nostra salut, de manera





que l'enfocament de les polítiques actuals de salut s'ha de dirigir a accions que depassen l'àmbit dels serveis sanitaris assistencials. En conseqüència, es fa palesa la necessitat de crear nous instruments.

Amb aquesta finalitat, el Departament de Salut, mitjançant l'Agència de Salut Pública de Catalunya, va posar en marxa el 2014 el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP) com un eix prioritari de la seva política de salut. El propòsit del PINSAP és "mobilitzar i responsabilitzar els diversos àmbits de govern per millorar els nivells de salut mitjançant l'actuació sobre els seus principals determinants, tant estructurals com d'estils de vida".

S'estima que el 80% dels determinants de salut es troben fora del sistema sanitari. Actuar-hi des de la perspectiva de govern no és senzill i requereix una acurada planificació i unes accions articulades. El PINSAP és l'instrument de plani-

ficació per portar a terme polítiques de salut en tots els àmbits d'actuació de les administracions públiques amb un objectiu bàsic: millorar la salut de la població.

Aquestes actuacions sectorials amb impacte en la salut de la comunitat (Salut a Totes les Polítiques - SaTP) s'han d'impulsar des de tots els àmbits, departaments i administracions perquè la SaTP sigui una realitat a tots els territoris i sectors.

Un dels instruments per al desenvolupament d'aquest model participatiu són els consells territorials consultius i de coordinació de salut pública, els quals tenen un caràcter transversal i inclouen representants dels òrgans territorials de tots els departaments de l'Administració de la Generalitat, del món local, dels col·legis professionals, del tercer sector, del teixit associatiu i de l'àmbit acadèmic, entre d'altres. El Consell Territorial Consultiu i de Coordinació de Salut

Pública de Lleida es va constituir el 20 de febrer de 2017 amb la participació com a membre del Col·legi Oficial de Metges de Lleida.

Un bon exemple d'aquest nou enfocament el trobem en l'abordatge de les grans epidèmies que pateixen actualment els països desenvolupats, com ara les malalties vasculares i la diabetis, produïdes per factors de risc com el sobrepès i la hipertensió arterial. Aquests problemes de salut no es poden abordar exclusivament mitjançant intervencions assistencials. Des de la pràctica clínica només s'aconsegueixen petits efectes amb grans esforços i amb uns costos molt elevats. Només el valor dels medicaments hipotensors i hipolipemians representa el 5% del total del cost farmacèutic i, amb un petit grau de compliment per part dels pacients, no es modifica la tendència cada vegada més elevada de

**Només el valor dels medicaments hipotensors i hipolipemians representa el 5% del total de cost farmacèutic**

l'obesitat i el sedentarisme.

S'han de desenvolupar estratègies en les quals el component assistencial actui de manera conjunta i harmònica amb el component col·lectiu. A més, s'ha d'aconseguir que els equips d'Atenció Primària portin a terme activitats conjuntes amb els serveis de salut pública col·lectiva.

L'impuls de la salut comunitària s'ha fet palès aquest darrer any. Destaca l'experiència del projecte COMSALUT, a l'àrea bàsica de Cervera, com a exemple de treball conjunt entre l'Atenció Primària, la salut pública, l'administració local i les entitats del territori, sempre comptant amb la participació de la comunitat.

En l'horitzó 2107-2020, el nou PINSAP marca com a eixos de treball prioritaris lligar l'enfocament de la salut a totes les polítiques amb els objectius de desenvolupament sostenible de l'OMS. Els poders públics, en sinergia amb els agents socials, han de ser capaços d'establir estratègies per millorar la salut de la població, present i futura, i entendre que la inversió en salut des de totes les polítiques és una contribució neta al benestar social.

**Dr. Àngel del Río Monge**

*Servei de Protecció de la Salut a Lleida i l'Alt Pirineu i Aran*

*Agència de Salut Pública de Catalunya* **Dra. Teresa Hernández Jover**

*Servei de Promoció de la Salut a Lleida i l'Alt Pirineu i Aran*

*Agència de Salut Pública de Catalunya*

## Seguim enlluernats per la tecnologia...

La Medicina va fer un pas important quan va esdevenir científica i es va allunyar de la màgia i va buscar basar-se en les evidències. Però en aquest camí necessari es va deshumanitzar, va perdre una mica el nord: es va centrar en la malaltia i va oblidar les persones, va posar massa el pes en la tecnologia i va arraconar la compassió ("patir amb": compartir el patiment).

La societat s'ha enlluernat amb els avenços tecnològics i ha arribat a creure que ho podíem fer tot: evitar la mort i també el patiment humà. I ha estat tant així que hem esdevingut veritables malalts de salut! ([http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM\\_528\\_EBLOG\\_1946.pdf](http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_528_EBLOG_1946.pdf)).

Fins i tot ens hem arribat a creure capaços de resoldre mèdicament el malestar emocional de les societats: <https://focap.files.wordpress.com/2016/05/atencioccc81-a-les-persones1.pdf>.

I quan ens vam adonar que amb el tractament de les malalties no n'hi havia prou, vam posar l'accent en la prevenció ("més val prevenir que curar"). I la tecnologia mèdica va envair també el terreny de la prevenció.

Als èxits de les mesures de salubritat (control de les aigües i els aliments, millora dels habitatges...) es van afegir els d'algunes vacunes (com la de la verola). I d'aquí vam passar a generalitzar innocentment. I ens vam creure que qualse-

vol vacuna seria bona (i si algú ho discuteix, és maltractat com a antivacunes) i vam allargar més el braç que la màniga buscant diferents mètodes de cribratge per a una malaltia socialment estigmatitzada: el càncer. I ens hem tornat a enlluernar amb els fàrmacs com a promotors de salut: busquem evitar els problemes cardiovasculars amb fàrmacs, intentem evitar les fractures amb fàrmacs...

I amb tot plegat probablement hem fet més mal que bé. No en va les intervencions mèdiques són, en països desenvolupats, una de les primeres causes de morbimortalitat. Però en aquest desori, no sols hem fet mal a persones concretes, sinó també a la Medicina com a eina per ajudar les persones. Molta gent comença a interioritzar el discurs que les actuacions mèdiques són perilloses i busca, altre cop, ajut en la màgia: tot allò que no es basa en cap evidència, només en la fe, i que sovint es revesteix de "medicina alternativa".

I ara ens costarà molt tornar enrere... La societat, els polítics, els interessos industrials i els interessos dels mateixos grups de poder sanitari no volen tornar enrere. Podria semblar que s'admet un cert fracàs, quan en realitat es tracta tan sols de recuperar l'esperit de prudència ("primer, no fer mal"), que mai no hauriem d'haver perdut, i de ser honestos: aplicar només allò de què estem molt segurs (basat en veritables evidències). I hem fet mal recomanant fins i tot canvis d'estil de vida sense una base científica suficient (dietes per als nadons i per als adults, canvis posturals, fe cega en l'esport, etc.). I en aquest tornar enrere, ens cal recuperar allò que ja fa molts anys que sabem: que els condicionants socials són més importants que les intervencions sanitàries.

Aprofundim una mica més en la reflexió, fins i tot des del punt de vista de l'ètica, sobre les activitats de prevenció<sup>1</sup>.

El primer que cal tenir en compte és que qual-sevol activitat de prevenció (i en especial els cribratges) sempre provoca danys, i només en alguns casos suposa també beneficis. La prevenció s'aplica en persones que no tenen la malaltia (o no ho saben i no els molesta). Per tant, en aquest cas la prudència hauria de ser encara molt més gran: hem d'estar molt segurs que la relació benefici/risc és favorable abans d'aplicar mesures en població sana. Cal tenir en compte també que el sol fet de posar una etiqueta (factor de risc, lesió precancerosa...) ja medicalitza, ja fa mal a la persona. Com a mínim crea angoixa.

En el terreny de la prevenció, i enlluernats per aconseguir uns bons resultats, hem oblidat que la nostra primera lleialtat és envers la persona que atenem. Hem oblidat que hem de seguir promovent la seva autonomia i la seva capacitat per decidir, segons els seus valors, respecte a si vol participar o no d'una activitat de prevenció (una vacuna, un cribratge, l'abordatge d'un factor de risc...).

Les decisions autònomes, però, vénen limitades sovint pel principi de justícia ("jo puc decidir fer una cosa si no faig mal a tercers"). En prevenció, podem dir que algunes decisions autònomes podrien no ser justes. Podrien ser injustes perquè

l'activitat que decideixo fer resta recursos a altres o perquè l'activitat que decideixo no fer en posa en perill altres. Un exemple molt clar en prevenció seria deixar d'administrar una vacuna (com la del xarampió) amb efecte ramat (si jo em vacuno, disminueixo el meu risc, però també el dels altres) per por a patir-ne els efectes adversos mentre n'aprofito els beneficis. Un tema complicat i de mal resoldre amb postures extremes.

Un altra discussió que sorgeix sovint en l'àmbit de la prevenció és l'obligació d'aplicar mesures preventives en els sanitaris per evitar que siguin font de malaltia per als pacients. Està clar que els metges i les infermeres estem obligats a prendre totes aquelles mesures que siguin necessàries per evitar transmetre una malaltia als pacients que atenem. Així, quedaria clar que cal que evitem fer consulta si tenim certes malalties contagioses, o que cal que ens rentem les mans (la millor manera d'evitar, entre d'altres, la transmissió de la grip d'un pacient a un altre), però no que sigui imprescindible que ens vacunem de la grip, ja que no s'ha demostrat que fer-ho disminueixi la possibilitat que nosaltres actuem com a vectors.

Ens caldria, doncs, una alta dosi d'autocrítica en l'àmbit de les activitats de prevenció. Crítica sana i científica que pot posar en dubte determinades vacunes (sense ser antivacunes) o molts cribratges de càncer (sense que això vulgui dir nihilisme davant la malaltia). Crítica carregada d'humilitat científica que ens hauria de retornar a les mesures simples i socials, que sabem que són efectives.

La lleialtat als pacients ens ha de portar a ser molt respectuosos amb els seus valors (més encara en el camp de la prevenció) i a practicar la prudència quan recomanem canvis d'estil de vida (no ho sabem tot...). Amarats d'una sana actitud de prevenció quaternària, pensar que jo mateix i les eines que utilitzo podem ser perillosos per al pacient i minimitzar-ho en benefici seu.

Ens cal també habilitats per explicar de forma entenedora els riscos en salut. Probablement ens pot ser de gran ajuda comparar-los amb els riscos de la vida quotidiana (tenir un accident, per exemple). Cal que tornem a ajudar els nostres conciudadans a entendre que viure és un risc, un risc meravellós.

I l'honestedat ens hauria de portar a ser prou humils per admetre que les millors mesures de prevenció són fora del sistema sanitari i es resumeixen en la millora de les condicions de vida de les persones.

**Dr. Albert Planes Magrinyà**

*Metge de Família*

*Membre del Grup d'Ètica de CAMFiC*

#### NOTES

<sup>1</sup> En aquest punt em basaré en el document del grup d'ètica de la CAMFiC Ètica de la prevenció: qüestionari vells escenaris: [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_1666\\_EBLOG\\_2510.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_1666_EBLOG_2510.pdf).

**Les millors mesures de prevenció són fora del sistema sanitari i es resumeixen en la millora de les condicions de vida de les persones**

## Projecte: apadrina un medicament per a Humla-Nepal



### Qui sóc?

Em dic Marc Boix Bruguera. Sóc un espanyol d'origen nepalès a qui van acollir en un orfenat de la Nepal Children's Organization. Els meus pares, el Ramon i la Rosa, de Girona, em van acollir quan tenia 6 anys. Va ser llavors que vaig passar de no tenir res a tenir-ho tot. Els meus pares m'ho van donar tot, sobretot accés a una bona bona educació.

Vaig estudiar medicina a la Universitat de Barcelona i, durant dos anys, he estat metge resident d'Anestesiologia a l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.

Sé que l'especialitat d'anestèsia és la gran desconeguda. La gent en sap molt poc de l'anestèsia, però tothom li té una gran por. Potser és cert que el que desconexem genera por. Aprofito per dir que és de les especialitats més segures i de les que més han avançat en seguretat en els últims anys. També és una de les especialitats més completes, amb un maneig molt ampli tant mèdic com d'enfocament quirúrgic i, alhora, és una especialitat molt tècnica. Tens una relació contínua amb altres especialitats i pacients de tot tipus. Això t'obliga a formar-te i a actualitzar-te gairebé en totes les branques i a tenir i sobretot a mantenir una visió holística de la medicina i de la pràctica mèdica. És l'anestesiòleg qui converteix un procediment de màxima agressió en una cosa que sembla un somni.

Durant aquest temps he après moltíssim. He pogut créixer personalment i professionalment. He tingut la sort i l'oportunitat d'estar amb grans doctors i grans persones: un tutor a qui tinc molta estima i que és com un pare per a nosaltres els residents. Un cap de Servei



**Marc Boix Bruguera en l'actualitat i quan era a l'orfenat**



entranyable i uns companys residents i un equip d'adjunts fantàstics. La veritat és que em faran sentir resident de l'Arnau eternament.

### D'on vinc?

Paral·lelament a tot això, he tingut una altra vida, la relacionada amb els meus orígens al Nepal. Després de l'adopció, en complir els 18 anys, vaig decidir tornar a Nepal per retrobar els meus orígens i a la meua família nepalesa: el meu pare biològic i dues germanes. Des de llavors, durant les vacances d'estiu vaig seguir anant al meu poble del Nepal, pràcticament cada any; i amb l'ajuda de la meua família d'aquí vam apadrinar els meus dos nebots perquè poguessin anar a escola.

El meu poble del Nepal és a la zona d'Humla, té uns 5.700 km<sup>2</sup> i una població de prop de 60.000 habitants. És un lloc remot, aïllat enmig de la serralada de l'Himàlaia i oblidat pels mateixos nepalesos.

A bona part de la zona no hi ha aigua corrent ni electricitat. Tampoc no hi ha carreteres i l'única forma d'arribar-hi des de la capital és agafant dues avions que hi puguen quan poden o quan volen i que no són accessibles per a la majoria de la població. Si el Nepal ja és un país molt pobre, Humla és una de les regions que en són més. Un terç de les famílies d'aquesta zona viu amb menys d'1 euro al dia.

És una zona amb molts dèficits i moltes necessitats. Per no haver-hi, no hi ha ni un centre mèdic que estigui mínimament en condicions i

en funcionament per atendre la gent. Els principals problemes mèdics són les malalties infeccioses, les infestacions, els problemes ginecològics i obstètrics, patologies reumatològiques i molts traumatismes per caigudes i accidents laborals i domèstics.

Els malalts quotidians són oblidats fins que arriba el dia en què estan realment molt greus i perilla la seva vida. És en aquest moment que els familiars reaccionen i fan un enorme esforç econòmic venent animals i el tros de terra que els dóna menjar, per poder-los traslladar a Katmandú. La majoria arriben a la capital per primera vegada i desinformats; es troben enmig del caos i no saben ben bé on anar. D'aquests, més del 80% no tornen mai a Humla perquè llavors ja és massa tarda per a ells.

**Què vull fer?**

Jo, cada vegada que vaig a Humla –hi he anat unes 10 vegades– intento ajudar la gent amb els medicaments i material que porto des d'aquí o amb el que compro a Katmandú. Alguns cops, associat amb cooperants, però majoritàriament ho faig sol.

Hi he tornat ara per malaltia del meu pare biològic, d'uns 60 anys (ja molt gran, allà, on l'esperança de vida és inferior als 55 anys) i per les enormes necessitats que tenia a casa seva. He pogut observar, una vegada més, que les necessitats estan desateses i que ningú, –tampoc el polític de la zona– hi reacciona ni fa res.

Durant aquesta última estada m'he instal·lat al porxo d'una casa i hi he dut uns 15 medicaments, esparadrap i material de neteja i desinfecció.

Com que la meua preocupació i el meu interès i el meu desig d'ajudar-los han anat creixent any rere any; he decidit obrir un petit centre sanitari d'atenció primària a Simikot, el principal poble d'Humla.

M'he adonat que aquí, amb molt poc, es pot ajudar molt i molta gent. He vist també que enviar diners no és suficient, o que fins i tot és contraproduent: hi has de ser tu de manera personal, gestionant els diners directament, sense intermediaris, donar assistència i, sobretot, fer que l'euro donat sigui també un euro al lloc de destí.

La meua actuació es basarà en el següent:

**He actuat durant la meua última estada des del porxo d'una casa amb uns 15 medicaments**



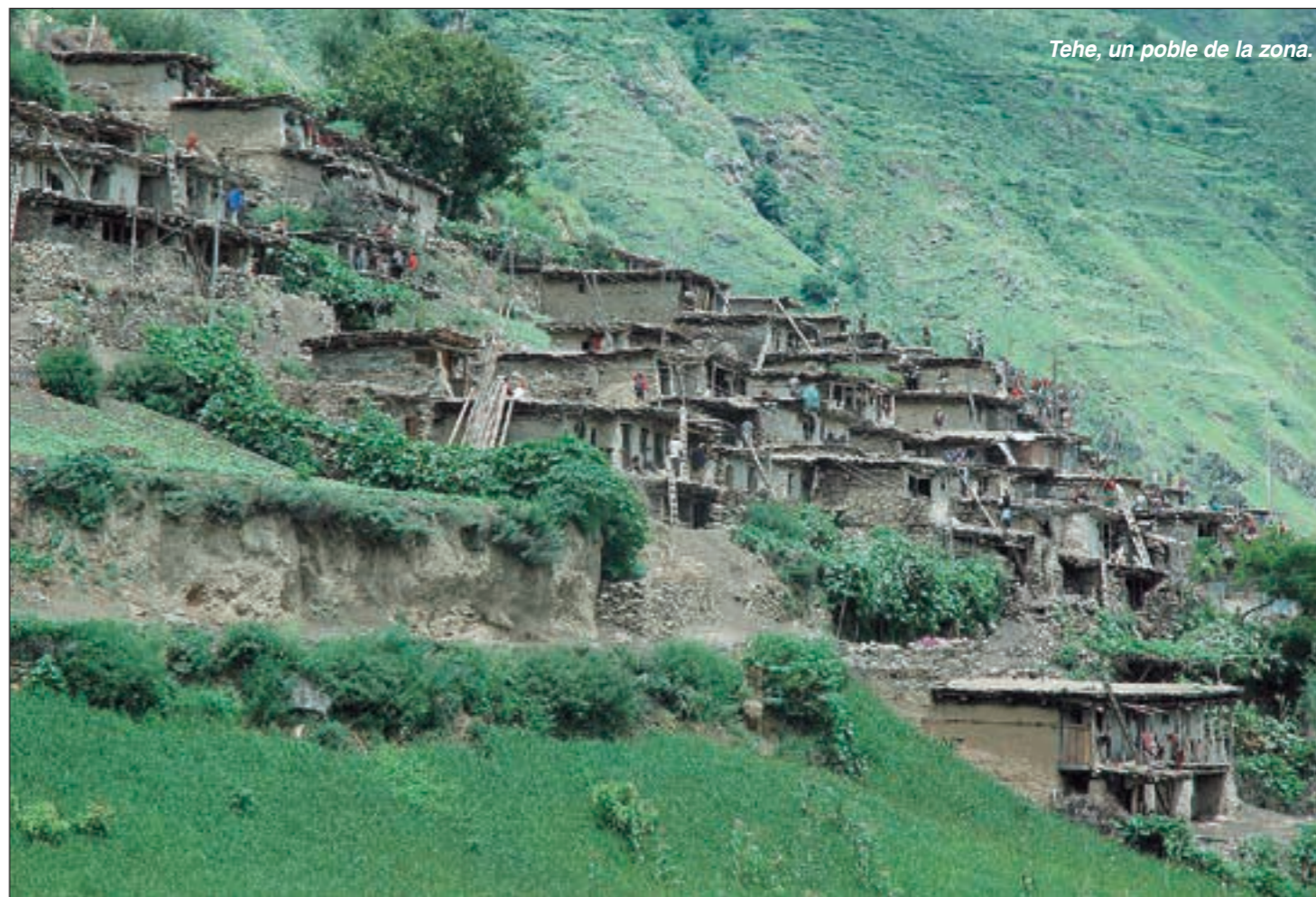
Aeroport de Simikot



Dones i nens d'Humla



Nens a l'escola



Tehe, un poble de la zona.

- Atendre urgències mèdiques: a partir de la meua experiència, puc afirmar que més del 90% de les patologies són malalties de maneig purament mèdic en una població de menys de 50 anys. En la majoria dels casos es pot aproximar el diagnòstic i orientar el tractament a través de la història clínica i l'exploració física. Menys del 10% són patologies

cròniques, principalment problemes reumatològics, respiratoris i ginecològics.

- Registrar totes les històries clíniques dels pacients atesos i, en un futur, realitzar estudis de prevalença per focalitzar millor els esforços assistencials.
- Implementar programes sistemàtics d'educació sanitària, remarcant el correcte ús dels medicaments i hàbits d'higiene

personal.

- Col·laborar en programes de salut pública i de vacunació de nens.
- A la llarga coordinar actuacions de manera regular i sistemàtica amb el departament de salut estatal del país per millorar l'assistència.

**Objectius immediats**



Arròs blanc, un gran luxe compartit

- » Fase 1
- a) Llogar un local adequat a Simikot: una habitació per atendre pacients, un bany i un despatx/magatzem per guardar-hi els medicaments i el material mèdic.
  - b) Habilitar el local amb el mobiliari imprescindible: taula, cadires, llitera, etc.
  - c) Obtenir recursos per poder atendre unes 10 persones al dia.
  - d) Reunir els medicaments imprescindibles:
    - Antibiòtics i antiparasitaris
    - Analgèsics i AINE
    - Inhaladors
    - Suplements vitamínics i proteics
    - Material sanitari: gases, esparadraps, guix, embenatges, xeringues, agulles, sabó i desinfectants.
  - e) Realitzar una visita al mes als centres educatius per a educació sanitària.
  - f) Associar-me amb ONG ja existents o arribar a crear-ne una de pròpia.

Fase 2

- a) Aconseguir un ajudant local amb estudis i formació.
- b) Gestionar el trasllat hospitalari a Katmandú per mitjà d'una xarxa hospitalària estatal i derivar-hi els pacients adequadament.
- c) Col·laborar en el cost de traslladar en avionetes els més necessitats.

**Objectius futurs**

- a) Créixer i generar un equip de treball de 2-4 persones en un període de 3-4 anys
- b) Aconseguir un centre permanent i estable que doni cobertura a tota la població de la zona i que tingui professionals autòctons.
- c) El centre podria ser sostingut per aportacions privades i/o públiques.
- d) Ser una porta d'entrada per a la cooperació internacional.

**Com em podeu ajudar?**

Tot i que, en principi, ha estat una iniciativa personal i individual, sense cap organització, ara ja estic en la fase de creació d'una petita ONG amb l'ajuda d'un bon amic meu de Girona i d'un cosí de Barcelona. Facilitarem així les recaptacions per al futur finançament i donacions, tant de particulars com d'empreses i institucions públiques.

Serà una ONG 100% espanyola i la destinació de les seves obres serà Humla. D'aquesta manera s'evitarà registrar l'ONG al Nepal, on els costos econòmics per fer-ho són molt elevats. El propòsit principal de la nostra ONG seguirà sent oferir una ajuda directa, de manera que, en la mesura que sigui possible s'evitaran la intermediació i la gestió dels funcionaris i polítics nepalesos.

Sé que el camí no serà fàcil, que afrontarem moments difícils i molts entrebancs amb la gestió nepalesa, però tenim molta energia i ganes de tirar endavant aquest somni de crear un petit centre mèdic a Humla. Em sento molt afortunat de



Nens d'Humla



Un somriure d'Humla



L'aigua, un problema a Humla

poder-ho fer, d'haver estat adoptat, de tenir el que tinc, de ser avui qui ajuda i no qui és ajudat i, sobretot, de tenir la possibilitat de millorar, encara que sigui una mica, algun aspecte de la vida de tots els que viuen a Humla i que no han tingut la mateixa sort que jo, tot i que hem nascut al mateix lloc.

En no disposar d'una ONG, per aconseguir el finançament inicial, i després

Què necessito?			
Apadrina un medicament a Humla-Nepal, #health4nepal	COST MITJÀ UNITAT	QUANTITAT MENSUAL	COST MENSUAL
Analgèsics i AINE	2,2 \$	45	100\$
Antibiòtic/antiparasitari	4,5 \$	60	268 \$
Suplements vitamínics i proteics	5,6 \$	8	45\$
Material sanitari: esparadrap, gases, xeringues	1,16 \$	120	139 \$
Visita centre educatiu	45 \$	1	45 \$
Lloguer instal·lació/despeses	123 \$	1	123 \$
La vostra ajuda		Inavaluable	
Cost total mensual:			720 \$
Cost total anual:			8.640 \$
Inversió inicial autofinançada:			4.000 \$
Cost total primer any (8.640+4.000)			12.640 \$
Autofinançament mensual a partir del primer any			250 \$
Donació que necessito mensualment a partir del primer any (720-250)			470 \$

de posar la primera pedra d'aquest projecte solidari, a part de la meua aportació personal, vaig crear una plataforma a Internet per recaptar les donacions d'amics, familiars i de persones anònimes interessades a col·laborar-hi.

Segueix el nostre blog i col·labora-hi! Facilito l'enllaç del blog i de la plataforma Generosity per a tothom a qui pugui interessar col·laborar-hi amb aportacions, fer-ne difusió o informar-se'n més. Petita o gran, l'ajuda arribarà íntegrament, sense intermediaris, i amb total transparència. L'ajuda directa és l'ajuda real.

<https://healthusnepal.wordpress.com/>  
<https://www.generosity.com/medical-fundraising/un-medicamento-para-humla-nepal-healthusnepal>

Per a qualsevol dubte, suggeriment o per a més informació, estic a la vostra disposició.

Email: marc\_boix@hotmail.com

Dr. Marc Boix Bruguera

# Revisión sobre el estreñimiento

El estreñimiento es un síntoma de consulta muy frecuente en los centros de Atención Primaria a pesar de que muchos pacientes recurren a la automedicación. La prevalencia del estreñimiento oscila entre un 2-28%<sup>1</sup>. Esta variabilidad se debe en parte a las diferentes acepciones y definiciones del síntoma. Durante la infancia es más frecuente en varones, pero en la edad adulta afecta más al sexo femenino (relación 3:1), aunque a partir de los 65 años aumenta en ambos sexos de forma exponencial hasta la senectud<sup>2</sup>. Los límites normales del ritmo deposicional oscilan entre 3 deposiciones diarias (máximo) hasta 3 deposiciones semanales (mínimo), las deposiciones son indoloras y se realizan sin esfuerzo excesivo alcanzando una sensación de desocupación completa del recto. Los criterios Roma III han permitido conciliar esta gran versatilidad de criterios y acepciones (tabla 1)<sup>3</sup>.

## Clasificación: existen dos tipos de estreñimiento:

Existen dos tipos de estreñimiento: primario y secundario.

El estreñimiento primario, o constipación idiopática o estreñimiento crónico simple, es el tipo más frecuente. Su patogenia se relaciona con un trastorno primario de la motilidad colónica o anorrectal, existiendo estreñimientos con tránsito normal, con tránsito lento y/o estreñimiento con disfunción anorrectal. Se asocia a una serie de factores que tradicionalmente se vinculan a este

**Tabla 1: Criterios Roma III**

1. Debe reunir dos o más de los siguientes síntomas:
  - Esfuerzo defecatorio durante al menos el 25% de las deposiciones.
  - Heces duras o grumosas en al menos el 25% de las deposiciones.
  - Sensación de evacuación incompleta en al menos el 25% de las deposiciones.
  - Sensación de obstrucción anorrectal en el 25% de las deposiciones.
  - Necesidad de maniobras manuales para facilitar la defecación en al menos el 25% de las deposiciones
2. Heces blandas infrecuentes sin uso de laxantes.
3. No debe reunir criterios para síndrome del intestino irritable.

\*\*Estos criterios deben cumplirse en los últimos 3 meses, con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Es un síntoma de consulta muy frecuente en Atención Primaria

La prevalencia oscila entre el 2 y el 28%, y muchos pacientes se automedican

**Tabla 2: Causas del estreñimiento secundario**

<b>Fármacos</b>	Anticolinérgicos, neurolépticos, antiparkinsonianos, antidepresivos, anticonvulsivantes, antiácidos (hidróxido aluminio, carbonato cálcico), antihipertensivos (antagonistas del calcio, hidralazina, metildopa), antihistamínicos, AINE, derivados de la vinca, opiáceos, colestiramina, suplementos de hierro o calcio
<b>Enfermedades endocrinas</b>	Diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, panhipopituitarismo, enfermedad de Addison, feocromocitoma
<b>Miopatías</b>	Esclerodermia, polimiositis
<b>Lesiones del tracto gastrointestinal</b>	Cáncer colorrectal, enfermedad diverticular, vólvulo, isquemia, lesiones anorrectales (inflamación, prolapso, rectocele, fisuras)
<b>Trastornos iónicos</b>	Hipopotasemia, hipercalcemia, hipermagnesemia
<b>Enfermedades metabólicas</b>	Porfiria, uremia, amiloidosis
<b>Enfermedades neurológicas</b>	Enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, lesión de cordones espinales, lesión del nervio sacro, AVC
<b>Agangliososis o enfermedad de Hirschprung</b>	
<b>Embarazo</b>	
<b>Enfermedades psiquiátricas</b>	Anorexia nerviosa, depresión, abuso sexual
<b>Alteraciones funcionales</b>	Disinergia en la defecación (contracción o inadecuada relajación de la musculatura del suelo pélvico durante el acto de defecar), tránsito colónico lento, síndrome de colon irritable

tipo de estreñimiento: sexo femenino, edad avanzada, inactividad física, ingesta baja en calorías, ingesta deficitaria en fibra, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, consumo de fármacos, depresión, historia de abusos o malos tratos físicos o psicológicos.

El estreñimiento secundario a alteraciones orgánicas por consumo de fármacos o/y presencia de enfermedades sistémicas (tabla 2)<sup>4, 5, 6</sup>.

Aunque el diagnóstico se establece en muchos casos ante la presencia de síntomas, en otros será necesaria la realización de estudios complementarios para evaluar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes. Es importante realizar una anamnesis detallada sobre el estilo de vida y fármacos que está tomando el paciente. Debemos preguntar acerca de la historia personal y familiar de estreñimiento, neoplasias, patologías

concomitantes y estado psíquico. Se debe interrogar sobre el hábito intestinal: frecuencia y consistencia de las deposiciones e intentar identificar síntomas de alarma (tabla 3)<sup>4</sup>.

El examen físico debe centrarse en la búsqueda de signos que sugieran la existencia de alguna enfermedad sistémica de base, incluyendo una exploración neurológica, y en la inspección y palpación abdominal, prestar especial interés a la presencia de cicatrices por cirugía previa o detección de masa abdominal. Además, es conveniente realizar una exploración anal y perianal para descartar la presencia de fisuras, pliegues cutáneos, hemorroides o prolapso rectal. En el tacto digital se puede detectar hipertonía del esfínter, lo cual puede ser la causa de alteraciones en la evacu-

ción<sup>9</sup>.

Es necesario realizar un estudio en aquellos pacientes que no responden a medidas iniciales, como cambios en los hábitos dietéticos, incremento en ingesta de líquidos y suplemento de fibras y/o uso de laxantes<sup>9</sup>. También si existen síntomas de alarma o bien un cambio repentino sin causa aparente que lo justifique<sup>7</sup>, pero no existe suficiente evidencia para realizarlo de forma general<sup>5, 6</sup>. El diagnóstico de estreñimiento funcional debe ser considerado después de haber descartado organicidad.

## ¿Qué pruebas debemos solicitar?

I. Análisis de sangre. Se debe realizar ante la sospecha de causas secundarias de estreñimiento. Hemograma, bioquímica básica con electrolitos séricos (Na, K, Ca, Mg), glucosa y hormonas tiroideas pueden ser útiles.

**Tabla 3: Síntomas de alarma**

- Estreñimiento de nueva aparición en un paciente mayor de 50 años.
- Persistencia de los síntomas por la noche.
- Cambio en el calibre de las heces. Estrechamiento del bolo fecal.
- Síntomas obstructivos.
- Historia familiar de cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal.
- Anemia ferropénica.
- Pérdida de peso.
- Sangrado rectal.
- Test de sangre oculta en heces positivo.

II. Colonoscopia. La American Society of Gastrointestinal Endoscopy recomienda la realización de colonoscopia a todos los pacientes con estreñimiento que presenten anemia, sangrado rectal, sangre oculta en heces, síntomas obstructivos, aparición reciente del estreñimiento, pérdida de peso, prolapso rectal, cambio en el calibre de las deposiciones o que sean mayores de 50 años y no hayan hecho un cribado de cáncer de colon<sup>8</sup>.

III. Radiografía. En la radiografía simple de abdomen se pueden observar retenciones de heces que sugieran el diagnóstico de megacolon. El enema con bario es útil para el diagnóstico de megacolon o megarrecto.

IV. Manometría rectal. Identifica respuestas anormales del esfínter. Puede estar indicada en pacientes que no responden

al tratamiento<sup>6</sup>.

## ¿Cómo se trata?

Se recomienda iniciar medidas higiénico-dietéticas:

- Realizar una dieta equilibrada con abundante fibra. La fibra soluble puede tener un beneficio mayor que la insoluble en tratamiento de los pacientes con estreñimiento crónico<sup>9</sup>.
- Beber abundantes líquidos y hacer ejercicio regularmente son consejos habituales, aunque la evidencia formal de su efectividad es débil<sup>10</sup>.
- Recomendar defecar después de las comidas, particularmente por la mañana, cuando la motilidad del colon es mayor.

La elección del laxante depende de varios factores: mecanismo de acción, rapidez de inicio y duración del efecto, síntomas presentes, características y preferencias del paciente y coste<sup>11, 12</sup>. Antes de iniciar un tratamiento con laxantes se debe preguntar al paciente sobre tratamientos anteriores que haya tomado<sup>13</sup>. De forma general, se recomiendan, en primer lugar, los agentes formadores de bolo, y cuando estos se muestren ineficaces o su uso no sea apropiado, los agentes osmóticos. Cualquiera de los laxantes de estos grupos puede ser de utilidad en el estreñimiento funcional crónico y su uso a largo plazo se considera seguro, exceptuando los osmóticos salinos. Si se consiguen heces blandas, pero su tránsito o expulsión continúa siendo dificultoso, se puede añadir un laxante estimulante<sup>11, 12</sup>. La tabla 4 muestra la actitud secuencial a seguir ante dicho proceso y en la 5, se resumen los diferentes tipos de laxantes.

Se recomienda informar al paciente que los laxantes pueden ser suspendidos una vez que las heces se vuelvan blandas y puedan ser expulsadas fácilmente. En el caso del estreñimiento crónico, se recomienda fijar una fecha objetivo realista para retirar los laxantes. La retirada de los laxantes debe ser gradual, una vez que se consiga regularizar el tránsito intestinal. Si el paciente está en tratamiento con una combinación de laxantes, se recomienda reducir y suspender de uno en uno. Se deberían retirar primero los estimulantes, sin embargo en ocasiones se precisa ajustar la dosis del laxante osmótico para compensar. Es frecuente que aparezcan episodios de estreñimiento (efecto rebote), que deben ser tratados incrementando las dosis de los laxantes<sup>14</sup>.

Debemos tener en cuenta situaciones especiales que condicionarán el tratamiento.

En el embarazo, el abordaje inicial es la modificación de la dieta, con ingesta abundante de líquidos y alimentos ricos en fibra y la realización de ejercicio físico regular. En caso de necesitar laxantes, se deben utilizar preferentemente



los formadores de bolo y también los osmóticos. Durante la lactancia, se recomiendan los formadores de bolo<sup>17</sup>.

En los ancianos, el uso diario de laxantes se sitúa entre el 10-18%, y alcanza el 74% en los institucionalizados. El aumento de fibra en la dieta y el uso de laxantes formadores de bolo pueden ser ineficaces en ancianos, porque resulta difícil conseguir una ingesta de líquidos suficiente. Si es necesario, se puede utilizar un laxante osmótico. Los reblandecedores de heces, a pesar de su uso generalizado, tienen limitada eficacia clínica. Los laxantes emolientes no están recomendados en la población anciana, ya que pueden producir neumonitis lipídicas por aspiración<sup>18</sup>.

El estreñimiento es un problema común durante la infancia, originado frecuentemente por un aporte escaso de fibras vegetales o de líquidos, un cambio en el entorno o una alteración emocional. El tratamiento del estreñimiento en la población pediátrica debe ser precoz para evitar el estreñimiento crónico y sus complicaciones. En general, se recomienda comenzar con medidas no farmacológicas (educación a la familia, desmitificación del problema y modificaciones dietéticas adaptadas a la edad del niño). Cuando resultan insuficientes, se utilizarán laxantes: laxantes estimulantes (glicerol) por vía rectal para el estreñimiento ocasional, laxantes osmóticos por vía oral durante varios días en caso de estreñimiento agudo y durante semanas en las recidivas<sup>19</sup>.

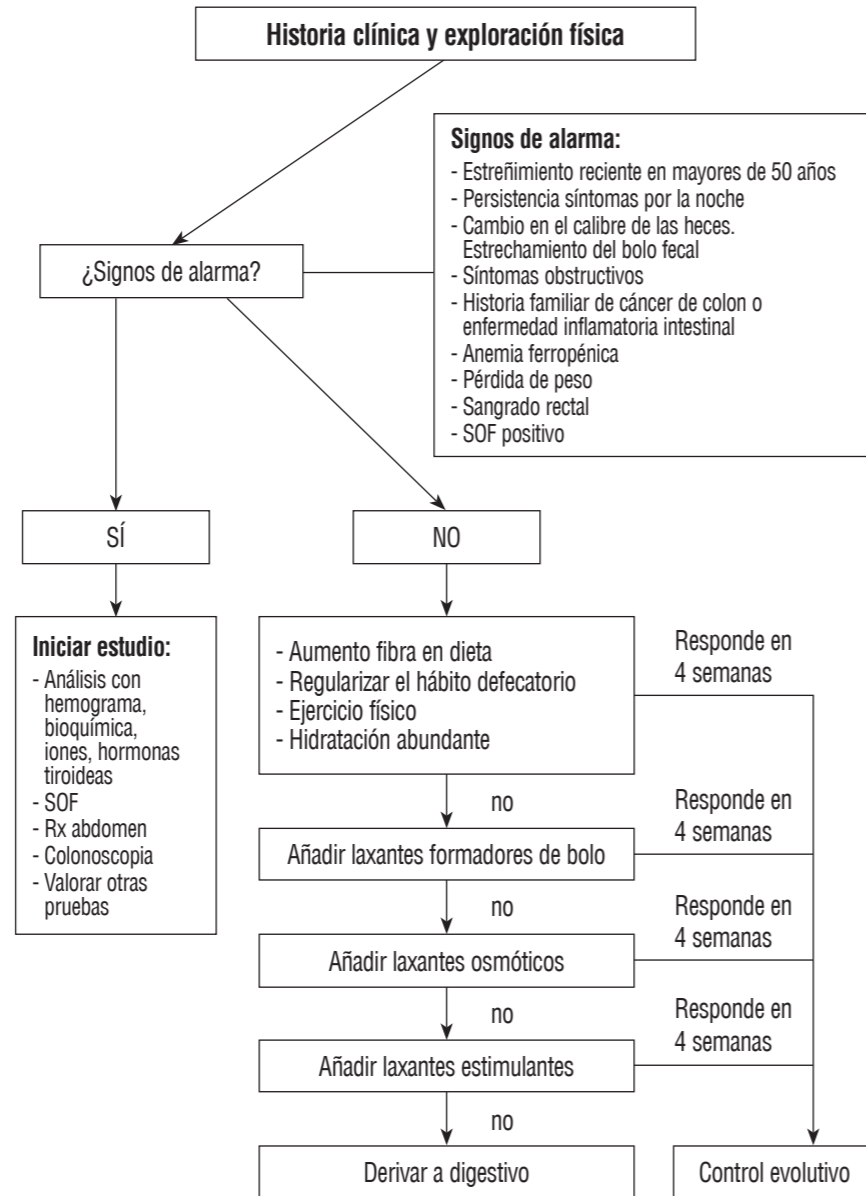
Los pacientes anticoagulados deben evitar en la medida de lo posible el estreñimiento; para ello se aconseja beber abundante líquido, tomar alimentos ricos en fibra, hacer ejercicio regularmente y educar el hábito intestinal. En caso de necesidad, se pueden usar laxantes osmóticos y estimulantes (supositorios de glicerina)<sup>16</sup>.

**Dra. Carme Jorge Tufet**  
**Dra. M. Carmen Calvo Godoy**  
*Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria*

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Tack J, Muller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckxstaens G, Kamm MA, Simren M, Galmiche JP and Fried M. Diagnosis and treatment of chronic constipation European perspective. *Neurogastroenterology and motility: the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. 2011 Aug; 23 (8):697-710.
2. Escudero Sanchis A, Bixquert Jiménez M. Guía para prevenir y tratar el estreñimiento.
3. A.J. Abalades et al. Estreñimiento. *Medicine*. 2016; 12(7):337-45
4. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines, 2010
5. Rao SS. Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. *Gastrointest endosc Clin AM* 2009;19:117-39
6. Tack, J. et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation—a European perspective. *Neurogastroenterol. Motil.* 23, 697-710 (2011)

**Tabla 4: Esquema de tratamiento<sup>15</sup>**



7. Fistera (2012). Guía clínica del estreñimiento [online]. Available from <http://www.fistera.com/guías-clínicas/estreñimiento> [21.06.2017]
8. Qureshi W, Adler DG, Davila RE, et al. ASGE guideline: guideline on the use of endoscopy in the management of constipation. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 199-201.
9. Suares NC, Ford AC. Systematic review; the effects of fibre in the management of chronic idiopathic constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;33:895-901.
10. Paré P et al. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol*. 2001;96:3130-3137
11. Selby W, Corte C. Managing constipation in adults. *Aust Prescr*. 2010;33(4). Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/33/4/116/9>
12. The management of constipation. *MeRec Bulletin* 2011;21(2).
13. Constipation chez un enfant. *Premier choix Prescrire*. 2015.
14. Boletín infac. Estreñimiento y laxantes. Actualización. Volumen 23, nº 10, 2015. Available from <http://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/boletin-infac-ano-2015-volumen-23/r85-gkgm00/es/> [21.06.2017]
15. M. T. Ramos-Clemente et al. Protocolo terapéutico del estreñimiento crónico y sus complicaciones. *Medicine*. 2016; 12(7):392-7
16. Boletín INFAC. Tratamiento del estreñimiento. Volumen 9, nº 10, Diciembre 2001. Disponible en [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/infac\\_v9\\_n10.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v9_n10.pdf) [21.06.2017]
17. INFAC. 2013;21(7). Medicamentos y embarazo: actualización. Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_21\\_n\\_7\\_Medicamentos\\_y\\_embarazo\\_ActualizaciA3n.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_7_Medicamentos_y_embarazo_ActualizaciA3n.pdf)
18. Up to date constipation in older adults. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/constipation-in-the-olderadult?source=search\\_result&search=constipation&selectedTitle=4%7E150](http://www.uptodate.com/contents/constipation-in-the-olderadult?source=search_result&search=constipation&selectedTitle=4%7E150)
19. UptoDate constipation in infants and children – acute constipation. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-acute-constipation-in-infants-and-children?source=search\\_result&search=constipation&selectedTitle=2%7E150](http://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-acute-constipation-in-infants-and-children?source=search_result&search=constipation&selectedTitle=2%7E150)



*Sala de dissecció de la càtedra del Dr. J. Escolar l'any 1965 a Saragossa*

# El canvi actual de la Medicina Forense (Lleida 1985-2013)

Vaig iniciar l'exercici de la Medicina Forense l'any 1979 en un dels dos jutjats que hi havia a Sant Feliu de Llobregat. L'hivern de 1985 em vaig traslladar a Lleida, on s'havia creat el Jutjat de Primera Instància i Instrucció número tres de la capital. El metge forense exercia la professió a les ordres del jutge, el qual generalment rebia els informes que li ordenava no solament com a escrits exclusivament tècnics, sinó amb la confiança que anava adquirint a base de la contínua relació professional. Una de les virtuts absolutament imprescindibles del metge forense és l'amor a la veritat, sense la qual aquest exercici no és factible, i el jutge percebia aquesta virtut perquè comportava sempre imparcialitat. Quan vaig arribar a Lleida havia deixat d'exercir el doctor Mario Romeo Martínez (Tamarit de Llitera, 1924 - Barcelona, 2014), que també feia de radiòleg des que es va col·legiar a Lleida l'any 1954. L'altre metge forense que hi havia, en actiu encara, era el doctor Jordi Gonfaus Curriu (Gironella, 1937), que s'havia col·legiat l'any 1971, va ser especialista en Medicina Familiar i



*A la dreta, el Dr. Jordi Gonfaus. A l'esquerra, el Dr. Mario Romeo*

Comunitària, va deixar el Col·legi l'any 2003 i va acabar la pràctica forense com a metge del Registre Civil. Lleida, en aquells anys vuitanta, era una ciutat que no feia gaire temps que havia estrenat els estudis de Medicina i jo havia començat a explicar a la facultat l'assignatura de *Medicina legal i toxicologia* des de la primera promoció. Aquesta novetat explica la força, i sobretot la il·lusió, amb què s'agafen les coses noves, en aquest cas, tant per part del professor com dels estudiants. En realitat, aquesta novetat va

ajudar a crear una simbiosi, o bon rotllo, com en diríem avui en paraules no tan científiques ni normatives, entre professor i alumnes, i va facilitar molt la nostra relació, fins al punt que m'agradava fer-los participar en la mesura del possible de la vivència de casos pràctics, sobretot de la pràctica d'autòpsies, perquè era més difícil i ells ho agraïen amb sinceritat.

Recordo que en les primeres promocions, quan encara era metge forense de Sant Feliu de Llobregat, però ja explicava l'assignatura des de la càtedra de Barcelona (la Facultat de Lleida era encara una delegació de la de Barcelona), quan podia m'enduia amb el meu cotxe els alumnes que hi cabien per fer una autòpsia al partit judicial de Sant Feliu. Per a ells, era tota una aventura i aprenien molts secrets del cos humà que encara desconeixien. El metge forense, en aquell temps a Lleida, visitava els malalts i els lesionats en una petita dependència de l'Audiència Provincial, i generalment dictava els informes a una secretària, que els passava a màquina. Anava també a la presó a visitar els interns quan el jutge ho ordenava, i també a les cases quan havia de reconèixer un malalt al qual s'havia de fer un internament psiquiàtric, en aquest cas, sempre acompanyat per la policia. Com és natural, en el judici oral el metge forense havia de respondre les preguntes del tribunal, del ministeri fiscal i dels advocats sobre els casos que havia portat com a facultatiu. Aquestes eren les activitats més habituals i freqüents i, a més, el diagnòstic de la mort per poder dur a terme l'aixecament del cadàver i la posterior autòpsia que es feia al cementiri municipal.

Quan vaig arribar a Lleida, el gener de 1985, feia molt fred i nevava, i les autòpsies s'havien de fer al cementiri, sense calefacció ni cap comoditat. Com que calia ser molt minuciós per veure tots els detalls possibles que permetessin fer els diagnòstics de la rapidesa, la data i la causa de la mort, el que menys comptava era el temps, i recordo que havia de fer aturades freqüents perquè qui m'ajudava (els enterradors, generalment) fes foc amb un coto flux impregnat d'alcohol per descongelar-me les mans, amb les quals era impossible treballar. Es pot dir que una autòpsia equivalia, en certa manera, a un turment. Però la vocació i la necessitat de descobrir la veritat ho superava tot.

Generalment, tots els pobles del partit judicial disposaven als seus cementiris d'una petita habitació per fer les autòpsies, la majoria sense aigua corrent ni electricitat per poder utilitzar la serra elèctrica per obrir el crani, operació que s'havia de fer amb serra manual.

Recordo que en un dels pobles del partit judicial vaig aconseguir que l'ajuntament instal·lés una petita taula per poder escriure les dades d'autòpsia que anava observant, perquè pensava que la memòria moltes vegades va acompanyada de fantasia i inexactitud, i la tinta equivalia a un fred retrat de la realitat.

Totes aquestes condicions venien de

» molt lluny, i ho explicaré, en la mesura del possible, amb la mínima quantitat de paraules, i també relataré el canvi en les condicions de treball de l'exercici forense a partir de la gran reforma dels anys vuitanta, que no es va fer efectiva fins ja traspasat el segle XX.

La prova pericial mèdica, que és la funció essencial del metge forense, és molt antiga. Nosaltres l'hem estudiat a Lleida sistemàticament a partir del segle XIV i hem vist que el tribunal requeria l'informe dels metges i els cirurgians quan ho creia convenient. Quan al seu criteri no ho veia necessari, era ell mateix el que dictaminava. És el cas de persones ferides o mortes per coltellades o per contusions, és a dir, per traumatismes externs que per si sols ja parlaven de la causa de la mort.

El primer peritatge mèdic que hem trobat documentat és del 8 de gener de 1313, en el qual el metge Vicent d'Estadella va fer un informe a petició del veguer de Lleida sobre la mort d'un home anomenat Miquel de Montsó, el qual havia estat ferit al Fossar dels Sarraïns en el decurs d'una baralla i es va posar en mans de l'esmentat metge per guarir-se. En el peritatge, el metge va exposar que creia que la mort no era deguda al cop de pedra que va rebre en la disputa, sinó a una malaltia febril que li va sobrevenir posteriorment. El meu pare, Manuel Camps Clemente, va descobrir moltes coses, i entre aquestes, la primera autòpsia judicial que es va fer a Lleida el 26 de febrer de l'any 1385, i que va ser sobre el cadàver d'un home que se sospitava que havia estat enverinat per la seva sogra i la seva muller embarassada. El tribunal, impotent per dictaminar ell mateix sobre la causa de la mort, va requerir la intervenció dels metges i cirurgians, i va autoritzar l'obertura del cadàver. Se sospitava, per diverses declaracions, que l'havien enverinat amb extracte de baladre, una planta molt comuna i en aquell temps utilitzada per curar malalties de la pell. Aquesta autòpsia em va convèncer que realment la Medicina Forense va néixer i sobretot va créixer en el camp de la toxicologia perquè, a diferència dels traumatismes i les ferides, el descobriment dels tòxics en el cos humà sempre requerirà inexcusablement el concurs de la Medicina, cosa que va comprendre perfectament aquell Tribunal de Coltellades del segle XIV.

El metge reusenc Pere Mata i Fontanet (1811-1877), admirador del maonès Mateu Bonaventura Orfila (1787-1853), tots dos morts joves, a la mateixa edat, —als 66 anys—, ha estat considerat, des de la seva càtedra de Madrid (1843-1873), com el gran impulsor de l'ensenyament de la Medicina Legal i del naixement de la Institució o Cos dels Metges Forenses com a base de l'organització de l'exercici d'aquesta part de la Medicina a l'Espanya del segle XIX. En la tercera edició del seu Tractat de Medicina i Cirurgia Legal, de l'any 1857, ens explica que en molts dels articles del Codi Penal havia desaparegut completament la discordança que es

notava entre el que disposava a les lleis de les Partides i els avenços de la ciència. Al seu criteri, això es devia a la imitació dels codis francesos més que a l'aportació espanyola, ja que en la comissió nomenada per redactar aquest codi no va ser demanat el criteri de cap metge ni de cap corporació científica.

Continua l'autor que, juntament amb el Codi Penal, ha de figurar la Institució dels Metges Forenses decretada per les Corts constituents en la Llei de Sanitat de 1855.

La idea de la necessitat d'aquesta institució feia dotze anys que l'havia publicat al periòdic titulat *La Facultad*, que augmentava progressivament el nombre d'adeptes, no solament entre els metges, sinó també entre els magistrats.

L'any 1854, va llegir a l'Acadèmia de Medicina de Castella un projecte per elevar al govern, que no va donar resultat, però que indirectament va servir perquè la Llei de Sanitat de l'any següent consignés, en un dels seus capítols, la creació dels Metges Forenses.

Un prelude de la gran Institució dels Metges Forenses que s'estava preparant van ser dues disposicions amb les quals es nomenaven els dos catedràtics de Toxicologia de Madrid perquè analitzessin totes les matèries que els jutjats del regne creguessin que s'havien de sotmetre a anàlisi química, i els vuit metges forenses destinats al servei dels jutjats de primera instància de Madrid.

No hi ha dubte que tot aquest moviment encaminat a l'organització de la pràctica forense va tenir com a base l'esforç docent de Pere Mata per edificar tot un cos de doctrina teòrica des de la seva càtedra de Medicina Legal, la primera de la nació (1843). Ho va aconseguir per la complexitat i grandesa de la seva obra, que no és comparable, ni de bon tros, amb la dels seus antecessors, contemporanis ni successors. Va veure absolutament necessària, pels beneficis que aportaria al país, la creació d'un cos facultatiu especialitzat destinat oficialment a il·lustrar als tribunals en tots aquells casos la naturalesa dels quals ho reclamés.

Una de les seves queixes era que generalment els peritatges eren encarregats pels tribunals a cirurgians de poca formació científica i els informes resultants eren plens de falsedats i errors, però que els tribunals es creien. Era urgent un canvi més enllà de la millora científica dels perits, perquè considerava que la funció pericial requeria, a més de ciència, capacitat de perícia, és a dir, una formació especialitzada. Pere Mata s'havia esforçat molt a crear tota una ciència i art medicoforense. La Toxicologia, tant al segle XIV com al XIX, va merèixer una consideració especial: en el primer cas, l'absoluta necessitat d'obrir el cos del cadàver per metges i cirurgians per poder trobar els efectes del tòxic que se sospitava causa de la mort, i, en el segon, la necessitat que dos catedràtics de Toxicologia de Madrid analitzessin químicament les matèries que els fossin enviades pels tribunals de la nació. La Llei



Sala d'autòpsies del Cementiri Municipal de Lleida l'any 1985

de Sanitat del 28 de novembre de 1855 va disposar que els peritatges els farien els metges titulars residents als caps de partit judicial, i en la seva absència, els metges elegits pels jutges, i això fins que no quedés constituït el Cos de Metges Forenses. I a les capitals on hi hagués Audiència, es nomenaria una secció consultiva superior de facultatius forenses formada per tres metges i dos farmacèutics per informar el tribunal. El Reial Decret de 13 de maig de 1862 i Reglament de 1862 va crear ja explícitament el Cos de Metges Forenses, els individus del qual tindrien la qualitat d'auxiliars de l'Administració de Justícia.

Tota aquesta legislació inicial va marcar profundament quatre característiques que han acompanyat la pràctica de la Medicina Forense fins a pràcticament l'actualitat: 1) el centralisme de Madrid, 2) la jerarquia judicial, com es demostra per la diferència de les poblacions on hi ha Audiència i on no n'hi ha, 3) la Toxicologia com a part especial, i 4) la possibilitat que els metges titulars de les poblacions practiquessin autòpsies i informessin el jutjat sobre lesions violentes.

En relació amb el quart dels apartats, jo recordo haver vist algunes autòpsies judicials amb el meu pare en el seu exercici de la medicina rural, cosa que no em va venir de nou quan vaig oposar a un metge forense. Hem de pensar també que si bé a la ciutat hi havia metge forense, els mitjans de comunicació d'aquell temps no eren els d'ara, i habitualment no es disposava encara de vehicle per als desplaçaments. Generalment, el jutge feia desplaçar el metge forense al poble en casos difícils o de naturalesa criminal. En la Medicina Forense que jo he viscut hi ha hagut, juntament amb el Cos Nacional de Metges Forenses, almenys tres institucions que

han contribuït a dibuixar el panorama de l'exercici a Espanya fins a pràcticament l'actualitat: les clíniques medicoforense, els instituts anatòmics forenses i l'Institut Nacional de Toxicologia. Tots els que hem estudiat Medicina recordem que al costat de la facultat hi havia una dependència on es feien les autòpsies judicials. Era l'Institut Anatòmic Forense. Imposava sempre respecte i allí practicaven les autòpsies els metges forenses de la capital quan el jutge els ho ordenava. A vegades, també servien perquè els estudiants de la facultat interessats poguessin veure una necròpsia. En el cas de la Facultat de Saragossa, on molts lleidatans estudiaven la carrera per la proximitat amb Lleida i pel fet que no era una ciutat tan gran com Barcelona, l'Institut portava el nom de Juan Bastero Lerga (Càrcar, Navarra, 1861 - Saragossa, 1942), antic catedràtic de Medicina Legal de la capital i acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Saragossa amb el discurs inaugural de 1907 *Los médicos en las cuestiones de Derecho*.

També és cert que a Saragossa, als anys seixanta i setanta, per aprendre Anatomia no calia recórrer a l'Institut Anatomicoforense perquè les càtedres d'Anatomia, sobretot la del professor José Escolar, tenien muntat un magnífic servei de taules de dissecció, del qual formava part el metge lleidatà René Serrat Torreguitart (Corbins, 1937 - Saragossa, 2012), brillant docent que va acabar sent catedràtic de l'assignatura allí. A les ciutats grans amb Facultat de Medicina i Audiència, les autòpsies es practicaven als instituts anatomicoforense i els malats i lesionats es visitaven a les anomenades clíniques medicoforense, on els metges forenses se solien especialitzar. L'antic

## Quan les autòpsies es feien al cementiri, hi havia problemes tècnics i també de seguretat a causa d'alguns familiars

Institut Nacional de Toxicologia, avui simplement Institut de Toxicologia, encarregat de resoldre els problemes toxicològics de la nació i també una altra naturalesa, amb seu a Madrid, el continuen formant els tres departaments de Madrid, Barcelona i Sevilla i una delegació del Departament de Sevilla a Santa Cruz de Tenerife. L'any 1985 es va promulgar la Llei Orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder Judicial, amb la qual es van configurar els Instituts de Medicina Legal com a estructura bàsica de l'organització de la Medicina Legal a Espanya. Se superava per primera vegada la Institució o Cos de Metges Forenses d'Espanya impulsat per Pere Mata al segle XIX. Els metges forenses, continuant com a Cos Nacional, abandonarien el treball solitari per dur-lo a terme en equip i amb tendència a l'especialització, als Instituts de Medicina Legal. Un any abans, el 1984, es va iniciar la reforma de l'Atenció Primària. Ambdós reformes, la de la Medicina Forense i la de l'Atenció Primària, van coincidir en el temps i van participar d'un mateix corrent de renovació dirigit a treballar en equip i en un centre específic destinat a fer la feina.

Uns anys després, els metges foren-

ses farien funcionar l'Institut de Medicina Legal on fossin destinats i l'Institut de Medicina Legal faria funcionar els metges forenses. Aquesta és la situació actual. Al començament la llei va preveure crear instituts regionals i provincials, però actualment totes les capitals de província tenen el seu institut.

L'Institut de Medicina Legal de Catalunya es va crear l'any 2001, amb seu a Barcelona i amb un director. Des d'Aleshores, Lleida disposa del seu Institut de Medicina Legal, amb un subdirector, que actualment és el doctor Jesús Gasque López (Valbona, Terol, 1959).

Amb els corresponents despatxos i sala d'autòpsies al mateix edifici de l'Audiència, els metges forenses van deixar per sempre el treball en solitari i van passar a treballar en equip, molt menys arriscat, si bé també molt menys heroic i, sobretot, amb la pèrdua de l'entrançable relació professional de confiança entre el jutge i el metge forense. Repassant el passat, a Lleida, quan les autòpsies es feien al cementiri hi havia problemes, no solament tècnics, sinó també de seguretat. Els familiars moltes vegades no estaven d'acord amb les autòpsies i pressionaven el metge forense. Algun incident va fer que l'alcalde es preocupés de l'assumpte. Havia mort una dona pel traumatisme produït en relliscar al carrer nevat i la família es va oposar frontalment a la pràctica de l'autòpsia. Aleshores l'Ajuntament va instal·lar al cementiri una taula d'autòpsies moderna i altres utensilis per facilitar la feina del metge forense.

Poc temps després es va fer un pas més en el qual van participar la Diputació i l'Ajuntament. Es va abandonar definitivament el cementiri per passar a fer les autòpsies al mortuori de l'Hospital de Santa Maria. Això succeïa a finals de l'hivern de 1986. Allí ja es va buscar un mossò d'autòpsies estable per ajudar els metges forenses i les condicions generals van millorar molt, amb l'ajuda inestimable de l'hospital. Es va estrenar el mortuori el 8 de març de 1986 amb l'autòpsia d'una noia que va morir per atropellament del tren a la Partida de Quatre Pilans, a la Bordeta. Tant les declaracions com els antecedents psiquiàtrics i la tipologia i vitalitat de les lesions van demostrar l'etiologia suïcida de la mort. El pròxim i definitiu pas, com hem vist, ha estat l'Institut de Medicina Legal, ubicat a Lleida al mateix edifici de l'Audiència i en el qual actualment passen visita i fan les autòpsies un equip de metges forenses coordinats per un director, el doctor Jesús Gasque. En el fons, no ha variat res, perquè el Cos es manté intocable. Solament ha canviat la forma de treballar. Cada dia queda més lluny aquella entrançable Medicina Forense que jo he viscut, en què el metge forense havia d'afilar molt la capacitat d'observació perquè no tenia ni les eines ni la facilitat actual de poder consultar amb els membres de l'equip en casos difícils.

Dr. Manel Camps Surroca





Tranquil·litat avui,  
i tota la seva vida.

Mutual Mèdica li assegura la seva jubilació amb la màxima desgravació fiscal amb un **1,75% d'interès tècnic anual garantit durant tota la vigència del contracte.**

Només fins el 31 de desembre  
o fins que se n'exhaureixi l'emissió

ASSEGURANÇA DE JUBILACIÓ ESTALVI FISCAL 105

📞 MutualMedica 📱 @MutualMedica

[www.jubilaciondelmedico.com](http://www.jubilaciondelmedico.com) · [www.mutualmedica.com](http://www.mutualmedica.com)

[info@mutualmedica.com](mailto:info@mutualmedica.com) · 901 215 216



MutualMèdica