

B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 93 · Març de 2012

**Esport i suplementes  
dietètics.  
Són eficaços  
i innocus?**

# L'assegurança del seu vehicle cobreix el més important al millor preu?



Les millors cobertures i fins a un 55% de descompte<sup>1</sup>

## Algunes de les garanties que ofereix MediMotor<sup>2</sup>:

- Indemnització del **100% del VALOR DE NOU** els 3 primers anys.
- **Assistència en viatge** de les persones assegurades encara que el desplaçament es faci en un vehicle diferent a l'assegurat.
- **Substitució de roda** en cas de punxada.
- Cobertura de **defensa en multes**.
- **Cotxe de substitució**.

1. El percentatge de descompte pot variar en funció del resultat de la consulta de la base de dades SINCO.

2. MediMotor (zmp). Cobertures aplicables segons modalitat i paquet contractat. Les condicions generals aplicables estableixen amb detall totes aquestes garanties.

informi-se'n al seu Col·legi  
o trucant al telèfon  
**902 198 984**  
medicorasse@med.es  
www.med.es



MEDICORASSE, Cooperativa de Seguritat, NIF: A-69.4082210. DGS. c/rau, J. 808. Polígon de Responabilitat Civil i Avaluació d'Accidents amb la línia 26/2006, de 17 de juliol.

## BUTLLETÍ mèdic

Número 93, març del 2012

**Edició:** Col·legi Oficial de Metges de Lleida  
Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida  
Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41  
http://www.comll.es  
butlletimedica@comll.es

### Consell de Redacció:

Tomàs Alonso Sancho  
Mireia Armengol Gay  
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  
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:** COMLL

**Fotomecànica:** Gràfics Claret, SL

**Impressió:** ImpresPla, SL

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

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

### TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per 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 fotollits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen el 18% d'IVA

## EDITORIAL

# El poder de la màgia

La formació dels metges no s'acaba mai. Finalitzada la carrera i el MIR, cada dia s'ha d'assumir informació científica, analitzar-la i filtrar-la per extreure la palla dels coneixements i aplicar-ho als pacients. Però actualment és fàcil vendre salut i cossos musculats. Grups sense coneixements professionals ni base científica transmeten a través de determinades televisions sensacionalistes missatges sobre la suposada existència de remeis per a tot.

El pacient acudeix a les consultes i es troba amb la crua realitat: tot no té cura, i mantenir la salut i la forma física requereix esforç (dieta i exercici). I arriba el problema, perquè un bon nombre de persones han vist i han interioritzat el missatge d'atractius personatges televisius, que els garantien el contrari mitjançant la fàcil i senzillista ingesta d'unes pastilles.

El boca-orella sobre les bondats d'aquestes substàncies i suplementos funciona especialment bé en la pràctica de l'esport *amateur*. I una nova onada de supersticions, ara amb el suport de la tecnologia (xarxes socials, webs), sembla que intenta inundar la societat i, sobretot, el món dels joves. Procediments i productes acientífics poden posar en risc la salut de les persones que els consumeixen?

Els professionals de la Medicina som davant un nou repte: fer reflexionar i convèncer els pacients per donar-los eines enfront del poder de la màgia. És una tasca complicada, però possible.

## SUMARI

### Homenatge al Dr. Emilià Astudillo, impulsor de Shalom

El Dr. Emilià Astudillo va rebre un homenatge per la seva trajectòria personal i professional al servei de les persones més vulnerables **5 |||**

### Debat sobre el tractament de malalties irreversibles

Cinc metges i metgeses i un periodista opinen sobre aquest tema **11 |||**



# Presentació a Lleida de la Xarxa d'Unitats de Salut Laboral de Catalunya

La presentació a Lleida de la Xarxa d'Unitats de Salut Laboral de Catalunya va tenir lloc el 20 de gener al Centre de Salut de Rambla Ferran. Una cinquantena de professionals sanitaris van intercanviar punts de vista sobre com millorar l'atenció de les malalties que tenen el seu origen en el treball. El director dels Serveis Territorials del Departament de Salut a Lleida, Dr. Antoni Mateu, va inaugurar la jornada i hi van participar responsables de l'Agència de Salut Pública i de les Unitats de Salut Laboral (USL) de Catalunya.

Aquestes unitats tenen un llarg recorregut en el conjunt del sistema sanitari públic des que van ser creades l'any 1990. Ara s'han presentat com una estructura funcional i un instrument al servei de les polítiques del departament en matèria de salut laboral i, específicament, en les de salut pública. En aquesta trajectòria es va centrar la ponència del Dr. Oriol Fàbrega, de la USL de Costa de Ponent.

La jornada es va estructurar en dues taules de treball, coordinades pel Sr. Ramon Jové, director del Servei Regi-

La jornada va aplegar una cinquantena de metges del treball i metges d'Atenció Primària

onal a Lleida de l'Agència de Protecció de la Salut. El Dr. Josep Lluís de Peray, coordinador per a la creació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, va destacar que el Departament aposta per la salut laboral com una àrea estratègica que s'integra en la nova Agència.

Es va debatre també com serà el funcionament de la Xarxa d'USL a partir d'ara: un sol equip actuant coordinadament amb voluntat d'eficiència i equitat a tot el territori.

La recent normativa de salut laboral que regula els estàndards sanitaris de qualitat dels serveis de prevenció de riscos laborals de les empreses (RD 843/2011) és el tret de sortida per vertebrar noves actuacions des del Depar-

tament de Salut, i va ser presentada per la Dra. Rosa Fernández, de la USL Central.

La Dra. Montserrat Puiggené, de la USL de les regions sanitàries Lleida i Alt Pirineu i Aran, va presentar quin serà el catàleg de serveis que la Xarxa d'USL durà a terme i que identifica nou àmbits específics, entre els quals destaquen el suport i l'assessorament als professionals del sistema públic de salut i als serveis de prevenció de riscos laborals de les empreses.

La gestió i alguns dels resultats del Programa de Vigilància de la Salut Postocupacional de treballadors exposats a l'amiant van ser objecte d'atenció de la ponència de la Dra. Amèlia Sos, de la USL de Girona.

Finalment, la Dra. Gemma Segarra, de la USL de Camp de Tarragona-Reus, va fer un resum de la trajectòria del Registre de Malalties Relacionades amb el Treball que des de 1997 recull informació notificada majoritàriament des de l'Atenció Primària, així com els resultats més representatius i rellevants d'aquest període.

La USL de Lleida i Alt Pirineu i Aran va actuar com a amfitriona d'aquesta reunió, que va cloure el Dr. Jaume Capdevila, director gerent de l'empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris, i el Dr. Victòria Peralta, gerent territorial de l'ICS a Lleida.

S'ha donat a Lleida el tret de sortida d'una nova etapa en què el Departament de Salut situa la salut laboral com una àrea estratègica en l'àmbit de la salut pública.

**Dra. Montserrat Puiggené Vallverdú**  
Coordinadora de la Jornada  
Responsable de la Unitat de Salut  
Laboral de les regions sanitàries  
Lleida i Alt Pirineu i Aran

## Visita dels metges jubilats a Reus

La secció de Metges Jubilats del COMLL va fer el 9 de febrer una visita cultural al Centre Gaudí de Reus, que és l'únic centre d'interpretació per entendre les claus de l'arquitectura de l'arquitecte i descobrir la seva personalitat i el seu gran geni creatiu. Posteriorment, els participants en aquesta visita van fer una calçotada.



La sala de l'Auditori, plena de públic en l'homenatge al Dr. Astudillo

# Homenatge al Dr. Emilià Astudillo, impulsor de la Fundació Shalom

El Dr. Emilià Astudillo, principal impulsor de la Fundació Shalom, que promou la inserció social i laboral de les persones amb discapacitat psíquica, va rebre un emotiu homenatge l'11 de març a l'Auditori de Lleida. Van participar en l'acte de reconeixement públic la presidenta del COMLL, Dra. Rosa M. Pérez; l'alcalde de Lleida, Àngel Ros; el delegat de Benestar Social, Joan Ramon Saura, i el president de Creu Roja a Lleida, Ricard Gomà, entre altres autoritats i personalitats.

Destaca en el currículum del Dr. Astudillo la seva tasca per constituir i tirar endavant la Fundació Shalom, que promou la inserció social i laboral de les persones amb discapacitat psíquica. Prèviament, va compaginar la direcció de l'Hotel Condes de Urgel i la família amb l'estudi de la carrera de Medicina, professió que va exercir més tard a Barcelona i a Lleida. Així mateix, va ser president de Creu Roja a Lleida.

La Dra. Rosa M. Pérez va destacar en la seva intervenció el "desig de servei als més vulnerables, als diferents" en la trajectòria del Dr. Astudillo. La presidenta del COMLL va recordar els seus primers contactes amb l'homenatjat, els punts de trobada entre els dos professionals i la tasca del Dr. Astudillo al capdavant de la Secció Col·legial de Metges Jubilats.

La presidenta del Col·legi de Metges de Lleida va fer palesa la generositat i l'especial compromís d'Emilià Astudillo

La presidenta del COMLL en va destacar el seu desig de servei als més vulnerables

amb la Medicina. Segons la Dra. Pérez, l'homenatjat "va arribar a càrrecs de responsabilitat sanitària, la qual cosa, per a un metge amb vocació de servei públic, és un repte absolut".

La Fundació Shalom és diu ara Fundació Tutelar Emilià Astudillo en reconeixement a la seva tasca. A més, rebra properament la medalla d'honor de la Creu Roja.



L'alcalde de Lleida, Àngel Ros, amb l'homenatjat

# Important participació de ponents al II Simposi de Tractament d'Inducció en Càncer de Pulmó

El II Simposi de Tractament d'Inducció en Càncer de Pulmó s'ha celebrat a Lleida l'1 de març, al Centre de Cultures i Cooperació Transfronterera de Lleida. Coordinat pel Dr. Diego Márquez Medina (Servei d'Oncologia Mèdica de l'HUAV), hi han participat destacats especialistes en oncologia mèdica, anatomia patològica, pneumologia, oncologia radioteràpica, medicina interna i cirurgia toràcica. En aquesta edició també s'ha comptat amb la presència de ponents internacionals, com el Dr. Giorgio Scagliotti, del Servei d'Oncologia Toràcica de l'Hospital San Luigi d'Orbassano d'Itàlia; la Dra. Ana Figueiredo, del Servei de Pneumologia de l'Hospital de Coimbra de Portugal, i el Dr. Masafumi Yamaguchi, del Servei de Cirurgia Toràcica de l'Hospital de Fukuoka (Japó).

Actualment, el càncer de pulmó no microcític localment avançat és la forma més freqüent de presentació d'aquest tipus de tumor, i la seva heterogeneïtat i el difícil maneig obliguen a organitzar fóruns multidisciplinaris com aquest, on la discussió i la participació es consideren aspectes tant destacats com la bona qualitat dels seus ponents. Els tumors locoregionalment avançats són aquells de gran mida, que afecten estructures veïnes o amb disseminació limfàtica mediastínica. Aquests tumors requereixen una combinació de quimioteràpia, radioteràpia i cirurgia per obtenir la màxima possibilitat de curació. Fins ara, el tractament estàndard en aquests casos constava d'un abordatge neoadjuvant amb quimioteràpia i/o radioteràpia (o diverses combinacions entre aquestes) per després plantejar un tractament local per acabar amb la malaltia, ja sigui una intervenció quirúrgica o una radioteràpia radical.

La gran heterogeneïtat de la malaltia localment avançada i les diverses formes de presentació han creat la necessitat de buscar noves estratègies d'acord amb les característiques de cada tumor i de cada pacient. Tot això es duu a terme gràcies a un equip multidisciplinari, format per oncòlegs mèdics, oncòlegs radioterapeutes, cirurgians toràcics, pneumòlegs, metges internistes, patòlegs, radiòlegs i qualsevol altre professional que en la seva pràctica mèdica estigui en contacte amb pacients amb càncer de pulmó.

En l'acte inaugural van participar el rector de la Universitat de Lleida, el Dr. Roberto Fernández; el director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida, el Dr. Antoni Mateu, i la presidenta de Col·legi de Metges de

## L'organització es planteja ampliar la representació estrangera i la durada del tercer simposi

Lleida, la Dra. Rosa M. Pérez. Tots ells van fer èmfasi en la importància de la investigació per aconseguir un tractament òptim per al càncer de pulmó localment avançat, ja que la seva incidència es troba en augment, sobretot en dones fumadores i amb histologia d'adenocarcinoma, i també perquè el percentatge de supervivència als 5 anys no ha augmentat en els últims temps. Tots tres van coincidir en la importància d'aquest simposi per seguir estudiant i investigant, així com en el treball en

equip per aconseguir un augment de la supervivència en aquesta malaltia tant letal i en l'esperança i l'esforç realitzats perquè Lleida pugui comptar amb un servei de Cirurgia Toràcica propi.

Ponents com la Dra. Majem, oncòloga mèdica de l'Hospital Sant Pau de Barcelona, i el Dr. Carcereny, oncòleg mèdic de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, van posar els assistents al dia en totes les novetats en quimioteràpia i radioteràpia neoadjuvant en càncer de pulmó, i van recordar les reunions, els projectes i les publicacions innovadores en l'àmbit. D'altres, com els cirurgians toràcics el Dr. Aguiló, de l'Hospital del Mar de Barcelona, i el Dr. Molins, de l'Hospital Clínic de Barcelona, van mostrar les tècniques quirúrgiques habituals i les noves per a cada tipus de tumor per evitar les mínimes complicacions d'una cirurgia tant agressiva com la cirurgia de les estructures toràciques. També hi

van participar altres especialitats mèdiques que prenen part en el diagnòstic, que van oferir una visió més global del pacient amb càncer de pulmó: la Dra. Ana Figueiredo, pneumòloga de l'Hospital de Coimbra, va parlar sobre el fet que el maneig de la pneumonitis i de l'esofagitis radica, que són complicacions freqüents de la radioteràpia, i el Dr. Porcel va parlar dels avenços i del paper de l'embassament pleural en el càncer de pulmó, tot introduint una nova visió amb connotacions diagnòstiques, terapèutiques i pronòstiques que no va deixar el públic indiferent.

El paper dels oncòlegs radioterapeutes, es va reflectir en ponències com les de la Dra. Virginia Garcia, de l'Hospital Arnau de Vilanova, així com de la Dra. García Cabezas, de l'Hospital Universitari Reina Sofía de Còrdova, que van introduir els assistents al món de l'oncologia radioteràpica, i van recordar la importància d'una bona planificació i d'un càlcul correcte de la dosi de radiació per tal d'aconseguir la major concentració en la zona del tumor i evitar efectes secundaris en teixits sans. Oncòlegs mèdics, com el Dr. Macías, de l'Hospital Morales Meseguer de Múrcia, van il·lustrar la necessitat del treball en equip per a un diagnòstic i un tractament òptims; altres, com la Dra. Cedrés, de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona, van qüestionar quina hauria de ser la durada ideal del tractament d'inducció, tenint en compte les característiques de cada pacient i les toxicitats dels tractaments.

El paper del tractament neoadjuvant, amb els seus avantatges, com un millor compliment de tots els cicles de tractament, ja que el pacient es troba en millors condicions, va ser exposat pel Dr. Scagliotti, de l'Hospital San Luigi d'Orbassano (Itàlia), sobre la base de molts estudis. Com a objectiu principal del simposi, el Dr. Márquez va descobrir nous camins per on investigar, aprofitant un dels millors avantatges del tractament neoadjuvant, que és la possibilitat de trobar factors predictius de resposta. En l'última dècada, el gran impuls que ha sofert la biologia molecular ha permès descobrir nous marcadors moleculars amb dianes terapèutiques que han demostrat altes taxes de resposta en casos avançats. El Dr. Márquez va animar tots els professionals a col·laborar i seguir investigant en el tractament del càncer de pulmó no microcític localment avançat, a partir de la biologia molecular, tot oferint un tractament personalitzat en funció de les característiques de cada tumor.

I un so dolç de guitarra de Carles Heràiz López va amenitzar la sobretaula. Un petit obsequi per a tots els participants enmig d'aquesta jornada plena de ciència i innovació.

Convé remarcar que la pròxima reunió, la tercera també dedicada exclusivament a aquesta modalitat de tractament, pretén ampliar tant la durada de la jornada com la representació dels ponents estrangers. Així doncs, us animem a participar-hi activament.



Dr. Xavier Matias-Guiu

## El Dr. Matias-Guiu, membre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

El Dr. Xavier Matias-Guiu ha estat nomenat membre corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. El Dr. Matias-Guiu va néixer a Barcelona el 1958, està casat i té dos fills. És llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona (1982), doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona (1987), especialista en Anatomia Patològica (1986),

Research Fellow in Pathology per la Tufts University de Boston, EUA (1991-92) i European Board of Pathology (1997).

Ha estat facultatiu i cap de secció a l'Hospital de Sant Pau (1988-2002), professor titular a la Universitat Autònoma de Barcelona (1992-2002), director clínic i cap del Servei d'Anatomia Patològica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i catedratic d'Anatomia Patològica de la Universitat de Lleida des del 2002. És director de l'Institut de Recerca Biomedica de Lleida des del 2004. És autor de més de 200 publicacions indexades, membre de la comissió de l'OMS per la redacció de la classificació del càncer endocrí (2003), i premi Josep Trueta de Recerca per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i les Balears el 2009.

## Nova coordinadora d'Urgències de l'HUAV

La Dra. M. José Abadías Medrano ha estat nomenada coordinadora d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, càrrec que exerceix des del mes de febrer de 2012. La Dra. Abadías és vocal de la Junta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida.



## Nous membres de la Comissió de Deontologia

Els nous membres de la Comissió de Deontologia del COMLL són els doctors Jacint Cabau Rúbies, Alfred Dealbert Aguilar, Maria Lluïsa Madrid Valls, Emilio Maestre Mir, Ana B. Vena Martínez i Montserrat Esquerda Aresté.



# Èxit de la XII Jornada d'Actualització sobre els Factors de Risc Vascular

La XII Jornada d'Actualització sobre els Factors de Risc Vascular es va celebrar el 25 de febrer. El motiu de la jornada era crear un fòrum obert a tots els professionals de la salut implicats en el diagnòstic, el control i el tractament del pacient que presenta factors de risc vascular per esmerçar els coneixements que ens poden fer millorar en la prevenció primària i secundària de la malaltia vascular. La trobada va ser un èxit, amb la participació de 180 assistents, i es va obtenir un grau elevat de satisfacció per la qualitat dels ponents i per l'interès dels temes tractats.

La primera taula rodona, dedicada a la Hipertensió Arterial (HTA), va ser moderada pel Dr. G. Torres, que va comptar amb la participació de la Dra. Àngela Felip i del Dr. Ernest Vinyoles, presidenta i vicepresident de la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial. Els ponents van definir la classificació de la HTA en Estadi 1 PA > = 140/90 mm Hg; Estadi 2 PA > = 160/100 mm Hg i HTA severa PA > = 18/110 mm Hg. Van afirmar que cal prendre la PA en tots dos braços i valorar si la diferència és superior a 20 mm Hg. També s'ha de fer l'estratificació del risc cardiovascular i valorar la presència de lesions d'òrgans diana: hipertrofia ventricular, funció renal, fons d'ull, sediment, glicèmia, perfil lipídic i ECG. Convé intentar descartar HTA secundària en els pacients per sota dels 80 anys. Respecte al tractament, segons els ponents, la nova orientació de les guies britàniques és utilitzar en el primer esglaó els IECA i/o ARA II en els menors de 55 anys, en els de més de 55 anys i en pacients de raça negra calcioantagonistes. En el segon esglaó, cal afegir als IECA i ARA II els calcioantagonistes i, en el tercer, cal afegir als dos anteriors



Presidència de la jornada

el diürètic (hidroclorotiazida, clortalidona i indapamida), sobretot si hi ha edemes i signes d'IC. En la HTA refractària cal afegir-hi diürètics antialdosterònics. Una última conclusió és que no s'han d'utilitzar els IECA i els ARA II conjuntament. Respecte a la utilització de la monitorització automàtica de la pressió arterial (MAPA), es considera que cada dia ha d'estar més present en la nostra activitat diària per confirmar l'HTA, valorar l'HTA de bata blanca, valorar el tractament de l'HTA i confirmar la presència de l'HTA emmascarada. El seu valor en el total de les 24 hores és inferior a 132/82 mm Hg; en el període diürn és de menys de 135/85 mm Hg, i en el nocturn és inferior a 120/70 mm Hg. Cal valorar la pressió del pols, que és un paràmetre de risc d'esdeveniments cardiovasculars quan és superior a 60 mm Hg. També el valor de la freqüència cardíaca durant la nit està associat de forma independent a esdeveniments cardiovasculars. La mitjana de la PA nocturna té un valor molt important en patologia cardiovascular, a més de tenir una relació amb l'apnea del son.

En la segona taula rodona, moderada pel Dr. O. Sacristán, es va fer una actualització del tractament hipolipemiant a

càrrec del Dr. X. Pintó, cap de la Unitat de Risc Vascular de Bellvitge, que va informar sobre els nivells de les LDL que s'han d'obtenir en els pacients de risc baix: unes LDL per sota de 190 mg en el risc moderat, LDL per damunt de 100 mg en el risc alt, LDL per sota de 100 mg i, en el risc molt alt, LDL per sota de 70 mg. En l'estratègia d'augmentar la dosi d'estatina per controlar el nivell de LDL s'aconsella l'administració d'ezetimiba juntament amb estatines a dosis mitjanes. Cal intentar augmentar les HDL amb les mesures higienicodietètiques a l'espera de nous fàrmacs que tinguin un important augment de la seva concentració en sang. També cal valorar la determinació de la Lp(a) en pacients que tinguin una malaltia cardiovascular prematura, una dislipèmia familiar o un risc molt elevat de patologia vascular. Valorar els triglicèrids com a factor de risc quan han de ser controlats amb fibrats i àcid nicotínic.

En el taller, la Dra. Mònica Moro va mostrar com les xarxes socials ajuden els pacients amb patologia crònica a esmerçar el tractament farmacològic i en el compliment de les mesures higienicodietètiques, sobretot en pacients diabètics i hipertensos. També cal fomentar la interacció dels professionals de la medicina amb els pacients per millorar-ne la informació i el control amb ajuda de la telemedicina. La Dra. Clara Benedicto va explicar la seva experiència en la relació amb altres professionals mitjançant un bloc dirigit als metges de família per fomentar el debat i revitalitzar l'Assistència Primària a tot el territori. Finalment, el Dr. Ramon Capdevila va exposar la tasca desenvolupada entre els pediatres de Ponent mitjançant Internet, amb intercanvi d'informació mèdica, que cada dia ha de ser més àgil i arribar als professionals sense el filtre i el monopoli de les editorials.

En la sessió de pòsters, moderada pel Dr. David Bartolomé i la Dra. Virginia Sánchez, es va premiar la Dra. Àngels Molló Iniesta i els col·laboradors de l'ABS de Guissona. Es van presentar un total de 78 pòsters a la jornada.

Dr. Jacint Cabau

## VI Jornada d'Actualització Pneumològica de les Terres de Ponent

La VI Jornada d'Actualització Pneumològica de les Terres de Ponent tindrà lloc el dia 7 del mes de juny a la sala de Graus de la Unitat Docent de l'HU-

AV. L'ICS, l'HUAV i l'HSM organitzen aquesta trobada.

Segons el preprograma, les ponències de la jornada s'iniciaran a les 9.15 hores i estaran moderades per la Dra. Gisela Galindo i el Dr. B. Lara. Els temes que s'abordaran seran *Bronquiectàsies. Quan i amb què cal tractar?*, a càrrec de M. Vilà; *Nòdul pulmonar < 1 cm. Què fem?*, que desenvoluparà M. Vilà; *Asma de difícil control*, a càrrec de J.R. Rozadilla i *Com sospitar de malalties rares a AP?*, que desenvoluparà M. García Ribes.

A les 11.05 hores es realitzaran les comunicacions i, posteriorment, a les

11.45 hores, començaran els tallers sobre *RHB pulmonar i estils de vida*, coordinat per I. Gómez (DIU) i R. Segura (DIU); *Peak-flow*, sota la direcció del Dr. Lorente i M. Lavega (DIU); *Pneumobloc*, a càrrec de les doctores Lara i Nadal; *Inhaladors*, coordinat per E. Joménez (DIU), i *Comunicació amb els malalts respiratoris crònics*, sota la direcció de V. Pacheco. El Dr. J. Clotet farà la xerrada de cloenda, que versarà sobre *Obesitat i funció pulmonar*.

Les persones interessades a participar en aquesta jornada poden adreçar-se a <http://weblleida.cpd1.grupics.intranet/>.

# El Banc dels Aliments de Lleida, eina de responsabilitat i de solidaritat

El primer banc dels aliments es va crear a Phoenix (Arizona, EUA) el 1966 per iniciativa de John Van Engel. El 1984 es va crear a París el primer banc a Europa i el 1987, a Barcelona, el primer banc a Catalunya i a l'Estat espanyol. El 2006 va ser quan va néixer el banc dels aliments de Lleida. Els objectius de tots els bancs són dos: lluitar contra la pobresa i el malbaratament dels recursos alimentaris des del principi de la gratuïtat. Es treballa per aprofitar els recursos alimentaris i per ajudar les persones que viuen situacions de pobresa i fam, així com de risc d'exclusió social. És la nostra manera d'entendre la responsabilitat social des de la racionalitat econòmica i el compromís ètic.

Al Banc dels Aliments de Lleida obtenim els recursos alimentaris per cinc vies: els aliments que arriben dels recursos europeus destinats a les persones amb necessitats (60%); les donacions d'empreses de producció o distribució (19%) la col·laboració entre bancs dels aliments (3%) la fruita i la verdura de retirada (15%) i les campanyes específiques de solidaritat i recollida (6%). Els aliments que aconseguim els repartim a les institucions públiques i a les entitats i associacions privades de beneficència del territori. L'any 2011, vam repartir la quantitat aproximada d'1.700.000 kg entre unes 120 institucions, associacions i entitats, que atenen unes 36.000 persones.

Per dur a terme aquesta tasca comptem amb una junta directiva, voluntaris i assalariats, però també amb l'ajut d'institucions, empreses i particulars. Tots ells, amb la seva feina, la seva aportació o la seva col·laboració fan possible l'activitat pròpia del Banc dels Aliments de Lleida.

El Banc dels Aliments de Lleida el formem persones que assumim una mateixa missió, tenim una mateixa visió de la societat que volem i compartim uns valors. En bona part, la missió que assumim, la visió que tenim i els valors que compartim són els que comparteixen tots els bancs dels aliments d'arreu del món, amb les particularitats que cada territori hi pugui aportar.

Assumim la missió de reduir els símptomes de la pobresa i, molt en concret, el de les mancances alimentàries i el de la gana en el nostre entorn social immediat. Així mateix, assumim la missió de combatre el malbaratament dels recursos alimentaris, en llençar-los i destruir-los quan són consumibles, en perfecta qualitat i que, a més a més, fan que el nostre entorn ecològic es degradi amb aquesta destrucció.

Tenim la visió d'un món més raonable i just en el qual les contradiccions i les injustícies es redueixin i puguin desaparèixer. Hi ha una qüestió de racionalitat ètica que ens mou a lluitar per un món en el qual la



Voluntaris del Banc dels Aliments de Lleida

El 2011 va repartir aproximadament 1,7 milions de quilos d'aliments

Va beneficiar unes 36.000 persones de Lleida



Instal·lació del Banc dels Aliments

contradicció de llençar menjar per opulència al costat de necessitats de gana i de mala nutrició sigui superada.

En darrer lloc, compartim els valors de la gratuïtat i de la dignitat, que són els que marquen la nostra acció. Tenir cobertes les

necessitats alimentàries no és una qüestió de sort, sinó un dret. Està en la dignitat de les persones. I això no ha de ser a preu de res. Per això, el valor que dirigeix la nostra activitat és el de la gratuïtat. Cap de les nostres activitats en si ha de generar guanys econòmics. La implicació dels que dirigim el Banc és totalment gratuïta i apel·la al voluntariat. Això no treu, però, que hi hagi una part professionalitzada que garanteixi que el funcionament del banc sigui l'òptim, és a dir, el més eficaç i eficient per als objectius esmentats de lluitar contra la pobresa i contra el malbaratament dels recursos alimentaris.

Aquesta missió, visió i valors també els compartim, amb les particularitats pròpies, amb cada una de les entitats, associacions o institucions amb les quals col·laborem. Sense aquestes, sense receptors o donants, el banc dels aliments seria buit. Si és que podem aportar alguna cosa a la societat és gràcies a totes les entitats, associacions i institucions amb les quals col·laborem, tot donant-nos i donant a qui ho necessita.

El perfil de les persones que són ateses a través de les institucions, associacions i entitats assistencials o de beneficència és, en aquest moment, el de famílies amb recursos econòmics baixos, molt baixos o quasi inexistent; gent gran amb pensions molt baixes; famílies unipersonals amb entrades de recursos econòmics molt limitats; persones amb circumstàncies que han provocat l'exclusió social; sectors de la immigració sense ingressos i altres, sempre, del nostre entorn social i àmbit territorial.

El tipus de producte recuperat o gestionat pel banc abasta tota la gamma alimentària, però principalment es tracta de producte làctic fresc (llet, formatge, iogurts, etc.), cereals i galetes, pastes, conserves de tot tipus, fruita i verdura en tota la seva

varietat, embotits, suc de fruita, llegums, arròs, aigua i altres en menor quantitat.

Pel que fa a les institucions, les entitats i les associacions, que són les que distribueixen els aliments a les persones, cal dir que n'hi ha de públiques, com ajuntaments i consells comarcals que a través dels serveis socials fan aquesta atenció, però també hi ha entitats religioses (esglésies evangèliques i parròquies catòliques, entre altres) i associacions amb finalitats socials diverses que tracten amb persones que tenen necessitats alimentàries i que en els seus estatuts tenen recollida la finalitat d'atendre aquestes necessitats. L'àmbit territorial que abasten aquestes institucions, entitats i associacions és el de la demarcació de la província de Lleida i, en molts casos, col·laboren de forma coordinada per fer aquesta tasca de distribució.

En darrer lloc, cal fer constar que l'associació d'utilitat pública Banc dels aliments de Lleida, com tots els bancs dels aliments, actuem sota el principi de la gratuïtat, però generem despeses de funcionament i necessitem uns ingressos per cobrir-les. Aquests ingressos vénen de les aportacions que fan institucions públiques (Generalitat, Diputació i Ajuntament de Lleida), entitats financeres (principalment a través de les obres socials, en concret de la Caixa) i aportacions d'empreses i particulars. Aquestes aportacions serveixen per cobrir les despeses de personal, de funcionament i de despesa corrent com el telèfon i el material d'oficina.

En resum, el Banc dels Aliments de Lleida és l'associació d'utilitat que vol servir a la societat lleidatana per lluitar contra el malbaratament dels recursos alimentaris i contra la pobresa que hi ha en el seu àmbit territorial.

**Josep Maria Forné i Febrer**  
President del Banc dels Aliments de Lleida

## Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha acordat i tractat en les seves sessions ordinàries del 24 de gener, 7 i 14 de febrer i 6 de març de 2012, entre altres, els assumptes següents:

- S'ha renovat el contracte de prestació del servei d'assessoria jurídica amb el Despatx Simeó Miquel per un any més.

- La Junta de Govern ha designat el Dr. Josep Pifarré Paredero representant del Col·legi al Consell Municipal de Discapacitats.

- S'han mantingut reunions amb els responsables del Departament de Salut a Lleida per tractar aspectes de la nova estructuració de la sanitat

## Els Armats de Lleida distingeixen la presidenta del COMLL Gran Persona de Lleida

**La Dra. Rosa M. Pérez accepta aquesta consideració com un compromís per seguir treballant per a Lleida**

Els Armats de Lleida han atorgat a la presidenta del COMLL la distinció de Gran Persona de Lleida per la seva trajectòria en l'enriquiment i difusió del nom de la ciutat. La congregació dels Armats de Lleida també ha premiat enguany amb aquesta consideració Carles Porta, Joan Josep Català, Albert Solé, Ayad Lamdassen, el Centre de Titelles, els Armats de la Sang i el Fòrum Empresa.

L'acte de lliurament de les distincions va tenir lloc el 16 de març, als Camps Elisis. En el decurs de l'acte, la Dra. Rosa M. Pérez va agrair en nom de totes les persones i les entitats premiades i en el seu la consideració de Gran Persona de Lleida. "Aquesta distinció comporta el compromís de seguir treballant encara més per una ciutat que estimem, que volem ferma, solidària i amb potencialitats per al seu futur", va dir la Dra. Pérez.

Així mateix, la presidenta del COMLL va valorar els Armats de Lleida com "una de les entitats més reconegudes de la ciutat". Va destacar també que



**Intervenció de la presidenta del COMLL**

aquesta congregació és un exemple per a la resta de ciutadans quant a solidaritat i conservació de les tradicions, la idiosincràsia i els orígens.

Catalunya 2011-2015.

- S'ha procedit al canvi de la central telefònica analògica per una de digital amb noves prestacions.

- S'ha requerit a metges especialistes en estomatologia que indiquin la seva situació davant la manca de col·legiació al nostre Col·legi.

- Com ja es fa habitualment, s'ha obert el termini de presentació de sol·licituds per a col·laboracions econòmiques col·legials per a l'organització de cursos, congressos, jornades, etc. El termini de presentació finalitzarà el proper 31 de maig de 2012.

- S'ha convocat l'assemblea general de col·legiats per al dia 27 de març (en el proper BUTLLETÍ es publicarà un resum).

- La Secció Col·legial de Metges de Residents està en fase de finalitzar la seva constitució amb l'aprovació definitiva del reglament i la convocatòria d'eleccions a la seva junta. S'ha delegat un representant perquè assisteixi a l'assemblea del col·lectiu a l'OMC.

lleidatana. Així mateix, s'han mantingut trobades amb representants de la sanitat a Catalunya, en especial per a la implantació del Pla de Salut de

## Finalitzat el Curs d'Actualització en Epidemiologia per a Metges del Treball

El Curs d'Actualització en Epidemiologia per a Metges del Treball va finalitzar el 23 de febrer. Aquest curs, que estava organitzat per la Secció Col·legial de Metges Especialistes en Medicina del Treball, va tenir un èxit rotund.

Un grup de metges col·legiats vam posar en marxa el 2009 aquesta secció col·legial amb l'objectiu primordial de reunir el nostre col·lectiu de Lleida al voltant de la formació continuada. Així, a poc a poc, la nostra jove secció es va posar en marxa amb activitats formatives modestes però interessants.

La secció es va inaugurar el desembre del 2009 amb la conferència *La medicina del treball al segle XXI*, a càrrec de la Dra. Solé, presidenta de la Xarxa Europea de Promoció de la Salut en el Treball. L'any 2010 vam celebrar la sessió sobre *Sensibilitat química múltiple*. I el 2011 vam organitzar les activitats sobre *Programes de deshabitació tabàquica a l'empresa i hàbits alimentaris saludables*.

D'aquesta manera, hem arribat a aquest curs d'epidemiologia laboral, que ens ha fet créixer i ha permès consolidar-nos com a secció col·legial. Podríem dir que amb aquest curs hem aconseguit fer-nos grans i hem fet el pas per passar d'una secció jove a una secció adulta.

La nostra especialitat és eminentment preventiva i, com totes, té les seves peculiaritats. Així, la nostra activitat professional sovint està condicionada no només per les demandes pròpies dels avenços científics que es produeixen a l'especialitat i a la medicina, sinó també per la necessitat d'adaptar-se i sotmetre's a les exigències de la normativa i als canvis continuats que es van produint.

L'RD 39/1997, del reglament dels serveis de prevenció, ja establí l'obligació d'analitzar la vigilància de la salut dels treballadors i de l'avaluació dels ris-

**Hi han participat una vintena de professionals**

cos, amb criteris epidemiològics, amb la finalitat d'investigar i analitzar les possibles relacions davant de l'exposició als riscos professionals i els danys a la salut i proposar, en conseqüència, mesures per millorar les condicions de treball. A més, l'estiu de l'any passat es va publicar al BOE l'RD 843/2011, del 17 de juny, que estableix els criteris bàsics sobre l'organització de recursos per desenvolupar l'activitat sanitària dels serveis de prevenció. En aquesta norma s'estableix explícitament com una de les activitats sanitàries dels serveis de prevenció efectuar, d'una manera sistemàtica i contínua, la vigilància de la salut col·lectiva dels treballadors en funció dels riscos als quals estan exposats, amb l'elaboració i disposició d'indicadors d'aquesta activitat.

Davant d'aquest fet, la junta de govern de la Secció Col·legial de Metges Especialistes en Medicina del Treball vam creure que era interessant, i sobretot útil, organitzar un curs d'actualització en epidemiologia al nostre col·legi. Un curs amb continguts i una durada suficient per aconseguir l'objectiu d'una actualització real en aquesta matèria.

La idea va ser també que el curs fos impartit des del lloc on resideix el coneixement per excel·lència: la universitat. Ens feia molta il·lusió com a metges de Lleida que aquesta fos la nostra universitat, la UdL.

Per això, vam comptar amb la participació del Departament d'Epidemiologia de la Facultat de Medicina, amb el Dr.

Pere Godoy al capdavant. Tot van ser facilitats. Des d'aquí, agraim la seva dedicació al curs, la qualitat de les exposicions i el material didàctic aportat. No ens oblidem de la resta de professorat: el Dr. Miquel Alsedà, el Dr. Joan Torres i el Dr. Javier Trujillano. Gràcies a tots ells per la seva professionalitat, dedicació i amabilitat.

El curs es va desenvolupar en dotze sessions de dues hores cadascuna. Es va iniciar el 10 de novembre de 2011 i es va acabar el 23 de febrer passat. Vam refrescar els conceptes i les aplicacions de l'epidemiologia en salut laboral. Va haver-hi la participació d'una vintena d'alumnes, metges i metgesses del treball. L'interès i la motivació dels alumnes participants va ser la tònica durant tot el curs i, lluny de decaure, va anar en augment. Sobretot amb l'esperonament que van suposar les tres darreres sessions, que es van celebrar a l'aula d'informàtica de la unitat docent de l'HUAV, sobre les cerques amb PubMed i el programa Epilinfo. El nostre agraïment una vegada més a la Universitat per haver-nos prestat les seves instal·lacions.

Res més, només agrair, per acabar, al Col·legi de Metges de Lleida el seu suport en l'organització de les activitats de formació contínua, al seu personal per l'ajut que ens ha prestat i als companys de la secció col·legial per la seva assistència i participació. Creiem que per a ells, igual que per a nosaltres, va ser un curs formidable, al mateix temps que agradable i amb uns professors excel·lents. I, a sobre, hem après.

**Dr. Joan Antoni Grau del Cerro**  
**Dr. Gaspar Miralbé Lluelles**  
Vocals de la junta de govern de la Secció Col·legial de Metges Especialistes en Medicina del Treball.

## PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

*Dirigit als professional de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs*

*Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà*

**Truca ara i t'ajudarem amb tota confidencialitat!**

**Telèfon directe Catalunya: 902 362 492**

**Telèfon Lleida: 973 273 859**

# Tractar malalts sense esperança de vida

*BUTLLETÍ MÈDIC ofereix en aquest número un debat sobre fins quan i com s'han de tractar les persones que pateixen malalties terminals. Quins principis hi han de prevaler? Allargar la vida encara que provoqui patiments o signifiqui un cost públic elevat? Garantir el benestar del pacient i el seu dret a una mort digna?*

## La cuestión es ofrecer el mejor tratamiento

La atención y tratamiento de las personas que sufren enfermedades incurables ocupa gran parte del tiempo de los profesionales sanitarios. Los avances higiénico-dietéticos, médicos y técnicos han posibilitado un incremento muy importante de la esperanza de vida. En este contexto surge la duda del "cómo y hasta cuándo tratar".

Se trata de una cuestión importante que puede alcanzar un protagonismo desmesurado en tiempos de crisis, con el riesgo consiguiente de desenfoque el problema y simplificar un debate que, siendo necesario, es clínica y éticamente complejo.

Tal vez no nos debamos plantear la cuestión en términos dicotómicos (tratamiento, sí o no), sino abordar el problema desde los fundamentos y fines de la medicina. El Informe Hastings, a partir del análisis de los cambios sociodemográficos y culturales de la sociedad, reformula los fines de la medicina de cara al siglo XXI y destaca como tales:

- La prevención de enfermedad y lesiones y la promoción y conservación de la salud.
- El alivio del dolor y el sufrimiento causado por los males.
- La atención y curación a los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Alcanzar estos fines en nuestro modelo de atención es complejo. La aparición de superespecialidades dentro de las diferentes disciplinas de la

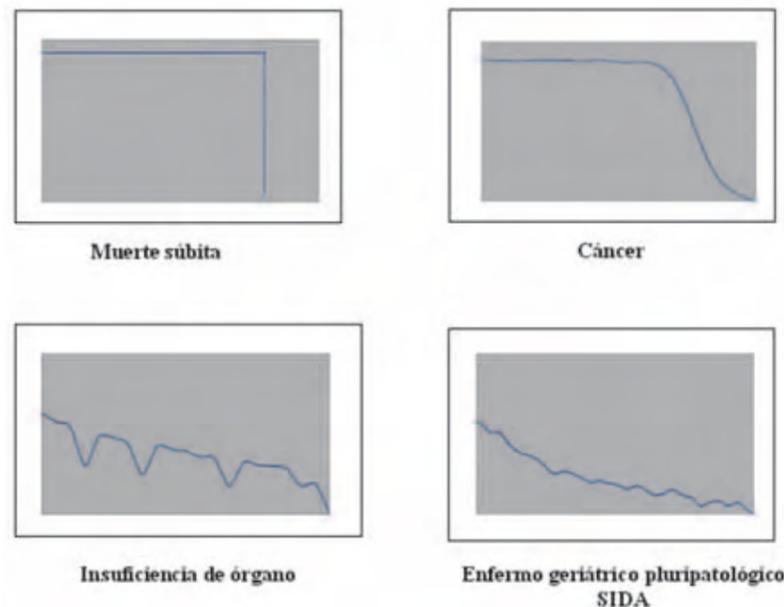
medicina ha fragmentado la visión de la persona enferma y puede plantear la contradicción de que lo que está indicado para una enfermedad no está indicado para la persona. El cambio de paradigma desde una medicina paternalista a una medicina en la que el principio de autonomía ocupa un lugar preferente ha contribuido a que la persona enferma participe en la toma de decisiones sobre los tratamientos y, en ocasiones, presione al profesional en un intento de negar la evidencia de la progresión de la enfermedad o la proximidad de la muerte.

Y es que, nos guste o no, la fragilidad y la muerte forman parte de la vida y de la enfermedad. Durante muchos siglos, el médico ha sido tes-

tigo y confidente de las personas en todas las fases de la enfermedad y, de manera destacada, en los momentos finales. Durante el siglo XX hemos ido abandonando esta tarea y hemos instrumentalizado la muerte hasta el extremo.

La cuestión no es tratar o no tratar, sino ofrecer el mejor tratamiento a cada persona y en cada fase de la enfermedad. Se trata de sopesar no sólo los parámetros biológicos (marcadores tumorales, imágenes de TAC, proteína C reactiva, etc.), sino de explorar la situación funcional del enfermo, su calidad de vida, sus valores y sus deseos. Actualmente disponemos de muchos trabajos que evidencian que el curso de las enfermedades responde a patrones concretos que se ilustran en la figura 1. Las gráficas reflejan, en el eje de abscisas, la variable tiempo y, en el eje de ordenadas, el nivel funcional.

De cara a adecuar el tratamiento a cada paciente, parece importante reconocer la fase de la enfermedad en la que se encuentra. No disponemos de una herramienta pronóstica con una fiabilidad del 100%, pero todas las sociedades científicas han desarrollado guías que establecen los criterios fundamentales que definen las fases avanzadas de la enfermedad. En todas ellas, la situación funcional del paciente es un marcador pronóstico de gran peso. Existen numerosas publicaciones que señalan que el tratamiento paliativo, en las enfermedades que cursan con insuficiencia de órgano debería iniciarse en el momento en el que, ante la pregunta: "¿Le



**Figura 1. Diferentes trayectorias evolutivas de las enfermedades hasta la muerte (Lynn y Adamson, 2003)**



sorprendería que su paciente falleciera en los próximos seis meses?", la respuesta del médico responsable sea "No". El estado nutricional es otro parámetro a considerar como marcador pronóstico. Del mismo modo, la presencia de síntomas como la disnea de reposo o de úlceras de presión son signos de mal pronóstico en el contexto de enfermedades crónicas en fases avanzadas.

Cuando hablamos de tratamiento paliativo, hacemos referencia al tratamiento cuyo objetivo es el control de síntomas y la mejora de la calidad de vida del paciente. No se trata de retirar broncodilatadores, cardiotónicos o diuréticos si estos tienen una función en el control de síntomas del paciente. Se trata de detectar las necesidades (físicas, emocionales, sociofamiliares y existenciales) del paciente e intentar

**Las decisiones deberían centrarse en la persona, no en la enfermedad**

ofrecerles una respuesta.

Lo que está claro es que deberíamos descartar de nuestro vocabulario médico la frase "ya no hay nada que hacer..." porque, aunque no seamos capaces de controlar el curso de la enfermedad, podremos trabajar por el control de los síntomas y los cuidados, podremos acompañar a esa persona enferma y su familia en la etapa final de la vida. En nuestro ámbito sani-

tario, existen equipos específicos de cuidados paliativos tanto en los hospitales como en el ámbito domiciliario y en centros de media y larga estancia. Aunque todos deberíamos disponer de unos conocimientos y habilidades básicas para este tipo de abordaje, es importante saber delegar en las situaciones más complejas.

Otra de las claves para el adecuado tratamiento es compartir con el enfermo una información veraz y clara, pero no cruel, y establecer unos objetivos realistas. Se trata de un proceso que no puede estar sujeto a la improvisación y que no lo puede desempeñar un único profesional. Trabajar en equipo permite confrontar visiones y opciones terapéuticas, favorece la imparcialidad al incorporar las opiniones de otros compañeros menos implicados emocionalmente y, por tanto, obtener más objetivos. Pero la responsabilidad de la comunicación deber ser asumida por el médico referente y no es lógico que recaiga en el profesional más joven y con menos experiencia.

La bioética nos ofrece también un marco de referencia en el que basar nuestras decisiones, que siempre deberían estar centradas en la persona y no en las enfermedades: autonomía, beneficencia, no maleficencia y equidad constituyen unos principios fundamentales que deberían iluminar la discusión sobre el mejor tratamiento para cada paciente. En caso de duda, la opinión de un comité de ética asistencial nos puede ayudar en la toma de decisiones. Estos comités no tomarán la decisión por el profesional responsable, pero aportarán argumentos para una valoración ponderada.

A fin de cuentas, "el médico puede curar algunas veces, aliviar otras y acompañar siempre".

**Dra. Maria Nabal**  
Responsable del equipo de Cuidados Paliativos (UFISS)  
Hospital Universitario  
Arnau de Vilanova

### BIBLIOGRAFÍA

- Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. World Health Organization. Ginebra. J pain Symptom Manage 2002; 24 (2): 91-6.
- Casell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med 1982; 306: 539-45.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
- Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P. Definiciones. En: Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P, eds. Cuidados paliati-

vos en oncologia. Barcelona: Ed. JIMS; 1996. p. 1-3.

- Lynn J, Adamson D. Living well at the end of life. Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. 2003. ISBN: 0-8330-3455-3

## El punt de vista condiona les valoracions també a les anàlisis econòmiques

Un dels instruments que ens poden ajudar a prendre decisions generals en el sistema sanitari és l'avaluació econòmica, que pot ajudar a resoldre debats generals de temes com, per exemple, els derivats de les limitacions que es poden plantejar a l'hora de realitzar tractaments a pacients amb malaltia avançada. També ens poden orientar altres disciplines com la bioètica i, no cal dir-ho, la legislació, que és aplicable i de compliment obligat.

L'avaluació econòmica, entesa com l'anàlisi comparativa de les accions alternatives en termes de costos i conseqüències, considera, entre altres factors, el punt de vista sota el qual fem les valoracions un tema de gran importància i que ho pot ser molt més en aquests moments de forta pressió econòmica per al sistema de salut.

Ho intentarem explicar en aquest article.

### El debat

És humà apurar el tractament en situacions límit? Estem davant d'un tractament que servirà per curar? Per allargar? Per pal·liar i millorar la qualitat de vida? Estem davant d'una desproporció entre els fins i els mitjans que s'utilitzaran? Si és així, podem limitar l'esforç terapèutic? Qui ho ha de fer?

### El punt de vista del malalt

Si preguntem a qui s'acosta al final de la vida si li fem més proves o tractaments per intentar "millorar", aquesta persona sol dir: "El que faci falta, doctor." Si el malalt no està en condicions d'opinar, estaríem sota els principis legals que s'ha de donar al malalt i als seus familiars o cercles pròxims informació completa i continuada, verbal i escrita sobre el seu procés, incloent-hi diagnòstic, pronòstic i alternatives de tractament (Llei 14/86, General de Sanitat). Això s'ha de fer en termes comprensibles per a la lliure elecció entre les opcions que presenti el responsable mèdic del seu cas i cal el consentiment previ escrit de l'usuari, excepte quan no estigui capacitat.



Tanmateix, també hem de tenir presents els codis d'ètica i deontologia mèdica quan pensem que no hem d'emprendre o continuar accions diagnòstiques o terapèutiques sense esperança, inútils o obstinades, i hem de recordar que l'aplicació de recursos mèdics no és il·limitada, sinó que té el seu marc operatiu per al que des d'un punt de vista objectiu estigui realment indicat (*lex artis*) per al tractament o, si s'escau, per a l'aplicació de mesures pal·liatives...

### La família del malalt

Per simplificar, podem pensar que la família pensa el mateix: "I que no pateixi, doctor!"

### El metge

Encara que en ocasions la desproporció entre fins i mitjans pot ser percebuda pel mateix pacient o per la família que fa aflorar el conflicte, normalment el dilema es presenta a l'equip mèdic que fa les atencions sanitàries.

Si passem la responsabilitat al metge, aquest ha d'actuar sota el jurament hipocràtic de seguir el mètode de tractament que, segons la seva capacitat i judici, li sembli millor perquè

## Els protocols clínics representen un ajut al metge a l'hora de prendre decisions

beneficiï el seu pacient i pensa que té el deure d'emprar tots els mitjans adequats al seu abast que cregui adients, dirigits a preservar el dret fonamental de l'ésser humà a la protecció de la salut, i prestar-li tota l'assistència necessària per a la conservació o recuperació de la salut.

### Els protocols clínics poden ajudar

Afortunadament, els protocols clínics, ja siguin diagnòstics o terapèutics, representen un ajut al metge a l'hora de prendre decisions, ja que redueixen les alternatives que s'han de triar per a la majoria de situacions, encara que l'aplicació final correspon sempre a un metge concret davant d'un malalt concret i hi ha d'haver un marge per a la seva aplicació.

Cada acte mèdic està condicionat per la situació de cada malalt i és la raó de ser i la funció principal de la professió mèdica. Com s'apliquen els protocols en un servei o centre o com es delimiten les prestacions en un sistema sanitari correspon als diferents nivells en els quals podem classificar les perspectives de valoració de les actuacions en el sistema sanitari assistencial. Com sempre, això ho acostumem a dividir en tres enfocaments: una perspectiva micro, derivada de l'observació de comportaments individuals (pacients, grups de pacients, etc.); una perspectiva meso de gestió de servei, de centre o d'empresa, i una perspectiva macro, on l'objecte de l'anàlisi el constitueixen els comportaments agregats a gran escala: per exemple, el tractament realitzat per una patologia d'una especialitat concreta, en una àrea sanitària dins d'un sistema de salut.

### La societat

Els principis ètics i els codis deontològics ens recomanen usar el criteri de l'interès millor, és a dir, el que la comunitat racional d'aquest mitjà entendria que és el millor interès global del pacient. Es tracta de pensar com

una "persona raonable" i actuar de la mateixa manera que el comportament previsible que tindria una persona estàndard i que un grup social determinat coincidiria a qualificar com una "actuació normal".

La societat "ho veuria bé" i, per tant, no caldria tractar fins al límit de l'impossible, com ja criticava l'economista de la salut Alan Williams en un congrés als anys vuitanta a Barcelona. Aleshores ja hi va haver una forta polèmica pel tema dels tractaments en situacions límit i perquè diferents associacions de gent gran van interpretar que la utilització dels Anys de Vida Ajustats per Qualitat (AVAQ) podien perjudicar la gent de més edat. La polèmica va venir perquè es podia pensar que si s'aplicava aquest concepte, podia significar que "s'estaria matant la gent gran", ja que tindria menys anys de vida al davant a l'hora de comparar actuacions i les seves conseqüències (per cert, l'Alan ja tenia 70 anys quan expressava aquestes idees).

Moltes vegades tenim interessos personals davant dels interessos de la societat o els d'un tercer pagador, com quan el metge forma part d'una institució que presta uns serveis per a un sistema públic o privat i, per tant, ha d'actuar sota els principis de la institució a la qual pertany.

Els punts de vista poden mostrar col·lisió i, afortunadament, el facultatiu acostuma a actuar sota l'aixopluc d'un protocol general o de centre que pot ajudar a guiar les seves actuacions.

### La implicació condiona la manera d'actuar

Si parlem de tractaments en situacions límit, segurament opinarem diferent si els malalts som nosaltres o un familiar proper o si, per contra, ens mantenim en la distància professional d'un metge que ha d'aplicar un protocol. També s'analitzarà fredament si fa la valoració en abstracte el director d'un servei; el gerent d'una institució, el responsable de l'asseguradora que vetlla per l'aplicació eficient de les prestacions als seus clients amb un bon resultat al mínim cost o el parlamentari que, en comissió o ple, vota la llei que ho delimita.

Les raons individuals i les raons de caràcter social ens poden guiar en cada cas i considerem humà aquest comportament segons el lloc on ens trobem.

Per valorar temes generals com la percepció de l'estat de salut de la població i els problemes de salut que representa, fem les enquestes de salut i escollim una mostra representativa

de la població. Els resultats s'analitzen per grups d'edat, gènere, territori o altres variables que pensem que poden fer variar les conclusions per grups concrets de població. Sabem, per exemple, que la percepció de l'estat de salut és diferent entre els homes i les dones i que també varia per territoris i classe social.

Per contra, quan volem saber les valoracions de línies de serveis sanitaris concretes que de manera periòdica realitzen les asseguradores, com ara el Catsalut en el seu pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA), es pregunta als usuaris que per exemple han estat ingressats en un hospital i, per tant, han utilitzat aquests serveis (els implicats directament), encara que en alguns col·lectius s'estenen les preguntes als cuidadors o als pares dels nens petits per raons òbvies. Obtindriem un resultat diferent si aquests ciutadans no haguessin estat malalts i opinessin en general dels serveis de salut.

Per tant, si ens preguntem què s'ha de fer a l'hora de tractar un malalt en situació límit, per exemple un nou tractament oncològic encara en fases finals d'experimentació, entenem clarament que el fet d'estar-hi implicat o no condiona les respostes que podem obtenir. No és el mateix preguntar per un tema del qual en tenim referències que per d'altres que en afecten directament.

### Els Anys de Vida Ajustats per Qualitat (AVAQ, QALY)

En l'àmbit individual, si "t'ha tocat a tu" t'ho mires d'una altra manera, i als aspectes de supervivència, per exemple, hem d'afegir-hi els de qualitat de vida relacionada amb la salut, els famosos QALY (inicials en anglès dels anys de vida ajustats per qualitat, AVAQ). Què són els AVAQ? Aquests tenen en compte tant la quantitat com la qualitat de vida generada per les intervencions sanitàries. És el producte aritmètic de l'esperança de vida i una mesura de la qualitat dels anys de vida restants. Un QALY col·loca un pes sobre el temps en diferents estats de salut. Un any de perfecte estat de salut és un valor d'1 i donem valors inferiors a 1 si hem viscut aquest any amb més o menys mala salut, amb el benentès que la mort és considerada equivalent a 0, tot i que alguns estats de salut poden ser considerats pitjor que la mort i tenen puntuacions negatives.

Però la utilització dels QALY, O anys de vida ajustats per qualitat genera també problemes, ja que els pacients responen diferent segons l'estat



d'ànim, varien amb el temps, en funció de si és un home o és una dona i es valora de manera independent de qui el rep: edat, estatus socioeconòmic i el possible problema derivat d'utilitzar la hipòtesi de la utilitat proporcional al temps (el valor que assignem a la vida augmenta de forma constant i proporcional al nombre d'anys per viure). És cert que ens ho mirem diferent segons el moment de la malaltia en el qual ens trobem i diuen, per exemple, que en els darrers moments de la vida canviariem tot el nostre patrimoni per allargar-la una mica més.

El punt de vista dels economistes: la visió social ampliada

Els AVAQ s'utilitzen en un dels tipus d'avaluacions econòmiques en el qual mesurem els resultats en termes de qualitat de vida. En aquest tipus d'estudis i en els altres d'avaluacions econòmiques completes, els economistes consideren diferents qüestions, entre les quals hi ha la del punt de vista de l'estudi (per a més detalls, vegeu el llibre de Michael Drummond recomanat a la bibliografia). Aquests experts recomanen sempre usar la visió més amplia, la de la societat en general, la que es denomina visió social ampliada.

És la visió a la qual ens referim en aquest article i la que es fa servir més a l'hora de realitzar la majoria dels tipus d'avaluacions econòmiques, com, per exemple, per avaluar noves tècniques o tractaments. Per cert, el nou Pla de Salut de Catalunya també anuncia la recomanació d'incorporar criteris de cost-efectivitat en la definició del catàleg de prestacions que ajudin en la seva prioritització, tant en l'àmbit estatal com de Catalunya. I ho fa després de valorar que hi ha un catàleg molt ampli de prestacions sanitàries i de caràcter universal.

En altres països, com ara a Anglaterra, l'organisme anomenat NICE (Institut Nacional de Salut i Excel·lència Clínica) es va crear ja fa uns dotze anys per prendre decisions generals en el sistema de salut anglès i, per exemple, reduir la variació en la disponibilitat i la qualitat dels tractaments i tenir cura per assegurar l'equitat en resultats. S'orienta en l'evidència científica i en altres eines per ajudar a resoldre la incertesa sobre quins medicaments, tractaments, procediments i dispositius representen la millor atenció de qualitat i ofereixen la millor relació qualitat-preu per al seu sistema nacional de salut (l'NHS anglès). També fa recomanacions per fomentar una vida saludable, promoure el benestar i prevenir malalties.

Aquest organisme va adoptar un

llindar (no legislatiu) amb un rang de 20.000 £ (29.500 € o 40.000 \$) a 30.000 £ per any de vida ajustat per qualitat (AVAQ) guanyat. És una manera de delimitar les noves prestacions a banda, sens dubte, de l'evidència de la seva seguretat, efectivitat, etc.

La valoració de nous medicaments, per exemple, també es fa des del punt de vista social abans esmentat i s'incorporen els conceptes d'utilitat terapèutica i grau d'innovació referits al valor social afegit per aquests en relació amb les alternatives de tractament disponibles i els costos afegits que comportin, és a dir, amb la seva relació cost-efectivitat incremental. Així, les mesures del valor social del medicament van més enllà de les mesures de resultat convencionals per incorporar, també, mesures de qualitat de vida relacionades amb la salut que abans ja hem explicat: comorbiditats dels pacients i les seves famílies, consum de recursos sanitaris evitat i pèrdues productives evitades.

L'anàlisi cost-efectivitat incremental i l'establiment d'un llindar indicatiu del cost màxim que s'està disposat a pagar per "any de vida ajustada per qualitat guanyat" són els elements essencials d'aquesta aproximació.

### La influència dels representants dels malalts, dels representants de la societat i la governança

Per descomptat que les associacions d'afectats per una determinada malaltia defensen els interessos concrets perquè la societat reconegui "els seus drets". No oblidem que el sistema sanitari forma part del sistema social i que, com a tal, ha creat diferents institucions que realitzen aquestes funcions per cobrir necessitats, en aquest cas les de la salut de la població. Aquest reconeixement de drets i la resposta a les necessitats es fa de manera pública i amb més o menys intensitat al Parlament; si estem en un sistema democràtic, màxima expressió de la voluntat popular.

Els parlamentaris actuen en nom de la població que els ha votat d'acord amb el programa i la ideologia del partit polític corresponent que, després,

***Els AVAQ recomanen sempre usar la visió més àmplia, la visió social***

per majories, ostentarà el Govern. Les eleccions contempen el principi de "cada persona, un vot", encara que la proporcionalitat per territoris, sovint discutida, preveu la presa en consideració de les minories territorials. Si el resultat de les seves actuacions no és satisfactori per als electors, al cap de quatre anys en poden votar d'altres. "És la democràcia el menys dolent dels sistemes polítics", com apuntava Winston Churchill fa més de seixanta anys. Les seves actuacions responen a l'interès general sota el principi de governança d'actuar pel bé comú, però també podem comprendre que estan condicionats pels seus interessos i dels grups d'electors que representen.

### El relativisme

Ara podríem afegir allò que l'home és imperfecte, esmerçar raonaments filosòfics i usar frases relativistes com la que va fer famosa Campoamor: "En este mundo traïdor, nada es verdad ni mentira; todo es según el color del cristal con que se mira." Podríem suposar que inevitablement impera el subjectivisme, l'arbitrarietat i el relativisme, en totes les facetes del nostre món (per això és traïdor, segons el poeta).

Cadascú explica la seva veritat com li convé, ja que les persones veiem allò que volem veure per a totes les coses o situacions. Si les mirem des de tots els angles, sempre tenen un costat de mentida i un de veritat, tant en l'individual com en el col·lectiu... També en l'àmbit periodístic, quan es llança una notícia d'un tema nou per a nosaltres i la llegim als diaris, de vegades ho interpretem amb cautela, ja que altres fets que nosaltres sí que coneixem han estat publicats de manera diferent a la "nostra realitat".

Però tampoc podem donar la raó del tot al relativisme i "no acceptar allò que no sigui demostrable", ja que afortunadament ens creiem moltes coses sense cap demostració per poder anar vivint.

En termes més estadístics o epidemiològics, podem pensar que si els parlamentaris fossin una mostra representativa de la població general, hi hauria més probabilitat que les decisions que prenguessin fossin les més correctes, tant pel fet de ser uns bons governants que vetllen per la població general, com per la possible correlació directa derivada dels seus problemes personals de salut, dels de les persones properes o les dels seus electors. Si quan prenen decisions per als ciutadans que representen, a més a més estiguessin ben assessorats

## La prestació real mitjana és el principal factor explicatiu de la despesa sanitària per sobre de l'envelliment de la població

tècnicament (per exemple, amb estudis d'avaluació econòmica), podríem pensar que el bon govern del país estaria més assegurat.

Si, per contra, són una mostra esbiaixada en algunes variables com l'edat, el gènere, el territori o altres com l'afectació d'algunes malalties, podríem pensar que les seves actuacions també tindrien un biaix. Pensem en un Parlament majoritari d'homes, com ho ha estat molts anys, o amb preponderància de governants d'un barri, d'una comarca o d'una ciutat determinada d'un territori. Els sistemes de mostratge són complicats i potser per això no deu estar tan malament que el sistema electoral sigui, en part, proporcional a les demarcacions o territoris, encara que sigui un tema qüestionat periòdicament.

S'ha de governar i prendre les decisions generals i, després, les particulars. Pensem que, com a país, dediquem una part important del PIB a la despesa sanitària; i la prestació real mitjana (més intensitat i noves intervencions sanitàries per assegurat) és el principal factor explicatiu d'aquesta despesa per sobre de l'envelliment de la població. Per tant, és molt important delimitar la cartera de serveis de manera que la quantitat i la qualitat de vida que volem millorar amb el sistema de salut justifiquin el que costa aquest esforç.

Pensem també que la perspectiva sota la qual prenem les decisions generals i que ha de guiar les particulars ha de ser la dels ciutadans (no els pacients actuals, ni els professionals ni la indústria farmacèutica o asseguradora). En el poble rau la sobirania decisòria.

D'altra banda, en l'àmbit individual sempre hi haurà una extraordinària disposició a pagar per la mínima millora real o imaginària, que serà una mica més gran com més ric sigui un individu i més propera la seva mort, com recorden Enrique Bernal i Vicente Ortún a l'article de la bibliografia recomanada.

### El punt de vista de les avaluacions econòmiques

Així doncs, cal veure la perspectiva com un dels aspectes que sempre mirem quan fem una avaluació econòmica. És el punt de vista sota el

qual es valorarà l'estudi. A banda del punt de vista micro, meso o macro que abans hem esmentat, i tot i que és possible establir diversos punts de vista, els economistes de la salut advoquen per un quart punt de vista més ampli: el social, sempre que això sigui possible.

La perspectiva està íntimament relacionada amb la identificació dels usuaris finals de l'avaluació diferents i potencials, que determinarà l'enfocament primari de l'estudi.

D'entrada, hem de veure qui ha encarregat l'estudi, qui el finança i el punt de vista que agafem per prendre les decisions, al qual ens referirem en el títol d'aquest escrit.

El punt de vista és l'enfocament que sotmetem a un contrast i pot ser el de l'autoritat regional, el de la institució sanitària que actua com a proveïdora (un hospital, per exemple), el del metge individual, el del comprador sanitari públic o privat, el del pacient i els seus familiars, etc.

Un hospital podria estar interessat a obtenir informació sobre el cost d'adoptar una determinada tecnologia (un tractament) en substitució d'una altra d'anterior o a promoure noves vies diagnòstiques o terapèutiques. Una autoritat regional pot estar més interessada a obtenir informació sobre la manera més eficient (resultats en relació amb el cost) per resoldre les atencions de determinades malalties i si és millor fer-ho en un hospital de referència o de manera descentralitzada o delegada a l'atenció primària de salut (per exemple, pel control de l'anticoagulació oral mitjançant una alternativa terapèutica o una altra).

Cal tenir en compte que una resposta afirmativa en un àmbit o enfocament pot ser diferent de la resposta a una pregunta idèntica des d'un altre enfocament. Per aquest motiu, el punt de vista és un dels primers temes que cal considerar a l'hora de fer una avaluació econòmica que ajudi a prendre decisions generals de prestacions per, després, aplicar els protocols a pacients concrets.

L'enfocament influeix tant en els costos que s'han de considerar en la comparació (per exemple, els costos d'un servei clínic, de tot un hospital o de diferents comarques sanitàries), com en els tipus de resultats sanitaris

que poden ser mesures específiques per a un determinat grup de pacients.

### El punt de vista social ampli

La perspectiva social àmplia és segurament el mètode més exigent en la captació de dades i resultats, i hauria de ser la més propera a les decisions socials envers les prestacions de salut, si les interpretem també en un sentit social ampli. Tots els costos i resultats han de ser computats sense tenir en compte qui rep els beneficis sanitaris i qui suporta els costos. No obstant això, la perspectiva social s'ha de fer de manera que permeti, en tot cas, una desagregació transparent en altres punts de vista més particulars o reduïts, incloent-hi, és clar, el punt de vista del decisor: l'autoritat sanitària o aquell a qui va dirigit l'estudi de forma primària.

Altres enfocaments rellevants als quals es pot arribar mitjançant el procés de desagregació inclouen els punts de vista del sistema sanitari (no de tota la societat), el dels finançadors de la sanitat, el del departament o departaments implicats, el d'un organisme sanitari determinat, el de les grans entitats d'assegurament públic o privat, el del proveïdor o el d'un centre concret. Finalment, també es poden fer estudis sota la perspectiva dels pacients i els seus familiars.

### La salut com un bé públic i l'assistència sanitària com un bé privat

Si estem sota la perspectiva dels pacients o familiars i pensem en una part de la salut com un bé privat (l'atenció sanitària, per exemple), les argumentacions serien unes altres i la capacitat de pagament de qui fa la demanda seria el senyal perquè les lleis de mercat facin la seva feina de posar en contacte oferta i demanda guiats de "la mà invisible de l'Adam Smith...". La disponibilitat de pagar manaria, com pot passar en l'exercici de la medicina privada, on qui decideix allò que entra i allò que surt no és qui paga directament el servei... El mateix passaria si fóssim al final d'una malaltia avançada, en un tractament "compassiu" en els darrers moments de la vida o en una falsa finalitat curativa, atès l'estadi de la malaltia.

Recordàvem, en un article anterior, la diferència en termes econòmics entre un bé públic i un bé privat, i dièim que la majoria dels serveis sanitaris es classifiquen com a béns privats, ja que se'n pot excloure del seu consum els individus que no els volen pagar (si es tingués aquesta intenció) i el cost de produir una unitat més (introduir un nou individu, per exemple) és major a

zero. Dèiem també que en una llista d'espera hi ha rivalitat en el consum i que el fet de realitzar una intervenció o una consulta de més té un cost addicional. Per contra, explicàvem que és un bé públic per les característiques de la producció i perquè no es pot excloure ningú del seu consum, encara que no vulgui pagar, i en els béns públics el cost marginal d'afegir un beneficiari o consumidor més és zero (no és 0 el cost de produir una unitat addicional). En el món sanitari, trobem exemples de béns públics en la protecció de la salut quan, per exemple, clorem o fluorem les aigües de consum.

Si tornem al nostre debat, qui pren normalment la decisió en un acte individual és el facultatiu que actua per delegació en nom del pacient, però també de la seva família, del centre productor de salut, de la comunitat...

**Com influeixen els interessos de tots i com aquests aspectes es conjuguen en la presa de decisions?**

A la pregunta què hem de fer davant d'un malalt, quins interessos té la indústria, els professionals, la comunitat, els pacients i els seus familiars i com es conjuguen aquests aspectes en la presa de decisions, hem de dir que una avaluació econòmica completa entesa com els beneficis que obtenim en relació amb els costos esmerçats ens pot ajudar a decidir i, tot seguit, hem de matisar que aquesta decisió depèn del punt de vista i dels interessos de cadascú...

El relativisme en matèria moral es presenta en els nostres dies com a model superador en contrast amb la idea d'un grup de normes de conducta de validesa universal, i se li atribueix com a virtut el fet de promoure la convivència pacífica entre diferents cultures tot promovent la tolerància. A aquesta afirmació, la crítica oposa la idea que de vegades tolerar no significa un intercanvi d'idees profitós i enriquidor, sinó simplement admetre sense discussió la coexistència de sistemes de normes morals nombrosos, diferents i sovint oposats, la qual cosa dificulta realment la concòrdia i atempta contra l'assoliment del bé comú de la societat.

Fem una mica de cas als detractors del relativisme i pensem que hem d'assumir l'existència de veritats reals, objectives i vàlides per a qualsevol cultura. Intentem lligar la veritat a la pràctica i que l'acció concreta exigeixi valorar l'encert o l'error com una cosa real, no relativa: ens hem de mullar! Aquest positivisme entès com a metodologia suggereix que l'avaluació

econòmica és un bon instrument i ens pot guiar a l'hora de prendre decisions com, per exemple, la inclusió o no de noves prestacions o tractaments i la seva continuació en situacions límit sota la perspectiva social més àmplia, que és la que més ens pot ajudar.

Deixem clar, per tant, que el punt de vista que usem a l'hora de valorar pot condicionar totalment les nostres respostes, encara que de vegades ho oblidem o no ho considerem prou a l'hora de fer aquestes valoracions i d'analitzar les actuacions generals i concretes dins del sistema de salut. Hi ha molts interessos al darrere, però el punt de vista que hem d'adoptar ha de ser el general de la societat, sobretot si és aquesta societat la que es responsabilitza del finançament del sistema de salut.

*Dr. Ramon Piñol, metge*

**BIBLIOGRAFIA Bàsica**

Codi de deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 2005. Accessible el gener de 2012 a [http://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi\\_deontologic.pdf](http://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi_deontologic.pdf)

Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: La llar del llibre; 1990.

Drummond, Michael F. Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria, Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2001. Traducció de l'original Drummond i cols., Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs, 3a edició, Oxford University Press; 2005.

Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y la relación coste efectividad incremental. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 59-7.

Bernal-Delgado E, Ortún-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. Gaceta Sanitaria 2010; 24 (3): 254-8.

Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Versió 1.0. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, novembre 2011. Accessible el gener de 2012 a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3619/index.html>.

**On és el límit?**

De tots els condicionants ètics que afecten la feina del metge, m'interessa especialment el dilema entre les possibilitats tecnològiques de fer sobreviure un pacient fins gairebé l'infinit i allò que es coneix com "acarnissament terapèutic" o, dit en termes potser més acceptables per a la professió mèdica, "obstinació terapèutica". Fins on s'han d'esmerçar esforços per salvar una vida? Quants diners cal destinar a la salvació d'una vida? S'han de dedicar els mateixos esforços a un nen i

a una persona de més de 80 anys? S'ha d'experimentar amb un cos viu només per interès científic? S'ha d'intentar mantenir viu un pacient tot i que les possibilitats de supervivència siguin mínimes? Aquesta és una de les grans qüestions de la medicina del nostre temps, perquè la tecnologia, en el sentit més ampli, que va des de la biomedicina fins a l'electrònica o la química, ha arribat a un grau de perfecció que fa possible, en moltes ocasions, facilitar tractaments al malalt que serveixin per allargar-li la vida encara que sigui amb la convicció que aquesta és irrecuperable i que qualsevol esforç només produirà una prolongació irrellevant de la vida del pacient, tot i que les conseqüències siguin d'una qualitat incompatible amb una vida normal.

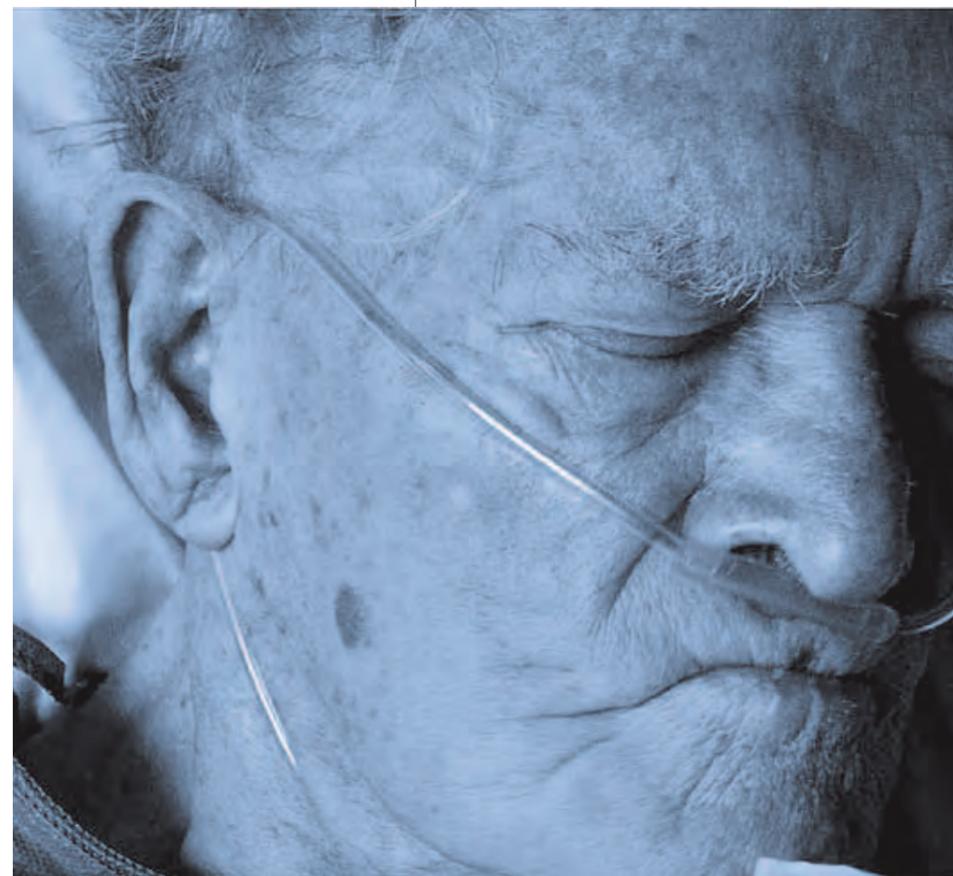
El metge té, de vegades, una visió acrítica de la vida dels seus pacients. Cal lluitar per la seva supervivència, sigui quin sigui el resultat. La tecnologia i els mitjans de suport vital permeten allargar la vida d'un malalt gairebé fins a l'infinit i sempre, fins i tot quan el final biològic és el resultat més recomanable, es pot mantenir l'últim pols amb la mort i guanyar-lo encara que sigui durant unes hores i a preus no sempre raonables. Ah! Però s'ha de posar un límit al preu que s'ha

de pagar per la vida dels ciutadans? Aquest preu l'ha de saber el metge? No hem dit que el principal bé que cal protegir és la vida de les persones? I, a més, no hem posat restricció en edat o en capacitat adquisitiva a aquest límit. Per tant, el metge té dret (sempre?) a mirar d'utilitzar tots els mitjans al seu abast per salvar una vida. Amb quin resultat? Quant de temps? Amb quina qualitat vital? He viscut, com a usuari de la salut, aquest debat amb el metge i he de dir que el ciutadà sempre té les de perdre. En primer lloc, perquè està psicològicament predisposat a acceptar que existeix un bri d'esperança i, en segon, perquè mai disposarà d'arguments científics per confrontar les tesis del seu facultatiu. Té raó el metge? Sempre! O això ens sembla als pacients o als parents dels pacients a punt de ser intervinguts d'una operació, a una edat molt avançada, que pot tenir com a resultat un estat de màxima postració, una vida vegetal. En el meu debat, ja fa anys, vaig donar la raó als metges, i la van tenir. El resultat ha estat una llarga, plàcida i còmoda vida del pacient, que es va recuperar tal com havien vaticinat els responsables de la intervenció. On jo veia acarnissament, o diguem-ho més suaument, obstinació, ells veien esperança, solucions mèdiques,

tecnologia i mètodes que permeten recuperar un pacient amb uns nivells de supervivència i de qualitat de vida perfectament contrastats.

Sempre és així? No existeix la mala fe? No s'abusa dels mitjans tecnològics? I tant que sí. De vegades per un sentit de l'ètica professional un xic confús, per un sentit de culpa envers el fracàs del tractament. Cal provar-ho tot abans de llançar la tovallola. Fa la sensació que, en aquest cas, el metge posa davant dels drets del pacient la seva obstinació a salvaguardar una vida. També existeix la impressió que el metge s'abstreu de la realitat personal del seu pacient per centrar-se en una altra, també respectable però molt més freda: l'exercici pràctic de la professió de científic, la resolució d'un enigma tècnic. És a dir, si el metge es planteja la lluita contra una malaltia com un repte científic o se la planteja com la resposta a les necessitats d'una persona. Alguna vegada, poques, hem sentit algun professional de la salut respondre "jo no sóc assistent social" davant de les qüestions no científiques (no mèdiques) que es viuen al voltant del malalt. Quan el metge perd de vista que la recuperació de la salut del pacient és la veritable raó de ser de la seva professió, es desconnecta de la seva responsabilitat

mèdica: és més important salvar una vida o garantir el benestar del pacient? S'hauria de garantir legalment al pacient o als seus familiars la possibilitat de decidir el límit del tractament? És clar que, si portem al límit aquest debat, haurem de posar-nos en un altre de més complex encara: hauria d'estar regulada jurídicament la pràctica de la medicina per tal de permetre al pacient o als seus representants la possibilitat d'elegir una mort digna en lloc d'una vida amb patiments? Cal establir una relació jurídica, entre els representants del malalt i els del metge o el centre sanitari, prèvia a la intervenció sanitària? I, en cas que el metge decideixi que ha arribat al límit, té dret a utilitzar mitjans per escurçar el patiment i la vida del seu pacient? Sé que tot plegat forma part del mòl de l'os de l'ètica d'una professió, la mèdica, que reflexiona sovint i profundament sobre el seu paper, els seus límits i els drets dels seus usuaris, però que contreen una responsabilitat màxima davant de la societat, impossible d'equiparar a la de qualsevol altre professional, sigui arquitecte, enginyer o periodista. Parlem de professionals, les accions dels quals poden tenir conseqüències negatives per a la societat, fins i tot també en vides humanes, que estan



**Si el metge decideix que el pacient ha arribat al límit, té dret a utilitzar mitjans per escurçar-li el patiment i la vida?**

moral davant del malalt i de la societat. És cert que no tota la culpa és dels professionals de la salut: l'entorn familiar, social i mediàtic els empeny moltes vegades fins al límit i no resulta fàcil abstreure's d'aquesta pressió.

Moltes vegades són notícia als mitjans de comunicació els avanços obtinguts en la supervivència de nadons prematurs fins a límits gairebé miraculosos. Tenim també constància de les actuacions mèdiques envers malalts amb malalties degeneratives com l'Alzheimer, als quals es tracta de curar altres mals sense tenir en compte la seva situació prèvia i, finalment, hem estat testimonis de la insistència a tractar malalties de difícil resolució en persones d'edat avançada i de difícil supervivència a les seves seqüeles. En tots aquests casos, cal tenir en compte un conflicte ètic que de ben segur està present en l'actuació de la major part dels professionals

sotmesos també a pressions exògenes comparables a les que pateixen els metges des de la indústria farmacèutica, des de les empreses (públiques o privades) gestores de la salut o des de la mateixa societat a través de les associacions d'usuaris, d'aquests individualment o dels mitjans de comunicació com a ressò del pensament social dominant. I aquest és, no ho oblidem, que totes les malalties s'han de curar, que cada mort és un fracàs i que la ciència ens ha tornat infalibles. Davant d'aquesta realitat és estrany que el metge actui amb una pretensió de gairebé omnipotència, que arriba de vegades al límit d'allò que hauria de ser acceptable per al benestar del pacient i el seu dret a una mort digna.

No n'hi ha prou de cobrir l'expedient amb el fet de disposar de la signatura del pacient (el coneixement informat) per actuar amb llibertat. La pressió del metge, o de l'entorn sanitari, sobre el

pacient i la seva família per disposar d'una autorització a intervenir ha de formar part d'un procés que permeti una presa de decisions realment informada i lliure. Sempre hi haurà una superioritat moral del facultatiu sobre el seu pacient i, és per això que ha d'actuar amb més cura com més distància cultural i social existeixi entre tots dos. S'ha de recordar als familiars que les opinions conegudes del pacient, en el cas que aquest no pugui respondre per ell mateix, són molt importants i s'han de tenir en compte. Els usuaris esperem del nostre metge (encara que sigui la primera vegada que es fa càrrec de la nostra salut) que tingui la consideració deguda al nostre dret a la vida, però també al dret a una mort digna i, en conseqüència, esperem que més enllà de portar la lluita contra la mort a un extrem impossible, sàpiga en quin moment ens ha d'ajudar amb cures paliatives a preparar el trànsit cap a la mort. Mentre la ciència no mostri el contrari, la mort forma part natural del procés vital i, per molt que metges prestigiosos insisteixin que l'edat no és una malaltia, l'aproximació cap al moment del desenllaç biològic ha de ser tingut en compte per tal de prendre les decisions sanitàries més encertades.

Juan Cal Sánchez  
Periodista.  
Director executiu del Grup Segre

## Tractament curatiu versus paliatiu. Aspectes ètics

Des de l'inici dels temps, la medicina i totes les ciències biomèdiques sempre han intentat lluitar contra les malalties per tal de guarir els nostres pacients dels seus mals. Ens alguns casos, els èxits han estat espectaculars. Recordem, per exemple, la gran revolució que va suposar la generalització de l'ús dels antibiòtics no fa encara ni cent anys.

Malgrat tots els avenços de la ciència, continuen existint malalties que no tenen tractament eficaç i sempre n'hi continuarà havent d'incurables. De fet, com moltes cultures no han oblidat, la mort és una part de la vida, i una de les poques coses que podem assegurar és que tots morirem algun dia.

Per tant, malgrat tots els avenços de la medicina, hi continuarà havent pacients a qui no se'ls podrà oferir un tractament curatiu, però que caldrà donar alguna resposta als seus problemes, evitar en la mesura del possible el

## Curar quan és possible i, en tots els casos, tenir cura dels nostres pacients alleugerint-los el dolor i acompanyant-los en el seu procés

dolor i acompanyar-los en el seu procés de malaltia.

### Hi ha dos tipus de debats bioètics que cal tenir en compte:

El primer és el clàssic de beneficència i no maleficència. Nosaltres, com a metges, hem de tendir a fer el bé dels nostres pacients i a evitar fer el mal. Ara bé, en alguns casos apareixen dubtes sobre què és fer el bé i evitar fer el mal. En posarem alguns exemples:

Quan la situació és irreversible i l'ús de mesures per allargar la vida pot produir efectes indesitjables, com dolor físic i també patiment psíquic important, es pot considerar fer un bé?

Què és millor: viure dos dies més, però patint molts dolors i en situació d'aïllament... O viure dos dies menys, en un procés ja irreversible, però de manera que s'asseguri el màxim confort i es faciliti que la persona es pugui acomiadar dels seus i tancar els processos que tingui pendants?

La resposta a aquestes qüestions és complexa i també dependrà de les preferències del pacient (aquí hi entra també el principi d'autonomia). Però cal tenir en compte que en aquestes situacions molts tractaments poden ser fútils, és a dir, sense utilitat, i que, de fet, podem arribar a fer un aferrissament terapèutic, en què s'apliquen al pacient tractaments extraordinaris dels quals no se'n pot esperar cap benefici.

El segon, més actual i que cada dia se'ns exigirà més, és el debat amb el principi de justícia. La salut no té preu, però sí que té un cost, i els diners que es destinen a un procés —atès que la caixa de recursos és limitada— es deixaran de destinar a una altra necessitat. El matís que això implica no és pas banal. Es pot justificar un tractament que millori l'esperança de vida 15 dies si té un preu astronòmic i no millora clarament la qualitat de vida? El pacient té dret a demanar un tractament de segona elecció, més costós que el d'elecció, agafant-se al principi d'autonomia? Com comptabilitzem, doncs, les preferències del pacient amb els dilemes del principi de justícia, si tenim en compte que qui finança la salut (en el sistema públic) no és el pacient individual, sinó la

societat? I si el pacient s'ho pagués, valdria tot? (pensem per exemple en les fecundacions *in vitro* en dones de més de 50 o 60 anys).

El gran debat bioètic de finals del segle XX va ser el principi d'autonomia. En canvi, en el moment actual, el gran debat passarà a ser el principi de justícia.

El prestigiós centre d'investigació en bioètica de Nova York, The Hastings Center, va elaborar un petit document a finals del segle XX sobre els fins de la medicina, que tenim traduït per part de la Fundació Grífols ([http://www.fundaciogrifols.org/portal/ca/2/7353/ctn/dD10/\\_/5v5/11-Els-fins-de-la-medicina-The-Goals-of-Medicine-.html](http://www.fundaciogrifols.org/portal/ca/2/7353/ctn/dD10/_/5v5/11-Els-fins-de-la-medicina-The-Goals-of-Medicine-.html)). Aquest document, consensuat per bioeticistes de diferents països, va definir quatre grans fins:

- La prevenció de la malaltia i les lesions i la promoció i conservació de la salut.
- L'alleugeriment del dolor del pacient causat per les malalties.
- L'atenció i curació dels malalts i tenir cura dels incurables.
- L'evitació de la mort prematura i la recerca de la mort tranquil·la.

Si ens hi fixem, es podria resumir a "curar quan és possible i, en tots els casos (tant si es poden curar com no), tenir cura dels nostres pacients, tot alleugerint-los el dolor i acompanyant-los en el seu procés". La dualitat tractament curatiu versus paliatiu en part deixa de tenir importància, ja que el fi màxim és tenir cura, cuidar els nostres pacients de manera que s'atenguin les seves necessitats, tant quan l'objectiu del tractament sigui curatiu, com quan l'objectiu sigui paliatiu. La societat no demana només bons tècnics en medicina, demana metges i metgesses que sàpiguen el que fan, però també que mirin a la cara, que escoltin i que acompanyin en un moment de feblesa com és un estat de malaltia. Només si tenim en compte aquests aspectes mantindrem l'excel·lència en els nostres actes mèdics i la gent continuarà valorant la nostra professió com allò que realment ha de ser.

Dr. Josep Pifarré i  
Dra. Montse Esquerda

## Suplements dietètics i esport

Actualment, persones de tot tipus i condició practiquen l'exercici físic com una manera de salut, de mantenir la forma física i tenir un cos harmònic, però en molts casos volen aconseguir l'objectiu amb el mínim esforç. La màgia de les pastilles, els concentrats vitamínics, les pocions que donen salut, bellesa i harmonia sembla que guanyen terreny a l'exercici continuat, l'entrenament ponderat i progressiu, i la dieta sana i equilibrada. Aquests suplements dietètics són eficaços o innocus? Poden perjudicar la salut? Els dos articles que publica aquest número de BUTLLETÍ MÈDIC faciliten informació sobre aquest tema.



## Activitat física i ajuts ergogènics

Cada vegada és més freqüent que la gent faci activitat física. Ho podem veure en la proliferació de centres de fitness on, a més a més d'activitat física, s'organitzen activitats lúdiques. A la nostra ciutat, en menys de 6 anys s'han establert macrocentres on es pot anar a fer activitat física en qualsevol franja horària i tots els dies de la setmana. També els ajuntaments, els casals i els consells comarcals organitzen activitats esportives dirigides a la gent gran, i fins i tot hi ha a la nostra ciutat un club esportiu virtual, el Km 0 Ponent, que agrupa una gran família que té com a afecció la pràctica de l'atletisme, ja sigui a escala popular o de competició. Una de les activitats de ressò que organitza el Km 0 és la Cursa dels Templers de Lleida, que cada vegada té més assistents de fora de les nostres contrades (us recomano que consulteu el fòrum de la seva web).

Abans d'entrar en el tema, voldria diferenciar tres conceptes que la gent de vegades confon:

**Activitat física:** és qualsevol moviment corporal, fet pels músculs esquelètics, que comporti un consum d'energia. Així, les activitats de la vida diària (com poden ser alimentar-se, rentar-se, vestir-se...) són activitats que fa l'organisme i que comporten un consum d'energia, però que, com que són necessàries per viure, no es poden considerar exercici físic. Malgrat que hi ha una despesa energètica, les activitats

laborals i les feines de casa no es poden considerar exercici físic, ja que són quasi imposades per la societat.

**Exercici físic:** és una categoria de l'activitat física, ja que es pot definir com una activitat realitzada per l'organisme, de manera lliure i voluntària, que està planificada, estructurada i és repetitiva, amb més o menys consum d'energia. Té com a finalitat produir un millor funcionament de l'organisme i no dóna cap benefici material a la societat. En són exemples córrer, saltar, llançar, nedar, esquiar, anar amb bici, remar, caminar...

**Esport:** és la realització d'exercici físic segons una certa ordenació i sota unes regles de joc. L'esport és la conjunció de dos tipus diferents d'activitat física en relació amb les seves finalitats. Aquests dos tipus diferents d'activitat física són els entrenaments i la competició.

La finalitat bàsica dels entrenaments és obtenir una millor posada a punt cada dia, mentre que la finalitat de la competició és valorar els avenços que aconsegueix l'organisme en la seva posada a punt amb els entrenaments.

Aquesta pràctica regular d'activitat física comporta uns beneficis importants per a la salut. La majoria d'aquests centres disposen d'assessors professionals (metges de l'esport, nutricionistes, fisioterapeutes, tècnics esportius...) que ajuden a preparar una activitat física a la carta de forma salu-

dable i en funció de l'estat físic de cadascú.

No obstant això, cal dir que hi ha gent que està una mica obsessionada per l'activitat física i de vegades pot posar en perill la seva salut. Un dels camps on es fan força errors és en el de la dietètica i l'alimentació, ja que en aquest món funciona la cultura popular i és molt típic que la gent utilitzi, sense cap tipus de control mèdic, productes dietètics que poden ser perjudicials per a la salut i l'economia personal o, si més no, fer autèntiques aberracions en la seva dieta.

Quasi tots aquests productes s'adquireixen sense cap tipus d'indicació mèdica en botigues especialitzades, i fins i tot per Internet. Hi ha productes que potencialment poden ser perjudicials per a la salut, com els concentrats de proteïnes, de megavitamines i d'altres. En aquests casos funciona molt el boca-orella. Hi ha alguns esports on és molt freqüent la utilització indiscriminada d'aquests productes, com el culturisme, l'halterofília o el ciclisme.

En principi, si la gent fa una dieta equilibrada, no cal que prengui cap suplement nutricional extra (vitamines, proteïnes i/o ajuts ergogènics).

Encara que no sigui l'objectiu principal d'aquest escrit, cal recordar que a la dietètica esportiva s'han de diferenciar tres tipus d'alimentació:

**Alimentació durant l'entrenament:** sol ser hipercalòrica i el seu objectiu princi-  
]]



]]]] pal és assolir unes reserves energètiques importants.

**Alimentació del dia de la competició:** aquest dia és molt important respectar la regla de les tres hores (el darrer àpat abans de la competició s'ha de fer amb una antelació de tres hores):

- LA RACIÓ D'ESPERA (que intenta mantenir la glucèmia en límits normals, després de la davallada per la producció d'insulina que intenta compensar la hiperglucèmia per l'alliberament d'adrenalina durant aquestes tres hores).
- LA RACIÓ DE LA MITJA PART (en esports d'equip).
- LA HIDRATACIÓ (ja que l'activitat esportiva inhibeix el reflex de la set).

**Alimentació de l'endemà de la competició:** es recomana que sigui hipocalòrica, però això varia en funció de l'èxit esportiu que s'ha obtingut.

Farem referència ara als principals components de la dieta.

Tots els esportistes saben que els hidrats de carboni, juntament amb els greixos, són la principal font d'energia per a la pràctica d'exercicis de resistència, i que la fosfocreatina, juntament amb la glucosa, són el combustible utilitzat en exercicis de curta durada i intensitat elevada (exercicis anaeròbics).

El problema dels hidrats de carboni és que els seus dipòsits són molt limitats i, quan s'esgota el glicogen muscular i hepàtic, pot esdevenir la fatiga. Per tant, ja fa molt temps que els tres dies abans d'una competició de resistència es feien dietes riques en hidrats de carboni a fi de millorar de forma significativa els dipòsits de glicogen muscular. Això era conegut com la "tècnica de supercompensació o sobrecàrrega de glicogen". Després es va veure que comportava més risc de lesions i alteracions digestives, per la qual cosa es va substituir pel "règim dissociat", que consisteix a reduir la intensitat de l'entrenament una setmana abans de la competició, juntament amb una ingesta d'un 55% d'hidrats de carboni tres dies abans de la competició.

Els greixos són una font tremenda d'energia, però tenen l'inconvenient que consumeixen oxigen per a la seva degradació.

L'entrenament de resistència té un efecte estalviador de carbohidrats, en disminueix la seva oxidació i afavoreix la dels greixos, per la qual cosa s'ha proposat que la suplementació amb greixos pot permetre un estalvi de carbohidrats i incrementar, com a conseqüència, el rendiment.

Avui dia sabem que la sobrecàrrega de greixos, més que millorar el rendiment, el pot empitjorar i, a més a més, produir obesitat i afavorir la malaltia cardiovascular.

Les vitamines són compostos orgànics sense relació estructural entre si que es diferencien en la seva acció fisiològica, però que s'estudien conjuntament perquè la seva presència a la dieta és indispensable perquè l'organisme dugui a terme algunes reaccions metabòliques específiques. És molt típic que els esportistes prenguin suplementos importants de vitamines *per se*.

Noaltres som partidaris de no donar

suplements de vitamines si abans no hem realitzat una enquesta nutricional. Fins i tot, si en aquesta enquesta detectem déficits dietètics, provem al mateix temps de millorar els hàbits alimentaris i d'administrar els nutrients deficitaris.

Els practicants de fons, quan fan entrenaments importants pocs dies abans de la competició, solen fer una dieta hiperglucídica amb aliments rics en vitamina B1 (llevat de cervesa, carn de porc, soja, mongetes blanques, etc.) i B2 (llet i cereals).

Els velocistes (esports anaeròbics) solen prendre molta vitamina E a les amanides (germen de blat, cacauets, oli de panís o d'oliva).

Els culturistes, llançadors i halteròfils solen suplementar-se amb aliments rics en vitamina B6 (llevat de cervesa, fetge i nous).

Els ésser vius, a més a més de tenir els elements químics que formen la matèria orgànica (carboni, oxigen, hidrogen i nitrogen), tenen unes substàncies en petites quantitats que són essencials per a l'organisme. Ens referim als minerals, que els aporta la mateixa dieta. N'hi ha de dos tipus, els minerals principals o macromineral, com el fòsfor, el sofre, el calci, el magnesi, el sodi, el potassi i el clor; i els minerals traça o micromineral com el zenc, el cobalt, el coure, el crom, el fluor, el ferro, el manganès, el molibdè, el seleni i el iode.

Tal com passa amb les vitamines, no hi ha cap aliment que tingui tots els minerals en quantitats suficients per cobrir totes les nostres necessitats, de manera que cal ingerir dietes mixtes i equilibrades.

No voldria deixar de parlar d'un mineral molt relacionat amb l'activitat física. Em refereixo al ferro. Aquest mineral ja dona prou problemes quan manca en persones que no fan esport, però encara més en el cas dels esportistes, ja que molts d'ells solen tenir-ne un nivell molt baix, per la qual cosa s'han de fer periòdicament anàlisis de sang.

Avui dia, a més a més d'aquestes modificacions en la ingesta dels principis immediats, de prendre vitamines i minerals, els esportistes disposen de tot un arsenal de substàncies que s'anomenen ajuts ergogènics i que s'anuncien al mercat per millorar el rendiment. Moltes d'aquestes substàncies, a part de ser cares, no tenen una eficàcia clara i poden ser fins i tot perjudicials per a la salut. No solament els utilitzen esportistes professionals, sinó també els aficionats.

Hem de tenir en compte que actualment els entrenaments que fan els esportistes són els mateixos a Europa que a l'Àfrica Subsahariana, per la qual cosa la gent utilitza aquestes substàncies ergogèniques, estudis biomecànics i fins i tot substàncies dopants per esgarrapar un parell de segons.

La redacció de la revista ens ha encarregat fer una exposició dels diferents tipus d'ajuts ergogènics que hi ha a l'actualitat. En aquest camp, es produeixen veritables errors per a la salut de l'esportista.

### Què és un ajut ergogènic?

Ens hem de remuntar a la paraula grega *ergos*, que significa treball, i *genan*, que significa generar. Podem dir que un ajut ergogènic és el procediment o producte que pot millorar la producció, el control o l'eficiència de l'energia i proporciona a l'esportista un avantatge que li permet rendir per sobre o més enllà del que aconseguiria amb la seva habilitat natural o l'entrenament.

Cal dir que una causa de molts errors en aquest camp és que hi ha productes que estan subjectes a modes i campanyes publicitàries, si bé molts dels estudis científics són contradictoris o no estan ben dissenyats.

Malgrat que la gent es pensi que els ajuts ergogènics són una cosa nova, no és així. Sabem que a la Grècia clàssica ja s'utilitzaven estratègies ergogèniques: Miló de Crotona, segle VI aC, a fi de millorar el seu vigor físic, menjava diàriament 9 kg de carn, molt pa i bevia 8,5 litres de vi. Els que practicaven salts ingerien molta carn de cabra; els corredors, carn de toro, i els lluitadors i gladiadors, carn de porc. A l'era hipocràtica, els corredors de fons s'aplicaven preparats de fongs a les cames.

### Mecanismes d'acció dels ajuts ergogènics

- Hi ha tres mecanismes d'acció:
- Millora del treball físic.
  - Millora del rendiment o capacitat mental.

## Hi ha productes de moda per millorar el rendiment que no estan ben dissenyats i es basen en estudis científics contradictoris

- Millora per canvis morfològics significatius.

### Tipus d'ajuts ergogènics

#### NUTRICIONALS:

Hidrats de carboni, proteïnes/aminoàcids, vitamines, minerals, solucions isotòniques, fitoteràpia, miscel·lània (pol·len d'abella, polivitamines i multivitamines).

#### FARMACOLÒGICS:

Substàncies prohibides.

Substàncies d'ús restringit.

#### FISIOLÒGICS:

Metabolisme cel·lular (carnitina, creatina, ubiquinona, CoQ10).

Activitat hormonal o de neurotransmissor. TRANSPORT D'OXÍGEN: dopatge sanguini.

PSICOLÒGICS: hipnosi o psicoteràpia.

BIOMECÀNICS: sabatilles esportives amb plantilles que prevenen les lesions per

sobrecàrrega, malles o samarretes ergonòmiques.

### Diferents ajuts ergogènics

En els darrers anys, el nombre de suplementos nutricionals que es troben al mercat amb suposades propietats ergogèniques s'ha elevat dramàticament i fins i tot s'ha creat el terme *nutricèutic*. La quantitat de diners que es mobilitzen en aquest tipus d'indústria farmacèutica és immensa. És típic que molts atletes utilitzin ajuts ergogènics que els han subministrat amics o entrenadors, tot assumint el que no sempre és cert: la seva utilitat.

El llistat de substàncies potencialment ergogèniques és molt llarg, però el nombre de substàncies amb propietats realment ergogèniques és molt més curt, i algunes poden ser ergolítiques. Per citar un exemple, avui dia hi ha més de 700 substàncies disponibles comercialment per a culturistes, amb més de 800 propietats de millora del rendiment. Un dels principals problemes és que darrere d'aquestes substàncies no hi ha un estudi científic adient, sinó que simplement hi ha comentaris anecdòtics d'esportistes famosos que els anuncien per interès econòmic.

La majoria dels estudis científics que els laboratoris presenten als metges de l'esport incompleixen les bases més elementals de qualsevol estudi científic: no assignen la població que s'ha d'estudiar de forma aleatòria, no fan estudis a doble cec, hi ha un nombre insuficient de subjectes, no es

controlen les variables que poden falsejar l'estudi, etc.

Com hem dit abans, aquestes substàncies es poden adquirir fàcilment en botigues especialitzades en dietètica, per Internet, en revistes de fitness, en centres esportius i fins i tot les hem vist en petits locals comercials de l'estació de Barcelona-Sants. Sempre es presenten com a estimuladors de la producció o de l'alliberament d'hormones (hormona del creixement, insulina o testosterona) o modificadors de processos fisiològics que incrementen la massa muscular, la força o que redueixen el greix corporal.

La preocupació és tan alta que als Estats Units, on la legislació per a aquests temes és més permissiva, va esclatar a la premsa el cas d'intenses reaccions al·lèrgiques dels jugadors de l'NBA per consum excessiu de pol·len d'abella.

No hi ha una clara barrera entre el que es pot considerar un ajut ergogènic permès i el que és dopatge. No obstant això, sol ser norma general que quan es coneix que un determinat producte permet treure un avantatge en una competició esportiva, aquest passa a ser considerat substància dopant.

Explicarem quins són els principals productes que s'utilitzen, quin efecte poden produir i quins esportistes solen utilitzar-los. Intentarem no parlar de dosis, llevat que pugui comportar alguna curiositat.

### Aminoàcids (arginina, lisina, ornitina)

L'arginina i l'ornitina són dos aminoàcids no essencials, mentre que la lisina és essencial. S'ha dit que augmenten la massa muscular, disminueixen el pes gras i augmenten l'hormona del creixement i la insulina, per la qual cosa tenen propietats anabòliques. Sembla que actualment no es reconeix cap efecte respecte a l'hormona del creixement. Com a efecte secundari, poden interferir l'absorció intestinal, que provoca alteracions gastrointestinals i un desequilibri metabòlic. L'arginina, per si sola, s'ha dit que pot ser ergogènica, ja que és un substrat de la síntesi d'òxid nítric, que és un potent vasodilatador que pot millorar el flux i la capacitat de resistència.

### Aminoàcids ramificats

La isoleucina, la valina i sobretot la leucina són oxidades al múscul esquelètic, fet pel qual s'ha publicat que poden millorar les prestacions aeròbiques i prevenir la fatiga.

Els aminoàcids ramificats competeixen amb el triptòfan, precursor de la serotonina, en el pas de la barrera hematoencefàlica. Així, hi ha la teoria que l'increment del triptòfan lliure/disminució dels aminoàcids ramificats augmenta la serotonina al cervell i causa fatiga en els entrenaments de fons; de la mateixa manera que la disminució de la relació triptòfan/aminoàcids, per augment dels aminoàcids ramificats, disminueix la fatiga central.

Les investigacions no són definitives. Hi ha autors que fan referència a la ingesta correcta de carbohidrats per reduir la fatiga central, ja que disminueixen la mobilització dels àcids grassos que competeixen amb el triptòfan per fixar l'albumina; mentre ]]]

que la suplementació amb els aminoàcids ramificats augmenta l'amoní, fet que pot interferir en el rendiment esportiu perquè es tracta d'una substància tòxica per al cervell i distorsiona el metabolisme muscular, a la vegada que perd coordinació motora.

**Beta-hidroxi beta-metilbutarat**

És un metabòlit de la leucina, un aminoàcid amb una ràtio d'oxidació muscular molt alta. Es troba en el panís, les aranges i en alguns peixos.

S'ha anunciat pels seus efectes anticatabòlics, així com per una millora de la força muscular i per la potència muscular. No té efectes secundaris, però és molt car.

**Triptòfan**

És un aminoàcid essencial precursor de la síntesi de serotonina (neurotransmissor cerebral), de la melatonina (regulador de bioritmes) i de la niacina (metabolisme lipídic) que provoca analgèsia i disminueix la percepció de l'esforç i les molèsties a causa de l'exercici físic.

S'ha utilitzat en esports de resistència. Té efectes secundaris de tipus gastrointestinals, reaccions al·lèrgiques i algun cas de miàlgia eosinòfila. Això va fer que durant un temps es retirés del mercat, encara que després es va veure que va ser un problema de contaminació en la seva elaboració i es va tornar a posar a la venda.

**Aspartats**

Sals sòdiques i potàssiques de l'àcid aspàrtic (aminoàcid no essencial).

Durant l'esforç físic augmenta la concentració d'amoníac en sang, que causa fatiga central per afectació de les concentracions de neurotransmissors, o redueix la respiració mitocondrial, tot interferint en l'activitat del cicle de Krebs. Aquest amoníac es desintoxica mitjançant la conversió hepàtica d'urea, transformació en la qual participa l'àcid aspàrtic.

S'anuncia en relació amb els beneficis teòrics d'afavorir la utilització dels àcids grassos lliures com a font d'energia i de disminuir l'acumulació d'amoníac en sang.

No s'han observat efectes secundaris.

**Glutamina**

És un aminoàcid no essencial, molt abundant al plasma i al múscul. És el combustible dels enteròcits i de les cèl·lules del sistema immune (macròfags i limfòcits). La glutamina la utilitzen els practicants d'ultrafons perquè tenen la glutamina baixa. Els metges de l'esport també la utilitzen per tractar la fatiga crònica i prevenir el sobreentrenament.

No té efectes secundaris.

**Cítrul·lina**

Aminoàcid que forma part del cicle hepàtic de l'urea. Pot afavorir la reabsorció renal de bicarbonats. Els esportistes l'utilitzen com a desfatigant muscular i recuperador.

**Glicerol**

És un metabòlit derivat de la hidròlisi dels greixos. És un líquid que s'absorbeix ràpidament i que actua com una esponja agafant aigua, provoca una hiperhidratació per augment de l'aigua corporal total incloent el volum sanguini. Augmenta el volum de líquid intra i extracel·lular, de manera que manté el volum plasmàtic i redueix

**No hi ha dades científiques que confirmen la utilitat de les alternatives nutricionals dels esteroides anabolitzants i poden ser perjudicials per a la salut**

l'increment de la temperatura associada a l'exercici físic. Actua sobre l'hormona ADH estimulant el ronyó per reabsorbir més aigua.

S'anuncia com a estabilitzador de la termoregulació, millora del rendiment de resistència i potència aeròbica.

Té com a efectes secundaris nàusees, vòmits i cefalees. No la poden utilitzar els diabètics ni els hipertensos.

**Cafeïna**

Es metabolitza al fetge en tres dimetilxantines: paraxantina, teofil·lina i teobramida.

Té tres tipus d'efectes:

Efecte directe a la part del SNC relacionada amb la percepció de l'esforç i/o propagació dels impulsos nerviosos. La cafeïna disminueix la percepció de la fatiga a causa de l'increment de les catecolamines.

Augmenta la força de la contracció muscular per millora del transport iònic, possiblement per promoure la sortida de Ca des del reticle sarcoplasmàtic, de manera que s'afavoreix la interacció entre la miosina i l'actina.

Augmenta la utilització dels greixos i estalvia el glicogen; a intensitats moderades, augmenta el temps de fatiga. Augmenta la concentració plasmàtica d'àcids grassos lliures i de glicerol.

La cafeïna s'anuncia per l'increment d'energia, pèrdua de greix i increment del rendiment. La quantitat de tasses de cafè que es poden administrar fins a arribar al nivell legalment acceptat (no considerat positiu en un control de dopatge) és molt elevada, cal més de 8 tasses de cafè una hora abans de la competició per donar positiu. Així doncs, si es dona un positiu en cafeïna, cal sospitar d'una ingesta exògena amb tablettes o supositoris.

**Creatina**

És un compost nitrogenat format per metionina, arginina i glicina. Obtenim creatina de fonts externes si mengem carn i peix, però també de fonts internes a partir de la glicina i l'arginina. Se sintetitza al fetge i s'emmagatzema al múscul en forma de fosfocreatina. El seu excés, atès que el múscul té un límit màxim d'emmagatzematge, s'excreta per orina.

La fosfocreatina induïx a la refosforització de l'ADP per regenerar ATP en els exercicis del metabolisme anaeròbic.

S'anuncia com a incrementador de la potència, la velocitat i la massa muscular en velocistes.

Té efectes secundaris renals i hepàtics. També presenta increments de pes a causa de retencions líquides, hipertonia muscular, rampes musculars, diarrees i dolor abdominal.

**Triglicèrids de cadena mitjana**

La seva oxidació és tan ràpida com la de la glucosa, per la qual cosa teòricament n'estalvia la seva utilització i augmenta, com a conseqüència, el rendiment aeròbic i disminueix el pes gras. Els triglicèrids de cadena mitjana s'absorbeixen més ràpidament que els de cadena llarga pel fet que no necessiten el sistema de la carnitina per entrar al mitocondri de les cèl·lules musculars i, per tant, produeixen energia amb més rapidesa.

Així, s'anuncien pels seus beneficis teòrics d'incrementar l'energia, perllongar el rendiment aeròbic, estalviar glicogen i disminuir el pes gras. Se solen utilitzar en moltes modalitats esportives.

Poden produir alteracions gastrointestinals i augmentar l'LDL-colesterol.

**Àcids grassos omega-3**

Són nutrients essencials que s'obtenen a partir de l'àcid linolènic. Les fonts principals són el peix (salmó, sardines, tonyina...), olis (canola, soja...) i llavors.

S'anuncien pels seus beneficis teòrics per millorar la captació d'oxigen per part del múscul, estimular el metabolisme aeròbic, augmentar l'hormona del creixement i reduir la inflamació produïda per la fatiga. Poden potenciar els efectes dels anticoagulants.

**Bicarbonats**

Els exercicis anaeròbics produeixen àcid làctic i, per tant, una acidosis metabòlica.

Aquest sistema de tampons (bicarbonat o citrats) s'anuncia basant-se en el fet que tamponen l'excés d'hidrogenions i, per tant, teòricament, alenteixen la fatiga i incrementen el rendiment.

**L-Carnitina**

Se sintetitza al fetge a partir de dos aminoàcids (metionina i lisina). També pot venir d'una font exògena com la carn vermella o els productes làctics. La carnitina transporta els àcids grassos a l'interior dels mitocondris, on seran oxidats i produiran quantitats importants d'energia.

S'ha utilitzat en esports de resistència com el ciclisme i s'anuncia perquè, en estimular el metabolisme del greixos, s'obté energia que millorarà el rendiment. El seu efecte científic no està demostrat.

**Picolinat de crom**

És un cofactor essencial que potencia l'acció de la insulina en el metabolisme dels principis immediats. Promou el transport de glucosa al teixit muscular i la síntesi proteica.

S'anuncia basant-se en el fet que produeix un increment de la massa muscular i disminueix el percentatge de greix corporal. No s'ha demostrat científicament cap resultat.

**Ginseng**

Durant molts segles, les cultures occidentals han utilitzat l'arrel de la planta *Panax schinseng* com a tònic per reduir la fatiga. Un dels problemes que presenta aquesta

substància és la gran variabilitat de plantes de ginseng que hi ha (el ginseng vermell i l'americà tenen menys poder ergogènic que el xinès).

**El problema de la Zona**

Barry Sears defineix la Zona com aquell estat d'eufòria i aparent absència d'esforç en què la ment i el cos treballen alhora. Es creu que els esportistes, quan són a la Zona, poden desenvolupar un rendiment òptim que es deuria a un increment de la producció d'eicosanoids beneficiosos enfront d'aquells classificats com a perjudicials.

Per aconseguir entrar a la Zona, es proposa que els atletes facin una dieta amb un 30% de proteïnes, un 40% de carbohidrats i un 30% de greixos, amb tres menjades d'unes 500 calories i dues mésde menys de 100. Això permet un balanç adequat d'insulina/glucagó i, suposadament, augmentar el nivell d'eicosanoids beneficiosos.

**Conclusions**

No hi ha un acord general respecte dels possibles problemes ètics relacionats amb els ajuts ergogènics. Tanmateix, sí que hi ha un consens general: l'entrenament i una dieta adequada és el més correcte. De manera que això inclou l'ús de sobrecàrregues de carbohidrats o entrenament en alçada i, si no es tracta de dosis excessives, dels suplementes de vitamines i minerals.

En resum, podem dir:

Els atletes, generalment, poden cobrir les necessitats energètiques i de nutrients mitjançant dietes adequades. No són necessaris els suplementes nutricionals.

Les begudes carbohidratades o els suplementes de carbohidrats són útils en esports de resistència abans, durant i després de les competicions.

Els suplementes de vitamines i minerals, encara que no tinguin efectes ergogènics, almenys a dosis apropiades, no produeixen problemes de salut i han de ser utilitzats quan hi ha algun tipus de deficiència.

No existeixen dades científiques que confirmen la utilitat de les alternatives nutricionals dels esteroides anabolitzants i altres suplementes nutricionals. Fins i tot poden ser perjudicials per a la salut.

**Dr. Fernando Pifarré**

*Metge especialista en Medicina de l'Educació Física i de l'Esport. Director del Centre de Medicina de l'Esport de Lleida. Professor de Biomecànica. Grau de Podologia. FUB. UAB Barcelona*

**Dra. Nunci Español**

*Metgessa especialista en Medicina de l'Educació Física i de l'Esport. Institut Dexeus. Icatme. Servei de Medicina de l'Esport de la Clínica Ponent*

**Dra. Helena Palacín**

*Metgessa especialista en Medicina de l'Educació Física i de l'Esport. Servei de Medicina de l'Esport de la Clínica Ponent*

**Esteroides i esport**

Actualment, vivim en una societat sotmesa a una idea de cos ideal molt estereotipada. Hi ha una part de la població que no veu la realització d'exercici físic com un mitjà per assolir un estat de benestar, de salut o de prevenció de malalties, sinó com un mitjà per adquirir una imatge física determinada amb fins purament estètics. Dins d'aquest grup de persones hi trobem dones i, sobretot, homes habitualment joves que veuen el seu cos com una màquina que volen modular tot buscant una imatge, habitualment musculada, que els agrada i que representa per a ells un mitjà per augmentar la seva autoestima. En aquest grup és on es pot plantejar la utilització de substàncies i fàrmacs que els permet arribar a aquesta forma física d'una manera més ràpida i en el seu màxim grau possible.

No parlem ara dels esportistes professionals, els objectius dels quals són diferents i estan relacionats amb el seu rendiment per aconseguir cada cop metes més difícils i que, de vegades, semblen impossibles. Des de sempre, els esportistes han intentat modificar factors que els podien ajudar a millorar les seves marques<sup>1</sup>, una ajuda

**FERRERUELA**  
CUINA DE LA TERRA

**Horari Restaurant**  
De dimecres a dissabte: migdies i vespres  
Diumenge: migdia

T. 973 22 11 59 | C. Bobalà, 8. 25004 Lleida | info@ferreruela.com | www.ferreruela.com

que s'ha definit com ergogènica: ajudes mecàniques, psicològiques, nutricionals, o bé amb substàncies múltiples que van des de les més fisiològiques, com suplementes d'oxigen, eritropoetina, àcid aspàrtic, etc., fins a substàncies farmacològiques com amfetamines, bloquejadors beta, cocaïna... o substàncies hormonals, com els esteroides anabòlics, l'hormona del creixement, etc.

Ja el 1963, el Consell d'Europa va donar la primera definició de dopatge com "l'administració a una persona sana, o la utilització per ella mateixa, de qualsevol substància estranya a l'organisme o de substàncies fisiològiques, en quantitats o per vies anormals, amb la intenció d'incrementar d'una manera artificial o il·legal el seu rendiment en una competició". Posteriorment, la Comissió Mèdica del Comitè Olímpic Internacional (COI)<sup>2</sup> el va definir com "l'administració d'una substància pertanyent a grups prohibits d'agents farmacològics i/o la utilització de diversos mètodes prohibits".

El 1999, la Declaració de Lausana<sup>3</sup>, a la Conferència Mundial sobre el Dopatge a l'Esport el va definir com "l'ús d'un artifici (substància o mètode) potencialment perillós per a la salut dels esportistes i/o susceptible de millorar el seu rendiment, o la presència a l'organisme d'un esportista d'una substància, o la constatació d'un mètode, que figurin a la llista del Codi Antidopatge del Moviment Olímpic".

Tret dels esportistes de més nivell, la majoria de joves que volen utilitzar aquestes substàncies busquen guanyar massa muscular, perdre pes i augmentar força sense cap tipus d'obligació esportiva. Aquest ambient social afavoreix l'aparició de conductes obsessives en algunes persones, que es tradueixen en un nou trastorn de conducta anomenat complex d'Adonis, que se centra en una preocupació exagerada per la seva forma física, especialment per guanyar musculatura mitjançant la pràctica d'exercici físic, amb una intensitat i freqüència exagerades, juntament amb una preocupació malaltissa per la seva alimentació.

#### Dietes hiperproteiques

Habitualment, fan un consum exagerat de proteïnes (en forma de carns magres, clares d'ou, batuts, proteïnes en pols...) que afegixen als seus àpats, que, d'altra banda, solen ser monòtons i poc estructurats. El resultat és una alimentació amb una aportació proteica molt superior a la recomanada dins el concepte d'alimentació equilibrada o saludable. A més, en molts casos s'acompanyen de complexos vitamínics i minerals que prenen sense cap control mèdic i que poden desembocar en problemes seriosos de salut.

Així, aquestes dietes poden comportar hiperuricèmia amb crisis de gota i una afectació del metabolisme fosfocàlcic, per pèrdues urinàries excessives de calci, que en el cas de dietes molt prolongades en el temps poden afavorir l'osteoporosi i el risc

**L'exercici físic s'ha d'entendre dins d'un context d'hàbits saludables i, per tant, molt allunyat dels objectius buscats per aquest comportament i aquestes substàncies**

de fractura<sup>4</sup>.

#### Esteroides anabòlics androgènics

Els principals fàrmacs utilitzats són els esteroides anabòlics androgènics. Són derivats de la testosterona, que estimulen la producció cel·lular de proteïnes i provoquen un augment de la mida muscular, de la força, de la resistència i de la potència<sup>4,5</sup>. Aquests fàrmacs s'utilitzen habitualment per al tractament d'hipogonadismes masculins, pubertat retardada o estadi de desnutrició o catabolisme induït per corticoides, entre altres. En canvi, molts homes joves els utilitzen en dosis molt més altes i/o en combinació entre si per potenciar els seus efectes. D'aquesta manera, ens trobem que els efectes secundaris propis del fàrmac també es potencien<sup>5</sup>.

En el cas de les dones, trobem: acne, alteracions de la menstruació, creixement del clitoris, veu ronca, disminució de la mida de les mames i augment de les possibilitats de patir una malaltia ateroscleròtica.

En els homes, els efectes adversos són: producció reduïda d'esperma amb encongment dels testicles (que si és de llarga durada pot acabar en una infertilitat), ginecomàstia (per conversió dels nivells alts de testosterona a estrògens perifèricament) i alteracions cardiovasculars.

Les alteracions cardiovasculars més descrites són HTA, trombosis, arítmies i problemes cardíacs que poden dur a una mort sobtada.

S'han descrit tumors hepàtics i alteracions del teixit connectiu, amb lesions de tendons i osteoporosi.

Es descriuen també alteracions conductuals com depressions (sobretot quan se suspren les dosis), variacions de la libido, agressivitat, psicosi que s'ha descrit que poden provocar el suïcidi.

#### Hormones peptídiques – hormona del creixement

L'hormona del creixement (GH) és de naturalesa proteica i se sintetitza a la hipòfisi d'una forma pulsativa en resposta a altres peptíds, però també es pot alliberar per estímul de l'exercici, l'estrès, la hipoglucèmia o la ingesta d'aminoàcids<sup>6</sup>. La GH,

durant la infància, afavoreix el creixement del teixit esquelètic i extraesquelètic i té un important paper en la composició corporal de l'individu.

Durant l'època adulta, actua afavorint l'anabolisme proteic i la lipòlisi. Per aquesta raó, s'ha utilitzat dins del món dels gimnastes tot intentant aconseguir aquests beneficis anabòlics sense els efectes secundaris que comporten els anabolitzants esteroidals<sup>7</sup>.

Els problemes que deriven de la seva utilització vénen, d'una banda, de l'origen de la GH utilitzada, ja que és un fàrmac que per poder-lo utilitzar per indicacions mèdiques acceptades ha de presentar-se a un Comitè d'Expert que regula la seva utilització<sup>8</sup>. No es tracta d'un fàrmac de consum lliure.

D'altra banda, recordem que, en l'adult, l'excés de GH produeix l'aparició d'una acromegàlia, malaltia que comporta miopaties, diabetis, neuropatia i complicacions vasculars com isquèmies, hipertensió arterial i miocardiopatia.

#### Resum

En resum, l'exercici físic s'ha d'entendre dins d'un context d'hàbits saludables i, per tant, molt allunyat dels objectius buscats per aquests tipus de comportaments i substàncies. El món de l'esport ha d'estar impregnat d'uns valors enfocats no solament cap a la salut, sinó també a promoure actituds i/o valors socials dirigits a una millora de la qualitat de vida present i futura de la nostra societat.

**Dra. Mercè de Bergua Llop**

*Especialista en Endocrinologia i Nutrició*

#### BIBLIOGRAFIA

- Rodríguez Bueno C. Historia del dopaje. En: Dopaje. Madrid: Ed. Interamericana. McGraw-Hill; 1992. p.7-17.
- International Olympic Committee. Prohibited classes of substances and prohibited methods. En: International Olympic Committee Medical Code. Lausanne: 1996.
- Consejo Superior de Deportes (CSD). <<http://www.csd.mec.es/>> [Acceso 28/11/2005].
- Simó Canonge R. Doping por esteroides anabolizantes. En: Endocrinología: 1998. 45:219-226.
- Laudo C; Puigdevall V; del Río MJ; Velasco A. Hormonas utilizadas como agentes ergogénicos: situación actual del problema. En: An. Sist. Sanit. Navar: 2006; 29 (2): 207-218.
- Rennie MJ. Claims for the anabolic effects of growth hormone: a case of the Emperor's new clothes? Br J Sports Med 2003. 37: 100-5.
- Wallace JD; Cuneo RC. Growth hormone abuse in athletes: a review. En: Endocrinologist 2000. 10: 175-184.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios (riesgos del uso de hormona de crecimiento en personas sanas y paso a "uso hospitalario"). "Agencia española de medicamentos y productos sanitarios". Ref: 2005/08; 22/4/2005.

# Antics metges, cirurgians i apotecaris d'Alcarràs

La vida del metge rural ha experimentat una profunda transformació en els últims anys. La seva figura va ser molt ben considerada i no solament intervenia en el tractament estricte de les malalties dels seus pacients, sinó que, com la del sacerdot, gaudia de molt respecte i fins i tot veneració.

L'amistat que s'anava creant en el tracte amb el malalt en la difícil situació de la malaltia feia que al metge se li consultessin també problemes aliens a la patologia i fins i tot que fos convidat a participar en diferents esdeveniments de la vida de les persones, sobretot aquells que consideraven importants dins de la seva trajectòria vital, com, per exemple, les festes familiars tradicionals del bateig i del casament.

Però no solament era invitat en aquestes dues primeres grans festes, sinó que també se'l cridava, no en poques ocasions, al final, a l'hora de fer el testament, que és potser l'acte més transcendent de la vida d'una persona, sovint malalta.

La majoria d'últimes voluntats es feien quan el testador es trobava al llit malalt i temia la mort, però conservava encara el seny, la memòria i la paraula.

El malalt, tal com ho expressava sovint en el preàmbul del document, considerava que les coses d'aquesta vida són transitòries, caduques i sense substància; i en el fons del seu pensament fluïa la idea que per aconseguir guanyar-se el cel era fonamental repartir amb encert i justícia els seus béns materials entre els descendents.

Habitualment, el testament es feia davant el rector de la parròquia, i aquest se n'assabentava del seu contingut, sense secrets.

No obstant això, en alguna ocasió el malalt volia conservar el secret i que aquest solament fos revelat després de la seva mort. Era el testament denominat tancat o clos.

En aquest treball relatem els antics sanitaris d'Alcarràs a través de la seva presència en aquestes situacions tan importants de la vida de les persones, i encara més en cas de malaltia.

Situat al sud-est del pla de Lleida, a la comarca del Segrià, el terme d'Alcarràs és, llevat del de la capital, el més extens de la comarca.

L'actual i divers terme d'Alcarràs inclou el dels desapareguts nuclis habitats de Montagut, Vallmanya, Granyanella, Torres de Ferran, Benito i Bertran, Terres de Moixó i Avinganya. Fins a la primera meitat del segle XIX, ho van ser també els de Remolins i Vilanova de Remo-



*Església nova d'Alcarràs (dibuix de Roig Nadal)*

**De vegades el testador autoritzava l'hereu a vendre els béns per pagar les despeses sanitàries**

lins, pertanyents actualment a Torres de Segre.

#### Metges

A Torres de Segre hi va exercir Jacinto Capdevila, almenys durant el període de 1732 a 1742. Es va casar amb Gertrudis Prim, de Torres de Segre. L'any 1804 ja eren difunts. Van tenir dos fills, Agustí i Caterina.

Caterina, el març de 1739 es va casar amb el doctor en Drets de Lleida Anton

Claver, fill del catedràtic de Medicina Jaume Claver. Vivien al carrer de les Pescateries i van tenir un fill notari que es deia Albert i un fill metge, Francisco, tots dos amb exercici a Lleida.

El mes de juny de 1772, Caterina, ja vídua, va donar al seu fill Francisco, que ja era "graduado de batxiller en Medicina", 150 lliures barceloneses amb la finalitat de graduar-se de "grau major", com se'n deia aleshores; el seu germà Albert l'havia de mantenir a casa fins que "tingués conducta". És a dir, fins que es guanyés la vida fent de metge.

Si bé la mare va nomenar hereu l'Albert, a Francisco el va dotar amb 400 lliures barceloneses, que rebria després de la seva mort en el termini de tres anys (1804).

Un nebot de Caterina, Anton Capdevila, va ser notari a Torres de Segre.

Un altre sanitari, el batxiller en Medicina Joan Marcoval, va exercir a Alcarràs des del setembre de 1755 fins a abril de

1759, on es va casar amb Maria Teresa Fàbregues (1756).

El va seguir, probablement, el metge Francisco Llauredó, que el 20 de maig de 1762 es trobava a Alcarràs. En aquell temps, encara era recordat el sanitari Francisco Gironés, antic manescal d'Alcarràs i de Torres de Segre i natural d'Ascó, un fill del qual s'acabava de casar amb la carrassina Magdalena Vernis.

El metge més important d'Alcarràs va ser Jaume Nuet i Vidal. Hi exercí almenys des de desembre de 1767 fins a novembre de 1802.

Quan Nuet arribà a Alcarràs, un dels metges més importants de la ciutat de Lleida era Anton Fleix, que exercia al carrer de l'Estereria (parròquia de Sant Joan), fill del també metge Pere Fleix, i molt a prop d'aquests dos metges exercia, al carrer de la Coltellera, de la mateixa parròquia, el doctor Dionís Olives.

Jaume Nuet era natural de Talarn, on vivien els seus pares: Joan Nuet, de Lleida, i Isabel Vidal, de Tremp.

Es va casar a Alcarràs, quan era batxiller en Medicina, amb Paula Gòdia París, filla de Josep Gòdia i de Teresa París, de la casa més rica de la vila, coneguda com Ca l'Hereu (1767).

La seva filla Maria es va casar amb el veterinari d'Aitona, Josep Camí, fill de Josep Camí i de Quitèria Rubio, domiciliats a l'Albi (1794).

El seu fill Jaume, l'any 1795 estudiava Farmàcia; després va exercir de mestre apotecari a Alcarràs i es va casar a la catedral de Tarragona amb Josepa Blanch Bresolí, natural de Vilanova de la Barca i mestra a Tarragona (1801).

El pare del doctor Jaume Nuet, Joan Nuet, quan ja era vidu i residia a Alcarràs, en el seu testament de 1781 va deixar escrit que volia ser soterrat al fossar d'Alcarràs. Els seus fills eren Josep, prior d'Ascaló i resident allí; Francisco, domiciliat a Lleida; el doctor Jaume Nuet, i Rosa, domiciliada a Granyena. Nomenà hereu el doctor Jaume Nuet.

L'any 1779, el rector de la parròquia, en trobar-se malalt a casa seva i sense saber si moriria, va lliurar al doctor Nuet el seu testament clos.

El doctor Jaume Nuet va fer el seu propi testament a Alcarràs el 1783, on un dels testimonis va ser el veterinari Jaume Falibert, manescal que va exercir a Alcarràs des de 1782 fins a 1795.

Nuet, molt religiós, tenia predilecció pels franciscans i els caputxins dels convents de Lleida, on volia que se celebrassin les misses en el seu record.

Va declarar que el metge aconduït de Vilanova de la Barca, el doctor Labrador, li devia sis duros de plata.

Gaudia d'una bona posició social i econòmica i posseïa també una casa a Tremp que va heretar del seu avi Bonifaci Vidal.

Deixà usufructuària de tots els seus béns la seva muller, Paula, i la va eximir

de la llei que obligava les vídues a fer inventari dels béns. Li va encarregar el manteniment de tots els seus fills amb la decència que li permetessin els seus diners, però en el cas que es tornés a casar, l'usufruit finiria quan el seu hereu, Jaume, arribés a l'edat competent per al govern de la casa o quan es casés.

En aquell temps, la condició imprescindible que generalment posava el marit per deixar usufructuària la seva muller era que aquesta mantingués el seu nom i visqués casta i honesta, condició que no era rar que s'estengués també a la casa: "Dexo a ma muller ama i senyora del usufruit durant sa vida i en cas de necessitat que pugue empenhà i vendre se enten mantenint mon nom vivint casta i honesta i treballant en casa i per a casa i no altramen." (1736).

També, en ocasions, el testador volia prevenir les conseqüències dels possibles desacords de la vídua amb l'hereu. Aleshores, afegia a la vídua drets específics, com que en cas de discòrdia se li havia de donar un llit parat i l'hereu l'havia de mantenir allà on la muller volgués estar. En el cas que ens ha permès conèixer aquest aspecte, de l'any 1765, el testador va afegir al dret de l'usufruit disposar de les rendes de la meitat de la vinya mentre visqués.

El doctor Nuet deixà dues-centes lliures a cadascun dels seus fills per quan es casessin, però amb la condició que no ho fessin contra la voluntat o estimació de la seva mare o dels seus tutors, en el cas de la mort d'aquesta.

A finals de 1782, s'inicià a Lleida una epidèmia, coneguda aleshores amb l'imprecís nom de febres pútrides malignes, que aviat envaï les comarques veïnes. El nombre de malalts incrementà ràpidament. En arribar el mes de març de 1783, la situació era tan preocupant que les autoritats sanitàries es veïeren obligades a intervenir amb fermesa per aturar-la.

El mes de setembre, va anar a Alcarràs el doctor Masdevall, inspector d'Epidèmies de l'Estat i metge de cambra de Carles III. Es deia que havia ideat un nou tractament per a aquella malaltia, molt més eficaç que els que hi havia aleshores.

Acompanyat pel doctor Jaume Nuet, el doctor Masdevall va visitar tots els malalts sospitosos de patir la citada malaltia. Després d'un canvi d'impressions, l'alliconà de com aplicar aquell remei que tan bons resultats estava donant a les poblacions on ja s'administrava.

Va donar les ordres profilàctiques oportunes per evitar que l'epidèmia es continués propagant i reduir, així, les morts entre el veïnat. Entre aquestes, aconsellà les que feien referència al contacte amb els fems, les aigües embassades i corruptes i deixar sense soterrar els llits dels cucs de seda, explotació que en aquella època era molt important.



Entrada de Ca l'Hereu

També, com a norma bàsica d'higiene, es prohibiren els enterraments a l'interior de les esglésies, ja que l'acumulació de cadàvers en un curt termini de temps arribà a provocar una fetor insuportable. Lleida, per exemple, es va veure obligada a tancar temporalment l'església de Sant Joan, perquè fins i tot des del carrer se sentia la pudor que n'emanava.

El doctor Jaume Nuet va fer un segon testament menys detallat que l'anterior en el qual va ordenar que, si seguint el costum de la vila quant al pagament dels delmes i primícies hagués defraudat quelcom als perceptors, s'entregués al rector perceptor de la primícia una quartera de blat i, a Jaume Gòdia, que tenia arrendat el delme, dos quarteres (1785).

Deixà al seu fill Francisco la sort de Ramell per quan es casés i, en el cas de la mort de l'hereu abans de casar-se, manà que l'hereu fos aquest fill Francisco. En el cas de la mort d'aquest, que ho fos la filla més gran, i així successivament amb les que seguïen en edat.

En el cas de mort de tots els fills, ordenà que l'herència anés a parar al seu germà Francisco i a la seva muller, Paula, a parts iguals.

Després del doctor Jaume Nuet, a Alcarràs va exercir Josep Gassull, el qual s'hi va establir almenys des de juliol de 1812 fins a febrer de 1827 i es va casar amb Maria Gòdia. Abans, però, devia haver exercit a Vilanova de la Barca, ja que tenia una filla que es deia Maria i era natural d'aquest poble, i que també es va casar a Alcarràs el 1815.

Finalment, hi ha tres personatges que



Relleu amb instruments de cirurgia de l'església de Sunyer

consten com a doctors, però no podem afirmar que ho fossin en Medicina: Josep Pellissa (1754); Jerónimo Osset, resident a Alcarràs (1812), i Josep Costa, casat amb Cecília Aran, un fill del qual, Francisco, era natural de Seròs i vivia a Alcarràs, lloc on es va casar amb Antònia Gòdia (1823).

### Cirurgians

Van ser més nombrosos que els metges.

- La família més interessant va ser la Companys. Miquel Companys, fill del

cirurgià Ramon Companys, va exercir la cirurgia a Torres de Segre i es va casar amb Maria Gòdia, d'Alcarràs (1673). Visitava també el moliner del molí dels canonges de Lleida, situat a Vilanova de Remolins, sufragània d'Alcarràs (1676).

Ramon Companys, pare de l'anterior, en el seu temps va ser un cirurgià destacat d'Alcarràs i va deixar dos fills que van continuar el seu ofici amb èxit: Miquel i Fausto. Els altres dos fills, Gràcia i Josep, no van exercir la cirurgia.

Ramon Companys va viure i va exercir a Aitona (1690-1692) i a Alcarràs, on el trobem almenys els anys 1680, 1684 i 1686.

Es va casar amb Mariagna Visa, d'Alcarràs, germana del discret Domingo de Visa, familiar del Sant Ofici de la Inquisició i notari de la vila d'Aitona. Com era costum, la va deixar usufructuària de tots els seus béns amb la condició que no es tornés a casar.

A la filla Gràcia li va deixar 200 lliures barceloneses en concepte de matrimoni, que cobraria d'acord amb les possibilitats de la casa. En cas que aquesta morís abans de casar-se, aquesta quantitat aniria destinada a l'hereu, i si es casés i morís sense fills, de les 200 lliures n'hauria d'entregar 100 a l'hereu.

Al fill Josep li deixà 20 lliures barceloneses per al dia que es casés.

Al fill Miquel, present en l'acte del testament, li va donar 10 escuts i tota la ferramenta i els llibres de cirurgia que tenia, en recompensa d'una resta de 50 quarteres de blat que li havia promès en els capítols matrimonials.

Va nomenar hereu universal el seu fill Fausto, al qual li encarregà també que cobrés uns deutes de cirurgia a Josep Escarp, que eren dos dobles per la curació d'una fractura a un fill d'aquest i una dobla per haver-li també curat a aquest fill un mal gra al braç.

També li va manar que cobrés al ferrer d'Alcarràs Nicolás Francisco tres dobles

per trenta sis visites i deu sagnies que havia practicat entre aquest i el seu mossò i també "per averli donat unes suors de una malaltia galica". L'informà també que havia rebut d'aquest ferrer, a bon compte, setze quartans de blat.

Aquestes suors es provocaven mitjançant friccions mercurials. El mercuri ha tingut diverses aplicacions a través de la història, una de les quals era el tractament de la sífilis, fins al 1900. Després, es va substituir pels arsenicals orgànics (Salvarsan).

Ramon Companys no va indicar al seu hereu la destinació que havia de donar als diners obtinguts amb el cobrament dels deutes citats, malgrat que en aquell temps en alguna ocasió s'indicava que la finalitat del cobrament havia de ser pagar el que es devia al metge, a l'apotecari i al llogador de l'habitatge (1679).

Alguna vegada, aquesta preocupació era especialment intensa, fins al punt que el testador autoritzava els marmessors a vendre els seus béns per poder satisfer les despeses mèdiques que no havia pagat i les espirituals (funerals i misses), en el cas d'incompliment dels hereus (1746).

La concreció podia ser molt detallada, com, per exemple, que el testador especificués que l'hereu havia de pagar una conducta endarrerida a l'apotecari i, al veterinari, una quartera de blat (1783).

Molt interessant va ser en aquest mateix sentit el testament d'un pastor de la vila de Queralbs, que trobant-se a Alcarràs a la fonda de Ramon Xarles va manifestar que les despeses de medecines, metge i cirurgià les pagués la companyia, ja que aquesta forma de procedir era "estil i pacte fet entre pastors i ramaders" (1770).

Fausto Companys arribà a ser catedràtic de Vespres de Medicina de l'Estudi General de Lleida. Es va casar amb Cecília Alòs, filla del mercader de Lleida i paer tercer de la ciutat, Ramon Alòs, fill d'un pagès de Cubells.

Abans de casar-se Fausto i Cecília, el 8 de desembre de 1686, els pares de la parella van signar els acostumats capítols matrimonials, on destaca la riquesa de la família Alòs, que va dotar la filla amb 1.100 lliures.

En aquests capítols matrimonials, entre altres, van ser testimonis, per la part de Cecília Alòs, el doctor en Medicina d'Alfés, Gabriel Sentís, i per la part de Fausto Companys, el cirurgià de Lleida i oriünd de Barbastro, Joan Dargallo Marzuelo, que era casat amb la seva germana Gràcia, i el doctor en Medicina de Lleida Francisco París.

Cecília va enviudar aviat del doctor Fausto Companys i es va casar amb Josep Massart i Romeu, ciutadà honorat de Barcelona i domiciliat a Igualada. Abans de la celebració del matrimoni es van fer els corresponents capítols matrimonials, en els quals la mare de Cecília, Maria Alòs, aleshores ja vídua, li donà a la filla 900 lliures barceloneses, que

rebría el dia de les esposalles.

- Un petit grup de cirurgians posteriors als Companys el formen un cirurgià que hem pogut documentar a Alcarràs el 1688, anomenat Pedro Navarro. Després ja vénen els Moreno, pare i fill. El pare, Joan Moreno, natural d'Albarracín, va exercir a Alcarràs almenys des del març de 1691 fins a l'abril de 1693. El seu fill, Pedro Moreno i Roca, natural de Fraga, es va casar l'any 1691 amb la carrassina Teresa Labarta. A finals de 1692, coincidint amb Joan Moreno, probablement també treballava a Alcarràs el cirurgià Jacobus Capell. Cap a la fi del segle, actuava a la vila Joan Mongardio, des del mes de març de 1695 fins a l'abril de 1699.

- Els primers anys del segle XVIII només hem pogut constatar dos cirurgians: un a Alcarràs, Andrés Martínez (1702-1707), i l'altre a Torres de Segre, Josep Venècia (1717). Aquesta pobresa s'explica per la situació de guerra.

En aquell temps exercia de veterinari a Torres de Segre Pedro Martínez, que era natural de Pons, poble on exercia el mateix ofici el seu pare, anomenat també Pedro Martínez. El fill es va casar amb la carrassina Francisca Gòdia (1703).

Carles III havia mort l'any 1700 sense descendència. Feia poc temps que havia nomenat com a successor el duc Felip d'Anjou, net de Lluís XIV de França. La por a una excessiva hegemonia francesa va fer que sorgissin resistències internacionals a aquell nomenament. Finalment, va ser proclamat, a Viena, com a rei d'Espanya l'arxiduc Carles d'Àustria, besnét de Felip III, el qual també es considerava amb drets a la corona.

Aquella rivalitat entre tots dos pretendents al tron espanyol va ser l'origen de la guerra de Successió.

Els caps de l'açament austriacista de l'Urgell i del Segrià, al capdavant d'una

## Alcarràs es va despoblar arran de la guerra de l'arxiduc Carles d'Àustria amb Felip V

El fogatge de 1708 va assignar cinc cases habitades a la localitat

Alcarràs arriba a 863 habitants l'any 1787

milícia de 10.000 homes, iniciaren el moviment d'oposició a Felip V. La milícia, entre altres llocs, ocupà Alcarràs i altres pobles de la rodalia de Lleida, ciutat que el 21 de setembre de 1705 havien aconseguit conquerir. A partir d'aleshores, la vila d'Alcarràs es va despoblar. Com en altres ocasions semblants, alguns veïns es refugiaren a la ciutat i altres emigraren a pobles presumptament més tranquils.

Una vegada acabat el conflicte i malgrat que el fogatge de l'any 1708 va assignar a Alcarràs cinc cases habitades, quan el 20 d'abril de 1715 el bisbe Olazo va visitar la vila, va comentar que va trobar el lloc despoblat, sense església ni lloc on es pogués celebrar el Sant Sacrifici de la Missa, atès que els veïns eren a altres llocs per raó de la guerra.

No és fins al 1732 que tornem a trobar un cirurgià a Alcarràs, Josep Mata, coincidint amb el metge de Torres de Segre, Jacinto Capdevila, i després un altre cirurgià el 1736, Francisco Lloret, que s'hi va estar fins al 1746.

- Lentament, Alcarràs va anar superant l'ensorrament de la passada guerra. Dels 25 habitants de l'any 1708, s'arribà a 863 el 1787, la xifra màxima assolida fins aleshores. No va ser menys important el progrés de l'agricultura, aconseguit principalment gràcies a la tenacitat amb què els veïns emprangueren les tasques de desermar unes terres que mai havien estat treballades. El blat, l'olivera, la vinya i els ametllers van ser els conreus més importants. En segon terme, el cànem i el lli, per la necessitat que hom tenia de fibres tèxtils, i la morena com a aliment per als cucs de seda.

Aquest lent progrés es veu també reflectit en l'atenció sanitària de la vila, ja que compartiran l'exercici el metge i el cirurgià. Així, en el període entre 1765-1785, juntament amb el metge Jaume Nuet hem pogut constatar l'exercici de cinc cirurgians a Alcarràs: Joan Costa, que el trobem durant el bienni 1765-1767; Geroni Ramonell, natural de Mollet, el més estable de tots i que va exercir durant molt temps, des de 1768 fins a 1794; Mateo Teixidor, que actuava com a "mancebo cirujano" el 1783, i Josep Teixidor, que feia el mateix ofici de "mancebo cirujano" el 1787, i Ramon de Borja (1785).

En aquest període (1765-1785) també ens consta l'exercici d'un veterinari a Alcarràs. Era Josep Trilla, natural de Lleida, el qual, el 4 de maig de 1768, en notar-se malalt, va ordenar que el blat de la conducta d'aquell any fos per la seva esposa, Francisca, amb la finalitat que li servís per mantenir-se ella i les seves filles; però dels béns que tenia a Lleida, en va deixar usufructuària a la seva mare i, en el cas que aquesta morís abans de la seva muller, l'usufruit havia de passar a aquesta, amb la condició que es mantingués vídua. Uns anys després, el 1794, exercia l'ofici de manescal Antonio Selva.

El 1803, acabat el període del metge



Porta de Ca l'Hereu

Nuet, arribà a Alcarràs amb els seus pares el cirurgià Francisco Bellí Sardí, natural d'Almenar. Vidu d'Antònia Tapiol, tot seguit es va casar amb la carrassina Francisca Santjoan Ros i, l'agost de 1804, continuava exercint a Alcarràs.

### Apotecaris

Al final de l'any 1694, el jove apotecari Joseph Tarròs, fill d'un pagès de Torres de Segre, habitava a Almenar, lloc on devia exercir. Es va casar amb Magdalena Turull, filla del sabater de Lleida Joan Turull.

El primer apotecari de l'època estudiada va ser Agustí Aragüés, que ja exercia a Alcarràs l'any 1746. Era natural d'Aragüés, del bisbat de Jaca. Va actuar a Alcarràs gairebé 20 anys, motiu pel qual s'hi va arrelar fins al punt que volia ser soterrat al fossar de la vila. Com els metges i cirurgians, vivia també de la conducta. El setembre de 1765, va confessar haver rebut de Gaspar i Jaume Gòdia la conducta corresponent a aquell any.

Estava molt ben relacionat amb el metge i el cirurgià de la vila, que eren Jaume Nuet i Joan Costa. Va deixar usufructuària dels seus béns la seva muller, Josepa Mir, amb la condició que mantingués el seu nom, i, com a hereu, el seu fill Josep amb l'obligació d'haver d'acomodar els altres fills segons les possibilitats de la casa.

Aquest fill Josep va ser apotecari de Torrebesses i es va casar, a finals de 1780, amb la lleidatana Josepa Toà i Montull quan el seu pare apotecari ja havia mort i la seva mare encara vivia però era casada en segones núpcies. En aquell temps, el metge de Torrebesses era el doctor Josep Cavaller i Cases (1781).

L'altre apotecari que hem documentat va ser Miquel Gallart, el qual exercia a Alcarràs el 1783 i encara actuava el 1785, coincidint amb el doctor Nuet, el cirurgià Ramonell i el macip cirurgià Mateo Teixidor.

Ja hem dit abans que el fill del doctor Nuet, Jaume, va exercir a Alcarràs de mestre apotecari després del 1795, però no sabem el temps que ho va fer.

El primer quart del segle XIX, la vila d'Alcarràs va ser servida per l'apotecari Mariano Sancho, natural de Lleida i fill de Josep Sancho i Gertrudis Gasset. Es va casar, quan ja era apotecari de la vila, amb la carrassina Teresa Charles Sudanelles (1803). L'abril de 1826 encara exercia a Alcarràs.

L'apotecari de la Granadella Ramon Capdevila i Veà es va casar amb Joaquina Gòdia, d'Alcarràs, però no ens consta que hi hagués exercit (1808).

Mariano Sancho va viure la guerra del Francès. A finals de 1809 i principis de 1810, molts carrassins es trobaven refugiats a Lleida per temor als francesos. L'església nova de la vila, que s'havia acabat de construir el maig de 1797, estava desamparada, i per això no s'hi feien les cerimònies habituals. La majoria de parroquians es trobaven al santuari de la Verge de Butsenit, d'on també van haver d'emigrar pels francesos.

Coincidint amb aquest apotecari, exercia de metge a Alcarràs el doctor Josep Gassull, que hi va actuar des del juliol de 1812 fins al febrer de 1827.

En aquell temps, existia un edifici del segon hospital, al carrer de Baix. Fins al segle XI, només els monestirs disposaven d'alguna dependència destinada a refugi de malalts indigents o transeünts. A partir d'aleshores començaren a proliferar certs establiments anomenats hospitals, que a més de donar acollida als vianants malalts, també donaven aixopluc, durant un temps limitat, a pelegrins i transeünts. En desaparèixer, per no ser útils, els hospitals, els pobles destinaren una casa, coneguda com hospital, com a aixopluc per als transeünts pobres.

En l'acta de visita pastoral de l'any 1816 hi consta que "una casa tiene el Común que llaman hospital, no tiene rentas ni dinero alguno".

També en aquesta visita pastoral, acabada la Guerra de l'Independència, consta que els francesos havien malmès més o menys tots els altars de l'església.

Segons cita el rector, el 1828, els danys ocasionats per les tropes franceses encara no havien pogut esmenar-se per falta de diners. Deia que: "Bien puede decirse es la Iglesia más hermosa y más pobre del obispado. Como este vecindario es pobrísimo no puede o no quiere costear los reparos precisos".

**Dr. Manel Camps Surroca  
i Dr. Manel Camps Clemente**

### NOTES

CAMPS CLEMENTE, M. Alcarràs, aspectes històrics i etnològics. 1990.

CAMPS CLEMENTE, M. *Història de la vila d'Alcarràs*. 2003.

Arxiu Històric Provincial de Lleida. Signatures 822, 1078 i 1112.

Arxiu Parroquial d'Alcarràs: Testaments (1665-1794) i Matrimonis (1634-1867).



Detall de ceràmica de la cuina i escut dels Comtes de Torregrossa de Cal Hereu







# 4,5%\*

## d'interès tècnic anual garantit



MutualMèdica

De metge a metge

### AMB EL MUTUALISME TOTS HI 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, perquè 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% a l'IRPF.

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