



**La presidenta del COMLL  
apadrina les noves promocions  
de Medicina i Nutrició**

La millor protecció per a tu i els teus



Assessorament personalitzat i preus molt competitius

**L'assegurança de vida proporciona cobertura per fer front als imprevistos que puguin afectar el nostre ritme de vida.** Aquesta cobertura és molt important, ja que una disminució d'ingressos derivada de no poder treballar no permetria fer front a les despeses habituals (hipoteca, despeses derivades dels fills...) ni a l'augment de les despeses que, per exemple, suposaria patir una invalidesa.

**Tria entre més i majors garanties.** A més de la garantia de mort per qualsevol causa, podràs contractar opcionalment les cobertures següents:

- **Incapacitat Professional:** Tenim en compte la teva especialitat i, per tant, tindrem en compte la **incapacitat per realitzar la teva feina habitual.**
- **Invalidesa Absoluta Permanent.**
- **Avançament per diagnosi de malaltia greu (fins 19 malalties).**



Informa-te'n al teu col·legi o trucant al telèfon: **902 198 984**  
www.med.es



MEDICORASSE, Corredoria de Seguros. NIF A-59-496220. DGS, clau J-928. Polissa de responsabilitat civil i aval d'acord amb la llei 26/2006, de 17 de juliol.

## BUTLLETÍ mèdic

Número 88, maig del 2011  
**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  
butlletimedic@coml.es  
http://www.coml.es

**Consell de Redacció:**  
Tomás Alonso Sancho  
Ferran Barbé Illa  
Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esquerda Aresté  
Josep Maria Greoles Solé  
Xavier Matias-Guiu Guia  
Jordi Melé Olivé  
Mercè Pascual Queralt  
Àngel Pedra Camats  
Josep Pifarré Paredero  
Manel Pons Juanati  
Joan Prat Corominas  
Joan Ribera Calvet  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep Maria Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Jorge Soler González  
José Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González  
**Edició a cura de:** Magda Ballester. COMUNICACIÓ  
**Disseny i maquetació:** Baldo Corderroure  
**Correcció:** Torsitrad  
**Publicitat:** COML  
**Fotomecànica:** Euroscript, SL  
**Impressió:** ImpresPla

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

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

### TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06 €</b>
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06 €</b>
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50 €</b>

Els fotolits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen el 18% d'IVA

## Mantenir la qualitat assistencial i el professionalisme mèdic

L'exercici professional de la medicina té com a objectiu fonamental l'atenció del pacient amb la màxima qualitat científica, tècnica i deontològica. Posar en risc aquesta atenció directa suposa la pèrdua d'uns drets adquirits durant els darrers anys sobre els quals la salut s'ha consolidat com un bé universal i públic.

A la vegada, hem de tenir present que en moments de crisi com l'actual —econòmica i de valors— la prestació dels serveis sanitaris s'haurà d'aplicar sense pèrdua de garanties, però també amb la prudència i l'austeritat adequades.

L'austeritat i la prudència sempre són convenients en la pràctica mèdica. Ara bé, davant de possibles retallades pressupostàries, cal conèixer on i com s'aplicaran i quins recursos es veuran minvats. Només així podrem determinar quina influència tindran les retallades sobre la població.

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida defensa que correspon al professional mèdic liderar aquesta optimització dels recursos i, a més, la nova imatge del sistema sanitari, que segurament provocarà un canvi d'escenari en els propers temps. Un canvi que, des del nostre punt de vista, ha de respectar l'equitat de serveis en el territori i que, en cap cas, ha d'afectar la qualitat assistencial de la població i el professionalisme mèdic.



### SUMARI

#### Distribució dels recursos sanitaris en temps de crisi

Les reflexions de quatre professionals de la Salut i un economista sobre aquest tema tan candent

13 )))

#### El Programa d'Atenció al Metge Malalt (PAIMM)

Un programa específic i especialitzat que es basa en la confidencialitat sobre les dades del pacient

23 )))



La presidenta del COMLL apadrina les noves promocions de Medicina i Nutrició

Fotografia portada: J. Irun

## CONCURS ARTÍSTIC DELS COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA

# Maria Terrades, primer premi de poesia, i la Dra. Beatriz Fort, menció especial en narrativa breu

L'acte de lliurament de premis del Concurs Artístic dels Col·legis de Metges de Catalunya va tenir lloc l'11 de maig a Tarragona i hi van assistir la presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), Dra. Rosa M. Pérez, i el president de la Secció de Metges Jubilats del COMLL, Dr. Manuel Pons, entre altres col·legiats i col·legiades.

La lleidatana Maria Terrades Compte, esposa del Dr. Lluís Calvo Condal, va rebre el primer premi de poesia amb l'obra *No vinguis*. A més, la Dra. Beatriz Fort Pelay, que exerceix a Lleida, va rebre una menció especial en narrativa breu per l'obra *Quan morim*.

El COML, que actuava de jurat en el certamen de poesia, va justificar l'elecció de l'obra guanyadora per la bellesa, el treball i l'elaboració del poema de Maria Terrades.



La Dra. Beatriz Fort Pelay rep la menció especial en narrativa breu



Lliurament del premi de poesia a Maria Terrades Compte

Després del lliurament de premis a tots els guanyadors els assistents van realitzar una visita guiada a les muralles romanes i a la carpa Romanorum Vita,

que convida a passejar per una ciutat romana reconstruïda a partir de les descripcions literàries i dels testimonis arqueològics de 2.000 anys enrere.

## Quan morim

No sé si és veritat això que, quan estàs a punt de morir, veus un túnel lluminós... Tampoc no sé si existeix el cel, o l'infern, o el purgatori. Mai hi vaig creure gaire, jo, en tot això. Més aviat tenia la teoria que, quan et mories, doncs et mories i prou, i com a molt passaves a ser un cuc de terra o una formiga o part de qualsevol animallet que s'aprofités del teu cos en descomposició.

Em dic Joan Puigròs, i tenia vuitanta-tres anys quan vaig morir. Un bon dia anava pel tros recollint les meves verduretes i em va agafar de sobte un mal de panxa terrible, em vaig desmaiar i vaig caure rodó a terra. Sort del Cisco, que rondava per allí i de seguida va avisar l'ambulància. M'hi van muntar mig inconscient, i em van començar a punxar i a posar tot de cables i bosses i una mascareta a la cara, i vinga a cridar "3 mil·ligrams d'això!" i "Posa-li una altra vial!", i jo mig marejat amb la cridòria i la mascareta a la cara i el soroll de la sirena i la velocitat. Llavors vaig arribar a l'hospital, i si fa no fa igual, només que sense sirena ni velocitat. Em van ficar a la màquina del TAC i quan vaig sortir algú va dir "aneurisma d'aorta trencat", i ja vaig deduir que havia begut oli. Em van pujar corrent a quiròfan i jo pensava, "Vés, Joanet, estàs ben fotut", i em

vaig espantar bastant. Bé, almenys no faria patir ningú si em moria. Sempre havia sigut bastant solitari, i no m'havia interessat gaire casar-me i tenir fills. Em sabia greu pel Cisco, que segur que em trobaria a faltar. I pels del bar on anava a fer el cafè i la botifarra a la tarda, amb la cambrera boniqueta que sempre em feia un somriure i un comentari agradable: "Senyor Joan, i què bé que li està aquesta camisa!" "Avui ha anat al barber, oi? Fa goig de guapo que està!"

No és que pensés que a la meua edat encara em quedava molta vida per davant. Però bé, m'hauria agradat morir-me sense adonar-me'n. Anar a dormir i no despertar, morir d'un infart ballant o veient el futbol, o podia haver-me quedat sec allà al tros i estalviar-me el viatge en ambulància. Ja és trist no poder triar com morir. Hauria de ser com una màquina que es queda sense piles, t'apagues i prou. Morir amb la panxa rebentada per un "aneurisma d'aorta" no era el que jo esperava.

Vaig arribar al quiròfan i em van posar en una mena de taula incòmoda i dura, amb tot de cables al pit i al braç, una mascareta encara més incòmoda, i la maquinota aquella feia llums i bip-bips i jo només volia que s'acabés ja tot. I llavors, enmig de tot allò, va aparèixer un cap amb barret i mascareta i uns ulls foscos grans que em miraven i em trans-

metien serenitat enmig d'aquell batibull, i va sortir una mà de no sé on que va agafar la meua mà plena de cables i em va fer una encaixada suau però ferma, per donar-me part de la seva escalfor, i de darrere aquella mascareta va sortir una veu també suau però ferma que em va dir: "Tranquil, Joan, ara t'adormiràs i tot anirà bé". I em vaig asserenar i vaig pensar: "Doncs sí, ara tot anirà bé". I em va anar entrant una passió de son molt forta i ja no vaig sentir res més.

Llavors vaig notar com si m'estressin cap amunt i, de sobte, era al sostre del quiròfan, mirant el que passava avall. Em vaig veure amb la panxa oberta i dos cirurgians inclinats sobre meu mirant de posar ordre en el caos del meu cos, tirant d'aquí cap allà, tot ple de sang que sorgia com d'una aixeta i semblava no tenir intenció de parar mai, i a l'altra banda del teló dos anestesistes que semblava que fessin una dansa africana, barallant-se amb tots els cables i bosses que penjaven dels meus braços, posant sang gairebé al mateix temps que sortia per la panxa, carregant xeringues de potingues i posant-les una darrere l'altra, mirant la maquinota sorollosa i negant amb el cap, fins que un dels cirurgians va dir: "No ho podem arreglar, això". Llavors tothom es va mirar i, lentament, els cirurgians van apartar-se de la meua panxa, els anestesistes van deixar de

ballar, i tothom es va quedar en silenci fins que la maquinota va deixar de fer bip-bip i algú va dir: "Ja està". Llavors els cirurgians van anar tancant la panxa, ja sense pressa, i els anestesistes van apagar la maquinota i van anar traient els cables i les bosses de líquid i de sang... I jo vaig pensar: "Vaja, ja sóc mort". I vaig esperar a veure el túnel de llum. Vaig veure com m'acabaven de cosir la panxa i tapar les ferides i les punxades i netejar una mica (ja estava millor, però segur que la cambrera boniqueta no hauria pas dit que feia goig, ara). Va arribar un home cepat i em van col·locar en un llit amb rodes i se'm van endur fora del quiròfan "Allà va el meu cos", vaig pensar. Però no va passar res més. No se'm va obrir cap túnel ni em vaig esfumar ni res de res. Allà em vaig quedar, amb el quiròfan a les fosques, al raconet de la maquinota apagada. "Això em passa per ser ateu, ara seràs aquí pagant vés a saber quins pecats", vaig dir-me.

Ara que ja fa tant de temps que sóc aquí, prou com per considerar-me oficialment el "fantasma" del quiròfan (sé que hi ha metges que hi creuen, en fantasies, i quan dormen a l'hospital miren sota el llit abans de ficar-s'hi), penso que, de fet, no s'hi està malament, en aquest raconet, i que total, no m'hi espere ningú, enlloc més.

Dra. Beatriz Fort Pelay

## No vinguis

He fet el meu camí prou llarg i fort, ben ple d'amor i penes i alegries, sofrint entre les roses les espines del desencís i dol i plor... Però:

no vinguis, Mort: encara he de fruit de moltes coses belles que m'envolten: colors del camp, ocells que pel cel volen, i el mar tan blau que es fon amb l'infinit.

No vinguis, Mort: encara he d'escoltar la música divina que m'eleva per sobre de la prosa de la terra i llàgrimes als ulls em fa brollar.

No vinguis, Mort, perquè a la meua boca encara sento el gust de dolces fruites: de pruna, o préssec groc o negres figues, raïms que creen cava i omplen bótes.

No vinguis, Mort, que encara els meus narius si aspiren de natura o de flascons perfum intens de mar, de camp, de flors, enerven el meu cos com ésser viu.

No vinguis, Mort: malgrat que avui la pell no sigui llisa i fina com abans, carícia i bes amb força m'afalguen i el pèl moixí m'ericen amb calfred.

No vull morir. Encara no t'espero. Em plau la vida tant perquè els sentits estan ben bé desperts, gens adormits, i em fan gaudir d'un món que a plaer venero.

No vinguis, Mort: encara no t'espero, que tinc molt per sentir si em deixes viva i vull gaudir l'Amor dels qui m'estimen tornant-los ferm Amor que per ells sento...

Maria Terrades Compte



La presidenta del COMLL, Dra. Rosa Maria Pérez Pérez, amb els membres de les noves promocions

## La presidenta del COMLL, padrina de les noves promocions de Medicina i Nutrició Humana i Dietètica

Recomana als nous professional coherència i sensibilitat en la pràctica de l'art de cuidar

La presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), Dra. Rosa Maria Pérez Pérez, va apadrinar, el passat 13 de maig, la vint-i-novena promoció de llicenciats en Medicina i la quarta promoció de diplomats en Nutrició Humana i Dietètica per la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL). El lliurament d'orles als alumnes es va celebrar a la Seu Vella i hi van assistir el rector de la UdL, Dr. Joan Viñas; el president del Consell Social de la UdL, Ramon Roca; el degà de la Facultat de Medicina, Joan Ribera, i el vicepresident del COMLL, Dr. Ramon Mur, entre altres autoritats i representants del món acadèmic.

La Dra. Pérez va escollir el tema "L'art de cuidar" per a l'última lliçó que rebrien les noves promocions. La presidenta de COMLL es va referir de manera especial a les famílies dels alumnes, "perquè avui, l'acte oficial de lliurament

d'orles recull tota la vostra dedicació, l'esforç, el sacrifici, els patiments i les grans alegries d'aquest important trajecte en la vida dels vostres fills, germans, néts o parelles."

Seguidament, va explicar que els nous professionals dedicaran la major part de la seva activitat a cuidar altres persones. En la societat actual dinàmica, canviant i en crisi s'evidencien sensacions d'incertesa i de fragilitat que originen "a les persones que ens envolten i a nosaltres mateixos, de vegades, alts nivells d'angoixa", segons la Dra. Pérez. Per aquest motiu, va recomanar a les noves promocions ser coherents amb els valors i amb les conseqüències dels seus actes, ja que "les nostres decisions i les nostres actuacions afectaran persones que se senten i són vulnerables".

La padrina de les noves promocions es va referir també a la relació de



Intervenció de la Dra. Pérez

Taula presidencial de l'acte de lliurament d'orles (Fotografies, J. Irun)

confiança que s'ha d'establir entre el professional i el pacient. A banda de la importància d'aplicar degudament els coneixements científics i tècnics, va destacar la necessitat de crear una "atmosfera adequada" per aplicar-los i que "la compassió o sensibilitat humana actuïn com a guia d'acció enfront el sofriment". I va emprar una frase de Sèneca per emfatitzar aquesta recomanació: "No importa què, sinó com ho sofreixes."

La Dra. Pérez va definir la relació interpersonal que s'estableix en l'art de cuidar com "un aprenentatge mutu". En aquesta relació, qui és realment important és l'altre, la persona que rep l'atenció, i cal que conservi la seva pròpia personalitat. Va advertir que "en ocasions, aquells que prestem el cuidatge ens personalitzem excessivament a nosaltres mateixos, convertim en important un bé extern que és la nostra acció —l'acció de cuidar— quan, en realitat, el que hem de pretendre i aconseguir èticament és el bé intern: cuidar l'altre".

Respecte a l'aplicació de l'art de cuidar, la presidenta del COMLL va destacar que s'ha de conèixer i expressar el tipus d'atencions que convé donar al pacient "i no oblidar que té un entorn que sempre s'ha de valorar". També s'han de valorar les actituds que s'utilitzen, més racionals o més emocionals d'acord amb cada cas, el compliment de les bones pràctiques professionals, la pluralitat de principis que comporta l'atenció i, sobretot, "un principi indefugible: la dignitat de les persones, la dignitat dels nostres pacients".

De la mateixa manera, va alertar els nous titulats sobre els riscos que

La Dra. Pérez va definir la relació que s'estableix en l'art de cuidar com "un aprenentatge mutu"

poden sorgir en les seves futures actuacions: la indiferència, l'autocomplaença i una pràctica basada en exclusiva en la bona voluntat. Tot seguit, la Dra. Pérez es va referir a la necessitat que tothom té de "cuidar i ser cuidat". I en aquesta part de la seva lliçó va parlar de tenir cura de l'alumnat en el sentit "d'ensenyar-los i ajudar-los a descobrir els misteris de la professió". Va afegir, a més, que si pares i professorat eduquen bé els futurs metges i els futurs nutricionistes, "el que fem és desenvolupar el talent dels alumnes i, en conseqüència, augmentem el talent de la col·lectivitat".

En paraules de la Dra. Pérez, professionals i pacients "completem el cercle d'aquest món tan apassionant que hem elegit per a les nostres vides i que denominem salut". Abans de desitjar èxit professional i un bon desenvolupament professional i humà als alumnes, la presidenta del COMLL va reblar la seva intervenció amb els següents versos del poeta i metge lleidatà Màrius Torres:

*Corren les nostres ànimes com dos rius paral·lels, / fent el mateix camí sota els mateixos cels*

## Dia Mundial de la Fibromiàlgia i la Síndrome de la Fatiga Crònica a Lleida

El Dia Mundial de la Fibromiàlgia i la Síndrome de la Fatiga Crònica es va celebrar, el passat 12 de maig, a l'Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut de la Universitat de Lleida. La jornada va estar organitzada, com en anys anteriors, per Fibrolleida, l'associació de dones i homes afectats per aquesta malaltia a les terres de Lleida, amb l'ajut i la col·laboració de la Unitat de FM i SFC de l'Hospital de Santa Maria de Lleida.

La inauguració va anar a càrrec de la presidenta de Fibrolleida, Alexandra San Martí, el degà de la Facultat de Medicina de Lleida, Joan Ribera, i el cap dels serveis territorials de Salut, Dr. Antoni Mateu. L'acte va prosseguir amb la presentació de la primera ponència presentada pel Dr. Lluís Rosselló, el Dr. J. Antoni Prat i el DR. Fernando Pifarré, que van comentar el benefici de l'ús de la hipoteràpia, segons el mètode Centaure, a pacients amb fibromiàlgia que es va observar en un estudi experimental i aleatori. Els ponents van informar, a més, que ja està en marxa un segon estudi amb major nombre de pacients. Tot seguit, Carme Campoy va fer una actualització de la feina realitzada a la Unitat de FM i SFC. La psicòloga Dolors Zapata va presentar l'última ponència titulada *Abordatge de la família des de la perspectiva sistèmica*.

Seguidament, Rosa Vicente García, secretària de Fibrolleida, va llegir el manifest d'aquesta diada i es va retre homenatge a les fundadores de l'Associació de Fibromiàlgia de Lleida, Neus Segué i M. Teresa Folguera. La cloenda va tancar els actes de matí. Els assistents van celebrar un dinar de germanor al migdia i, a la tarda, la Unitat de FM i SFC de l'Hospital de Santa Maria i Fibrolleida van organitzar conjuntament una ballada popular als jardins del recinte del mateix hospital.



Assistents a la jornada

## Posicionament del COMLL davant la situació de crisi econòmica i l'anunci de retallades en el sistema públic català de salut

Els professionals de la medicina tenen com a funció primordial l'atenció del pacient mitjançant l'acte mèdic, científic i èticament adequat. Per damunt d'aquest principi, no hi ha cap tipus d'interès que pugui emascarar l'assistència.

Davant la situació actual del sistema de salut públic català, la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) manifesta:

- La seva preocupació per les possibles conseqüències per a la qualitat assistencial i per a la correcta relació metge-pacient que puguin suposar les previsibles retallades en el pressupost de salut.

- La seva demanda de conèixer amb total concreció el futur pla de reestructuració del sistema sanitari davant les retallades anunciades i, sobretot, si es podran assumir. En aquest sentit, el

COMLL demana flexibilitat i adaptabilitat en la seva implementació, tant en serveis clínics hospitalaris com en Atenció Primària, salut mental, serveis sociosanitaris i d'urgències.

- La consideració que el lideratge clínic és cabdal en l'organització i optimització dels recursos. Per tant, demana la participació activa dels professionals en la presa de decisions i el foment de l'autonomia en la gestió clínica.

- La seva exigència perquè prevalgui l'equitat i l'homogeneïtat de les prestacions en tot el territori català.

- La necessitat de mantenir el contingut del programa formatiu dels metges, MIR, que destaca per la seva excel·lència, en benefici de la qualitat assistencial.

- La seva inquietud davant la situació dels futurs professionals mèdics. És

imprescindible l'elaboració d'estudis de demografia mèdica amb planificació de futur, ja que els metges i metgesses joves han dedicat i dediquen part de la seva vida –entre 10 i 12 anys– a la formació i al seu desenvolupament especialitzat. Les actuacions improvisades poden afectar el seu futur de treball en el nostre sistema públic de salut i la seva qualitat.

- La voluntat del Col·legi de Metges de Lleida de contribuir a la necessària complicitat i participació de tothom pel manteniment de la qualitat del sistema de salut. Per aquest motiu, el COMLL ofereix la seva col·laboració i participació per tal de debatre i defensar els interessos de la societat.

Junta de Govern del COMLL  
Lleida, 12 d'abril de 2011

## La IV Jornada d'Acompanyament al Dol i la Malaltia reuneix 420 persones

La IV Jornada d'Acompanyament al Dol i a la Malaltia va tenir lloc l'1 d'abril al campus de Capped de la Universitat de Lleida (UdL). L'organització va anar a càrrec dels Grups d'Acompanyament al Dol de Lleida, conjuntament amb altres entitats lleidatanes com la Facultat de Medicina de la UdL, l'Hospital de Santa Maria, Sant Joan de Déu-Lleida, CAD, IREL, COF i PROSAC. L'acte va aplegar 420 persones, procedents de tot l'Estat espanyol sensibilitzades pel tema de la malaltia i el dol, a més de professionals dels àmbits de la salut i l'ensenyament.

La jornada, que va ser inaugurada per les diferents autoritats de Lleida, va comptar amb la participació del Dr. Ramon Bayés, catedràtic emèrit de la UAB, que va pronunciar una conferència sota el títol *Persona, temps, sofriment i felicitat*. Tot seguit, es va celebrar una taula rodona sobre l'acompanyament a la malaltia, com treballar amb



Assistents a la jornada celebrada al campus de Capped de la UdL

les famílies en l'acompanyament al dol i la cura dels aspectes espirituals de la persona.

A la tarda, hi va haver experiències de vida i de mort i quatre espais temàtics: iniciació al dol, eines i recursos per acompanyar el dol de casos compli-

cats, cures paliatives i els nens, l'escola i la mort: un repte pendent. Posteriorment, va tenir lloc la III Jornada de la Coordinadora d'Acompanyament al Dol, que aglutina diversos grups dirigits per Javier Barbero, psicòleg clínic amb molts anys d'experiència.

## Assemblea ordinària de col·legiats

L'assemblea ordinària de col·legiats i col·legiades del COMLL es va celebrar el passat dia 29 de març del 2011 a la seu col·legial. Els assistents, després d'aprovar l'acta de l'assemblea anterior i guardar un minut de silenci en record dels companys, van adoptar els acords següents:

1. Aprovació de l'informe de presidència, presentat per la Dra. Rosa Maria Pérez Pérez, i de la memòria d'activitats, presentada pel Dr. Carlos Querol Vega.

2. Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici 2010.

3. Aprovació del pressupost del 2011. El tesorer, Dr. Josep Pifarré, va informar sobre el contingut dels documents anteriors i prèviament va lliurar als assistents còpia del balanç de situació, del compte de pèrdues i guanys i de la liquidació pressupostària del 2010,

així com del projecte de pressupost per al 2011.

4. Es van tractar els següents assumptes de les seccions col·legiades:

- Aprovació de la liquidació del pressupost del 2010.

- Aprovació del pressupost del 2011.

5. Aprovació definitiva, després de corresponents tràmits estatutaris, de la Secció Col·legial de Metges Pediatres del COMLL.

Seguidament, es va procedir al lliurament dels diplomes col·legial i del Consejo General i insígnia als nous col·legiats honorífics des de la darrera assemblea i que eren presents a l'acte:

Braulio Teixidó Fo, Manuel Rubio Caballero, Hortensia Alonso Álvarez, Guillermo Hervera Coll, Humberto Marín del Saz, Pilar Carmen Mompel Gualis, Maria Teresa Guasch Sala, Eduardo del Agua López, Antonio Nogués Biau, Fernando Batlle Farran, Aurora López Gil, Magín Palau Gras, Juan José Marco Pérez, Pilar A. Granés Ibáñez, Mohamed Alí Chaer i José María Benedí Ilarri.

Finalment, es va procedir al lliurament del Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari 2010 a l'Obra Social de l'Hospital Sant Joan de Déu pel seu projecte *Apadrina un tractament*.

### PRESSUPOST 2011 (resum)

INGRESSOS	
Venda d'impresos	29.420,00 €
Subvencions	2.000,00 €
Altres ingressos de gestió	740.742,28 €
Ingressos financers	10.419,62 €
Beneficis/Ingressos excepcionals	100,00 €
<b>TOTAL INGRESSOS</b>	<b>782.681,90 €</b>
DESPESES	
Adquisició d'impresos	8.100,00 €
Variacions d'existències	4.000,00 €
Serveis exteriors	445.016,44 €
Tributs	39.300,00 €
Despeses de personal	264.165,46 €
Dotació amortitzacions	22.100,00 €
<b>TOTAL DESPESES</b>	<b>782.681,90 €</b>

## Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions ordinàries del 14 i 26 d'abril i 3 de maig, ha acordat i/o tractat, entre altres, els següents assumptes:

- Fer públic el document de posicionament del COMLL davant la situació de crisi econòmica i l'anunci de retallades en el sistema públic català (vegeu el document en aquest mateix BUTLLETÍ)

- El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya ha signat un conveni amb la Fiscalia Superior de Catalunya per a casos d'agressions a metges en l'exercici de la seva professió.

- Atorgament d'ajuts per a l'organització de dues activitats formatives, en concret l'XI Festival Nacional de Videooftalmologia i el IV Congrés Nacional de Radiòlegs de Catalunya.

- A final del mes d'abril es va celebrar una reunió amb responsables de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova per informar sobre diversos aspectes relacionats amb les retallades pressupostàries i el control de la despesa. Es va sol·licitar la participació activa del COMLL.

## Moviment col·legial dels mesos de març i abril de 2011

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat tres altes durant els mesos de març i abril de 2011: Fernando Gabriel Majluf Carlin (4506), Daniel Jesús Ríos García (4507), José Daniel Lacasta García (4508), Priscila Llana Isla (4509), Mireia Carulla Bonjoch (4510), Gemma Nadal Rey (4511), Àlvar Vea Jodar (4512), Cristina Solé Felip (4513), Carme

Jorge Tufet (4514), Desiree Campoy Castaño (4515), Andrea Maria Álvarez Roger (4516), Marina Florés Paredes (4517), Alba Gomáriz Camacho (4518), Ivanna Llordella Sarmiento (4519), Laura Camats Pascual (4520), Mario Sirat Castillo (4521), Jordi Soldevila Estapé (4522)

El Col·legi ha registrat 16 baixes en aquests dos mesos.

Pel que fa els canvis de situació, passen a col·legiats honorífics el Dr. Josep Maria Benedí Ilarri (855) i el Dr. Luis Pérez Ruiz (1638).

El total de col·legiats el 30 de juny de 2011 és de 1.686

## Errada en el cognom de l'autor d'un pòster guanyador

El número 87 del BUTLLETÍ MÈDIC, corresponent al passat mes d'abril, publicava a la pàgina 12 l'article titulat *Èxit de l'XI Jornada d'Actualització sobre factors de risc cardiovascular*.

Al finalitzar l'article se citava els autors del pòster que va resultar guanyador en aquelles jornades. El text citava un dels autors com Capdevila, J.M. quan, en realitat, el nom i els cognoms correctes són Montserrat-Capdevila J.

La resta d'informació sobre la jornada era correcta.

Disculpeu l'error.  
Gràcies.

- Programació per al dia 1 de juny d'una sessió sobre la salut del MIR, adreçada a residents, tutors i respon-

sables dels serveis de PRL, que tindrà lloc l'1 de juny sota l'organització del Col·legi i la Fundació Galatea.

# El IV Congrés de Radiòlegs de Catalunya reuneix més de 250 professionals a Lleida

El IV Congrés Nacional de Radiòlegs de Catalunya, que va celebrar-se del 12 al 14 de maig, a la Llotja Palau de Congressos de Lleida, va comptar amb la participació de més de 250 radiòlegs i les principals empreses dedicades a l'especialitat de radiodiagnòstic. El congrés va ser organitzat per Radiòlegs de Catalunya.

## El congrés es va marcar tres objectius

Primer: promoure la formació continuada de l'especialitat de diagnòstic per la imatge en les diferents àrees anatòmiques (abdomen, tòrax, mama, pediatria...) i el paper que les diferents modalitats tecnològiques (TC, ecografia, RM, TC-PET, etc.) tenen en el diagnòstic de les diferents malalties.

Segon: ser un fòrum de debat de temes professionals i no només científics.

Tercer: ser un punt de trobada entre els radiòlegs per intercanviar experiències del seu dia a dia laboral.

En el radiodiagnòstic s'ha passat de la imatge en suport físic, que es penjava en un negatoscopi, a una imatge digital, que s'emmagatzema en un ordinador i té una quantitat d'informació importantíssima. L'evolució de la tecnologia digital ha transformat la ciència radiològica d'una manera espectacular. El desenvolupament de les imatges de ressonància magnètica (RM) i del TC helicoidal multital han

El processament digital representa un gran avenç respecte a la simple observació de les imatges: permet precisar més l'anatomia de l'àrea estudiada, obtenir una informació funcional i, fins i tot, molecular

permès conèixer i avaluar les diferents patologies de l'ésser humà amb un grau de detall inimaginable fins fa pocs anys.

El processament digital de les dades obtingudes per les màquines que adquireixen les imatges mèdiques és un camp que permet extreure una informació que se situa més enllà de la simple observació de les imatges –ja sigui en les plaques radiogràfiques o en els monitors diagnòstics– i el seu processament digital permet precisar més l'anatomia de l'àrea estudiada, obtenir una informació funcional i, fins i tot, molecular. Per exemple, dir si a un infart cerebral hi ha teixit que es pot



Membres de la taula que va presidir la inauguració del IV Congrés de Radiòlegs de Catalunya

recuperar a través d'estudis de perfusió o si un lesió és maligna a través d'estudis de difusió per RM, etc.

A tall de resum, els temes tractats al congrés han estat els següents:

### Àrea de gènitorinari

- Adquirir el coneixement de l'actual paper de les tècniques de diagnòstic per la imatge disponibles per avaluar les causes masculines de la infertilitat.

- Adquirir coneixement actualitzat sobre l'aportació de la radiologia al diagnòstic del traumatisme del sistema urinari.

- Adquirir un coneixement actualitzat

### FICF.

A les 11.30 hores, començarà la taula de debat sobre *Malalties cròniques, tractaments eterns. Com afrontem la retirada de fàrmacs al tractament de la demència, osteoporosi, dislipèmies, depressions...*, que moderarà el Dr. Albert Soria, metge de família, i en la qual participarà la Dra. Dolores Rodríguez, del FICF. Posteriorment, a les 12.30 hores, tindrà lloc la taula *Nous fàrmacs. Millorem la indicació*, que moderarà el Dr. Dani Prieto.

Per a més informació sobre aquestes jornades, cal adreçar-se al telèfon 93 301 17 77 o a l'adreça secretaria-technica@camfic.org.

## Celebració, el 30 de juny, de les XI Jornades d'Actualització Terapèutica

La CAMFiC organitza per al proper 30 de juny les XI Jornades d'Actualització Terapèutica, que se celebraran a l'aula magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. Aquestes jornades debatran sobre *Prescripció en temps de crisi: l'eficiència és una bona indicació*.

D'acord amb el preprograma d'aquesta trobada, el Dr. Joan Ramon Laporte, director de la Fundació Institut Català de Farmacologia (FICF),

pronunciarà a les 9.15 hores la conferència inaugural *Prescripció raonada i eficiència. L'ús saludable dels medicaments*. A les 10 hores, està prevista la celebració d'una taula de debat sobre *Eines d'ajudes al professional per a la selecció de medicament*, que moderarà el Dr. Rafa Ruiz Riera, metge de família, i comptarà amb la participació de la Dra. Esther Amado, d'Atenció Primària de Barcelona ciutat, i el Dr. Eduard Diogene, subdirector del

i integral sobre l'endometriosis.

### Osteomuscular

- Adquirir una millora en el coneixement i en l'actitud que cal seguir davant d'un pacient amb patologia traumàtica musculoesquelètica.

- Adquirir coneixement sobre el paper del diagnòstic per la imatge en una patologia crònica freqüent i sovint obli-

dada en els nostres programes (dolor crònic del turmell).

- Adquirir un coneixement actualitzat i integral d'una patologia articular inflamatòria complexa sovint vinculada a malalties sistèmiques.

### Pediatria

- Adquirir coneixement sobre quina és la millor tècnica en cada cas, en

l'àmbit pediàtric, per a l'estudi de la patologia cardíaca.

- Adquirir coneixement actualitzat sobre el paper de la RM en l'estudi de la patologia fetal.

- Adquirir coneixement del paper de la radiologia en dues entitats neuroradiològiques pediàtriques poc freqüents i, per tant, poc conegudes (infecció intracranial i epilèpsia).

### Vascular/intervencionisme

- Adquirir coneixement de l'actual potencial terapèutic de la radiologia en les fistules arteriovenoses de parts toves.

- Adquirir el coneixement i l'actitud que s'han de seguir des del punt de vista neuroradiològic davant del pacient amb ictus agut.

- Adquirir coneixement sobre la tècnica i l'evidència disponible de l'eficàcia d'una tècnica intervencionista terapèutica d'actualitat com és la vertebroplàstia.

### Digestiu

- Adquirir coneixement en el diagnòstic i estadificació actual del càncer d'estómac.

- Adquirir coneixement en el paper del radiodiagnòstic en l'avaluació de l'eficàcia del tractament del carcinoma hepatocel·lular.

- Adquirir coneixement actualitzat i integral d'una patologia benigna, però greu i d'una alta incidència en la població (pancreatitis aguda).

### Mama

- Adquirir coneixement sobre les lesions proliferatives epitelials papil·lars.

- Adquirir coneixement sobre un mètode d'avaluació de la qualitat basat en l'anàlisi dels resultats de la biòpsia percutània de mama.

- Adquirir coneixement actualitzat i les actituds que cal seguir davant de les lesions preinvasives.

### Tòrax

- Adquirir el coneixement sobre els requisits bàsics per poder dur a terme un estudi cardíac de qualitat per TC.

- Adquirir coneixement sobre l'actual potencial de la radiologia en aplicar procediments diagnòstics intervencionistes no vasculars en l'àmbit de la patologia toràcica.

- Adquirir coneixement sobre les manifestacions radiològiques de les complicacions dels tractaments del càncer de pulmó.

### Neurologia

- Adquirir coneixement relatiu a les lesions vasculars de l'àrea de cap i coll.

- Adquirir coneixement sobre la hidrocefàlia crònica de l'adult.

- Adquirir coneixement actualitzat i integral i les actituds que cal seguir en la malaltia metastàtica del raquis.

### Balanç del congrés en números

	TEMA ACTUALITZACIÓ	CURS DE REFRESC	PONENTS	COMUNICACIONS ORALS	PÒSTERS
Genitorinari	2	1	5	4	7
Osteomuscular	2	1	5	4	8
Pediatria	2	1	4	4	6
Vascular / Intervencionisme	2	1	3	3	
Digestiu	2	1	4	3	11
Mama	2	1	4	4	4
Tòrax	2	1	5	4	13
Neurologia	2	1	6	4	17
Miscel·lània					6
<b>Suma parcial</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>72</b>
Plenàries	7	23	4	2	
TOTAL	31	59	34	74	
				108	



## Formació en ecografia clínica

L'ecografia és una tècnica d'imatge innòcua i repetible que aplicada a pacients en un context clínic específic obté informació rellevant de forma ràpida, no invasiva i reproductible, defineix alteracions anatomicofuncionals potencialment crítiques i facilita la realització de tècniques i procediments per millorar la seguretat clínica. Des de fa temps la Facultat de Medicina de Lleida és capdavantera a oferir cursos de formació en ecografia clínica en situacions d'urgència i malalt crític, dels quals s'ha arribat a les setze edicions. El



Els alumnes del curs van fer diferents pràctiques d'ecografia clínica



novembre del 2010 van ser publicades les noves guies de reanimació cardiopulmonar, en què l'ecografia es recomana en determinades situacions. Seguint l'objectiu d'actualitzar al màxim la formació, durant el passat mes d'abril han tingut lloc a la Facultat de Medicina els primers cursos a escala nacional d'*Ecografia aplicada en suport vital avançat* i *Ecocardiografia en malalt agut greu*, organitzats per la societat científica internacional Winfocus i la Facultat de Medicina de Lleida. El curs

ha comptat amb experts de primer ordre mundial, com Luca Neri; Enrico Storti, de l'Hospital N'a Guarda de Milà; Gerry Rodríguez, del Boston Medical Center, i Patrick Bender, de l'Hospital de Vermont, als Estats Units, a més dels professors nacionals. La resposta a la iniciativa ha estat molt satisfactòria, com ho demostra la presència d'alumnes de molts indrets d'Espanya, fet que anima la facultat en la millora constant per garantir una formació actual, innovadora i de qualitat.

## Distribució dels recursos sanitaris en temps de crisi

*BUTLLETÍ MÈDIC* ha convidat quatre professionals de la Salut i un economista a reflexionar públicament sobre els criteris que caldria adoptar en l'actual situació econòmica per distribuir els recursos sense posar en perill la qualitat i l'equitat del sistema sanitari.

### Distribució ètica dels recursos limitats en sanitat

Estem vivint una forta crisi econòmicofinancera que ocasiona que els governs avui dia tinguin poca "caixa"; ingressin pocs diners dels impostos i tinguin moltes despeses compromeses. La manca de suficients recursos per a l'assistència sanitària al nostre país ve de lluny, fins i tot de quan estàvem en l'època de bonança; el creixement econòmic era menor que el creixement de la despesa. Ara, doncs, la cosa ha empitjorat molt i el que canvia és que els governs no aconsegueixen fàcilment continuar endeutant-se per pagar les seves despeses. La sanitat per a Catalunya representa un alt percentatge del seu pressupost, de la seva despesa; per tant, la temptació d'aplicar-hi una forta retallada és més alta, ja que ajudarà a equilibrar els pressupostos més ràpidament i a disminuir així el dèficit. No s'ha d'oblidar, però, que també és generadora de producció econòmica, d'empreses i molts llocs de treball que en depenen, que genera riquesa, de benestar social i de cohesió social, que és la que genera pau social i que, per la seva banda, ajuda a generar riquesa perquè s'inverteix on hi ha més seguretat, etc.

Si no hi ha "caixa", si els ingressos de l'administració han disminuït i les despeses han augmentat, està clar que s'ha de fer quelcom o entrem en "banarrota" i el nostre sistema sanitari públic i d'accés quasi universal se'ns va en orris. La pregunta sobre què s'ha de fer és essencial

i té només dues sortides: o incrementem els ingressos o disminuïm les despeses. Ingressar més vol dir recaptar més, sigui per impostos directes o indirectes. Si hi ha més atur i menys empreses que generen ingressos al govern, si no es volen pagar més impostos, si pujar certs impostos té com efecte negatiu la reducció de la creació de riquesa econòmica, aleshores la retallada de la despesa de l'assistència sanitària pot ser inevitable, tret que es pugui racionalitzar millor la despesa sanitària i millorar tant la seva gestió per fer més amb menys, que sempre és possible, però que ja fa anys que, almenys a Lleida, estem bastant constrets en els nostres pressupostos i tenim una capacitat de manobra menor. Així doncs, aquestes retallades poden ser necessàries almenys fins que s'equilibri la balança entrades-sortides. Ara bé, si la retallada fóra necessària, s'ha de fer d'una manera ètica. Què significa i com es fa això?

El Govern fa el pressupost anual del país i el Parlament el modifica i l'aprova: aleshores diu quan gastarà en sanitat. És la macrogestió. Això vol dir que el diputat/da, quan prem el botó a favor o en contra ha de saber el nombre de malalts que no tindran llit a l'UCI, el nombre de malalts que es moriran abans d'arribar al quiròfan perquè no n'hi ha

*Fa anys que a Lleida estem bastant constrets en els nostres pressupostos*

suficients, l'increment de les cues i les llistes d'espera, la menor qualitat de l'assistència, els professionals de la salut que no es contractaran, els materials i la tecnologia que no es renovarà, etc. La seva responsabilitat és, doncs, molt més gran del que sembla, ja que està lluny del malalt que espera un llit o un quiròfan inexistent. S'ha de decidir amb la màxima eficiència, justícia social i equitat, discriminant a favor del que menys recursos té i per tant més a la intempèrie es quedarà.

Els gestors dels centres sanitaris —els gerents— reben els diners aprovats pel govern i el Parlament i els han de fer rendir al màxim de bé i amb la màxima justícia social. Quan decideixen incrementar un servei determinat, comprar una maquinària específica, obrir o tancar un quiròfan o uns llits ho han de fer amb les mateixes premisses ètiques. Novament han de prioritzar sobre la premissa de cost/benefici. Això s'anomena mesogestió. Estan més a prop del malalt, però a ell/a tampoc no li arriben diàriament els seus plors i queixes. La repercussió de les seves decisions sobre l'assistència és molt gran, però no se'ls pot exigir gastar més dels recursos que reben dels seus superiors.

Els professionals que fem l'assistència sanitària i atenem dia a dia els malalts i els seus familiars —som els que estem a la trinxera de l'assistència, som els "productius"—tenim també una gran responsabilitat de gestionar bé els recursos limitats que té el sistema. De fet, "ocasionem", especialment els metges, gairebé el 80% de la despesa. La nostra gestió s'anomena microgestió. Sabem tots que la salut no té preu, però té un cost i algú l'ha de pagar. No s'hi val deixar per als estaments anteriors —gerents, govern i Parlament— la responsabilitat i nosaltres treballar com si els recursos fossin il·limitats. És la nostra responsabilitat social, no és només la relació binària metgemalalt, sinó que és a tres bandes, professional de la salut, malalt/familiar i societat en general, que aporta els mitjans. Un metge de capçalera abans de decidir enviar un malalt de 95 anys amb metàstasis disseminades al servei d'Urgències ha de ser conscient de les conseqüències del seu acte: cost d'ambulància, de visita a l'hospital, de proves complementàries, d'espera d'altres malalts, de neguit i molèsties per al malalt i per a la família, etc. I fer un balanç cost (social i econòmic) versus beneficis (pel malalt, família

## El Rector de la UdL signa el llibre d'honor del COMLL

El Rector de la Universitat de Lleida (UdL) va signar el passat mes d'abril el llibre d'honor del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL). L'acte va tenir lloc a la seu col·legial i va comptar amb la participació de la presidenta del COMLL, Dra. Rosa Maria Pérez Pérez, i del secretari de la junta del col·legi, Dr. Carlos Querol. El Dr. Viñas és membre del consell de redacció de BUTLLETÍ MÈDIC.



i societat). Només després prendrà la decisió: si la balança queda desequilibrada amb un cost major, no l'ha d'enviar.

De la mateixa manera que el metge d'urgència, l'internista o l'especialista mèdic i després el cirurgià o l'especialista medicoquirúrgic, valorarà abans d'ingressar, de cridar a consulta, de prescriure una medicació o de dur el malalt al quiròfan el quocient cost/benefici i prendrà aleshores la decisió. Una bona qualitat de l'assistència no és solament científicotècnica, sinó global, integral, tenint en compte que les persones no som robots mecànics per arreglar, sinó que tenim un cos que sustenta una ment, uns sentiments i una espiritualitat que ens fa ser únics i irrepetibles i ens atorga una dignitat humana (recollida com a dret a la declaració universal dels drets humans) que no es perd amb l'edat, ni amb el càrrec o poder que es tingui ni amb la capacitat intel·lectual o força física o malaltia que es pateixi, sigui quina sigui la limitació que provoqui, mental i física. Per més que es pugui parlar d'aquesta gestió clínica, aprofundir-hi supera l'abast d'aquest article.

Però no ens oblidem que els protagonistes de tot el sistema sanitari i del país són els ciutadans i les ciutadanes. Com a tals, nosaltres som en democràcia els que decidim. El que fem amb la nostra vida té importants repercussions socials. La nostra llibertat té el límit de la llibertat del

## Liderar la pròpia vida de manera sana evitaria molta despesa sanitària i milloraria molt la salut de la població

nostre veí. Una veritable democràcia és una xarxa amb unions immaterials, invisibles, que són els principis ètics i morals que ens uneixen i fan que considerem mal fet certes accions i, per tant, les deixem de fer, o perseguim els que les fan.

Algunes d'aquestes són ja percebudes per la majoria: robar, saltar-se un semàfor en vermell, agressions físiques, etc., però d'altres encara no han entrat en l'inconscient col·lectiu, no estan prou inserides com a hàbits en el nostre ADN o potser hi eren i les hem "apagat" per desús (hàbits d'esforç, sacrifici, autolideratge, solidaritat, servei gratuït als altres, servei per la causa a favor d'una societat millor, del barri, poble, del país, etc.

## Us animo a lluitar per un món millor, començant per casa nostra

com a voluntariats, sense esperar contraprestacions, etc.). Per sort hi ha moltes persones que fan voluntariats en associacions de veïns, en ONG i en entitats culturals, socials, etc., i donen gratuïtament el seu temps.

Els ciutadans/ciutadanes som els que generem la despesa sanitària. Amb el nostre comportament social i hàbits de conducta podem provocar més despesa, o amb millors hàbits en podem estalviar. Menjar massa i malament provoca obesitat amb tota la despesa sanitària que comporta: anar al metge, a l'infermer/a, al psicòleg, medicacions, inclosa la cirurgia, amb les seves possibles complicacions i noves despeses, etc. El contrari és l'anorèxia mental. Conduir de manera imprudent genera més accidents de trànsit, fumar o beure alcohol en excés genera més malalties que no fer-ho, dur una vida estressant forçant el cos i la ment provoca el mateix.

Liderar la pròpia vida de manera sana és exercir l'autogestió de manera responsable. Això evitaria molta despesa sanitària i milloraria molt la salut de la població en general

i del país i generaria moltes més persones adultes responsables, ben formades, que ajudarien més eficaçment a superar la crisi, a créixer com a nació potent i a millorar la qualitat de vida. Amb solidaritat vers el món globalitzat ajudant a compartir amb els més necessitats del Tercer Món (i a casa nostra del Quart Món) els nostres recursos personals ajudarien a millorar la salut i el grau de felicitat dels nostres germans d'arreu del món i evitariem la transmissió de malalties infeccioses i d'altres malalties socials, com la inseguretat ciutadana, el terrorisme, les pors i els neguits i la necessitat de despesa policial i militar que provoca i que es podria reconduir vers la salut i l'edu-

cació i els serveis socials i culturals.

En resum, tota la societat tenim una gran responsabilitat en la millora de la salut de la població. La gestió de la despesa sanitària té responsabilitats compartides, començant pel mateix individu i la família que educa els nens i les nenes i els incorpora hàbits sans o insans de petits; també els mestres; i continua amb els professionals de la salut, especialment els metges i metgesses, que tenim una gran responsabilitat de gastar de manera responsable el nostre temps, dedicant també temps a l'educació de la població i distribuïnt els recursos que ens posen a l'abast de manera responsable, sabent que no són il·limitats i que no tenim la capacitat d'aturar una malaltia incurable ni la vellesa ni la mort, però que podem ajudar sempre a fer-la més humana i donar suport al malalt o malalta: sempre hi ha quelcom per fer que no sigui intervenció agressiva amb finalitat curativa.

També els que dirigeixen un servei, una unitat, un hospital, un centre de salut o un territori tenen l'alta responsabilitat de distribuir els recursos que se'ls dona equitativament, amb criteris d'eficiència i rendibilitat social, i, finalment, els que lideren el país i fan les lleis i aproven els pressupostos tenen una última gran responsabilitat de no fer lleis populistes donant carnassa al poble estimulants els instints insans i insocials per guanyar i exercir el poder, ni fer ni aprovar uns pressupostos sense una orientació de bé comú primordial, prioritzant de vegades la propaganda i els beneficis electorals per sobre del bé comú i cedint en excés davant les fortes pressions dels grups de pressió econòmica que, en el fons, i per desgràcia, són els que exerceixen massa poder i determinen massa decisions polítiques en una democràcia que pateix aquesta manca de democràcia.

El futur és esperançador si sabem aprofitar la crisi per renovar la nostra societat, augmentar el nivell ètic, aquest intangible que ens uneix i ens fa ser un país millor, més humà, més capdavanter, on es pot viure més lliure, més feliç i amb més salut. Hem comprovat, que allò en època de bonança no hem sabut fer, ans al contrari, hem empijorant la nostra salut a canvi de comoditats. Per això us animo a lluitar per un món millor, començant per casa nostra, i confio que ho aconseguirem.

**Dr. Joan Viñas Salas**

Col·legiat número 1273. Col·legi Oficial de Metges de Lleida

## Justicia distributiva en tiempos de crisis

Según Aristóteles, la justicia distributiva se produce cuando la distribución de los honores u otras cosas que puedan repartirse entre los miembros de la República se realiza atendiendo al mérito.

Para Santo Tomás, consiste en el reparto proporcional de los bienes.

"El acto de distribución que se hace de los bienes comunes pertenece sólo al que tiene a su cargo estos bienes comunes", GOLANOS.

En el seno de una sociedad de bienestar y dentro del concepto de justicia distributiva, la proporcionalidad de la distribución de los recursos viene determinada por la necesidad, de modo que recibe más aquel que más necesita y no quien más aporta. Si los bienes que se distribuyen tienen un sentido finalista, el término de justicia va más allá de la proporcionalidad, puesto que para que la distribución sea justa, además ha de ser eficiente.

En una situación de crisis, en la que los recursos tienden a ser más escasos, cabe que la distribución de recursos se realice priorizando aquellos ámbitos en los que resultan más eficientes, y no necesariamente guardando proporcionalidad con la distribución que se estaba realizando en otro escenario más favorable. Especialmente, entre los recursos que la población siente como más necesarios se encuentran los servicios sanitarios que, a su vez, suponen el consumo más elevado de recursos para los gobiernos de las sociedades del bienestar. Conviene, por tanto, que los gobiernos realicen un profundo análisis de la cartera de servicios, jerarquizándolos desde su eficiencia en la atención sanitaria a la comunidad, para salvaguardar los más eficientes del necesario recorte.

La Asistencia Primaria, por constituir el primer escalón asistencial y realizar las prestaciones más básicas —esenciales— en los cuidados de salud y por tener a su cargo las medidas de prevención primaria, ha demostrado sobradamente su gran eficiencia en el conjunto de las prestaciones sanitarias. En época de crisis, y aún pareciendo paradójico, los recursos destinados a este escalón deberían ser aumentados, pues muy probablemente van a sufrir el impacto de las listas de espera que generará la disminución de recursos en escalones superiores.

Disminuir el número de profesiona-

les sólo puede conllevar una disminución en la productividad, sea esta a expensas del número de visitas o de su calidad. Las listas de espera desfavorecen a los individuos más necesitados que sólo pueden satisfacer sus necesidades con recursos públicos, ya que no discrimina a los ciudadanos según su patrimonio. Además, perpetúa un sistema sanitario poco sostenible, porque el usuario no participa de forma directa y consciente de los costes que su asistencia acarrea.

En época de crisis no sólo es justo realizar una mejora en la distribución, sino que también es preciso aumentar la captación de los recursos. El copago de las prestaciones, siguiendo principios de proporcionalidad y del beneficio de las intervenciones, resulta una medida útil en este sentido. Se han de revisar aquellas prestaciones que producen escasos beneficios comunitarios (como la cirugía de cambio de sexo) o de muy alto coste y dudosa eficacia cuando se aplica indiscriminadamente a poblaciones de todas las edades y en ocasiones con expectativas de vida muy disminuidas.

Aplicar estas medidas tiene también un coste social importante, pero es posible que no aplicarlas tenga un coste mayor si el sistema sanitario se colapsa por falta de recursos.

Los profesionales sanitarios nos percatamos día a día de la degradación de los servicios debido a una demanda irracional y consumista y una cartera de servicios abierta a prestaciones ilimitadas sin contención en número ni horarios. La falta de recursos humanos para contener tal demanda está produciendo una desmotivación grave de los profesionales, que aún empeora la calidad de las prestaciones.

La asistencia primaria no sólo precisa de una mejor dotación de recursos humanos, sino también de recursos tecnológicos. El recorte discriminatorio de su uso deriva en un aumento de la lista de espera, que no es más que una forma de posponer y aumentar la cuantía del problema, generando, de paso, una injusticia en la distribución, ya que no discrimina las necesidades, como

ya se ha comentado. Nos retrae, además, a un pasado cercano en el que el médico de familia, desposeído de tecnologías modernas, se convierte en un burócrata de recetas, derivaciones, certificados e informes que no aportan eficacia resolutoria ni satisfacción a profesionales ni usuarios.

Redistribuir de forma justa los recursos en una época de crisis significa, ante todo, eliminar las ineficiencias del sistema, aumentar los recursos disponibles y preservar la gratuidad de las prestaciones básicas.

Es necesario hacer copartícipes a los usuarios del coste de las prestaciones farmacéuticas, visitas médicas, pruebas complementarias y dietas de las estancias hospitalarias en proporción al nivel de renta y no a la situación laboral.

De todas estas medidas se debe informar convenientemente a la población, animándola a reflexionar sobre la conveniencia de un uso racional de los servicios. Los profesionales sanitarios han de estar motivados y poseer la autoridad suficiente para aplicar estas medidas.

**Dr. Plácido Santafé**

Médico de Familia  
ABS Balàfia-Pardinyes

## Per una justícia distributiva

Parlar de justícia distributiva ha de ser un repte continu perquè, tot i que en temps de crisi com l'actual, la manca d'equitat distributiva es manifesta de manera més evident, la distribució deficient dels recursos és un fet inherent al desenvolupament de la humanitat i, en les darreres dècades, un tret estructural del nostre sistema econòmic.

Tot i reconèixer aquesta deficiència estructural, què és el que fa que no s'aconsegueixin avenços significatius en la millora distributiva dels recursos? No es tracta d'una qüestió cabdal en els discursos polítics i en les anàlisis socials? Una gran quantitat d'estudis i informes alerten sobre aquesta qüestió i res no fa pensar que, en el futur, s'aconseguir-

**Disminuir el número de profesionales sólo puede conllevar una disminución en la productividad, sea a expensas del número de visitas o de su calidad**



## L'augment dels beneficis del capital ha estat superior al de la massa salarial. És això distribució equitativa?

rà una millora significativa.

Des de la meua percepció, la resposta a aquestes preguntes és clara: no existeix una autèntica voluntat per aconseguir la justícia distributiva que tant es demana. Una cosa és la música i una altra, la lletra que posem a les melodies.

Des d'una perspectiva global, un primer exemple el tenim amb el plantejament, i posterior presa de decisions, respecte dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (ODM).

L'any 2000, en la cimera del Mil·lenni organitzada per les Nacions Unides (ONU), es van acordar 8 objectius per a l'any 2015. El primer proposava eradicar la pobresa extrema i la fam al món, de manera que si l'any 1990 hi havia 1.800 milions de persones que vivien en l'extrema pobresa (2 dòlars al dia), l'any 2015 només fossin la meitat, és a dir 900 milions de persones. Igualment, si l'any 1990 hi havia 842 milions de persones que patien fam (1 dòlar al dia), l'any 2015 només fossin la meitat, és a dir, 421 milions.

Aquestes dades posen de manifest la dèbil ambició que hi ha a l'hora de solucionar els problemes de pobresa i fam al món. Com es pot acceptar que l'any 2000 es prenguin dades de 10 anys abans i es pretengui fer una millora del 50% per a després de 15 anys (realment, són 25 anys, si comptem des de 1990, any de referència)?

Amb els avenços econòmics, socials, tecnològics i científics, entre altres, que fan millorar la qualitat i l'esperança de vida de la major part de la població del món, com es pot acceptar la idea que l'any 2015 encara hi hagi 900 milions de persones que visquin en l'extrema pobresa i 421 milions que pateixin fam?

Què es podia fer amb 1 o 2 dòlars al dia l'any 1990 i què es podrà fer amb aquests diners l'any 2015? Certament, hi ha poca ambició. És problema, doncs, de voluntats?

La situació actual respecte de la pobresa i la fam al món, segons la FAO, és la següent:

Persones que viuen en condicions d'extrema pobresa	
1990	1.800 milions de persones
2009	1.400 milions de persones
Persones que pateixen fam	
1990	842 milions de persones
2009	1.020 milions de persones

Efectivament, s'evidencien algunes millores, però des de l'exigència d'una vida digna per a tothom i des de l'ètica no podem acceptar cap manifestació de satisfacció en els avenços aconseguits, ni molt menys de les mesures emprades per fer-ho.

En segon lloc, convé recordar que fa anys que existeix la reivindicació de la fixació d'una taxa per a transaccions financeres internacionals (ATTAC és l'organització impulsora d'aquesta reivindicació). Aquesta taxa (anomenada, en alguns àmbits econòmics, Taxa Tobin) significaria l'aplicació d'un impost del 0,1% per a cada una de les operacions de compravenda de divises en el mercat financer internacional. Els objectius d'aquesta taxa són diversos, perquè, en aplicar-la, s'aconseguiria regular el mercat financer global, frenar la voràgine de diners abocats a aquest tipus d'activitat especulativa i, a més, recaptar uns diners que tindrien la finalitat d'auxiliar el desenvolupament dels països més pobres. Es calcula que aplicant aquesta taxa es podrien recaptar uns 300.000 milions d'euros anuals. Així doncs, per què no s'aplica aquesta taxa? No es tracta d'una mesura imprescindible d'aplicar en els moments de crisi, com l'actual, amb les connotacions financeres que està tenint? Senzillament, perquè no existeix voluntat per fer-ho. Hi ha una manca de valentia i de decisió política per part dels nostres dirigents i organismes internacionals per afrontar les pressions que

**Calen millores en la redistribució de la renda i de recursos imprescindibles**

reben dels anomenats "mercats".

Si anem al terreny més proper, en les nostres societats també existeixen desequilibris importants i desigualtats distributives. De l'Informe FOESSA sobre exclusió i desenvolupament a Espanya 2008, realitzat en els anys de bonança econòmica anteriors a la crisi, convé destacar dues qüestions importants: la primera és que, l'any 2006, el 10% dels treballadors assalariats eren persones econòmicament pobres, i que la segona és que, tot i l'augment del nombre de persones treballadores que porta a un augment en la massa salarial (la quantitat de salaris cobrats per la totalitat dels treballadors), el pes dels salaris sobre el PIB va disminuir a favor dels beneficis.

La primera qüestió s'explica pel fet que, en termes generals, els salaris que es cobren a l'Estat espanyol són baixos per a una bona part dels treballadors assalariats. Quan es diu que hi ha treballadors econòmicament pobres, es vol dir que el salari d'aquestes persones es troba per sota del llindar de la pobresa, que és el 60% de la mitjana dels ingressos (per unitat de consum) de les persones residents al país. Per exemple, des de fa uns anys s'utilitza el terme mileurista per fer referència a persones joves, formades amb títols universitaris i que inicien la seva carrera professional amb sous al voltant dels 1.000 euros mensuals, amb l'agreujant que en molts casos no es tracta d'una situació transitòria, sinó perdurable. Diferents informes han demostrat l'expansió del mileurisme cap a altres col·lectius de població.

La segona qüestió s'explica per la distribució deficient de rendes en el territori. Les rendes es generen en l'activitat productiva, de manera que unes persones, via salaris, reben les rendes del treball i altres persones, via beneficis, les rendes del capital. A grans trets, la suma de totes les rendes generades en un país formen el seu producte interior brut (PIB).

Segons consta en les estadístiques oficials, durant els anys de creixement econòmic (2000-2007), en què l'activitat productiva de molts sectors va augmentar i va generar més de 2 milions de llocs de treballs nous, el pes dels salaris (la massa salarial) sobre el PIB es va reduir (del 51,7% al 49,6%) a favor dels beneficis. Aquest fet demostra que, en aquests anys, l'augment dels beneficis del capital

ha estat superior al de la massa salarial. Tanmateix, l'1% de les llars més riques de l'Estat espanyol acumula el 12% del total de la riquesa. És això distribució equitativa? Tot i l'esforç de milions de persones per generar riquesa, són de justícia aquestes desigualtats?

Si aquest panorama es manifesta en períodes de creixement econòmic, què no passarà en els períodes de crisi com l'actual?

Com s'ha comentat anteriorment, el problema és estructural i, per tant, independent de la conjuntura econòmica del moment. Es tracta d'una demostració més que, amb el creixement econòmic com a objectiu únic, no es resolen la major part dels problemes socioeconòmics. Calen, doncs, millores en la distribució de la renda i altres recursos imprescindibles per al benestar de la població. Aquest és el principal problema del model.

Per a una major justícia distri-

## Cal treballar més, dedicar més esforços perquè la persona es trobi al centre del procés de desenvolupament

butiva són imprescindibles dues mesures importants. La primera és establir mecanismes redistribuidors amb l'objectiu de compensar les deficiències del model. Mesures com modificar el sistema impositiu, amb uns impostos més progressius, fer més eficaç la persecució del frau fiscal (en l'actualitat, Vicenç Navarro valora el frau fiscal a l'Estat espanyol en uns 80.000 milions d'euros anuals) i potenciar altres figures impositives (com l'anteriorment referida taxació a les transaccions financeres internacionals), podrien ser vies eficaçes per aconseguir un major volum d'ingressos públics amb finalitat redistributiva.

La segona és donar prioritat al desenvolupament humà i social posant el creixement econòmic al seu servei. Això passa per identificar el desenvolupament humà des de la perspectiva d'Amartya Sen, és a dir, com la possibilitat de tenir capacitats i poder-les materialitzar de forma autònoma: "El benestar d'una persona està inevitablement unit a la seva capacitat per desenvolupar una sèrie de funcionaments que anirien des dels més bàsics,

com estar ben alimentat, gaudir de bona salut, evitar possibles malalties i la mortalitat prematura, fins als més complexos, com ser feliç, tenir dignitat, participar activament en la vida de la seva comunitat, etc." Des d'aquesta perspectiva, s'ha de prioritzar molt més l'accés a l'obtenció de rendes, la formació, la sanitat, l'habitatge i el treball de forma més igualitària i de qualitat, i la participació social i política, entre altres. Paral·lelament, cal reduir, i eliminar al màxim possible, l'exclusió en les seves diferents manifestacions. Amb aquesta orientació, el desenvolupament implicaria poder gaudir d'un àmbit relacional satisfactori i d'un medi ambient en condicions òptimes.

Una economia de mercat amb forts mecanismes de reproducció de desigualtats exigeix l'adopció de mesures anivelladores. En aquest sentit, el sector públic té un paper i una obligació moral importants, i els nostres dirigents polítics, el deure

moral de procurar-ho. Cal una lògica més basada en la ciutadania, en el bé comú, que en el benefici privat.

Per tot plegat, cal treballar més, dedicar més esforços perquè la persona es trobi al centre del procés de desenvolupament. Això significa treballar simultàniament en els àmbits materials de millora en la producció de béns i serveis, en la reducció de les desigualtats en l'accés a aquests, en l'optimització dels sistemes d'ocupació, en la provisió de béns públics de qualitat i de protecció social, en la promoció del capital relacional i en la conservació i millora del medi ambient. Una agenda complexa a la qual cal fer front de forma decidida i consensuada, és a dir, amb la implicació de tots.

Si canviem els referents, es poden aconseguir els resultats desitjats. És qüestió de voluntats.

**Rafael Allepuz Capdevila**  
Professor del Departament d'Economia Aplicada  
Universitat de Lleida

## Justícia distributiva en temps de crisi - Racionalització de la despesa farmacèutica

Per tal de poder garantir una atenció sanitària universal de cobertura pública de qualitat, i cobrir alhora les necessitats de la població amb equitat, efectivitat i eficiència, cal esmerçar-se per realitzar una gestió que garanteixi la sostenibilitat del sistema. L'any 2010 la despesa farmacèutica ha suposat el 19,24% del total del cost de les prestacions, i per això cal potenciar encara més l'ús racional dels medicaments en tots els àmbits:

### Indústria farmacèutica:

Contractes de risc compartit:

Cal fomentar la coresponsabilització de la indústria mitjançant contractes de risc compartit (si no és eficaç, no hi ha pagament) fins a demostrar l'efectivitat dels nous medicaments o tecnologies.

### Administració i entitats proveïdores:

Polítiques de coresponsabilització mitjançant objectius de despesa en els contractes, com pot ser l'assignació d'una despesa màxima assumible (DMA) tant pel que fa a la prescripció realitzada en receptes CatSalut com la de la medicació que es dispensa des dels Serveis de Farmàcia Hospitalaris (MHDA).

Potenciació de l'ús de tecnologies de la informació i la comunicació (TIC):

### Recepta electrònica:

Permet la coordinació entre professionals sobre el pla de medicació del pacient i s'eviten així possibles problemes relacionats amb l'ús de medicaments i alhora facilita el treball diari, ja que disminueix el nombre de visites als centres de salut per a l'emissió de receptes.

Desenvolupament d'aplicatius a les estacions clíniques de treball:

### Self Audit – E-CAP:

Impulsat per l'Institut Català de la Salut (ICS), facilita la revisió sistemàtica de la medicació dels pacients i introdueix millores en la seguretat de la prescripció: detecta pacients polimedcats, duplicitats de prescripció de medicaments amb la mateixa finalitat terapèutica, pacients amb més de 75 anys que prenen algun fàrmac desaconsellat i fàrmacs que es poden canviar per un producte

genèric.

PREFASEG (PREscripció Farmacològica SEGura) – E-CAP:

El seu objectiu és contribuir a la millora de la seguretat clínica del pacient mitjançant la prevenció d'esdeveniments adversos lligats a l'ús de medicaments.

Guies de Pràctica Clínica (GPC) – E-CAP:

Potencien assolir els objectius mitjançant la protocolització i afavoreixen la implantació de mesures de millora contínua de la qualitat.

#### Usuari:

Programes d'Atenció Farmacèutica de l'Associació de Farmacèutics Rurals de Catalunya (AFRUC), com poden ser el Programa d'Educació Sanitària a la Gent Gran sobre el bon ús dels medicaments (PESGG) i el Programa d'Atenció Farmacèutica Integral (PAFI).

Programes de dispensació en dosis unitàries (SPD) oficines de farmàcia.

Forumclínic i fulls per pacients realitzats per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC).

farmacèutica, mitjançant diferents comissions i projectes:

Comissió d'Avaluació Econòmica i Impacte Pressupostari (CAEIP): formada per professionals amb experiència en economia de la salut i avaluació econòmica de medicaments, assessora del CatSalut per a l'anàlisi econòmica de l'impacte pressupostari de medicaments, que vetlla per l'eficiència dels recursos públics en la prescripció de medicaments.

CAMUH: Comitè d'Avaluació de Medicaments d'Utilització Hospitalària: la seva finalitat és aportar informació basada en el coneixement científic al CatSalut sobre els tractaments hospitalaris de dispensació ambulatoria i contribuir a l'ús racional dels medicaments.

Comitè de Provisió i Finançament de Tractaments Farmacològics d'Alta Complexitat (COPIF): en el marc del Programa d'Avaluació, Seguiment i Finançament dels Tractaments Farmacològics d'Alta Complexitat (PASFTAC), s'ha creat aquest comitè amb l'objectiu d'elaborar propostes respecte a les actuacions de compra, provisió i finançament. Un dels seus objectius es proposar nous marcs d'actuació i coresponsabilitza-

## Ètica de la distribució de recursos: més enllà de la justícia distributiva

Un dels grans reptes pendents en la bioètica del segle XXI és el de l'ètica en la distribució de recursos. Això no obstant, aquesta havia estat fins ara una qüestió oblidada o, si més no, allunyada de la discussió pública i general. Però els temps de crisi poden ser temps de discerniment i l'ètica de la justícia en la distribució de recursos limitats, que era un tema sempre pendent, passa a un primer pla.

L'ètica de distribució de recursos i de la justícia va íntimament lligada als objectius i a les finalitats de la medicina i dels sistemes de salut.

En els darrers anys la nostra societat ha viscut importants canvis en el concepte de salut i assistència sanitària. El fet d'associar salut amb benestar fa que moltes persones considerin l'assistència sanitària com un dret absolut, un bé de consum i, fins i tot, un bé de desig.

Com bé comenta Diego Gracia, "s'ha acabat l'època en què els metges fixaven els fins de la medicina: la malaltia com a lesió, disfunció, infecció... Ara, la salut i la malaltia les defineixen els ciutadans, amb un criteri tan emotiu, utòpic i irresponsable com el de "perfecte benestar físic, mental i social". No cal dir que això no pot acabar bé. Un fi irreal i irrealitzable només pot conduir a la frustració i el fracàs, individual i col·lectiu. Només així es pot explicar la immensa frustració que avui existeix al voltant del món de la medicina".

En aquest sentit s'entén la immensa paradoxa que viu la nostra societat: gaudim d'un nivell de salut com mai s'havia assolit, l'esperança de vida és de les millors del món, la mortalitat infantil i materna són ínfimes, etc., però la percepció de la ciutadania és que les expectatives no es compleixen, que cal millores permanents.

Seguint amb el text de Diego Gracia, "la recerca insensata del benestar produeix malestar, s'està creant el mite que la ciència tot ho pot i molta gent espera de la medicina coses que no es podran complir". Cal recordar que malgrat els avenços mèdics i tecnològics, la malaltia és un constituent bàsic de la vida. Entendre la salut com a estat de benestar complet en totes les persones és una idea utòpica, però pot

## El fet d'associar salut amb benestar fa que moltes persones considerin l'assistència sanitària com un dret absolut, un bé de consum

ser també un concepte generador de frustracions en no poder arribar-hi.

Amb l'expectativa que la "ciència tot ho pot", és molt difícil per a uns pares entendre que el nen segueixi tenint mocs al cap d'una setmana, que no totes les proves complementàries són adients per qualsevol procés, que s'ha d'esperar per valorar alguna evolució o que moltes patologies no tenen curació. I que la medicina és una ciència de probabilitats i no de certeses. En aquest context, la malaltia, la mort o el malestar comencen a semblar una injustícia.

Hem evolucionat de la medicina curativa a la medicina del desig. Com comenta Kettner, "el nou pacient (més aviat el nou client) ja no necessita els sabers i procediments mèdics per convertir el patiment de la malaltia en la infelicitat de la normalitat, sinó que requereix aquests sabers i procediments per aproximar i ajustar les condicions del propi cos a l'estil de vida que desitja".

La idea social de la medicina és de creixement imparable i il·limitat. Allò que fa 10 anys consideràvem òptim, actualment sembla insuficient. S'espera una millora constant de la sanitat i dels serveis que ofereix, una expectativa que difícilment es podrà complir, i menys amb recursos limitats.

Tammateix, és finalitat de la bioètica que el bé individual pugui ser conciliable amb el bé comú. Aquesta conciliació s'inicia amb la posada en comú de les finalitats i objectius de la medicina tenint en compte les limitacions d'un sistema que intenta ser equitatiu.

És necessari com a punt de partida una definició coherent de què és la salut, què és la malaltia i què és el que pot i ha de prestar l'assistència sanitària, que mai podrà ser el benestar complet.

Daniel Callahan, bioeticista i fundador del Hastings Center, ha introduït el terme "salut sostenible" o "medicina sostenible", que seria aquell benestar raonable o prudent, que té molt en compte els valors que hi ha sota el concepte de salut. Tal com comenta, "la visió de la medicina infinita, sense límits, no es pot finançar amb uns fons limitats. Allò que hem

de redefinir és la idea de progrés de manera que sigui assequible a llarg termini i igualment accessible per a tots, un progrés que tingui com a model una visió finita de la medicina i de l'assistència sanitària. La visió d'una medicina finita, amb uns fins i unes aspiracions limitades, haurà d'incloure uns quants ingredients". Aquesta meta sembla assolible per al sistema.

Segons Callahan, hi ha una sèrie d'aspectes que hauríem de poder limitar com a societat:

Intentar buscar solucions mèdiques a tots, els problemes de la vida, tant si venen a través de medicaments com d'altres intervencions.

Intentar augmentar contínuament la provisió de tecnologies noves i limitar-les únicament a aquelles que demostrin uns beneficis importants a un preu assequible.

Desconfiar de les idees mèdiques utòpiques: tenir exactament el tipus de fill desitjat, perllongar l'esperança de vida indefinidament, inventar medicaments que ens ajudin a eliminar alguns dels patiments propis de la vida.

Intentar científicament, mèdicament o comercialment convèncer-nos que no hi ha res més important que més salut i millor. La manera en què vivim la nostra mortalitat i l'acceptem és igual o més important que gaudir d'una bona salut. La bona salut no serveix de gaire en una societat defectuosa; però, la malaltia es pot tolerar millor en una societat sana.

Seguint amb les propostes de Callahan respecte a una medicina sostenible, hi ha una sèrie de fins que hauríem d'intentar assolir:

Arribar a una edat avançada amb qualitat, però entenent que no vivim indefinidament.

Aconseguir una bona assistència sanitària per als nostres fills per garantir-los que també ells arribaran a una edat avançada.

Fomentar un estil de vida el més sa possible, amb una dieta sana, controlant el pes, sense fumar ni beure en excés i fent exercici sovint.

Evitar anar al metge amb massa freqüència: la formació del metge es basa a cercar problemes que fallen

i si li donem l'oportunitat sempre en trobarà alguna.

Si, malgrat tot, emmalaltim, no esperar cures miraculoses, immediates i altament resolutives.

Fomentar un sistema de salut que tracta tothom igual i distribueix una assistència de qualitat de forma equitativa.

Pensar que una societat sana necessita molt més que un bon sistema de salut per garantir una bona salut.

Per Callahan, el primer pas per a una salut sostenible és la responsabilitat individual en la pròpia salut, evitar la medicalització (i psicologització) de la vida quotidiana i fomentar expectatives raonables sobre el fet d'emmalaltir i les possibilitats de curació.

També introdueix uns conceptes que ens haurien de fer reflexionar: anar al metge el mínim possible. En aquesta mateixa línia, Juan Gervás empra el concepte de prevenció quaternària com a conjunt d'activitats que intenten evitar i revertir les conseqüències d'intervencions necessàries o excessives del sistema sanitari.

Recuperar la saviesa del *wait and see* en professionals i poder transmetre a la població davant del "consulti el metge qualsevol símptoma". Per exemple, davant un quadre febril sense focus d'una hora d'evolució, en un nen sense malaltia de base, el missatge clar hauria de ser esperar i valorar, en lloc d'anar corrent a una visita d'urgències, per si...

Transmetre conceptes és una tasca de tots, no només dels professionals assistencials que estan a primera línia i molts cops reben pacients o no pacients molt desorientats respecte al que es pot oferir des del sistema sanitari.

L'ètica en la distribució de recursos escassos no és només com prioritzar les demandes, sinó debatre sobre quins objectius i finalitats té o podem esperar que tingui un sistema de salut, i més en el fons, quin concepte de salut fomentem.

**Dra. Montse Esquerda i Dr. Josep Pifarré**

#### BIBLIOGRAFIA

Daniel Callahan. *El bien común y el bien individual en bioética*. Quaderns Fundació Grifols, núm. 17.

Diego Gracia. *Como arqueros al blanco*.

## L'any 2010 la despesa farmacèutica ha suposat el 19,24% del total del cost de les prestacions. Cal potenciar l'ús racional dels medicaments

Centre d'Informació de Medicaments (CEDIMCAT) del Departament de Salut.

Consells per als pacients realitzats a partir de les *Guies de Pràctica Clínica* realitzades per l'Institut Català de la Salut (ICS).

Potenciació de polítiques de protecció, prevenció i promoció de la salut, ja que aquestes permeten reduir costos evitables de despesa sanitària en el futur, incrementant els resultats en salut i contenint la despesa sanitària a llarg termini. A més, amb els programes d'educació sanitària s'aconsegueix la coresponsabilització de l'individu en el manteniment i millora de la seva salut (p. ex.: programa del pacient expert de l'ICS, Programa PAFES del Departament de Salut, etc.).

Des del CatSalut, amb la voluntat de millorar l'eficiència en la utilització de medicaments s'ha incorporat l'avaluació econòmica i l'impacte pressupostari en la seva política

ció amb la indústria farmacèutica.

Tractaments farmacològics d'alta complexitat (TAC): és imprescindible garantir que, en la pràctica clínica, se segueixin les recomanacions sobre les millors condicions d'ús de les noves alternatives terapèutiques en un entorn financerament sostenible i que coadjuvi la innovació.

Pla d'Adequació de la Prescripció en Residències Geriàtriques: atès que la població envellida es caracteritza per un elevat nombre d'usuaris polimedicats que poden rebre medicacions inadequades i duplicitats terapèutiques i alhora amb un major risc de reaccions adverses s'han intensificat els esforços per adequar la prescripció i ús de medicaments i productes sanitaris en aquest àmbit, tot millorant la qualitat de prescripció.

**Judit Cirera i Jordi Domènech**  
Farmacèutics

# Què és l'osteoporosi?

L'osteoporosis (OP) és la malaltia del metabolisme ossi més freqüent. És una malaltia esquelètica caracteritzada per una resistència òssia disminuïda que predispesa a un risc més gran de fractures. La resistència òssia integra el terme massa òssia i la qualitat de l'os, i implica que no és només la massa òssia l'únic factor que determina l'aparició de les fractures, sinó també la qualitat de l'os i altres factors com el risc de caiguda, les forces d'impacte, la geometria de l'os i el gruix de les parts toves.

L'OP és una malaltia freqüent en la població general i es calcula que una de cada dues dones i un de cada sis homes patirà una fractura com a conseqüència. La fractura és la manifestació clínica de l'OP i les fractures osteoporòtiques per excel·lència són la fractura vertebral, la fractura de fèmur i la fractura de l'avantbraç distal.

Així mateix, també existeix una definició densitomètrica de l'OP establerta per un comitè d'experts de l'OMS l'any 1994. Aquesta definició està basada en la mesura de la densitat mineral òssia amb densitòmetre de doble energia dual (DEXA) i per a dones de raça caucàsica. Estableix quatre subgrups segons els valors trobats en relació amb la puntuació T (la mitjana de la població adulta i jove sana) i es defineix de la manera següent:

Normal: si la DMO és superior a -1 desviació estàndard de la puntuació T.

Osteopènia: quan el valor de la DMO és entre -1 i -2,5 desviacions estàndard de la puntuació T.

Osteoporosis: quan el valor de la DMO és menor de -2,5 desviacions estàndard de la puntuació T.

Osteoporosi severa: quan el valor de la DMO és menor de -2,5 desviacions estàndard de la puntuació T i a més s'hi associa la presència de fractures.

## Etiopatogenia de l'OP

L'etiopatogenia de l'OP primària és multifactorial. Es produeix per un desequilibri entre la formació i la resorció òssia i hi predomina aquesta darrera. Hi ha diferents factors que influeixen en el metabolisme i el recanvi ossi, encara que no es coneix ben bé quin és el pes que té cadascun.

Els factors etiopatogènics podríem dividir-los en:

Factors genètics: es calcula que la quantitat de massa òssia que depèn de l'herència és d'aproximadament un 40-50%.

Factors hormonals: l'osteoporosi és una patologia més freqüent en les dones postmenopàusiques. Els estrògens actuarien sobre receptors espe-

Una de cada dues dones i un de cada sis homes patirà una fractura com a conseqüència de l'osteoporosi

cífics de les cèl·lules òssies.

Alteracions dietètiques: una ingesta baixa o aportació insuficient de calci en la dieta necessari per al creixement i consolidació esquelètica alteraria el pic de massa òssia.

Factors locals: implicació de diferents citocines com IL-1, el factor de necrosi tumoral (TNF), l'IL-6 o bé les prostaglandines.

## Epidemiologia de l'OP i les fractures

Atès que l'expectativa de vida és cada cop més gran, l'OP és un problema que va creixent de forma progressiva. Afecta aproximadament entre el 30 i el 40% de les dones postmenopàusiques, xifra que augmenta fins al 50% en les dones més grans de 75 anys. És una malaltia vuit cops més freqüent en dones que en homes.

Com havíem comentat amb anterioritat, la manifestació clínica de l'OP és la fractura. Les més freqüents són les vertebrales, les d'avantbraç distal i les de fèmur. Si analitzem l'epidemiologia de cadascuna trobem:

A/ Vertebrales: la prevalença varia entre les poblacions estudiades. És difícil saber-ne realment la incidència, ja que només un terç de les fractures són simptomàtiques.

B/ Avantbraç distal: la majoria es produeixen en dones. Es calcula que fins a un 50% de les fractures d'aquest tipus es produeixen en dones cap als 65 anys.

C/ Fèmur: la incidència es veu augmentada amb l'edat. Més del 50% de les fractures d'aquest tipus es produeixen en dones de més de 50 anys, encara que l'edat mitjana en què es produeixen és cap als 80 anys.

## Impacte econòmic de l'OP

L'impacte socioeconòmic de l'OP està relacionat amb les fractures. Molts dels pacients que acaben patint fractures són gent gran que ja presenten altres comorbiditats associades i, per tant,

poden tenir un procés de recuperació més lent i perllongat. A més a més, un gran nombre de pacients afectes de fractures experimenten a la llarga limitacions per realitzar les seves activitats bàsiques de la vida diària, i fins i tot arriben a requerir cuidadors o bé ajudes per part dels serveis socials. De fet, les fractures de fèmur, l'impacte socioeconòmic de les quals és el que més s'ha estudiat, són les més costoses quant a hospitalització i rehabilitació, i les que més necessitaran amb posterioritat les ajudes i l'assistència a llarg termini. De fet, només la meitat de les persones que pateix una fractura de fèmur reben l'alta a domicili, ja que l'altra meitat, aproximadament, necessita rehabilitació a llarg termini o bé ingressen en un centre sociosanitari.

Cal esmentar breument que, per exemple, a Suècia els costos hospitalaris aguts derivats de les fractures osteoporòtiques van ser superiors als de l'infart agut de miocardi, als del càncer de mama i als del càncer de pròstata.

## Factors de risc d'OP i fractures

Alguns individus tenen més risc que altres de tenir OP i, per tant, de tenir fractures. Els factors de risc que ajuden a identificar els individus que tindran més risc són els següents:

- Edat superior a 65 anys
- Sexe femení
- Fractura prèvia per baix impacte després dels 40 anys
- Baix pes corporal (índex de massa corporal < 19)
- Pèrdua d'alçada, augment de la cifosi dorsal
- Tractament amb glucocorticoides
- Història familiar de fractura per OP (fractura materna de fèmur)
- Evidència radiogràfica d'osteopènia
- Exposició reduïda als estrògens, ja sigui amenorrea primària o secundària, menopausa precoç natural o quirúrgica abans dels 45 anys
- Malalties associades a OP: artritis reumatoïdeia, hepatopatia crònica, malaltia inflammatòria intestinal, hiperparatiroidisme primari, immobilització perllongada, síndrome de malabsorció

Altres:

- Consum de tabac i alcohol
- Inactivitat física
- Dèficit de vitamina D
- Ingesta reduïda de calci

## Clínica de l'OP

L'OP és una malaltia asimptomàtica fins que es desenvolupen les fractures. La fractura vertebral és la més freqüentment associada a l'OP, però, paradoxalment, és la que passa més desapercibuda, ja que només un terç de les fractures vertebrales són simptomàtiques. Quan aquestes són mani-



A la imatge de l'esquerra, fractura vertebral. A la dreta, fractura de fèmur

festen clínicament, l'individu afecte presenta dolor intens i invalidant, que millora amb el repòs i que va cedint de forma gradual amb el pas dels dies, de manera que queda asimptomàtic o bé presenta dolor raquídi en funció de la postura. Independentment que siguin o no simptomàtiques, el pacient pot presentar pèrdua de l'alçada, augment de cifosi dorsal, prominència d'abdomen o bé que contactin les costelles inferiors amb les crestes ilíacues.

La clínica de la resta de fractures dependrà de la seva localització. La fractura de fèmur proximal és la més greu per les conseqüències clíniques i socioeconòmiques anteriorment esmentades.

## Diagnòstic

Actualment el diagnòstic de l'OP es realitza sobre la base d'uns criteris establerts per part de l'OMS. El patró d'or per diagnosticar la malaltia és l'absorciometria fòtonica dual de font radiològica (DEXA).

És important recordar alguns consideracions perquè:

Els criteris establerts estan realitzats per a la dona caucàsica de raça blanca i no estan consensuats per a dones premenopàusiques ni per a homes.

Els criteris establerts estan basats en la mesura de la densitat òssia per mitjà de DEXA i no altres tècniques de mesura com l'ultrasonografia quantitativa o bé la DEXA perifèrica de falange i calcani.

En les proves de laboratori no hi ha determinacions establertes per al diagnòstic de la malaltia. Es recomana realitzar una anàlítica bàsica amb unes determinacions per descartar osteo-



Fractura d'avantbraç distal

porosis secundària. Sol·licitarem calci, fòsfor, fosfatases alcalines, hemograma, bioquímica general, funció renal i hepàtica, vitamina D, proteïnograma i calciúria en orina de 24 hores. En determinades situacions, sol·licitarem també TSH i la PTH.

Altres exploracions que demanarem seran radiologia de columna dorsal i lumbar en projecció lateral per descartar la presència de fractures vertebrales.

## Tractament

L'objectiu principal del tractament de l'OP és la prevenció de les fractures. El tractament consistirà en unes mesures generals i en unes mesures farmacològiques.

Les mesures generals aniran encaminades a:

- Realitzar una correcta ingesta de calci en la dieta. Les necessitats

en un adult són de 100 mg/dia i en situacions especials, com la menopausa, l'adolescència, l'embaràs i la lactància, són entre 1.200-1.500 mg.

- Fer activitat física moderada.
- Evitar el consum d'alcohol i tabac.
- Evitar les caigudes, ja sigui corregint els defectes visuals si existeixen, il·luminació adequada, retirar objectes que puguin afavorir les caigudes, disminuir fàrmacs que puguin disminuir el nivell de consciència o bé usar protectors de maluc en avis.

Les mesures farmacològiques consistiran en:

- Suplements de calci i de vitamina D: els preparats comercials actuals contenen 600 mg de calci i 400 UI de vitamina D. S'administraran en els casos en què no es cobreixen les necessitats de calci diàries amb la dieta.

- Fàrmacs antiresortius, dins d'aquest grup disposarem de diferents grups: SERMS: raloxifè i bazedoxifè; calcitonina; bifosfonats: àcid alendrònic, àcid risedrònic, ibandronat i àcid zoledrònic.

- Fàrmacs osteoformadors: disposem actualment de tractament amb la PTH que actua formant os.

- Fàrmacs amb mecanisme dual: ralenat d'estronec que actua augmentant la formació òssia i inhibint la resorció.

El fàrmac que s'escollirà dependrà de la presència o no de fractura, del risc de fractura de cada pacient i de l'eficàcia antifractura de cada fàrmac.

Dra. Núria Montalà

# El Programa d'Atenció al Metge Malalt (PAIMM)

El PAIMM (Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt) està orientat al tractament i la recuperació de metges amb problemes psíquics i/o conductes addictives a l'alcohol i a d'altres drogues, incloent-hi els psicofàrmacs. Al mateix temps, el PAIMM garanteix als ciutadans el retorn d'aquests professionals a l'exercici de la medicina en òptimes condicions.

El fet que va motivar la creació d'aquest programa específic per a metges és que aquests no acudeixen als serveis assistencials generals per rebre l'ajut necessari. Les causes que propicien aquesta situació són l'estigmatització que tenen aquestes malalties, la por dels professionals a ser reconeguts i, com a conseqüència d'això, la por a perdre el prestigi professional i, fins i tot, potser la feina. Això dona lloc a l'automedicació i a l'ocultació del problema, que produeix un cert risc de mala praxi i de baixa qualitat en els serveis que presten.

Las característiques del programa són la confidencialitat, que es porta fins a l'extrem de propiciar un canvi de nom en el moment en què el pacient és derivat als serveis assistencials; i l'especialització i especificitat dels serveis, que són totalment gratuïts per als metges en actiu i per als col·legiats a Catalunya.

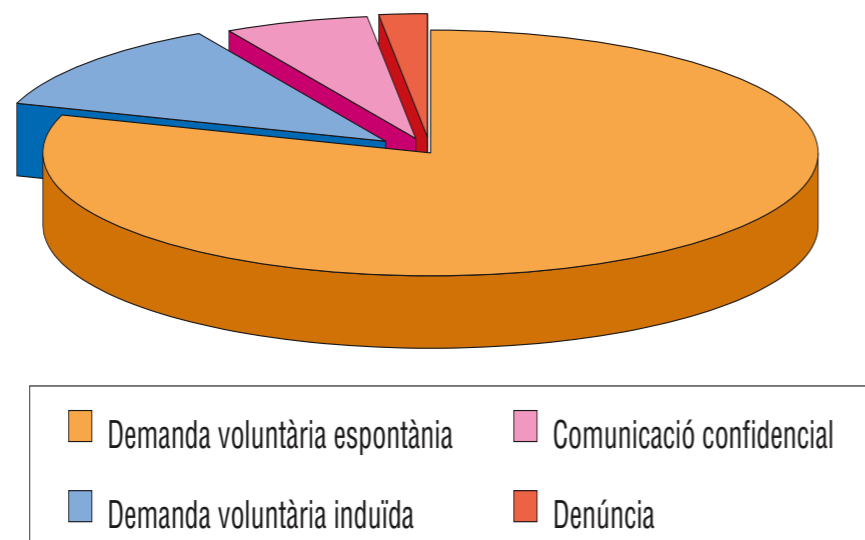
El PAIMM es va crear amb la signatura d'un conveni el 15 de setembre de 1998 entre l'aleshores Departament de Sanitat i Seguretat Social, el Servei Català de la Salut i el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Pocs dies després, els Col·legis de Metges de Girona, Lleida i Tarragona es van adherir formalment al conveni de col·laboració per a la creació del PAIMM.

El Col·legi Oficial de Diplomats d'Infermeria de Barcelona (CODIB) va crear a finals de l'any 2000 el Programa RETORN, mercès a l'ampliació de la subvenció del Servei Català de la Salut per al PAIMM. El RETORN utilitza els mateixos procediments i la mateixa unitat clínica que el PAIMM.

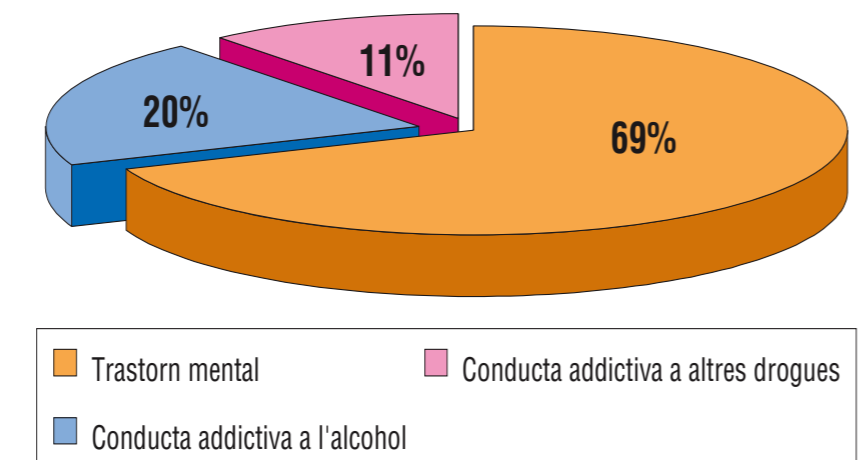
Els serveis assistencials ambulatoris del PAIMM van començar a funcionar el 25 de novembre de 1998; la Unitat d'Hospitalització, l'1 de març de 1999, i els serveis d'Hospital de Dia, el mes de juny de 2001. Va ser també el juny de 2001 quan es van ampliar el nombre de llits de la Unitat d'Hospitalització, que és en l'actualitat la unitat de referència per als ingressos PAIME de la resta de l'Estat.

Durant l'any 2001, en concret el 21

Les característiques del programa són la confidencialitat i l'especialització i especificitat dels serveis, que són totalment gratuïts per als col·legiats



Vies d'accés al programa



Motius d'accés al programa

de febrer, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya va crear la Fundació Galatea, que va començar a funcionar l'1 de juliol de 2003.

El Patronat de la Fundació està format per membres de les següents institucions: els quatre col·legis de metges de Catalunya, el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, el Departament de Salut, la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears i l'entitat Assistència Sanitària Col·legial. Properament, s'incorporaran a aquest patronat els membres proposats pel Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona i del Col·legi Oficial de Veterinaris de Barcelona, mentre que resta pendent la incorporació d'algun membre del Col·legi Oficial d'Odontòlegs de Catalunya. La missió de la fundació és actuar fonamentalment en benefici de la salut i del benestar dels metges, així com de la dels altres professionals de la salut, tot fomentant estratègies d'autoprotecció davant dels diversos factors de risc que poden patir. Els seus objectius són la promoció de la salut i el benestar

dels professionals sanitaris, a més de prevenir l'aparició de malalties i procurar que rebin l'atenció deguda quan ho necessitin. D'aquesta manera, també es garanteix una millor qualitat dels serveis assistencials i, segurament, una salut dels pacients millor. En l'actualitat, la Fundació Galatea treballa en els programes de promoció de la salut següents, a banda dels programes assistencials PAIMM i RETORN:

- La salut de l'estudiant de Medicina.
- La salut del metge resident.
- Salut, gènere i exercici professional.
- La salut de les infermeres.
- La salut dels veterinaris.

L'any 2001, també va començar l'expansió del PAIMM a la resta de l'Estat, amb la signatura dels primers convenis de col·laboració amb col·legis d'altres províncies. Aquesta extensió del programa va continuar produint-se al llarg dels anys successius i, durant l'any 2006, el PAIMM es va consolidar a gairebé tot l'Estat espanyol.

Fins a l'actualitat, s'han organitzat tres congressos estatals del PAIME. L'any 2003, el 9 i 10 d'octubre, es va celebrar el I Congrés Nacional PAIME a Còrdova, organitzat conjuntament per l'Organització Mèdica Colegial de Espanya, la Fundación Colegio de Médicos de Còrdoba i la Fundació Galatea del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. El II Congrés Nacional PAIME va tenir lloc a Toledo, del 2 al 4 de juny de 2005. El III Congrés Nacional PAIME es va celebrar del 12 al 14 de novembre de 2008 a la seu del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, coincidint amb la celebració del 10è aniversari del naixement del PAIMM. El IV Congrés Nacional PAIME se celebrarà a Màlaga el 2 i 3 de març d'enguany.

Les vies d'accés al PAIMM són:

**Petició voluntària**, ja sigui espontània (el metge malalt reconeix el seu problema i decideix demanar ajuda) o induïda (quan el metge malalt demana ajuda per la pressió d'algú amb ascendència i/o autoritat sobre ell).

**Comunicació confidencial** (el metge malalt accedeix al programa després d'haver estat citat per un membre, habitualment el secretari, del seu Col·legi de Metges a causa d'una informació prèviament contrastada amb risc de mala praxi i sempre després que un company o familiar hagi intentat adreçar-lo al PAIMM sense èxit).

**Denúncia formal**: l'acollida al programa es fa a través d'un telèfon directe per a les primeres trucades. La trucada és atesa per un professional sotmès a criteris de confidencialitat. Durant l'entrevista d'acollida es confirma la col·legiació del pacient i es recull informació del problema que s'ha de tractar, fet que permetrà adreçar el pacient al terapeuta més adient pel seu tipus de patologia i, al mateix temps, afavorir una millor orientació del terapeuta en

el seu primer contacte amb el metge malalt. És també durant l'acollida que s'efectua el canvi de nom del pacient.

El Contracte Terapèutic (CT) és un compromís per a l'acompliment del tractament entre les parts implicades: metge malalt, terapeuta, tutor i representant del Col·legi de Metges corresponent. S'utilitza en casos de risc per la praxi i quan el metge malalt nega o minimitza el seu problema. El seu objectiu és assolir la recuperació del pacient.

La durada del CT sol ser d'entre sis mesos i un any. Passat aquest temps, es procedeix a la revisió i, o bé es dona per finalitzat o se'n signa un de nou, moltes vegades no per fracàs terapèutic, sinó per a una millor consolidació del procés terapèutic. El percentatge de metges malalts que han requerit un CT no arriba al 6% del total de metges atesos.

L'any 2007 va suposar un important increment qualitatiu en els serveis assistencials del PAIMM pel fet que es va posar en funcionament la Clínica Galatea, que és la clínica pròpia del programa. És en aquest centre on s'atenen, des del mes de novembre, les visites ambulatories, es fan els ingressos hospitalaris i es desenvolupa el Programa d'Hospital de Dia per a conductes addictives.

Durant aquests més de 12 anys, s'han atès un total de 1.640 metges, dels quals 1.343 són de Catalunya i, d'aquests, 63 corresponen al Col·legi de Metges de Lleida.

L'edat mitjana dels pacients oscil·la entre 41 i 55 anys.

EL PAIMM és un programa pioner a Europa. Els únics antecedents els trobem als EUA, el Canadà, Austràlia i Nova Zelanda. Els programes específics dedicats a metges malalts obtenen millors resultats que els destinats a la població en general, tant per la major adhesió al tractament com pel major percentatge de rehabilitacions

El 55,4% (909 casos) són homes i el 44,6% (731 casos) són dones.

Activitat assistencial ambulatoria	
Total de primeres visites	2.320
Visites de seguiment	31.269
Psicoteràpies individuals	11.098
Psicoteràpies de grup	1.790
Psicomètries i estudis neuropsicològics	1.237
Dictàmens	72

Intervencions en la Unitat d'Internament	
Ingressos totals (ingressos + reingressos)	1.092
Estades totals	34.336
Psicoteràpies individuals	9.519
Psicoteràpies de grup	1.881
Psicomètries i estudis neuropsicològics	2.396

El 5,58% dels metges de Catalunya atesos, és a dir, un total de 75 pacients, han signat un total de 134 contractes terapèutics.

L'any 2009, es va crear l'European Association for Physician Health (EAPH). En la seva reunió inaugural, que va tenir lloc a Oslo el 28 i el 29 d'octubre, es va aprovar la constitució de l'associació, i la Fundació Galatea en va ser membre fundador. Dos dels professionals de la fundació ocupen càrrecs entre els 8 officers de la seva Junta de Govern, en concret la secretaria i una vocalia. L'EAPH va designar Barcelona com la seu del I Anual Meeting, que va tenir lloc el 2 i 3 de desembre de 2010, organitzat per la Fundació Galatea.

El PAIMM és un programa pioner a Europa. Els únics antecedents de programes similars els trobem als EUA, el Canadà, Austràlia i Nova Zelanda. Les experiències en aquests països posen de manifest que els programes específics dedicats a metges malalts obtenen millors resultats que els destinats a la població general, tant per la major adhesió al tractament, com pel major percentatge de rehabilitacions. És important ressaltar que tots aquests programes anglosaxons no compten amb el grau de col·laboració de les administracions públiques sanitàries que s'ha aconseguit a Espanya.

El programa s'ha presentat en nombrosos fòrums nacionals i internacionals i ha rebut diferents reconeixements i guardons.

Dra. Carme Bule i Dr. Antoni Arteman

# Fonts d'aigües guaridores de les comarques del Segrià, l'Urgell i la Segarra

Des dels temps més llunyans, l'home ha buscat l'aigua perquè li és imprescindible per viure. Però aviat va descobrir que l'aigua de les fonts no solament serveix per apagar la set, sinó que també és útil per guarir certes malalties. Són les "fonts d'aigües guaridores".

Dins del gran grup d'aquestes fonts, encara es poden diferenciar les "fonts medicinals", que deuen les seves propietats a la presència en la seva composició de certs elements químics dotats de propietats medicinals, de les "fonts guaridores d'origen teúrgic", que curen per la tradició llegendària d'origen màgic i misteriós i no per la seva composició química.

A la vegada, les "fonts medicinals" poden classificar-se en sulfurades, clorurades, bicarbonatades, sulfatades, ferruginoses, nitrogenades i oligometal·liques i, segons la temperatura amb què brollen, en hipertermals, mesotermals i fredes.

El nom de la font ens pot oferir molta informació, tant de l'indret on es troba ubicada com de la naturalesa de la seva aigua, així com d'alguna llegenda que l'envolta. Així, tenim les fonts de la salut, les fredes, les caldes, les amargues, les salades, les picants, les sagrades, les de les febres, les de Santa Llúcia o dels ulls, les del ferro, les del sofre, les de les bruixes, les pudes, les del remei, etc.

## Antecedents històrics

El caràcter naturalista de les religions dels pobles primitius s'expressa molt en el culte a l'aigua de les fonts, dels rius, dels estanys, etc.

En la mitologia, Fons, Fontus o Fontanus era l'esperit diví que existia en tota aquella aigua que brollava del sòl. Era el numen "aquari" de les inscripcions llatines o el *geni fontis*.

A Roma, la veneració a les fonts va ser un element molt important del culte

El caràcter naturalista de les religions dels pobles primitius s'expressa molt en el culte a l'aigua de les fonts, dels rius, etc.

nacional.

Les divinitats protectores de les aigües eren les nimfes, que es classificaven en "potomides" o nimfes protectores de les aigües dels rius; "naiades", "crenees" o "pegees", protectores de les aigües de les fonts i rierols, i "limnades", protectores de les aigües dels estanys.

Silè, en forma d'un ancià obès i calb, sempre embriac però molt savi, era la representació del riu. Era un dels personatges del seguici de Dionís i personificava el geni de les fonts i els rius.



Font del santuari de Butsenit

Les nàiades simbolitzaven la divinitat de les fonts. Posseïen virtuts remeieres, motiu pel qual els malalts hi anaven per cercar la guarició de llurs afeccions. Eren representades com formoses donzelles coronades de flors.

L'aigua, com el foc, era l'element purificador més important. Per guarir-se d'una malaltia s'havia d'acudir al riu o a la font, perquè, amb el bany, l'aigua s'emportés les impureses inherents a llur patiment. Aquest era el fonament de la medicina catàrtica (de *khatarsis* o neteja de tipus medicinal), que tenia per objectiu principal eliminar un element nociu del cos.

A aquesta higiene diària guaridora s'hi va afegir el coneixement de les propietats de certes aigües minerals i termals, la qual cosa va reforçar el paper de les nimfes com a divinitats salutíferes, juntament amb Asclepi, com ho certifiquen moltes inscripcions votives.

Cada any, el 13 d'octubre se celebren les Fontinalia en honor a les fonts, i un dels ritus consistia a llençar flors a les fonts.

Segons Plini, no hi ha regne a la naturalesa en el qual es vegin manifestacions tan meravelloses com en el de les fonts.

A Grècia, les fonts solien estar situades a prop dels temples i sota la protecció de les seves deesses.

El culte a les fonts va ser més important als pobles ibers que a la mateixa Roma. La ràpida romanització que va experimentar el país va fer perdre els seus propis cultes, motiu pel qual els seus noms ens són desconeguts.

El cristianisme va haver de lluitar per evitar les pràctiques supersticioses a les quals aquells cultes donaven lloc. Per aconseguir-ho, substituïen el geni pagà per una divinitat cristiana.

El santuari és un temple dedicat a la Verge o a algun altre sant venerat per l'Església. Els fidels hi han anat en peregrinació en determinats dies de l'any o particularment per complir amb algun



Font del Santuari de Granyena



Font de Sant Jaume de Llardecans

vot o promesa.

En molts d'aquests, el lloc on es troben ubicats correspon a un d'anterior de culte pagà. La situació de la majoria dels santuaris es veu supeditada a condicions naturals que, en el seu temps, es creia que afavorien l'aparició dels nùmens, com punts alts o paratges abruptes, amb molta freqüència vora una font o en una cova, etc.

Quan d'una font no brolla aigua durant tot l'any se la coneix com "font mentidera".

L'adjectiu *sant* referit a una font, una vall o una muntanya en la toponímia de les nostres terres se sol referir a la presència en el lloc d'una antiga divinitat, en general preromana, que posteriorment es va romanitzar. Més endavant, malgrat la cristianització, restà sovint en l'esperit del poble el caràcter màgic i misteriós d'aquell indret.

El poble de Fontsagrada, al Pallars Jussà, deu el seu origen a l'existència d'una font sacra romana, naturalment sota l'advocació d'una divinitat pagana de la qual s'ha perdut el record. També

ha de tenir el mateix origen la font anomenada Fontsagrada, a prop del poble de la Clua, a la Noguera.

Dissortadament, la nostra epigrafia romana, si exceptuem la Vall d'Aran i Guissona, és molt pobra i no ens ha deixat testimoni d'aquestes divinitats.

Són diversos els indrets de les nostres comarques que comparteixen el topònim Nou Fonts. Ha estat molt arrelada en l'esperit del nostre poble la creença dels beneficis que s'obtenien en qualsevol malaltia pel fet de beure aigua de "nou fonts". Aquests beneficis eren molt més acusats si es feien la nit de Sant Joan.

## Fonts que estudiem

De les comarques que integren la regió de Lleida (el Segrià, les Garrigues, el Pla d'Urgell, l'Urgell, la Noguera i la Segarra), ens centrarem primer en l'estudi d'algunes de les fonts guaridores de les comarques del Segrià, l'Urgell i la Segarra, pel fet de considerar que s'hi troba una mostra prou representativa de

les diferents modalitats descrites.

## Comarca del Segrià

El topònim de Segrià no es refereix especialment al riu Segre, sinó al reguer o clamor de Segrià que es forma amb barrancs de pluja entre els termes d'Alguaire i la Portella, i que, després de resseguir per Vilanova de Segrià i Benavent, aiguabarreja al Segre.

El mot Segrià ja apareix a l'*Ordinatio Ecclesiae Ilerdensis* promulgada el 1168 pel bisbe Guillem Pere de Ravidats en establir la divisió eclesiàstica.

El Segrià comprèn cinc zones: el Segrià Superior, el Pla de Lleida, el Baix Segre, el Garriguenc i l'Urgellès. És travessat pel riu Segre, que és com l'eix de la comarca, i pel Noguera Ribagorçana.

Tradicionalment, la comarca del Segrià comprenia el sector que incloïa la plana situada entre la Noguera Ribagorçana al nord, el Segre a l'est i el Pla de Lleida al sud.

Actualment, els seus límits són més amplis. Incorporen el Pla de Lleida, format pels termes de Lleida, Alpicat, Alcarràs i Almacells, i les zones de Maials i Llardecans. Aquestes dues últimes són el sector de migdia, que no es diferencia de la comarca de les Garrigues, a la qual van pertànyer fins que, per criteris de tipus administratiu, van ser incloses al Segrià.

## La font de Butsenit

Coordenades 2982/46063. Altitud 136 m.

S'hi va per la carretera de Saragossa, on, al km 458, un desviament a l'esquerra ens porta a la font i al santuari de Butsenit.

Pertany al municipi de Lleida i es troba al costat del santuari de Butsenit. Des de temps immemorial ha estat un lloc de romiatge de gent del Segrià, i fins i tot de terres força llunyanes, per persones afectades de malalties dels ulls.

És interessant el cas del cirurgià francès Domingo Pascal, que va exercir a Saragossa i a Tortosa. En assabentar-se de les propietats guaridores de les aigües de la font de la Mare de Déu de Butsenit, va traslladar el seu domicili a Lleida amb la finalitat de poder visitar-la amb assiduitat.

La tradició fa referència a la troballa de la imatge de la Verge per un vailet que pasturava bous per aquell indret.

Diuen els seus goigs:

*Curau ciegos infinitos  
i als de vista mal danyada  
puix sou Reina singular  
de Butsenit nomenada*

Als malalts, abans de rentar-se els ulls amb l'aigua miraculosa de la font, el capellà del santuari els havia posat sota la parpella una petita petxina de nacre que es conserva en un artístic estig. La petxina, per la seva forma, sembla

representar un ull amb la nineta especialment marcada.

El culte al santuari de Butsènit és d'origen prehistòric. Ens ho demostren els vestigis arqueològics que han aparegut pel seu entorn, com el camp d'urnes de l'edat de bronze final de Granja Filella i el poblat ibèric de Puig Pelegrí.

Des de Puig Pelegrí és ben visible la balma que podria haver estat el santuari prehistòric precursor de l'actual i, per tant, un dels molts centres de culte primitiu que es van cristianitzar gràcies a la seva arrelada veneració en l'esperit de la gent.

L'Ídol de Puig Pelegrí aparegut en aquell indret, amb els seus ulls grossos, seria l'antecedent més remot del culte guaridor de les malalties dels ulls de les aigües de la font del Santuari de Butsènit.

#### Les fonts d'Alcarràs

Coordenades 2926/46047. Altitud 137 m.

Situades a 10 km de Lleida per la carretera Nacional A-2, de Lleida a Madrid.

Les aigües de les fonts que van proveir el balneari d'Alcarràs van ser classificades com clorurades sòdiques, ferruginoses, bicarbonatades i fredes. Indicades en les malalties de la pell, reumatismes i anèmies ferropèniques.

La seva composició és la següent:  
 Àcid carbònic lliure: 12,88 g x 1.000  
 Bicarbonat ferrós: 0,025 g x 1.000  
 Bicarbonat càlcic: 0,032 g x 1.000  
 Fosfat fèrric: 0,014 g x 1.000  
 Silicat sòdic: 0,018 g x 1.000  
 Bromur sòdic: Indicis g x 1.000  
 Clorur sòdic: 4,750 g x 1.000  
 Clorur càlcic: 0,170 g x 1.000  
 Clorur magnèsic: 1,420 g x 1.000  
 Sulfat càlcic: 2,856 g x 1.000  
 Sulfat magnèsic: 0,540 g x 1.000  
 Nitrat de calci: 0,559 g x 1.000  
 Alúmina: indicis g x 1.000

Les virtuts d'aquestes aigües ja les coneixien i se'n van beneficiar els romans.

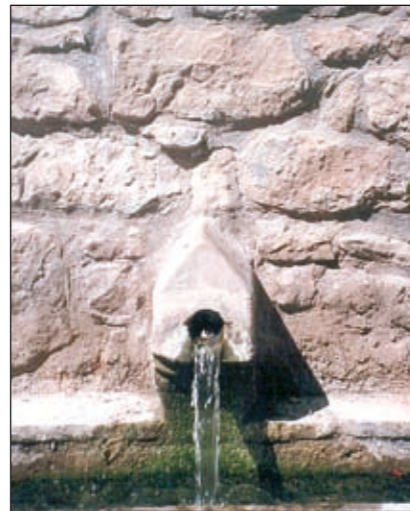
En segles posteriors, els vilatans, intuïtívament, sabien que certes malalties dermatològiques milloraven i guarien en rentar-s'hi les parts afectades.

Van ser dues casualitats les que van fer que les aigües de les fonts d'Alcarràs fossin conegudes arreu. La primera es va produir quan un veí va anar a la consulta del doctor Martí Castells a Lleida. Li va explicar que l'aigua de la font de la vila curava les malalties de la pell i no servia per regar els horts, ja que pansia les verdures.

La segona casualitat va succeir quan, el 22 de maig de 1868, el mateix doctor Castells, en retornar de Soses, on havia anat a fer una consulta mèdica, va tenir un accident. El títburí amb el qual viatjava va topar violentament amb la diligència de Seròs. Les lesions que va patir l'obligaren a romandre a Alcarràs durant disset dies. Aquesta estada li va



Font de Sant Roc de Torrebesses



Aigua de Rocafort

madurar la idea de fundar un balneari. Poc després de publicar *Memoria sobre el manantial de Alcarràs*.

Ateses les seves propietats, l'administració el va declarar d'interès públic i va ser premiat a l'Exposició Balneològica de Frankfurt de 1881 i a l'Exposició Universal de Barcelona de 1888.

El plànol de l'edifici que havia projectat va ser aprovat per R.O. del 15 de maig de 1887. Però, malauradament, el doctor Castells va morir a Barcelona el 2 d'abril de 1887 i no va poder veure ni tan sols iniciades les obres.

Va ser el seu fill Camil, també especialista en aigües medicinals i metge de banys, qui va reprendre l'obra d'aquell establiment i va aconseguir obrir-lo l'estiu de 1896. Però el balneari va tenir una vida curta a causa de la malaltia psíquica que va afectar aquest metge i ningú no va continuar la seva explotació.

#### La font del Santuari de Santa Maria de Granyena

Coordenades 3055/46130. Altitud 156 m.

El camí de Granyena neix a l'avinguda President Josep Tarradellas (Cappont) de la ciutat de Lleida.

Pel seu origen miraculós, les aigües de la font del santuari de Granyena van gaudir de virtuts remeieres en qualsevol malaltia.

La Mare de Déu de Granyena ha estat molt invocada pel poble en qualsevol malaltia o adversitat.

Un pas de barca situat a indret seu facilitava el pas dels molts devots pelegrins que visitaven el santuari.

Durant les mortíferes epidèmies de pesta que va patir la ciutat de Lleida, es feien processons per cercar la seva protecció.

#### La font del Pas de Sarroca

Coordenades 29810/459225. Altitud 269 m.

Des de Sarroca, per la carretera de Maials, de seguida i a l'esquerra hi ha un camí de terra i, en una cruïlla que hi ha a uns 200 metres, ja es veu l'aigua procedent de la font, que brolla de sota una roca.

Els veïns dels pobles del seu entorn hi duïen els nadons "ullpresos", és a dir, embuixats, que per aquest motiu rebutjaven el pit de la mare.

El seu caràcter màgic fa també patent la creença difosa per la rodalia que, quan hi havia pesta porcina, els porcs que bevien aigua d'aquella font no emmalaltien ni morien mai de la tan temuda epidèmia.

#### La font de Sant Jaume de Llardecans

Coordenades 2987/45489. Altitud 397 m.

A 2 km de Llardecans, per la carretera de Lleida, s'agafa el camí de les Escorres. A 500 metres, hi ha un desviament a la dreta i, aproximadament, a 1,3 km es troba la font, situada en un rocam. Popularment és coneguda també com "font de la Bernarda".

Tradicionalment, la seva aigua és molt



Font del Santuari del Tallat



Font de Rocafort de Vallbona



Font de la Salut de Verdú

remeiera com a tractament de qualsevol malaltia.

Segons la llegenda, quan Sant Jaume anava de camí cap a Galícia, va reposar en aquell paratge. Com que tenia molta set, va fer brollar miraculosament aigua de sota la roca. Una altra versió assegura que va ser el seu cavall, molt assedegat, qui va donar una potada a una pedra d'aquell rocam i, des d'aleshores, en aquell punt va brollar aigua

en abundància. A la roca es pot veure encara la petjada que hi va deixar la pota del cavall.

El paratge és ric en troballes prehistòriques.

#### La font de Sant Roc de Torrebesses

Coordenades 2999/45882. Altitud 300 m.

Per la carretera de Lleida a Tortosa, passats 2 km després de Sarroca, un

desviament a l'esquerra ens portarà a Torrebesses. Des del poble, surt el camí de l'ermita de Sant Roc i, des d'allí, en pocs metres, s'arriba a la font, que es troba situada sota una roca a 300 metres d'altitud.

Tradicionalment, la seva aigua és bona per a les malalties febrils i contagioses. Va ser emprada especialment per al tractament de la pesta.

Dues cavitats cilíndriques excavades en una roca a l'entorn de la font, que la llegenda atribueix a petjades del cavall de Sant Jaume al seu pas per aquell indret, són indicatiu de l'existència d'un lloc de culte ancestral en aquell paratge.

Un conjunt de creus gravades a la roca que cobreix la font ens demostren el seu origen teúrgic. Creiem que aquestes creus són exvots de malalts agraïts per haver guarit de llur malaltia. És molt significativa la data de 1657 que també hi apareix gravada, ja que correspon a un any en què la pesta va colpejar el país amb gran virulència.

Com en altres llocs de culte prehistòric, no hi manca un santuari, en aquest cas sota l'advocació dels dos grans sants protectors de la pesta, Sant Roc i Sant Sebastià.

Segons els goigs de Sant Roc:

*Los devots desta parròquia vos venim a suplicar que de tota pestilència, Vos nos vulgueu defensar confiant serà guardada de tot mal contagiós guardau-nos de pestilència, beneït Sant Roc gloriós.*

Els de Sant Sebastià:

*i tinguesseu gran poder contra tants mals com hi ha guardau-nos de pestilència gloriós màrtir Sebastià.*

#### Comarca de l'Urgell

Aquesta comarca està situada a la part oriental de la Depressió Central de Catalunya, limitada al nord per les serres d'Almenara i de Montclar i, al sud, per la serra del Tallat. Recorren la comarca els rius Sió, Ondara i Corb, tots de cabal escàs i condicionats per la pluviometria. La seva capitalitat radica a la ciutat de Tàrraga. Ha estat absolutament diferenciat del Pla d'Urgell, amb Mollerussa com a capital.

#### La font de Rocafort de Vallbona

Coordenades 3410/46026. Altitud 446 m.

S'hi pot anar per la carretera de Sant Martí de Maldà a Guimerà.

Les seves aigües bicarbonatades i càlciques (de la varietat litíniques, ferruginoses i magnèsiques) són diürètiques, digestives, laxants, estimulants, tòniques i sedants.

A la *Gaceta Oficial* del 20 de maig de 1918, les aigües medicinals de Rocafort van ser declarades d'utilitat pública.]]



Font de la Salut de Guissona

Actualment no es comercialitzen.

**La font de Rocallaura**

Coordenades 3445/46968. Altitud 599 m.

S'hi arriba per una carretera que, des de Vallbona de les Monges, fa cap a Rocallaura.

Són aigües bicarbonatades i càlciques riques en estronci de litina. Són diürètiques. Brollen d'una roca des d'on són conduïdes a la planta d'embotellament i comercialitzades amb el nom d'aigua de Rocallaura.

La seva fórmula és:

- Bicarbonat càlcic: 0,3952 g/l
- Bicarbonat magnèsic: 0,1109 g/l
- Bicarbonat ferrós: 0,0160 g/l
- Bicarbonat lític: 0,0149 g/l
- Bicarbonat sòdic: 0,0027 g/l
- Sulfat càlcic: 0,1151 g/l
- Sulfat magnèsic: 0,1869 g/l
- Sulfat d'estronci: 0,0262 g/l
- Clorur potàssic: 0,0068 g/l
- Clorur sòdic: 0,0274 g/l
- Clorur magnèsic: 0,0265 g/l
- Silici: 0,0260 "

L'any 1908, el besavi de l'actual propietari, Josep Vilanova, va edificar vora la carretera un espaiós edifici de tres plantes amb vuitanta habitacions. Destinat a balneari, no es va arribar a inaugurar.

Actualment, ha estat reedificat de nou i dotat de tots els elements propis d'un establiment d'aquestes característiques.

**La font de la Salut de Verdú**

Coordenades 3456/46089. Altitud 434 m.

S'hi pot anar per la carretera de Tàrraga a Montblanc (C-14). Un desviament a l'esquerra ens porta a Verdú. La font es troba en una arbrada vora un camí que surt de la part posterior del castell, a l'indret on hi va haver l'ermita de



Font de la Vila de Guissona

Santa Magdalena, de la qual encara en resten vestigis.

Com indica el seu nom, a la font de la Salut o de Santa Magdalena se li han atribuït virtuts protectores i remeieres per a qualsevol malaltia. Al seu entorn han aparegut restes d'època ibèrica i romana.

**La font del Santuari del Tallat de Vallbona de les Monges**

Coordenades 3445/45932. Altitud 789 m.

Es troba a Vallbona de les Monges. Des de Rocallaura, una pista asfaltada ens porta al santuari. Per arribar a la font cal agafar, uns 500 metres abans, un camí a la dreta, seguir 100 metres més i ja la veurem a l'esquerra.

Per les seves propietats miraculoses, era d'obligada visita per a tots aquells que anaven de pelegrinatge al santuari.

Segons la tradició, la imatge de la Mare de Déu del Tallat va ser trobada per un pastor vora la font.

Es diu que l'any 1493 hi van pujar els Reis Catòlics per donar les gràcies a la Verge pel descobriment del Nou Món i, a la vegada, inaugurar l'ampliació de l'antiga ermita del segle XII.

El santuari va ser centre de pelegrinatge durant les múltiples epidèmies de pesta que va patir el país, tant per gents de la Segarra com de bona part de l'Urgell i de la Conca de Barberà.

L'any 1483, a Tàrraga es morien de pesta. El 7 de maig, el Consell va deliberar que "l'endemà de Cinquagessima se fes una processó a la Verge Maria del Tallat suplicant nos vulle recaptar be, amb lo seu precios Fill nos vulle ajudar e vulle ser advocada nostra e de la Universitat".

Pel seu caràcter atàvic, cal citar les processons de pregària motivades per qualsevol flagell que afectés els pobles

de la comarca. Els components anaven dejuns, descoberts, descalços, només amb una túnica de sac, amb una canya amb una creu a l'extrem en una mà i en l'altra uns rosaris. Entraven al temple de genollons i es deien tres misses que els assistents oïen en total silenci. Aquesta cerimònia era presidida per trenta-tres homes.

**Comarca de la Segarra**

Situada a l'Altiplà Central de Catalunya, la Segarra limita al nord-est amb el Solsonès, al nord-oest amb la Noguera, a l'oest amb l'Urgell i al sud amb la Conca de Barberà.

El territori que històricament va ser conegut com la Segarra no coincideix amb l'actual. Hem de distingir entre la Segarra Alta, centrada a Calaf i Torà; la Segarra Central, a Cervera, i la Segarra Baixa, a Verdú, Santa Coloma de Queralt i Vallfogona de Riucorb. Actualment, aquestes dues han estat incloses a la Conca de Barberà.

L'estructura de la Segarra és plenament oligocènica. A causa dels seus desnivells, forma part de tres conques hidrogràfiques: la del Segre, la del Llobregat i la del Gaià. Quatre rius de cabal molt escàs formen la seva xarxa hidrogràfica: el riu Corb, el d'Ondara, el Sió i el Llobregós.

El santuari de Santa Maria de l'Aguda es troba situat al cim de la serra que rep el mateix nom. És d'estil romànic, del segle XI.

La Mare de Déu de l'Aguda ha gaudit de molta devoció com a protectora en qualsevol malaltia, i especialment dels parts.

**Font de la Salut de Guissona**

Coordenades 3580/46279. Altitud 484 m.

Guissona es troba situada a 19 km de Tàrraga per la carretera L-310. La font brolla a 1,5 km al sud de la població.

Les seves virtuts guaridores són conegudes des de l'edat de bronze, però especialment en època romana, període en què han aparegut monedes i ceràmica al seu entorn.

La font de la Salut és molt concorreguda per les moltes virtuts guaridores i protectores de la salut que se li atribueixen.

**Font de la Vila de Guissona**

Coordenades 3580/46279. Altitud 484 m.

Guissona es troba situada a 19 km de Tàrraga per la carretera L-310.

D'excel·lent qualitat, és especialment diürètica i, per tant, indicada en la litiasi renal (mal de pedra).

De la part principal de la font, protegida per una volta de pedra, en brollen cinc dolls de la boca d'uns caps de figura zoomorfa.

Entre els veïns, la que tradicionalment es creu posseïdora de més virtuts guaridores és la que raja del broll central, perquè es troba situada sota la fornícula amb la imatge de la Mare de Déu de la Salut. Els devots acostumaven a fer una pregària abans de beure-la.

**Font del Santuari de Santa Maria de l'Aguda de Torà**

Coordenades 36730/463105. Altitud 611 m.

Carretera de Ponts a Torà. A 1 km abans d'arribar-hi, surt una pista a l'esquerra que, en 2 km, ens portarà fins al santuari i antic poble de l'Aguda.

De la carretera de Ponts a Torà, a 1 km abans d'arribar a Torà, surt una pista a l'esquerra que en 2 km ens portarà fins al santuari i antic poble de l'Aguda.

Al mateix costat del santuari, hi ha una font que, segons la tradició, gaudeix de propietats miraculoses en tota mena de malalties, i especialment per a les parteres.

El santuari de Santa Maria de l'Aguda es troba situat al cim de la serra que rep el mateix nom. És d'estil romànic, del segle XI.

La Mare de Déu de l'Aguda ha gaudit de molta devoció com a protectora en qualsevol malaltia, i especialment dels parts.

Antigament, per demanar salut per a un malalt o en cas de parts difícils, ana-

**Antigament, per demanar salut per a un malalt o en cas de parts difícils anaven a fer les pregàries set donzelles a la font de la Mare de Déu de l'Aguda**

ven a fer les pregàries set donzelles.

Segons deien els seus goigs:

*Les dones que estan prenyades per la vostra intercessió de mal part són deslliurades cridant-vos amb devoció i amb la seva oració vostra mercè és coneguda*

Serra Vilaró va localitzar un poblat ibèric en aquell indret. J. Corberó, de Torà, ha trobat entorn de la font diverses després votives. Nosaltres hi descobrirem dos gravats en una roca, d'un metre aproximadament de llargària.

En un hi apareix una esquematització humana molt interessant, de caràcter necrològic. És el culte als morts en el qual s'idealitza l'ànima del difunt amb aquests signes simples.

Cronològicament, aquests gravats podrien pertànyer a l'eneolític.

El santuari de l'Aguda, com molts altres, té, per tant, l'origen en la cristianització d'un de molt anterior, prehistòric, radicat en aquell mateix paratge.

El poder miraculós de l'aigua de la font i la pregària de les set donzelles són, sens dubte, reminiscències de cultes antiquíssims.

**Font de Fillol de Cervera**

Coordenades 3570/46138. Altitud 565 m.

Es troba situada a 3 km de Cervera,

un cop passat el convent de Sant Francesc d'Assís.

És una aigua oligometal·lica freda d'efectes eupèptics, aperitius i lleugerament laxants.

**Font de Timor**

Coordenades 3610/46117. Altitud 700 m.

L'antic lloc i castell de Timor pertany a Sant Pere dels Arquells, del municipi de Sant Antolí i Vilanova.

A 5 km de Cervera, a la carretera de Lleida a Barcelona (A-2), entre el km 25 i 26, abans d'arribar a Sant Antolí i Vilanova, ens desviem a l'esquerra i el segon camí que trobarem a l'esquerra porta directament a Timor.

Les seves aigües són purgants o laxants, segons la dosi. La seva acció és anàloga a la de les aigües de Rubinat.

Fórmula:

- Àcid carbònic: 7,94 cc 0,01566 g
- Nitrogen: 0,02914 g
- Sulfat sòdic anhid.: 39,7627 g
- Sulfat magnèsic anhid.: 3,9016 g
- Sulfat càlcic: 1,3126 g
- Clorur sòdic: 1,1578 g
- Carbonat càlcic: 0,2254 g
- Silíce: 0,0274 g
- Total: 46,51230 g

**Fons de Rubinat**

Coordenades 3602/46096. Altitud 671 m.

Carretera N-2 de Lleida a Barcelona. Passat Cervera, un desviament a la dreta ens porta a Rubinat i, d'aquí, a una pista fins a les diferents fonts.

Rubinats pertany al municipi de Sant Pere dels Arquells.

Hi ha dos tipus d'aigua de Rubinat, les que brollen de diferents punts del torrent Salat o de Sant Romà: les de la font Amarga, que són aigües sulfatades fredes, i les de Sant Romà, Salat i Serra, que són sulfatades mixtes.

L'aigua de Rubinat està indicada per a les malalties de l'aparell digestiu, restrenyiment, dispèpsia i diverses dermatosis. Segons la dosi, té propietats laxants




Fons de Rubinat









**4,5%\***  
**d'interès tècnic**  
**anual garantit**



**MutualMèdica**

De metge a metge

## AMB EL MUTUALISME TOTS GUANYEM

Mutual Mèdica s'ha consolidat com a referent dels metges en la seva previsió social. Ara també en la dels seus familiars i companys de professió, per això oferim l'ASSEGURANÇA DE JUBILACIÓ COMPROMÍS, per a que tots es beneficiïn de pertànyer a la mutualitat de previsió social dels metges.

Gaudeixi ara:

- Un 4,5% d'interès tècnic garantit\* el primer any i un 2,5% a partir del segon any fins a la seva jubilació.
- Augment del capital garantit per la participació anual en beneficis a partir del segon any.
- Possibilitat de cobrar en forma de capital o renda, creixent anualment.

I a més , amb una desgravació fiscal de fins al 100% en l'IRPF.

\*Interès tècnic garantit el primer any, sense participació en beneficis i fins a esgotar l'emissió.