

B U T L L E T Í  
**m è d i c**

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 27 · Març del 2001

**PROJECTE  
VISIÓ**

**El repte de curar  
la ceguesa a Etiòpia**





- ANÀLISIS CLÍNQUES
- ANATOMIA PATOLÒGICA
- APARELL DIGESTIU
- CARDIOLOGIA I APARELL CIRCULATORI
  - ✓ Eco-Doppler
  - ✓ Holter
- CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA
- CIRURGIA PLÀSTICA I REPARADORA
- CIRURGIA VASCULAR
  - ✓ Doppler computeritzat
  - ✓ Eco-Doppler vascular
  - ✓ Reconeixements cardio-vasculars
  - ✓ Unitat trombo-embòlica
- ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ
- ENDOSCÒPIA DIGESTIVA
- GINECOLOGIA I OBSTETRICIA
- GENÈTICA PRE-NATAL
- PARTS
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA NUCLEAR
  - ✓ Gammagrafia
- OFTALMOLOGIA
- ONCOLOGIA MÈDICA
- OTO-RINO-LARINGOLOGIA
- PEDIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- RADIODIAGNÒSTIC
  - ✓ Radiografia
  - ✓ Ecografia
  - ✓ Mamografia
  - ✓ Ecocardiograma
  - ✓ Doppler
- TRAUMATOLOGIA I ORTOPÈDIA
- UROLOGIA



#### NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

- QUIRÒFANS
- SALA DE PARTS
- SALA D'ANESTÈSIA I REANIMACIÓ

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I  
TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



HABITACIONS INDIVIDUALS  
LLIT AUTOMATITZAT  
GASOS MEDICINALS  
LLIT PER A L'ACOMPANYANT  
TELÈFON  
TV  
BANY COMPLET  
CLIMATITZACIÓ INDEPENDENT

C/ BISBE TORRES, 13 TEL. 973 26 63 00  
a Lleida des de 1917

Número 27, març del 2001

#### Edita:

Col·legi Oficial de Metges  
de Lleida  
Rambla d'Aragó, 14, altell  
25002 Lleida  
Telèfon: 973 27 08 11  
Fax: 973 27 11 41  
e-mail: comll@comll.es  
http://www.comll.es  
butlletimedic@comll.es

#### Consell de Redacció:

Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Ignasi Casado Zuriguel  
Joan Clotet Solsona  
Elena Franco González  
Josep M<sup>a</sup> Greoles Solé  
Albert Lorda Rosinach  
Emili Ortoneda Mayoral  
Àngel Pedra Camats  
Eduard Peñascal Pujol  
Ferran Pifarré San Agustín  
Joan Prat Corominas  
Àngel Rodríguez Pozo  
Teresa Utges Nogués  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González

**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i Maquetació:**  
Baldo Corderroure

**Correcció:** Dolors Pont

**Publicitat:** COML

**Fotomecànica:** Euroscript, SL

**Impressió:** Artis/ e.g.

Dipòsit legal: L-842/1996

ISSN: 1576-074 X

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

#### TARIFES PUBLICITÀRIES

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

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	120.000 PTA
1 Contraportada interna	80.000 PTA
4 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	400.000 PTA
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	300.000 PTA
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	25.000 PTAS
Preu total insercions	150.000 PTA

Els fotollits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen l'IVA del 16%

## Informació i risc

Els mitjans de comunicació parlen en els darrers mesos d'encefalopatia espongiforme, de febre aftosa, de la síndrome dels Balcans, de la síndrome de la classe turística ... La ciutadania es desperta i s'adorm amb aquestes notícies, perquè vivim en la societat de la informació i els fets són coneguts i travessen les fronteres –si és que hi ha fronteres– en el moment de succeir, quasi en directe. Tot això sembla desbordar la capacitat de les autoritats sanitàries i dels governs, que unes vegades donen informacions contradictòries i unes altres amaguen la informació, com va passar al principi amb la malaltia de les *vaques boges*. Aquest fet provoca la incredulitat i la desconfiança de la població que, generalment, agafa el camí del mig: no menjar carn.



La població deixa de menjar carn sense saber si el seu potencial infectiu és pràcticament nul o important i que, malgrat haver ingerit carn infectada, la presència del prió és insuficient per desenvolupar la malaltia. La població tampoc no coneix que es requereix un substracte genòmic específic en l'hoste perquè tinguin lloc els canvis histològics. Com diu aquell vell aforisme mèdic "No està enfermo el que quiere, sino el que puede".

Deixem de menjar carn, però, en canvi, no deixem de fumar o de sortir a la carretera. I l'any 2000 van morir a Espanya més de 4.000 persones a causa del tabac i 4.294 per accidents. El risc del tabac i dels accidents de trànsit estan acceptats lliurement per tothom. Ara bé, si els governs dediquessin el que es gasten tancant fronteres i pagant experts per evitar el contagi dels animals i, a més, les televisions i els diaris bombardeguessin contínuament amb aquesta informació, disminuiria la morbiditat pel tabac i pels accidents de trànsit?

### sumari

#### La paradoxa d'una investigació científica excel·lent en una facultat deficient

Article del Dr. Josep Esquerda  
PÀGINA 10

#### Internet i tabaquisme

Article del Dr. Francesc Abella  
PÀGINA 28



Foto portada: Dr. Ferreruela



# Les teràpies no convencionals

Dra. Dolors Monturiol · Homeòpata

**F**a ja deu anys que treballa en el món de les anomenades medicines alternatives. Vaig conèixer l'homeopatia per casualitat just en acabar la llicenciatura, quan encara no tenia gens clar a quina especialitat volia dedicar-me. Així, al mateix temps que preparava el MIR, vaig inscriure'm en un curs d'homeopatia per a metges que, patrocinat per l'INEM, es va fer a la seu col·legial de Lleida. Va ser un curs molt bàsic, purament introductor, però a mi, que acabava de sortir de la facultat amb el convenciment d'haver après l'única veritat, em va deixar ben sorpresa. Tant, que vaig decidir aprofundir-hi i fer alguns cursos a Barcelona i, finalment, un postgrau de dos anys a la Facultat de Medicina de la Universitat de Bordeus, a França, on, per cert, els medicaments homeopàtics són reemborsats pel sistema públic de salut igual que els al·lopàtics.

Durant aquell primer apropament al món de les teràpies no convencionals vaig fer un aprenentatge que continua guiant la meua pràctica diària: vaig comprendre la necessitat d'entendre el malalt abans que la malaltia. M'havien ensenyat a identificar els símptomes, a demanar les proves complementàries adients i a llegir-ne els resultats per arribar a un diagnòstic que m'abocaria, de manera lineal, a la prescripció d'un tractament, habitualment en forma de fàrmac químic. Ara, a més, aprenia a fixar-me en la persona malalta i prestava atenció al seu terreny (tipologia física, patobiografia, actitud vital, capacitat de reacció davant la frustració...) i a les circumstàncies vitals concretes en què emmalalteix (laborals, personals, emocionals, existencials, espirituals...).

Aquesta visió holística del pacient, que situa el diagnòstic nosològic actual dins la totalitat de l'individu, tant des del punt de vista anatòmic i funcional com des de l'esfera psicològica i emocional, és, crec jo, la principal aportació que les teràpies complementàries fan a la pràctica al·lopàtica convencional. I dic a la pràctica perquè, en teoria, la

necessitat de la comprensió holística de la salut està ben reconeguda per tothom. L'OMS, per exemple, defineix la salut com un estat de complet benestar físic (morfologia, funcions físiques i paràmetres bioquímics dins de la normalitat), psíquic i social (benestar subjectiu i absència objectiva de conductes anormals).

Per altra banda, ja des de fa uns anys, la moderna psiconeuroimmunoenocrinologia ens parla de les interrelacions entre estats d'ànim, concentracions de neurotransmissors, secrecions hormonals, respostes immunitàries i malaltia. Això ens obliga a concebre la salut com un equilibri dinàmic en constant adaptació als canvis que es produeixen tant en el medi intern com en la relació amb l'exterior. I és en aquest esforç d'adaptació permanent on cal implicar el pacient i aconseguir que participi activament del seu procés de curació i en el manteniment posterior de la seva salut.

Tot això és teòric i està ben acceptat per gairebé tothom. Una altra cosa ben diferent és la pràctica diària: l'exagerada pressió assistencial, el poc temps disponible per a cada pacient, la necessitat de superespecialitzar-se per poder dominar els coneixements creixents sobre cada patologia concreta –que gairebé obliga a perdre la visió integradora del conjunt–, la manca de comunicació entre els diferents especialistes, la mateixa exigència del pacient perquè se li alleugi el dolor de manera immediata... fan que sigui molt difícil dins la pràctica institucional al·lopàtica fer un *abordatge* integral de cada malalt.

Alguns dels malalts ho comprenen i són aquests els que acaben en consultes com la meua. Són, la majoria, gent amb estudis universitaris i un nivell socioeconòmic mitjà/alt. Estan ben informats i no vénen buscant solucions màgiques, sino una visió diferent de la seva problemàtica concreta. Han consultat diferents especialistes al·lopàtics, coneixen els beneficis i els riscos de les teràpies que els han proposat i demanen un plantejament diferent. És el cas, per exemple, del pacient amb migran-

yes, amb asma, amb malalties degeneratives com l'artrosi, amb rinitis, amb patologies funcionals o psicòmiques com la dispèpsia, l'insomni, l'ansietat... que, cansat de prendre fàrmacs simptomàtics, vol disminuir-ne el consum i intentar solucionar el problema. També és el cas dels nens amb infeccions de repetició, amb broncoespasmes, amb dermatitis..., als quals els seus pares no volen donar més antibiòtics o més antihistamítics o més corticoides, perquè són conscients dels riscos d'aquests tractaments si es mantenen gaire temps. En general, quan arriben al meu despatx, ja entenen que no és el mateix fer desaparèixer un símptoma que recuperar la salut i comprenen que el millor camí és la prevenció, així assumeixen la responsabilitat que tenen respecte al seu propi benestar.

No deixa de sorprendre'm comprovar que cada vegada els pacients en general tenen un nivell d'informació més elevat sobre la seva patologia i sobre les possibilitats terapèutiques de tota mena. Així, és freqüent que, en una primera visita, trobi un pacient o uns pares que han llegit sobre homeopatia, fitoteràpia o medicina ortomolecular, que coneixen la medicina tradicional xinesa, la reflexoteràpia podal, l'osteopatia, la teràpia craniosacral, que han sentit a parlar de les teràpies florals o de la medicina antroposòfica, que comprenen la importància d'alimentar-se adequadament i practicar exercici físic amb regularitat, que saben que la pràctica de tècniques de relaxació, de visualització o de meditació són bones per a l'equilibri psicofísic que tots intentem mantenir.

Personalment considero que la medicina és una de sola i ha de tenir un únic objectiu: curar o, si més no, alleujar el malalt. Correspon al metge diagnosticar correctament la patologia a tractar i, després, decidir quina teràpia beneficiarà més el pacient amb el mínim risc: recordem el *primum non nocere* hipocràtic. De vegades serà inexcusable una intervenció quirúrgica, o un tractament

farmacològic convencional, però d'altres serà millor un medicament homeopàtic o unes sessions d'acupuntura i, en molts casos, serà la utilització conjunta de diferents teràpies el que alleujarà de manera ràpida i segura el pacient. La situació ideal, sota el meu punt de vista, fóra aquella que ens permetés treballar a tots junts, coordinadament, en benefici del pacient.

Per arribar a això caldria saltar dos obstacles importants: d'una banda, el desconeixement que té la major part del col·lectiu mèdic respecte de totes aquestes possibilitats de tractament i, de l'altra, el fet que moltes són encara empíriques. En aquest sentit, crec que els anys vinents ens oferiran a tots moltes sorpreses ja que, de la mà de la física quàntica i els models vibracionals de transmissió d'informació, aconseguirem comprendre el mecanisme íntim pel qual funciona un medicament homeopàtic en alta dilució, unes agulles d'acupuntura clavades en uns punts concrets, o unes gotes de Flors de Bach, per exemple.

Personalment, segueixo les investigacions amb una barreja de curiositat i passió. Però, després de deu anys d'experiència, penso que el meu millor aval com a professional són els resultats pràctics de cada dia: els pacients satisfets que em confien la salut dels seus fills o dels seus pares, perquè a ells els ha anat bé, els que fa anys que vénen regularment pel seguiment de patologies cròniques que s'estabilitzen o mirant de trobar tractaments preventius per mantenir-se bé, els nens dels primers anys d'exercici, que s'han fet adolescents i ara vénen ja sense els pares a explicar-me les seves inquietuds...

En l'actualitat, hi ha diferents universitats a l'Estat que ofereixen postgraus o màsters en acupuntura, homeopatia i naturopatia per a metges (les universitats de Barcelona, de Valladolid i del País Basc, entre d'altres) però, confio que, tal com avancen les investigacions i la creixent demanda social que hi ha sobre aquestes teràpies, no estarem molts anys a trobar dins el programa de la llicenciatura en medicina nocions sobre aquestes matèries. Així podrem oferir a les noves generacions de metges una visió més àmplia de les seves possibilitats com a terapeutes en benefici dels seus pacients.

# Medicina científica

Drs. Joan Prat i Joan Viñas

**D**e medicina només ha d'haver-n'hi una: la bona medicina. Existeixen, en tot cas, les medicines *complementàries*, que estan molt arrelades en tota Europa, i, pel que sembla, s'incrementen en els darrers anys. Ja el codi deontològic d'Hipòcrates ens recorda l'obligació d'oferir al malalt una bona pràctica clínica, la millor del moment històric que es viu, la que té contrastada la seva eficàcia. El codi estableix l'obligació de no aprofitar-se de la debilitat del malalt i dels seus desitjos, comprensibles però massa vegades irracionals, de guarir-se davant una malaltia irreversible, i d'evitar tractar-lo fins a la seva mort amb falses esperances, molt ben rebudes al començament, que provoquen, a vegades, gran patiment en no rebre tractaments validats per l'experiència contrastada científicament.

Tots els que treballem en algun aspecte relacionat amb la prestació de serveis sanitaris en la medicina *oficial* som conscients que, a principis del segle XXI, hi ha encara molts patiments humans dels quals es desconeix la causa o no tenen solució; d'altres que la solució és pal·liativa o simptomàtica; d'altres, que la solució és incòmoda i dura per al pacient, i d'altres, que realment se solucionen retornant la funció malmesa a la *restitutio ad integrum* (curació). Això contrasta amb la percepció generalitzada, fomentada a través dels mitjans de difusió, que avui dia la medicina cura qualsevol contingència de salut. No estranya, per tant, que sovint els pacients cerquin alleujar o curar els seus mals en àmbits diferents, on de vegades els professionals donen una visió menys autocrítica de les possibilitats terapèutiques dels seus procediments.

La medicina anomenada *oficial* enfront del qualificatiu d'*alternatives* aplicada a les altres es caracteritza, principalment, per l'elaboració dels seus paradigmes, principis i procediments a partir dels resultats de l'experimentació

científica. Per això, la podem qualificar també de medicina científica o experimental enfront de les *alternatives*, en les quals l'experimentació massiva i planificada és poc habitual i el raonament de base científica és molt menys consistent.

Quines implicacions té la base científica sobre l'eficàcia d'un tipus o un altre de medicina? La metodologia científica s'aplica a la generació dels procediments diagnòstics i terapèutics de la medicina a diversos nivells.

El primer és l'estudi de les causes del patiment: la biologia cel·lular, la fisiologia, que utilitza eines morfològiques, bioquímiques, físiques, estadístiques, genètiques, psicomètriques, etc., i la microbiologia han aportat gran quantitat de coneixements sobre les causes de molts patiments i han donat idees, no sempre practicables, de com es pot intentar la curació.

Un segon nivell és la creació i l'estudi dels procediments i aparells diagnòstics, on l'experimentació bioquímica i física aporten eines extraordinàriament potents per detectar molècules o alteracions moleculars amb una precisió insospitada o per visualitzar estructures, que amb la simple observació directa del pacient són totalment invisibles.

Un tercer nivell és l'experimentació terapèutica en l'explotació de les idees generades per la biologia cel·lular, la fisiologia o la microbiologia i en les aparegudes com a conseqüència de l'activitat clínica o en les observacions fortuïtes de procediments tradicionals. En aquest tercer nivell, els principis i procediments de la farmacologia experimental i de la cirurgia han donat cos a grans avenços d'una eficàcia indubtable en els darrers decennis.

Un quart nivell és l'acurat estudi dels efectes reals sobre el pacient, tant dels buscats com dels indesitjats, a què són sotmesos tots els productes i procediments terapèutics. Resulta molt difícil en medicina experimental



que una tècnica curativa que s'apliqui a sers humans tingui efectes indesitjables importants i és poc probable que no tingui efectes beneficiosos per al pacient. Com se sap que un tractament va bé? Només per la recerca científica. A través de l'experiència recollida ordenadament i que s'analitza segons la metodologia científica –també depèn del moment històric en què es viu– és com ha avançat la medicina. Per exemple, sabem avui dia que si es deixa evolucionar una apendicitis aguda moltes vegades acaba perforant-se i la peritonitis mata el malalt; en canvi, si la diagnostiquem a temps i li practiquem una apendicectomia, aleshores el malalt sobreviu en més del 98% de casos.

Finalment, això és menys perceptible per a l'usuari, però més important per a la col·lectivitat, els estudis estadístics de l'estat de salut de la població, juntament amb l'aplicació de les tècniques econòmiques i gerencials, permeten generar polítiques d'optimització de l'ús dels recursos per assolir el màxim sostenible d'un bé a què tots els usuaris aspirem a accedir il·limitadament: la salut.

L'aplicació del mètode científic a cada un d'aquests passos converteix la generació d'avenços diagnòstics i terapèutics aplicables a la població en un procés car i laboriós, però, alhora, segur i amb unes possibilitats de futur inimaginables, només limitades pels nous avenços que en milloren l'eficàcia. La medicina basada en l'evidència avui ens pot ajudar a seleccionar els tractaments més eficaços. No podem oblidar que la "interpretació científica del món" és, en aquests moments, el model cultural predominant –gairebé exclusiu–, mentre que les interpretacions basades en el pes de la tradició, que la medicina científica investiga sovint i incorpora quan els resultats són clars, la mitologia, les intuïcions o, a vegades, únicament l'estratègia comercial solen patir d'un greu déficit de racionalitat.

Com en tantes coses, però, sempre es pot adduir que no és el mateix la doctrina que la seva aplicació. Així, la forma en què es du a la pràctica la medicina cien-

tífica no sempre és del tot correcta. A l'hora de transformar-la en activitat assistencial diària hi juguen factors distorsionadors, com poden ser la formació dels professionals, la pressió assistencial, els interessos de la indústria farmacèutica, les limitacions econòmiques i, sobretot, l'enorme pes del que encara s'ignora i les enormes dificultats tecnològiques i biotecnològiques d'interaccionar amb el ser viu sense efectes indesitjables. Per tant, no es pot pretendre que, com ja s'ha indicat abans, el resultat sigui sempre la curació. Però, hi ha alguna orientació de la pràctica curativa que gosi proposar que assoleix la restitució de la salut davant totes les situacions patològiques? El descontentament dels malalts per la deshumanització de la medicina oficial fomenta les medicines *alternatives*: esperes, visites curtes, llistes d'espera, manca de comunicació efectiva i empàtica, massa vegades substituïda per la freda tecnologia, etc.

Entre els factors que encara no té ben definits la medicina científica, i en què més fallen els professionals que la practiquen, hi ha el de la comunicació. El pes de la comunicació interpersonal sobre les sensacions del pacient és un fenomen per al qual la ciència disposa d'altres eines per avaluar objectivament. Tanmateix, hi ha el convenciment que la comunicació interpersonal efectiva i empàtica té certs efectes sobre les percepcions i, possiblement, sobre determinats paràmetres biològics del pacient. És molt possible que alguns dels fracassos terapèutics de la medicina científica –i dels èxits d'altres enfocaments– es relacionin amb un ús més o menys hàbil d'aquest factor. Sempre ha existit l'efecte *placebo* que és tingut en compte en la investigació. La medicina científica no ho guareix tot –de fet, tots ens morim igualment– i no és d'estranyar que el malalt recorri als que li ofereixen l'espill de la guarició. La societat hauria d'acceptar la malaltia i la mort com quelcom propi dels éssers vius.

Finalment, fent referència a la visió que des d'una òptica científica es pot tenir de les medicines *alternatives*, entenem que no disposem de proves ni que

demostrin que curen, ni de la solidesa de la base científica que les sustenta, si bé, per això mateix, tampoc no es pot afirmar la seva ineficàcia en tots els casos. En realitat, tot i que el que es coneix avui en dia és considerable i que moltes de les qüestions generals semblen ja enfocades, la natura humana dóna encara sorpreses importants als que l'estudiem científicament.

Algunes pràctiques *alternatives* tenen efectes positius, sobretot si incideixen sobre els estils de vida patològics font de malalties: fumar, beure o menjar malament, etc. Altres, com la reflexoteràpia, tenen efectes positius sobre la musculatura. Magrat això, la fitoteràpia, per exemple, pot fer molt de mal si el producte químic és tòxic i s'ha de donar la dosi molt exacta –convé recordar els començaments de la digital, extracte de plantes, fins que s'ha pogut dosificar amb exactitud en els comprimits–. Com la immensa majoria de malalties són les abans anomenades psicossomàtiques, si l'alteració del soma/cos encara és reversible guarint la *psique*, aleshores els curanderos o metges que practiquen *curanderisme* sí que guareixen malalts.

Moltes malalties es poden guarir amb més d'un tractament diferent. Personalitzar l'assistència és essencial. Que certes afecions es puguin abordar des d'enfocaments diferents –alternatius– i guareixin igualment el malalt és una realitat. Aquests enfocaments alternatius poden ser millors fins i tot que una cirurgia. Per exemple, aprendre a sentir-se bé amb un nas una mica més llarg i no anar a fer-se la cirurgia estètica cada vegada que surt una nova arruga.

Creiem que no ens hem de deixar enganyar ni autoenganyar-nos. Creiem que hem d'estar oberts als avenços científics i socials, encara que aquests recuperin del passat teràpies que estan en desús. No siguem ingenus al creure'ns que el *prohibit o perseguit* és millor. No ens deixem enganyar pels que ens diuen el que volem sentir i no la realitat. Quantes persones encara avui pateixen i moren sense una bona assistència creient que es guariran i amb dolor! Tots hem de lluitar per la bona medicina i, per això, ens hem d'apropar els uns

# Medicina complementaria

Dr. Antoni Tribó Pascual · Médico, col. núm. 1.506. Licenciado en Medicina i Cirugía por la UAB el año 1978  
Diplomado en Acupuntura por el Hospital del Sagrat Cor de Barcelona el año 1986  
Máster en Medicina Naturista por la Fundación Bosch i Gimpera de la UB el año 1996

**E**n primer lugar, mi agradecimiento al consejo de redacción del Butlletí Mèdic por su invitación a participar en su publicación mediante este artículo sobre la medicina llamada alternativa, pues este tema me afecta directamente como médico, naturista y acupuntor. Como colegiado me siento complacido de pertenecer a una institución abierta y pluralista.

De todos modos, en mi opinión y según mi experiencia, el nombre de "medicina complementaria" se ajusta más a la realidad que el de "alternativa". En mi caso, la práctica de la acupuntura y la medicina naturista, no ha sido una praxis alternativa, sino que me ha servido para complementar los estudios que adquirí en la Facultad de Medicina y que han constituido la base de todo mi trabajo.

No concibo estas técnicas médicas como "la otra medicina". Medicina sólo hay una: "La cura al paciente".

## El desafío

La historia de la medicina, y de la ciencia en general, está sembrada de momentos en que el paradigma científico vigente se ve enfrentado a desafíos que causan cierto malestar, pero también han supuesto grandes avances a medio o largo plazo. En esas circunstancias siempre se han producido tomas de posición distintas y no por eso menos legítimas, pero sólo el tiempo y la capacidad de enfrentarlos ha dado como resultado los beneficios que hoy disfrutamos.

El escritor y viajero catalán Josep M<sup>a</sup> Gironella (artículo aparecido en "La Vanguardia" del 16 junio 1987), en uno de sus viajes a China, presencié una operación quirúrgica con anestesia realizada con acupuntura. Posteriormente pudo hablar con el cirujano, que le comentó:

–"Hay tres posturas posibles ante la acupuntura:

1. Reirse de ella, que es lo que suele hacer la mayoría de los médicos occidentales.

2. Manifestar una perfecta indiferencia.

3. Por último "enterarse", estudiar el fenómeno, que existe en nuestro país desde hace 5000 años.

Comprenderá usted –añadió– que un pueblo tan civilizado como el chino, un número de magia barata, una mentira, un fraude, no hubiera podido perdurar a lo largo de los siglos".-

Durante mi ejercicio como médico generalista, tuve la ocasión de observar cómo algunos de los pacientes que yo atendía, que no respondían ni a mis tratamientos, ni a los de los especialistas, mejoraban, en cambio, con la acupuntura que realizaba un médico de una población cercana. Yo conocía bien a esos enfermos y pude comprobar de cerca su evolución y su recuperación.

En ese momento, mi paso siguiente fue el de "enterarme" del funcionamiento y aplicaciones de aquella medicina, como apuntaba el médico chino. No quedé desilusionado durante los tres años que asistí a las clases del médico francés Dr. Sabatier, en el Hospital del Sagrat Cor de Barcelona, sino todo lo contrario. Cuando estuve preparado, empecé a aplicar esta técnica a algunos de mis pacientes y pude comprobar personalmente los buenos resultados.

## El rigor científico

En todos los años que llevo de práctica, una de las preguntas-objeción que a menudo suelen plantearme algunos de mis colegas es la de una supuesta falta de rigor científico en la base de estas técnicas. No obstante esto suele ser debido a la escasa divulgación y presupuesto que se suele dar a este tipo de investigación.

A pesar de las dificultades que plantean el encontrar financiación para la investigación de técnicas que resultan poco atractivas para la industria, se han realizado estudios excelentes con un marcado rigor científico. Una muestra de ellos son los que cito a continuación:

En Acupuntura:

"Ensayo controlado sobre el efecto de la acupuntura en la disnea incapacitante". The Lancet (ed. esp.), vol. 10, nº 5 (1987)

"Ensayo controlado sobre el efecto de la acupuntura en el alcoholismo grave recidivante". The Lancet (ed. esp.), vol. 15, nº 5 (1989)

"Papel de la acupuntura en el tratamiento del dolor crónico maligno". Medicina Biológica nº 2 (mayo 1997)

"Utilidad de la acupuntura en los trastornos de la articulación temporomandibular". 7 días médicos nº 411 (2 julio 1999)

"Acupuntura en el tratamiento de la parálisis facial periférica". Natura Medicatrix nº 55 (octubre 1999)

En Medicina Naturista:

"La dieta vegetariana en la insuficiencia renal crónica". Natura Medicatrix nº 53 (abril 1999)

"Musicoterapia en niños asmáticos con disfunciones en los rasgos de personalidad". Natura Medicatrix nº 57 (marzo 2000)

"Evaluación de la actividad antimicrobiana de los aceites esenciales. Estudio in vitro del aromagrama de 85 aceites esenciales". Natura Medicatrix nº 58 (mayo 2000)

## Jerarquización en el enfoque naturista

En el marco de un artículo como el presente se hace imposible hacer una exposición suficiente y detallada de los diversos aspectos de la medicina en su enfoque naturista o en la acupuntura, pero en líneas muy generales podríamos decir que una de sus características más destacadas es un concepto particular de jerarquización.

Este concepto está directamente relacionado con el principio hipocrático de "*Primum non nocere*" –"Lo primero, no dañar"–.

En la práctica se traduce en la actitud a adoptar tras un buen diagnóstico, a saber:

1. Siempre que la enfermedad no sea de intervención urgente, empecemos a tratar con remedios lo menos agresivos, más sencillos y naturales posible. Remedios que, al mismo tiempo, van destinados a estimular los mecanismos de homeostasis o autorregulación del organismo.

Observaremos especialmente las funciones biológicas básicas: el



movimiento, la respiración, circulación, nutrición, excreción, equilibrio térmico, estado de la piel y mucosas...

El tratamiento, en una primera fase, irá orientado por un lado, al aprendizaje de hábitos saludables, con técnicas sencillas y al alcance del público en general como son una dieta adecuada, ejercicio regular y adecuado, corrección de hábitos tóxicos, etc. Es decir, trataremos de implicar directamente al paciente en el propio proceso de curación. Con lo cual sentaremos las bases para la prevención de futuras complicaciones. Por otro lado se aplicarán los tratamientos específicos que se requieran: hidroterapia, helioterapia, musicoterapia, fitoterapia, técnicas psicofísicas, técnicas osteopáticas, acupuntura, homeopatía, etc.

2. En una segunda fase, si la respuesta se juzga insuficiente, se administrarán los medicamentos que sean precisos, escogiendo los de menor efecto iatrogénico. Habrá que valorar aquí una duración mínima eficaz y no abandonaremos los remedios utilizados en la primera fase.

3. En una tercera fase, si las medidas anteriores no fueran suficientes, utilizaremos "todos" los remedios posibles a nuestro alcance, evaluando si éstos pueden representar un mayor peligro que el que se intentan superar.

El médico, naturista o no, nunca puede renunciar a aplicar cualquier terapia que pueda ser necesaria en un momento dado. Lo prioritario es la salud del paciente.

El establecimiento de esta jerarquía, irá destinado a potenciar al máximo los recursos (biológicos y sociales) del paciente, evitando centrarse excesivamente en la sintomatología, buscando que el tratamiento abarque, en lo posible, la resolución de todos los factores que han podido intervenir en la etiología de la enfermedad.

#### Interés social

Me ayudo de estas formas complementarias de la medicina desde hace diecisiete años. Cuando empecé, tuve la suerte de poder tratar con los pioneros de la acupuntura médica en nuestro país. Entonces esta técnica todavía era vista como algo exótico, pero en los últimos años hemos asistido a su progresiva popularización. El motivo cabe buscarlo en el creciente interés que han despertado en nuestra sociedad.

En un estudio publicado en el año

1997, en el nº 48 de la revista *Natura Medicatrix*, sobre la utilización de las medicinas complementarias por los usuarios de la Seguridad Social en un CAP de Barcelona, el 50% de los encuestados declaró haber recurrido en alguna ocasión a uno o más tipos de medicinas complementarias. Siendo el orden de preferencia, en cuanto a las técnicas concretas a las cuales recurrieron: primero la medicina naturista (fundamentalmente la dietética naturista y la fitoterapia), seguido de la acupuntura, la reflexoterapia y el quiromasaje.

Me he preguntado muchas veces el porqué de esta creciente popularización. Y en mi opinión creo que se debe sobre todo a dos motivos:

1. El primero, que debido a la concepción globalizadora de la salud, que tienen la mayoría de estas prácticas médicas (interacción entre psique, soma y ambiente), el correcto diagnóstico y tratamiento con ellas, exige un nivel de atención, escucha y dedicación al paciente muy importantes. En consecuencia el paciente se siente escuchado, sin prisas.

Todos los que nos dedicamos a esta profesión hemos podido experimentar la importancia de la escucha, que no siempre nos es posible practicar como deseáramos. El ser humano necesita ser mirado y escuchado, hoy más que nunca.

Es importante para mí ofrecer espacio y tiempo al paciente, para que pueda explicar los síntomas de su enfermedad, cómo se siente, qué le preocupa, cómo vive su vida, cómo ve su enfermedad y todo esto a partir del establecimiento de un buen nivel de empatía.

En los últimos años, cada vez son más frecuentes, las llamadas a la necesidad de recuperar la figura del médico de cabecera, que conocía a todos y cada uno de los miembros de la familia, sus antecedentes y sus interacciones. Lo que le permitía percibir un aspecto que a menudo hoy se nos escapa, el ambiente y la idiosincrasia del paciente. Y que por otro lado le daba una intimidad y cercanía que aumentaba la confianza del paciente en su médico.

En mi caso este ha sido un factor decisivo. Ejercí durante los cinco primeros años como médico generalista. Diariamente atendía como media entre treinta y cuarenta pacientes en tres o cuatro horas de visita, y no me era posible, aún deseándolo, hallar más tiempo para esta dedicación. Este fue uno

de los motivos que me movieron a abrirme a otros medios de tratamiento.

2. En segundo lugar, los pacientes se sienten mejorados y/o curados en un alto porcentaje de casos. De no ser así, en este momento, no nos estaríamos planteando ninguna de estas cuestiones.

#### Necesidad de una regulación oficial

El vacío legal existente en nuestra sociedad sobre las llamadas medicinas complementarias, ha dado como resultado la indefensión de los pacientes frente a una oferta cada vez mayor de técnicas terapéuticas, un caldo de cultivo donde conviven sin remedio las más serias y responsables actuaciones con la explotación descarada de la simple superstición y desesperación de los enfermos y sus familiares. Esta situación, lógicamente, ha desatado un gran debate desde hace bastantes años, sobre el lugar que deben ocupar estas técnicas en el conjunto de las ciencias de la salud, quienes deben practicarlas y cómo regular la formación y la práctica.

El 22 de Abril de 1997, se expuso ante una comisión del Parlament de Catalunya esta situación en nuestro país, con el fin de solicitar la aprobación de una ley que colme este vacío legal.

El 30 de noviembre de 1998 fue publicado en el *Butlletí del Parlament de Catalunya* la proposición no de Ley a partir de la cual se creó un comité de seis expertos para elaborar un estudio sobre la Medicina No Convencional: Dr. Josep M<sup>a</sup> Bertran i Soler, Dr. Ramón Castán Sala, Dr. Miguel Aguirre Laserna, Dr. Carles Llopis Martines, Dra. Amalia Palou i Beser y el Dr. Pedro Ródenas i López. Su objetivo era el de impulsar un análisis sobre la medicina no convencional en Catalunya como una medida previa a los trabajos destinados a su reglamentación.

Su resultado fue presentado el 16 de mayo de 2000 en la consellería de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Como yo, la mayoría de los colegas que han integrado alguna de estas técnicas terapéuticas a su praxis cotidiana, no deseamos otra cosa que su correcta legislación. Los más beneficiados, sin lugar a dudas, serán los pacientes.

**MTB**  
DISTRIBUCIONES  
TECNOLOGICAS, S.L.

# Especialitzats en equips endoscòpics

ORL, Ginecologia, Urologia, Traumatologia,  
Aparell Digestiu, Neonatologia,  
Pediatria, Cirurgia Abdominal



- Distribuïdors en exclusiva a Catalunya de GIMMI GmbH
- Components, recanvis i reparació d'avaries d'aparells de les principals marques del mercat (Storz, Olympus, Pentax, Rudolf, Fiebert Endotech, Ausculap, Arthrex, Dyonix, Wolf...)

**Finançament especial per a les comandes de torres d'endoscòpia**

AL SEU SERVEI A:

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



# La paradoxa d'una investigació científica excel·lent en una facultat deficient

Fa uns anys, cap a mitjan dècada dels 80, res no podia fer pensar que la incipient Facultat de Medicina de Lleida hauria de destacar en un sector tan competitiu com la investigació científica en l'àmbit de la biomedicina. Se m'ha demanat que fes un escrit de reflexió sobre aquest fet. Accepto fer-ho de bon grat des de la meua particular apreciació.

Text: Josep E. Esquerda, *Doctor en medicina i cirurgia. Catedràtic de la Facultat de Medicina* · Fotos: AiS Fotografia

Vagi, però, per endavant que el que comentaré respon exclusivament a la meua particular apreciació sense que ningú més no pugui sentir-s'hi implicat. Això sí, ho faig des d'una posició privilegiada, tant d'actor com d'espectador, que m'ha permès viure molt directament la gènesi i desenvolupament en el si de la facultat dels distints grups de recerca que han assolit un nivell de qualitat homologable, actualment, al dels millors equips de l'Estat espanyol i amb una incidència destacada en l'àmbit de la comunitat científica internacional.

En primer lloc, cal que donem proves de la veracitat d'aquesta apreciació i, per això, hem de recórrer a les dades bibliomètriques acceptades per tots els especialistes com a bons indicadors de qualitat en l'activitat científica. En un estudi sobre la recerca en medicina a Catalunya, que publica l'Institut d'Estudis Catalans i coordina el Dr. Joan Rodés, hi ha dades relatives al quinquenni 1991-95 pel que fa a la mitjana del factor d'impacte (IF) de les publicacions biomèdiques a tots els hospitals i universitats catalanes. La Universitat de Lleida obté la puntuació de 3,3, que és la xifra més alta i a considerable distància de tots els altres centres sanitaris o universitaris de Catalunya. En un altre estudi independent, que va realitzar el Departament de Biblioteconomia de la Universitat de Granada, s'analitza la

productivitat científica de les universitats espanyoles durant el període 1991-98. Els autors d'aquest treball destaquen precisament la Universitat de Lleida pel que fa a les publicacions de més rellevància, i en segon lloc la Universitat de Barcelona. Els resultats d'aquest estudi foren objecte d'un article al diari *El País* (29-11-99). En una anàlisi feta pel Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de la Universitat de Lleida s'han comparat el nombre de publicacions de les distintes institucions catalanes implicades en la recerca biomèdica amb alt índex d'impacte (més de 6) al llarg del sexenni 1994-99. Quan es mesura la relació entre el nombre d'articles amb alt IF respecte al nombre de professors, una altra vegada la Universitat de Lleida destaca, fins i tot podríem dir que arrasa, ja que és la primera de Catalunya amb una ràtio de 0,57. Segueixen la Universitat de Barcelona, amb 0,30; la Universitat Autònoma de Barcelona, amb 0,22; la Universitat de Girona amb 0,07, i la Universitat Rovira Virgili amb 0,03.

Totes aquestes dades demostren que hi ha quelcom de singular en l'activitat de recerca a la Facultat de Medicina de Lleida. Ara, ens podríem preguntar per les raons d'un fet com aquest, que podríem qualificar d'insòlit o inesperat. Inesperat perquè hom suposa que per endegar amb èxit la difícil tasca de la recerca científica, es



- ◆ **La Universitat de Lleida obté la puntuació més alta en activitat científica de tot Catalunya**
- ◆ **Malgrat les condicions inicials gairebé d'indigència, el factor humà explica l'èxit**

requereix un caliu adequat que, de ben segur, no estava encès d'antuvi en el nostre medi. És ben cert que l'extrema precarietat, tant de recursos humans com materials de la facultat en els seus inicis, no propiciava precisament l'assoliment d'un clima estimulador per endegar un treball científic d'un cert nivell. Tothom mínimament coneixedor de la realitat del desenvolupament científic i tecnològic a Catalunya o bé a tot el territori espanyol, sap perfectament que, ni de lluny, som una potència de primer ordre en aquest camp. Ni tan sols ocupem el lloc que ens pertocaria amb relació a altres paràmetres indicadors de desenvolupament. Si això és el que passa –o, més aviat, passava– en els centres consolidats de les grans capitals, què es podria esperar de bo en un centre perifèric que iniciava la seva activitat en unes condicions materials tan lamentables que fins i tot fregaven la indigència? La resposta, com sempre, està en el factor humà.

Malgrat la situació, hi havia un petit nucli d'investigadors que plantejaren la necessitat de potenciar la investigació en l'àrea biomèdica bàsica i, per això, era crucial que l'esperada incorporació de nou professorat es realitzés d'acord amb uns perfils professionals concrets. El professorat de nova incorporació hauria de posseir una experiència investigadora rellevant i estar disposat a endegar un nou grup de treball en el si de la nostra facultat i amb dedicació exclusiva a la universitat. A aquest tipus de professional, que òbviament s'havia de buscar fora, se li ofería la possibilitat de concursar a una plaça com a numerari en l'àrea corresponent.

Pel que fa al professorat ja existent, la nova manera de treballar va incloure alguns professors a iniciar seriosament una carrera científica mitjançant un doctorat i una estada postdoctoral a l'estranger per tornar-se a reincorporar a la facultat. La majoria dels altres professors, que no estaven disposats

a realitzar aquest periple o tenien altres ocupacions fora de la facultat, renunciaren espontàniament a la seva vinculació amb la universitat.

Malauradament, aquestes accions solament es van poder dur a terme en l'àmbit de les ciències bàsiques i durant un període de temps limitat que va coincidir amb els últims anys d'existència de l'Estudi General de Lleida vinculat a la Universitat de Barcelona. Les noves circumstàncies politicoadministratives derivades de la creació de la Universitat de Lleida no varen permetre seguir amb aquestes accions i, en aquest sentit, el pla quedà avortat al poc temps d'haver començat. De tota manera, es van poder dur a terme algunes accions que varen permetre l'establiment d'uns pocs grups d'investigació, actualment plenament consolidats i que, mitjançant les seves publicacions, són

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

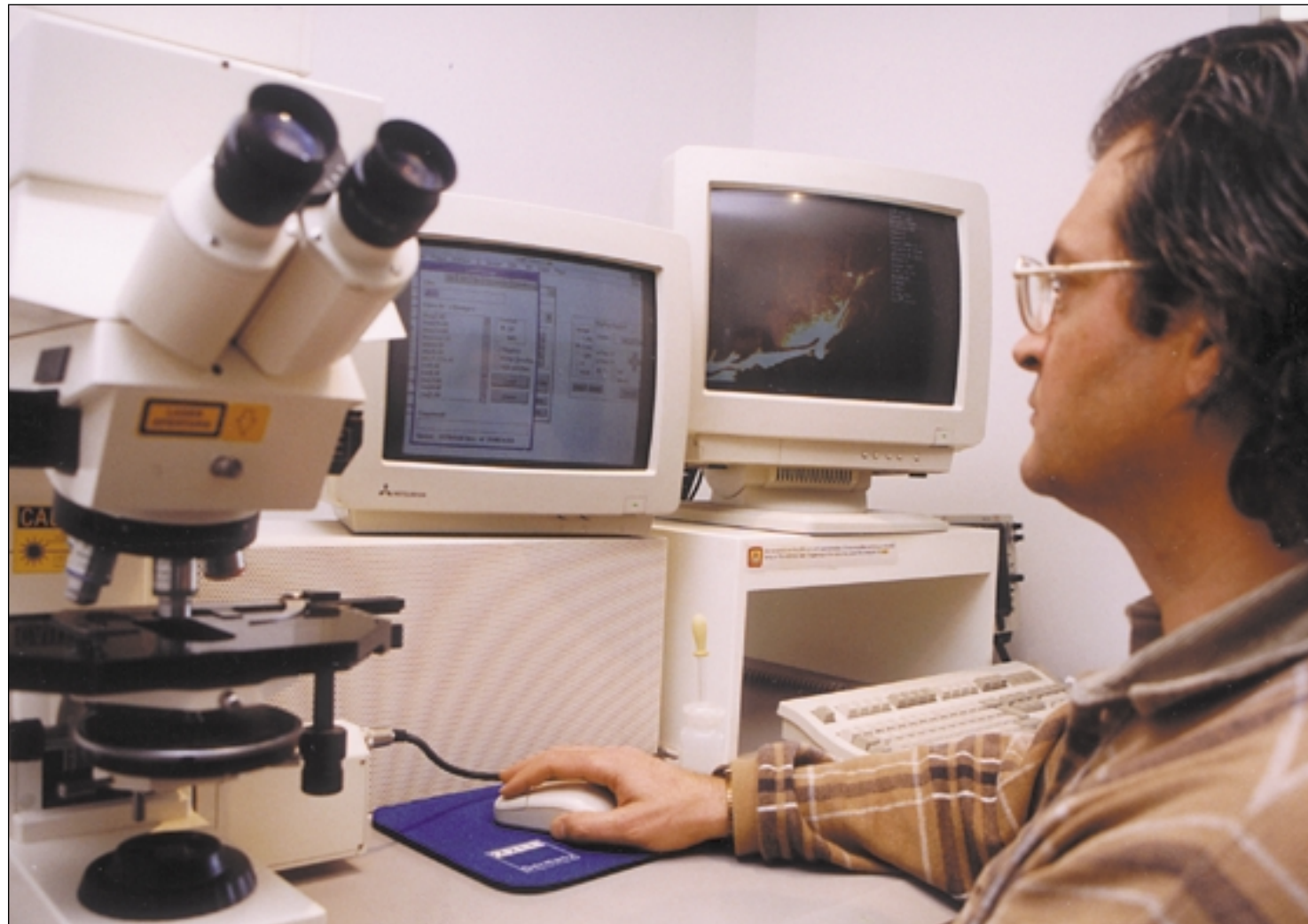


els autèntics *culpables* del grau d'excel·lència assolit per la ciència feta a casa nostra –en el sentit més local de la paraula– i de la creació d'una atmosfera de gran consens pel que fa a la manera de veure el treball a la universitat. Les actuacions derivades d'aquesta política només es van aplicar –i de forma limitada– a algunes de les àrees de coneixement que pertanyen a les ciències mèdiques bàsiques. De cap manera es varen poder estendre a l'àmbit de les àrees clíniques, ja que la seva aplicació topava amb la complexa i feixuga estructura hospitalària de Lleida que, adobada amb determinats interessos corporatius, la feia poc permeable a la innovació jeràrquica amb perfils acadèmics.

Un altre element essencial per desenvolupar una tasca científica és la infraestructura material. Cal dir que els científics que tenen un bon currículum –i aquest era, mínimament, el nostre cas– estan en unes bones condicions per obtenir infraestructura científica si acudeixen a les convocatòries adients de l'administració autonòmica, estatal i, actualment, fins i tot europea. Per tant, en principi, hi ha bon equipament si hi ha bons projectes i bons investigadors al darrere. Però, tot i això, els inicis van ser molt difícils atesa la manca d'un equipament de partida adient i aquest es va haver d'aconseguir lentament, convocatòria rere convocatòria, any rere any, amb grans dosis d'il·lusió i de paciència fins al moment actual en el qual es disposa feliçment d'una instrumentació científica de primera qualitat i que ha significat una inversió de moltes centenades de milions de pessetes gràcies a la qual es poden desenvolupar projectes competius.

Cal fer esment també que, durant els temps difícils, hi va haver una aportació per part de l'Ajuntament de Lleida destinada a l'adquisició d'equipament per als laboratoris de recerca bàsica de la facultat. Aquesta inversió extraordinària, que va ser rebuda com aigua de pluja en terra eixuta, va ser essencial per a l'arrencada dels grups. Amb relació a la capacitat dels grups per captar fons externs destinats a funcionament, s'ha de dir que ha anat augmentant progressivament. A tall d'exemple, l'any 1999 s'ingressaren 99.843.523 pessetes per al desenvolupament de 34 projectes executats per 39 professors.

Així, doncs, unes poques persones, amb un perfil professional definit, van actuar de catalitzadors d'un procés del qual ara, uns quinze anys després, se'n poden comprovar els fruits. Aquest resultat positiu no va ser conseqüència de cap planificació estratègica –aleshores no estaven de moda aquests mots– ni de cap acció premeditada d'estructures superiors al govern de la facultat. Simplement, es



La feina ben feta d'uns pocs grups de recerca es pot considerar un fet aïllat.

tractava d'aplicar orientadament les possibilitats d'actuació que la normativa i les possibilitats del moment permetien. És ben cert, com s'ha dit abans, que només molt poques àrees de coneixement es van beneficiar

d'aquestes actuacions i, per tant, el nombre de grups que es va poder establir va ser molt limitat. Això ha determinat que les diverses àrees de coneixement que van quedar fora del procés, malgrat ésser essencials en una facultat de medicina ben estructurada, estiguin, encara avui dia, dotades d'una manera lamentable.

Crec que tothom estarà d'acord amb la importància d'uns bons equips en els àmbits de l'anatomia patològica, la farmacologia, o la immunologia en l'ensenyament i la recerca de la medicina actual. Doncs bé, en dues d'aquestes matèries no hi ha cap professor numerari ni, òbviament, cap equip de recerca. En el cas de la farmacologia, que en moltes facultats constitueix per ella mateixa un departament, només tenim un professor ordinari. Un cas similar el tenim a microbiologia, genètica o biostatística. I això sense entrar en altres disfuncions i en la problemàtica d'una plantilla realment escarrassada en el seu vessant acadèmic en la major part de les matèries clíniques.

Aquest conjunt de deficiències fan que la Facultat de Medicina de Lleida estigui a la cua quan es compara amb la resta de les facultats espanyoles pel que fa a paràmetres com ara plantilla o espais.

No ens ha d'enlluernar, doncs, el fet que uns pocs grups de recerca duguin

a terme una feina ben feta ja que, en el conjunt de la facultat, es pot considerar com un fet aïllat incapaç, ara per ara, d'imprimir caràcter a la nostra facultat plena encara de greus mancances estructurals.

Però, a la meua manera de veure, el més greu de la situació no és pas l'existència de les mancances per elles mateixes, sinó la seva instal·lació en la cronicitat sense que, durant una colla d'anys, no s'hagi fet pràcticament res per posar-hi remei o ni tan sols per reconèixer-ho. També resulta paradoxal que les grans inversions, que han acompanyat en els últims anys el desplegament de la Universitat de Lleida, hagin incidit tan mínimament en la millora estructural de la Facultat de Medicina.

Tinc la impressió personal que les autoritats acadèmiques de la Universitat de Lleida han estat molt més preocupades per aparentar una bona imatge superficial i han deixat bastant de banda el diagnòstic i l'aprofundiment dels autèntics problemes i no han apostat decididament per la qualitat.

Crec que la Facultat de Medicina de Lleida té la vocació de ser un centre on l'excel·lència del treball en el terreny de la creació científica i de la recerca clínica sigui un motor essencial en la millora de la docència i de l'activitat assistencial en el nostre territori. Així, la

facultat, a més de formar de la millor manera possible els futurs llicenciats i doctors, hauria de ser el centre de suport i referència pel que fa a la formació continuada i a la resolució de problemes de tots els professionals de les ciències de la salut de les terres de Ponent.

#### Suport decidit

Cal ara un suport institucional decidit per reorientar el desenvolupament de la facultat en la bona direcció, aprofitant l'experiència del seu passat recent. Sense aquest suport hi ha un risc seriós de caure en la desmotivació i el desencís, que podrien conduir, perillosament, el futur de la facultat cap a un retrocés. Per exemple, en aquests moments en els quals s'estan realitzant actuacions d'envergadura en la millora de la recerca biomèdica a l'àrea metropolitana de Barcelona, cal que algú se'n recordi que a Lleida, salvant totes les distàncies, també hi ha futur per a aquest tipus de recerca. És necessari, també, que les actuacions en el sistema públic de salut a les terres de Lleida es realitzin de forma estretament coordinada amb la facultat, així es minimitzen els conflictes i entrebancs gens infreqüents derivats de la superposició administrativa dels departaments d'Ensenyament i de Sanitat.

- ◆ **Un conjunt de deficiències situen la Facultat de Lleida a la cua de les espanyoles**
- ◆ **Sense un suport institucional decidit hi ha el risc seriós de caure en la desmotivació i el desencís**

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

# Joies úniques

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



**DERE TENA**  
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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





A l'esquerra, operació de cataractes a les instal·lacions de Mekele. A la imatge de la dreta, un grup de pacients etiops esperen el seu torn.



# Una associació per combatre la ceguesa a Etiòpia

A Etiòpia cobrir les necessitats bàsiques pot ser un luxe. I les cegueses reversibles en el món occidental esdevenen pèrdues de la vista per a tota la vida. Una ONG d'àmbit català, Projecte Visió, treballa al Tigray, al nord

del país africà, per retornar la salut ocular a les persones cegues, que superen les 200.000. Un centenar dels 500 socis de Projecte Visió són de Lleida, entre ells hi ha l'oftalmòleg Rafael Ferreruela.

Text: Magda Ballester · Fotografia: Dr. Rafael Ferreruela

A Mekele, la capital del Tigray que té 150.000 habitants, la congregació d'ajuda humanitària *Sister of Charity* malda per l'educació bàsica dels infants, la formació de la dona i l'assistència sanitària de la població. La germana Margaret –la *sister*– dirigeix la congregació, que disposa d'una planta baixa de pedra habilitada com a

centre clínic. La *sister*, un exemple d'activitat i d'organització, disposa de formació per tractar el tracoma i l'any 1992 va tenir la col·laboració de l'oftalmòleg Lluís Cuadrado que, per primera vegada al Tigray, va operar cataractes amb implantació de lents intraoculars.

“La operació de cataractes consistia

hasta entonces en la simple extracció del cristalino sin sustituirlo por una lente intraocular”, explica el Dr. Rafael Ferreruela. Aleshores, els pacients, per tornar a veure-hi després d'una operació de cataractes, havien d'utilitzar ulleres. I les ulleres són i eren pràcticament inabastables per a la immensa majoria de persones afectades. “Los



Una nena carrega el seu germà petit a les espalles.

operados se convertían en pacientes sin ninguna rehabilitación visual”, diu el Dr. Ferreruela.

## Tractaments obsolets

El metge lleidatà va conèixer la utilització de tractaments obsolets i la possibilitat de remeiar-ho per mitjà del Dr. Lluís Cuadrado. I va decidir afegir el seu esforç personal i professional a la tasca solidària de Projecte Visió. Així, Ferreruela és un dels professionals que practica la cirurgia oftalmològica des del 1995 en les instal·lacions que té la congregació *Sister of Charity* a Mekele.

Les instal·lacions han millorat en els darrers anys, perquè disposen de microscopis més moderns, aparells d'esterilització i un generador propi de corrent elèctric, que substitueix unes antigues bateries de cotxe, “porque la luz se va dos o tres veces mientras operamos”, comenta el Dr. Rafael Ferreruela.

Ulls diferents

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Rafael Ferreruella, força avesat a operar mitjançant tècniques modernes, la primera vegada que vestia la bata verda a Etiòpia va sentir-se "torpe, porque no conocia los ojos de allí". Ell estava acostumat a practicar la cirurgia en ulls occidentals de persones relativament sanes, en un medi conegut i amb recursos materials suficients i adequats. Però en una regió africana assolada per la fam i la guerra "les llueve sobre mojado", diu. Homes i dones cecs arriben a la clínica després de caminar desenes i desenes de quilòmetres, "están flacos, tienen los ojos hundidos, con cicatrices y turbideces en la córnea ..."

Els pacients són gent gran, a partir de 50 anys, i nois i noies joves que pateixen cataractes traumàtiques. Ferreruella assenyala que l'elevada incidència de les cataractes entre la població etiop és deguda al fet que

◆ Els oftalmòlegs de Projecte Visió han operat 5.000 ulls en els darrers sis anys

◆ L'ONG ha fundat una escola universitària de formació de tècnics en oftalmologia a Etiòpia



amb invalidesa, és un no-res que, si capta, pot aconseguir uns grans de blat o, com a molt, un tros de pa "que signifiquen un gran esfuerzo para quien lo da, porque se lo quita de la boca", valora el metge.

Seleccionar

La responsabilitat més dura i difícil que afronten els oftalmòlegs de Projecte Visió és la de seleccionar els pacients que operaran. Un tècnic etiop format a l'Oftalmic Medical Assistant (OMA) explora les persones quan ingressen a la clínica, en fa una selecció inicial i calcula la lent que se'ls haurà d'implantar. Magrat això, adoptar la decisió final, decidir, per exemple, que només s'intervi un dels dos ulls cecs de cada persona o, fins i tot, escollir aquells casos que tenen una possibilitat més gran de recuperar la vista i de sobreviure significa un mal tràngol per als professionals de la medicina.

"Operar de cataratas un solo ojo, en lugar de los dos, duplica el número de pacientes que dejan de ser ciegos, pero, aún así, al principio cuesta mucho practicarlo", segons l'oftalmòleg de Lleida.

Però, és necessari seleccionar. Les estadades dels oftalmòlegs de Projecte Visió acostumen a durar unes tres setmanes i aprofiten els períodes de vacances, a occident, de l'estiu, la Setmana Santa i les festes de Nadal. Cada expedició està formada, habitualment, per dos metges, acompanyats d'ajudants que de vegades són membres de la pròpia família, que

PASSA A LA PÀGINA SEGUENT

"no hay oculistas suficientes para operarlas, especialmente entre gente que no tiene ningún recurso, aunque también influyen causas traumáticas, alimentarias y congénitas".

Ell recorda una frase de la germana Margaret molt significativa sobre el diferent valor que la societat etiop dóna a un home o a una dona: "vino un chico con un ojo perdido y la sister comentó que, a pesar de esta deficiencia, el chico se casaría, pero que si hubiera sido una chica ya no habría podido hacerlo".

La ceguesa afecta més 200.000 persones a la regió del Tigray i augmenta cada any en 5.000 nous casos produïts, sobretot, pel tracoma i per les cataractes. Per això, el pigall, una figura que en el nostre país ens ha transmès *El Lazarillo de Tormes*, existeix actualment en aquesta zona de l'Àfrica. "Los lazarillos, que acostumbren a ser los nietecitos o las nietecitas de los ciegos, los acompañan hasta el centro y nos entregan los papeles para operarles", conta el Dr. Ferreruella. Una persona cega és, però, en aquell indret, molt menys que una persona



Un pacient es renta els peus abans de ser operat de cataractes a la clínica de la congregació Sister of Charity a Mekele.

## Projecte Visió

Projecte Visió, l'Associació Mèdica per a la Prevenció de la Ceguesa, va néixer l'any 1994 amb l'objectiu d'oferir solucions al problema de la ceguesa en els països subdesenvolupats. Des de fa quatre anys, professionals de l'Oftalmologia i altres voluntaris i voluntàries, que actuen com a ajudants d'Infermeria, duen a terme un projecte de salut ocular al Tigray, una regió situada al nord d'Etiòpia.

A més de rebre el suport dels seus socis, aquesta ONG compta amb la col·laboració de l'Ajuntament de Lleida i de la Universitat de Lleida. Gràcies a l'ajuntament s'ha pogut dotar d'infraestructura i de material una consulta d'oftalmologia en un hospital públic, que és a càrrec del metge etiop Dr. Fitsum, el qual opera unes 1.200 cataractes anualment.

El Dr. Fitsum, que l'any 2000 va

visitar Lleida i Barcelona, operava fins fa un temps sense implantar lents intraoculars perquè no disposava ni de les lents ni dels diners per comprar-les. Projecte Visió li facilita enguany 1.500 unitats d'aquest tipus de lents. Oftalmòlegs d'Addis Abeba aprenen la nova tècnica per operar cataractes a la clínica del Dr. Fitsum.

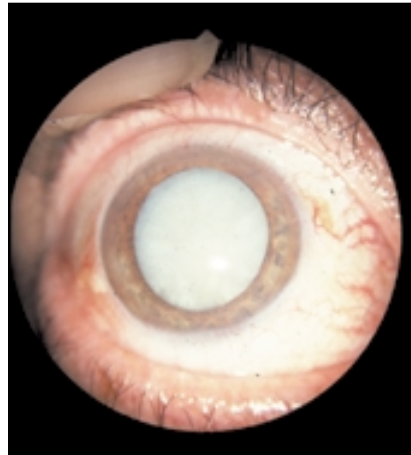
L'adreça de Projecte Visió és c/ Camp, 18, baixos -08022 Barcelona. Telèfon 93 212 84 97.



Escola de tècnics en oftalmologia

Projecte Visió, amb la col·laboració del Ministeri de Sanitat d'Etiòpia, ha fundat l'Oftalmic Medical Assistant (OMA), una escola universitària de formació d'infermers i infermeres especialitzats en oftalmologia per tractar i prevenir les principals causes de ceguesa. Enguany sortiran d'aquest centre sis tècnics, però l'objectiu és que cada curs puguin obtenir el títol entre dotze i setze professionals. Projecte Visió disposa ja d'un projecte, elaborat per un arquitecte, que preveu la construcció d'un edifici i de diversos habitatges per a l'alumnat i per al professorat. La titulació d'aquests tècnics està acreditada per l'ONG i pel ministeri etiop.





Sister Margaret, a la fotografia de l'esquerra, acompanyada de dos oftalmòlegs de Projecte Visió. La fotografia de la dreta mostra una cataracta total i madura d'una persona etiop

#### VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

operen entre tots dos uns 300 pacients. La incidència de la ceguesa en el país és tan aclaparadora que, tot i els 5.000 ulls intervinguts pels membres d'aquesta ONG, cal establir criteris de selecció i respectar-los.

La gent d'Etiòpia, obligada per la llei natural de la supervivència, té l'hàbit de seleccionar els beneficiaris de l'alimentació. Així, "cuando hay sequía, sólo beben agua los niños y los animales", diu el Dr. Ferreruela. Aquest metge esmenta el cas d'una dona que demanava ajuda per alimentar el seu fill petit, un nadó de 15 dies, però en realitat destinava l'auxili al seu fill de 8 anys, perquè ja estava esquerat i, per tant, sobreviuria.

#### L'agraïment

Moltes persones entren cegues a la clínica i l'endemà ja hi veuen. Sense escarafalls, perquè les difícils condicions de vida els fan austers i poc eloqüents, donen les gràcies als metges que els han retornat la vista. Rafael Ferreruela va emocionar-se la primera vegada que li van traduir una frase d'agraïment: "que tot el que xafin els seus peus sigui verd" i "que no li falti mai el pa". En un país desfavorit per la sequera i la guerra, l'aigua i el pa garanteixen la vida i la salut.

Quan els pacients arriben a la clínica, la *sister* els renta els peus, les mans i la cara. Després, un tècnic etiop selecciona els casos i assenyala amb un esparadrap posat al front l'ull que s'ha d'operar. L'anestèsista els prepara i passen, aleshores, a una sala d'operacions que té dues lliteres. "Mientras un cirujano finaliza una intervención, ya entra el siguiente paciente y de esta manera conseguimos mayor eficacia, o sea, operar a más personas", explica Ferreruela.



#### Les lents intraoculars

Convé destacar, a més, que una ONG australiana, que disposa de seus al Nepal i a Eritrea, fabrica les lents intraoculars que implanten els oftalmòlegs de Projecte Visió. Segons Ferreruela, "son lentes de primera calidad, pero con precios muy bajos exclusivos para países en vías de desarrollo".

"Allí no se tira nada", diu el metge. La *sister* li guarda les espardenyas que utilitza a la sala d'operacions "como si me esperaran". Els membres de Projecte Visió s'allotgen en un espai construït per a ells dins del recinte de la congregació i mengen amb les

monges. Paguen 1.000 pessetes al dia en concepte de manutenció i, a banda de verdures, brous i molt arròs, "algunas veces comemos algo de pollo o de pescado".

Els professionals solidaris de Projecte Visió, abans de deixar Mekele, buiden les maletes que, en canvi, sempre porten excés de pes en el viatge d'anada.

Els ajudants de Ferreruela en les seves tres estades a Etiòpia han estat els seus fills, que tant li fan d'interprets de l'anglès al castellà com d'auxiliars d'infermeria.

# Repercussió de l'entrada en vigor del Reial decret 1753/1998

Text: Dra. Paquita Toribio  
ABS Artesa de Segre

L'accés excepcional al títol de metge especialista en medicina de família i comunitària ha estat un tema força controvertit i debatut durant molt de temps. Al número 205 (pàg. 29232) del BOE de 27 d'agost de 1998 es publicava el Reial decret 1753/1998 de 31 de juliol de 1998 sobre l'accés excepcional al títol de metge especialista en medicina de família i comunitària per als llicenciats abans de l'1 de gener de 1995.

Els requisits que es demanen són:

1. Completar, abans de l'1 de gener de 2008, un total de cinc anys d'exercici professional efectiu com a metge de família en places de centres o serveis, propis, integrats o concertats, del Sistema Nacional de Salut.

2. Tenir una formació complementària abans de la data indicada d'un mínim de 300 hores, els continguts dels quals hauran de reflectir el perfil professional del metge de família.

Qui compleixi aquests requisits podrà sol·licitar l'expedició del títol de metge especialista en medicina de família i comunitària adjuntant la següent documentació:

1. Títol de llicenciat en medicina i cirurgia o certificat substitutori.

2. Certificats acreditatius d'haver prestat serveis professionals efectius com a metge de família.

3. Títols, diplomes o certificacions de les activitats de formació complementària en què consti el tema i la seva durada en hores lectives. Els llicenciats que van ser admesos al curs de perfeccionament queden exclosos d'acreditar els requisits 1 i 2 esmentats anteriorment.

Un cop revisada la sol·licitud, l'interessat, si reuneix tots els requisits, haurà de fer una prova objectiva que avalui la seva competència professional. Les proves es duran a terme un cop cada any natural i tindran un caràcter eminentment pràctic (resolució de diversos casos clínics).

Al BOE núm. 89 de 14 d'abril de 1999 (pàg. 13959), es publica la resolució del Ministeri de Sanitat i Consum on s'aproven l'índex de matèries i àmbits que configuren el perfil professional del metge de família a efectes de la formació complementària, així com la distribució de les hores entre les diferents matèries proposades. La distribució és la següent:

1. Àrea general: 40 hores lectives en



total en alguna de les matèries que s'esmenten a continuació:

- Funcions del metge de família.
- Garantia de qualitat a l'atenció primària de salut.
- Investigació a l'atenció primària de salut.
- Treball en equip i altres formes d'organització de la pràctica mèdica a l'atenció primària de salut.
- Ètica mèdica i legislació.
- Entrevista i història clínica.
- Informàtica a l'atenció primària de salut.

2. Àrea d'atenció a l'individu: 210 hores distribuïdes de la següent manera:

2.1. Cinc mòduls diferents, d'una durada mínima de 20 hores cada un, almenys de 3 matèries diferents, relacionades amb les activitats assistencials que s'exposen tot seguit:

- Atenció al nen.
- Atenció a la dona.
- Atenció a la gent gran.
- Atenció traumatològica i quirúrgica.
- Atenció oftalmològica, otorinolaringològica, urològica i dermatològica.
- Atenció en salut mental.
- Exploracions complementàries més usades en atenció primària de salut (radiologia, electrocardiografia, ...).
- Altres activitats assistencials relacionades amb l'àrea d'atenció a l'individu.

2.2. 110 hores que seran de lliure distribució entre la totalitat dels temes de l'apartat anterior.

3. Àrea d'atenció a la família: Un

mínim de 20 hores lectives en total en alguna de les matèries següents:

- Família i salut.
- Relació família/pacient.
- Exploració i intervenció familiar a l'atenció primària de salut.

4. Àrea d'atenció a la comunitat: Un mínim de 30 hores lectives en total en alguna de les matèries que s'esmenten a continuació:

- Anàlisi de la situació de salut de la comunitat.
- Disseny d'un programa de salut comunitari.
- Els programes de salut comunitaris.
- Educació per a la salut.
- Sistemes de registre a l'atenció primària de salut.

De moment, a la província de Lleida, només s'han presentat 22 sol·licituds. Fins ara, s'han revisat 14 expedients, dels quals el 43% són d'homes (6) i el 57% són de dones (8), amb una edat mitjana de 41 anys. Després de revisar els expedients, un complia tots els requisits abans esmentats (havia fet el curs de perfeccionament). En un cas no complia els anys d'exercici professional que se sol·licitava. En la resta de casos faltava alguna part de la formació complementària demanada (sobretot la part d'atenció a la família).

Una dada que ha sobtat una mica és el poc nombre de sol·licituds que s'han rebut fins ara, ja que l'aprovació d'aquest Reial decret podria afavorir molts llicenciats en Medicina abans de 1995. Esperem que aquest article hagi estat aclaridor per a les persones que estiguin interessades en aquest tema



# Notes sobre la vida i obra del doctor Francesc Cases

Francesc Cases va nèixer a Tàrraga el 23 de juliol de 1696, però les seues arrels procedien de França. Era fill de Maria i del mestre de cases Joan Cases, que també havia nascut a Tàrraga el 23 de setembre de 1666. Però el seu avi, Joan Cases, també mestre de cases a Tàrraga, procedia de França.

Text: Dr. Manuel Camps i Clemente i Dr. Manuel Camps i Surroca

L'avi de Francesc Cases es va casar a Tàrraga amb la pagesa Maria Formiguera el 2 de desembre de 1663, era fill de Joana i del sastre Joan Cases, i procedia del lloc de *San Llimosora de la diòcesi de Jura* del Regne de França. Per tant, pertanyia a una de les famílies que van immigrar a Catalunya, en aquest cas a la Segarra, a partir de 1635, any en què el cardenal Richelieu declarà la guerra a Espanya i envià el Franc Comtat on pertanyia el departament de Jura.

Es va casar amb Alamanda Huguet, van tenir més d'un fill i va morir bastant jove, el mes de juliol de 1743 a Cervera, ciutat on va ser catedràtic de la Universitat.

Ocupà la càtedra de mètodo el 1721, en la qual va succeir al metge de Berga Cristóbal Sastre, que havia estat catedràtic de mètodo el 1719 i de pronòstics el 1721. Després guanyà la de prima, per oposició, el 1725<sup>1</sup>.

Autor de tres manuscrits

Va ser autor de tres manuscrits: *Commentarii in Galeni libros* (1718), *Method rationalis medendi humani corporis morbos*, i *Tractatus utilissimus de morborum mulierum curatione*<sup>2</sup>.

En aquell temps, abans de matricular-se a medicina era obligat estudiar arts. A més, a Cervera, amb la vinculació de les càtedres de filosofia a diferents ordes religiosos, hi havia una veritable lluita entre tomistes (dominics) i suaristes<sup>3</sup>. El doctor Cases, quan era candidat a la càtedra de prima de medicina, va ser classificat com a suarista, igual que Joan Garriga, Josep Adolfo, Joan Franquet, Antoni Corts, i Joan Llistet<sup>4</sup>.

El seu manuscrit sobre comentaris a

Galè consta de 300 folis. Després d'un escrit curt, introductor, d'una mica més de mig foli, comença un llarg capítol titulat "Dispositiones prohemiales" que s'estén fins al foli 61. Al foli 62, amb el títol "Disputationes Galeni libros de facultatibus naturalibus", s'inicia un escrit fins al foli 109. Al foli següent, comença "Commentarii in tres Galeni libros de morbo et symptomate", escrit que arriba fins al foli 172, on hi ha la signatura del Dr. Franciscus Cases i l'any 1718.

La primera part d'aquests tres llibres és "De differentiis morborum", i l'última, que comprèn el tercer llibre, i que comença al foli 158, és "De differentiis simphomatum".

Després s'inicia un nou capítol al foli 173, titulat "Disputationes scholastice in tres Galeni libros de facultatibus", que arriba fins al foli 227 i està dividit en set disputacions o discussions sobre diverses qüestions. La primera discussió, "De facultatibus in comuni", comprèn sis qüestions; la segona, "De partibus principis et illarum influxu", en comprèn tres, etc., fins arribar a la setena discussió que és sobre "De facultatibus nutricia et augmentiva".

Finalment, s'inicia l'última part del manuscrit en el foli 229, en la qual es parla de "Disputationes scholastice juxta Hyppocratis et Galeni doctrinam de natura humana", amb la mateixa estructura que l'anterior, és a dir, amb set discussions sobre diverses qüestions de medicina. Després de l'explicació de cada qüestió hi ha el clàssic apartat titulat *solvent argumenta contraria*.

El doctor Cases vivia en una casa situada davant la plaça de Sant Miquel, molt a prop de l'edifici de la Universitat, la qual estava formada per



◆ **El manuscrit del Dr. Cases sobre comentaris a Galè consta de 300 folis**

◆ **Aquest metge va ser catedràtic de la Universitat de Cervera**

la sala del davant, una cambra que comunicava amb la dita sala per una porta, l'habitació del darrere, composta per l'alcova, on va morir el metge, i un *estudiet*, la cuina, l'habitació de dalt del segon pis, la golfa, el rebost, l'entrada, l'establia, la botiga (per guardar el blat i la farina), el pastador i el celler



A l'esquerra de la imatge superior, la casa del Dr. Cases a Cervera. En la fotografia inferior es pot veure la visita del metge amb l'animal de transport.

(per guardar el vi i les olives).

Durant el temps d'activitat mèdica i universitària del doctor Cases, entre el 1719 i el 1742, l'hospital de Cervera estava situat en una casa particular de la plaça de Santa Anna, molt a prop de la plaça de Sant Miquel, on residia el nostre metge. Era conegut per

l'Hospital de l'Estudi, habilitat per fer les pràctiques dels estudiants de medicina<sup>5</sup>.

El doctor Cases exercia la medicina com a metge independent, no lligat al comú, ja que quan va morir li devien diners de conductes i consultes particulars. Com era acostumat en l'època,

disposava d'una somereta petita i negra per fer els desplaçaments a les cases apartades dels malalts.

La indumentària del Dr. Cases estava composta per dotze camises (set de cànem amb mànigues de tela, i les altres de tela), sis parells de mitges de fil blanques, quatre calçotets de *llens*, unes calces de *panyo obscur* i unes altres de *pels*, quatre corbates llargues de tela, tres gorretes de tela blanques, dos parells de mitges d'estam, unes de negres i les altres de color oliva, sis *retillos per a la golella* (punts de malla per la golella), i quatre *xupes* o jaquetes: una d'*estamenya de mans* folrada de tela blanca, una de *panyo negra* usada, una de *panyo obscur*, i una de *mitg cara de oso de color de perla*. Després tenia dos *gambetos* o abrics d'hivern, un de *panyo blanquinós* i l'altre de *panyo obscur*. Finalment, dos *gelecos* blancs de fil i cotó, i el *caprirot* i la *borla* propis de doctor.

Per complementar la vestimenta disposava d'un *espadi* amb mantí de llautó, i un anell amb diamants.

Els llicenciats i doctors de Cervera tenien els mateixos privilegis que els de les quatre universitats majors del

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Regne: Salamanca, Valladolid, Alcalà i Osca. Felip V, el fundador d'aquesta universitat, els atorgà una sèrie de drets amb la intenció que la gent hi anés a estudiar. Per això eren considerats ciutadans nobles, podrien utilitzar vestit de *golilla* i *espadi*, i ocuparien lloc preminent en els oficis de les catedrals i en les processons<sup>4</sup>.

En morir tenia 400 lliures, sis culleres i quatre forquilles de plata, 11 jornals de terra repartits entre dos finques, 52 quarteres de blat, 25 de *xeixa*, és a dir, de bona qualitat, i la resta *mescladis*, quatre saques de farina, i dos bótes de set càrregues de vi.

A casa seua no hi havia cap detall indicador ni de les seues aficions ni de la seua ideologia religiosa o política. Les facetes que més destaquen són l'ensenyament de la medicina teòrica a la facultat, si ho jutgem pels llibres que tenia, i l'exercici de la professió a les cases dels malalts com a únics mitjans de vida, a part de la producció que li poguessin donar les terres.

La biblioteca

La biblioteca no era gaire gran, però estava molt lligada al ritme de repòs i activitat diària, ja que formava part de la seva alcova, on també va morir en un un llit de peu de gall. La complementaven un bufet gran de noguer i dos cortines d'estamena verdes amb sanefa que la separaven de l'estudiet, lloc on guardava, en una caixa de noguer, els diners (400 lliures) i els béns més preats: la roba de metge i de professor de la facultat de medicina, l'anell d'or amb diamants, la poca plata que tenia, l'*espadi*, i el manteu i capó de vaheta destinats a cobrir el seu taüt una vegada mort. Al mateix costat d'aquesta caixa, i sobre els prestatges d'una taula de pi, hi havia 103 llibres impresos i diferents matèries de medicina manuscrites. Solament s'indica l'autor o el títol en 51 d'aquests llibres d'estampa, gairebé tots de medicina.

Els autors mèdics eren Amati Lusitani (1 llibre), Joannis Arcularii o Herculanus (1 llibre), Horacio Augenii a Monte Santo (1 llibre), Avicena (1 llibre), Capivacus (2 llibres), Celso (1 llibre), Ferneli Ambianii (2 llibres), Mathiae Garcia (1 llibre), Joannis Matei di Gradi (1 llibre), Henriquez de Villacorta (3 llibres), Heredia (3 llibres), Hipòcrates (2 llibres), Joan Jacob Manget (3 llibres), Alexandri Massariae (1 llibre), Luis Mercado (5 llibres), Lasarii Riverii (1 llibre), Josephi Francisci Rosselli (1 llibre), Petri Santii a Soria (1 llibre), Savonarola (1 llibre), Sennerto (3 llibres), Jacobi Segarra (2 llibres), Mathei Silvatici (1 llibre), Joanne Valverde (1 llibre), Francisco Vallés (2 llibres), Lodovici Vassei (1 llibre), Christophori a Vega (1 llibre), Zacuti (2 llibres).

Els autors de matèries extramèdiques eren Alexandri Aphrodisiai (1 llibre) i Francisco Petrarca (1 llibre).

Tenia també un vocabulari vell d'espanyol i llatí, la vida de sant Francesc de Borja, una història de la conquesta de Mèxic, i una història d'Espanya.

Els llibres de medicina que més circulaven per Cervera en el temps del doctor Cases

De tots aquests autors hem de destacar els més consultats a l'època del doctor Cases i, per tant, els que més influien en el món mèdic dels metges de Cervera i de la seua universitat. Deixant a part Galè, eren els següents:

- Les Centúries mèdiques d'Amati Lusitani (Castelo Branco, 1511 - Salònica, 1668), obra important que es trobava, generalment incompleta, en moltes biblioteques de metges catalans dels segles XVI, XVII i XVIII. L'obra completa, amb les set Centúries, era en quatre volums.

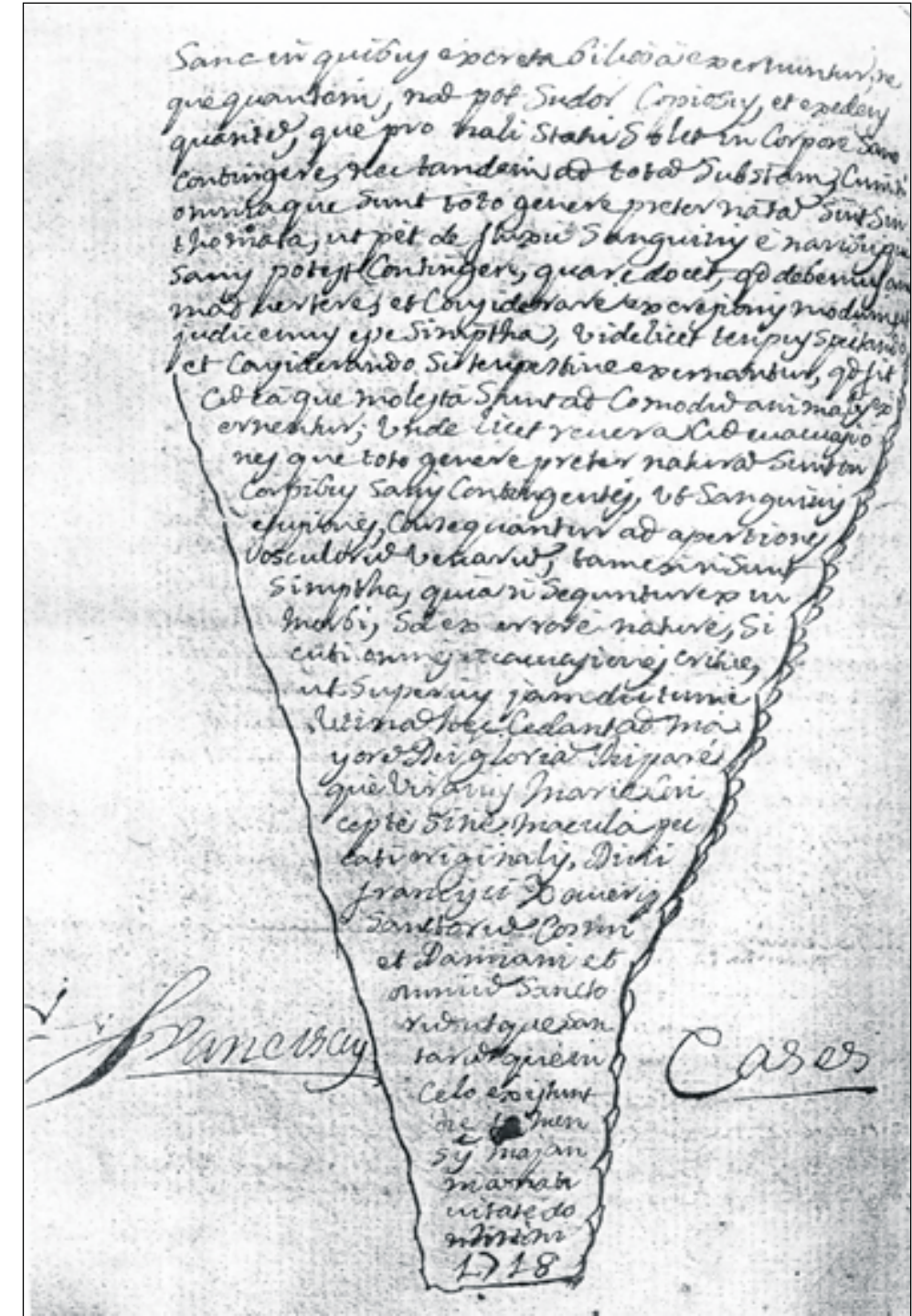
- Els Aforismes i el llibre del *Pronòstic* d'Hipòcrates (Cos, 460 a C - Làrissa, 370 a C). Els *Aforismes* era una obra del *Corpus Hipocràtic* relativament freqüent en llibrerries de metges catalans dels segles XIV a XVII (28,57%). El llibre del *Pronòstic* també, encara que amb menys freqüència (7,14%).

- Obra d'Alessandro Massariae (Vicenza, 1510 - Pàdua, 1598), deixeble de Francaziani i de Falopi i successor de Mercuriali a la Universitat de Pàdua. Acèrrim defensor de les idees galèniques, fins al punt que va dir que és millor estar equivocadament amb Galè que tenir raó amb els moderns. Es va destacar durant l'epidèmia de 1576. Els seus llibres van ser presents en més del 50% de les biblioteques de metges catalans dels segles XVII i XVIII.

- La clàssica *opera* mèdica en quatre volums, el volum tercer d'aquesta on s'inclouia l'estudi de les malalties pròpies de la dona, i el llibre *Instrucciones para los algebristas* del professor de Valladolid i metge de cambra dels reis Felip II i Felip III, Luis Mercado (Valladolid, 1525 - 1611). L'obra *Instrucciones... para el aprovechamiento y examen de los algebristas*



Imatge del segon frontis de la Universitat de Cervera. A la dreta, un text del Dr. Francesc Cases.



◆ Els llicenciats i doctors de Cervera eren considerats ciutadans nobles i podien utilitzar vestit de golilla i espadi

◆ La biblioteca del Dr. Cases no era gaire gran, però estava molt lligada al ritme de repòs i activitat diària

ACRÒNIMS

AUB: Arxiu de la Universitat de Barcelona.  
AHC: Arxiu Històric de Cervera.  
APT: Arxiu Parroquial de Tàrraga

ARXIVS CONSULTATS

AUB: Ms. 948.  
AHC: Reg. N.I - 119. Notari Ramon Teixidó. Llibre d'inventaris 1728-1759. Inventari dels béns de Francesc Cases. 1743. Folis 54-58.  
AHC: Notari Ambrosi Copons. Llibre d'inventaris 1705-1747. Inventari dels béns de Francesc Rosell. 1724. Folis 139-140.  
AHC: Reg. N.I - 116. Notari Ambrosi Copons. Inventari dels béns de Pere Joan Castelló. 1726.

Folis 184-192

APT: Llibre núm. 4 de baptismes (1690-1715). Foli 60 v.  
APT: Llibre núm. 4 de baptismes (1690-1715). 23 desembre de 1666.  
APT: Llibre de matrimonis. 2 de desembre de 1663.

BIBLIOGRAFIA

1. DANÓN BRETOS, J.: "Los primeros profesores de medicina de Cervera". I Congrés Internacional d'Història de la Medicina Catalana. Llibre d'Actes. Vol. IV. Barcelona. 1971. Pàg. 260.  
2. CALBET CAMARASA, J. M.; CORBELLA CORBELLA, J.: *Diccionari biogràfic de metges catalans*. Fundació Salvador Vives Casajuna.

Seminari Pere Mata (Universitat de Barcelona). Barcelona, 1981.

3. Francisco Suárez, va ser un jesuïta, filòsof i teòleg espanyol nascut l'any 1548 i mort el 1517, que va seguir les teories de Tomás d'Aquino, però amb punts de discrepància importants.  
4. VÁZQUEZ DOMÍNGUEZ, A.: *La formación del médico en la Universidad de Cervera, 1717-1842*. Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina. Instituto Arnaldo de Vilanova. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid. Vol. V. Fasc. 1. 1953. Pàg. 189-190.  
5. DANÓN BRETOS, J.: *Op. cit.* Pàg. 260.  
6. VÁZQUEZ DOMÍNGUEZ, Antonio: *Op. Cit.* Pàg. 182  
7. GRANJEL, L.: *La medicina española renacentista*. Ediciones Universidad de Salamanca, 1980. Pàg. 249.



(1599) la va escriure amb la intenció de redactar un text útil per a l'examen dels algebristes davant el Tribunal del Protomedicat. Per tant era un llibre dedicat especialment als cirurgians. Els llibres de Mercado es trobaven en més del 50% de les llibreries dels metges catalans dels segles XVI, XVII i XVIII.

- L'obra mèdica o òpera omnia del francès Lasarii Riverii o Lazare Rivière (1589 - 1655). Aquest autor, si bé amb menys influència que els dos anteriors, va ser present en més del 20% de les biblioteques de metges catalans dels segles XVII i XVIII. Escrigué també *De re anathomica*.

- Obra del comentarista de Galè, conegut també pel seu tractat sobre la pesta, Josep Francesc Rosell (mort després de 1641), natural de Barcelona i catedràtic de prima del seu Estudi General. Les obres més llegides eren els seus comentaris a Galè. Els seus llibres estaven presents en més del 20% de les biblioteques de metges catalans del seu temps i del segle XVIII.

- L'obra omnia del professor de Wittenberg Daniel Sennerto (Breslau, 1572 - Wittenberg, 1637), autor important amb molta obra escrita que estigué present en més del 20% de les llibreries dels nostres metges dels segles XVII i XVIII. El valor que es donava a l'obra de Sennerto queda

◆ **La biblioteca tenia 103 llibres impresos**

◆ **Solament s'indica l'autor o el títol en 51 llibres**

demonstrat amb el preu que valien els seus llibres. A finals de gener de 1727 van ser encantats un quants béns del metge Pere Joan Castelló de Cervera i el doctor en medicina Pere Llibre va comprar els tres volums de medicina de Sennerto per 11 lliures (un llençol bo de canem valia 2 lliures. Una dotzena de cadires de vaqueta negres amb braços valien 20 lliures).

- Obra de Jaume Segarra (mort 1596), conegut comentarista de Galè com el mateix Francesc Cases, els dos fills de Tàrraga, però amb cent cinquanta anys de diferència i destins diferents: el primer a l'Acadèmia de Medicina de València i Cases a la Universitat de Cervera. Els llibres de Segarra van ser molt influents en els

nostres metges de l'època moderna. Els hem vist en més del 50% de les seues biblioteques.

- Les controvèrsies mèdiques i filosòfiques, les traduccions i comentaris d'obra d'Hipòcrates i el mètode de curar, eren les tres obres de Francisco Vallés (Covarrubias, 1524 - 1592) que més circulaven per la Cervera de Francesc Cases. No ens ha d'estranyar això si considerem que Vallés i Christophori a Vega (1510-1573), els dos professors d'Alcalá, han estat judicats com els millors traductors espanyols de l'obra d'Hipòcrates. Per altra part, en les seues controvèrsies mèdiques i filosòfiques, Vallés va exposar les qüestions filosòfiques que al seu parer incidien més en la medicina del seu temps, la qual cosa devia ser molt ben valorada pels metges de l'època si tenim en compte que aquest llibre ha estat el que més hem localitzat, entre les obres de Vallés, en llibreries de metges catalans dels segles XVI i XVII. I en tercer lloc, el seu mètode de curar ha estat considerat, segons Granjel<sup>7</sup>, la millor obra de terapèutica clínica que es va escriure en el seu temps.

Descrits els autors que més circulaven per Cervera en el temps de Francesc Cases, podem deduir que hi incidien quatre influències de diferent procedència: la clàssica grega (Hipòcrates), la castellana (Mercado i Vallés), l'estrangera (italiana, amb

# Encefalopaties espongiiformes dels animals

Text: J. M. Bosch Vilà · C.S. Higiene Alimentària i Zoonosi. Delegació Territorial a Lleida del Departament de Sanitat i Seguretat Social

Els mitjans de comunicació han donat un enorme ressò a l'encefalopatia espongiiforme bovina (EEB). Els motius són els següents:

- Pot afectar les persones (antropozoonosi).
- És d'evolució progressiva i amb un final sempre fatal.
- Es transmet a les persones a través dels aliments.

Malauradament, un excés d'informació no ben canalitzada, les discrepàncies i les contradiccions han obligat el consumidor a fer l'únic que és a les seves mans: no consumir carn de vacum.

Algunes encefalopaties transmissibles (ET) dels animals són conegudes des de fa temps. L'escrapie, que afecta ovelles i cabres, fou descrita el 1723. Una ET que afecta els cèrvids és endèmica a l'Amèrica del Nord. També existeix una ET del visó. Recentment s'han constatat salts interespecífics, a causa de la transmissió dels prions per consum de vísceres de vacum contaminades: emmalalteixen gats domèstics, fèlids de zoològic (guepard, puma, ocelot, tigre) petits remugants i alguns primats. La infecció experimental s'ha aconseguit en moltes més espècies.

En el nostre país fa temps que es coneix l'escrapie. Popularment era coneguda amb el nom de tremolor o pruija lumbar. Es veia sovint en ramats d'ovelles i cabres per Osca i Navarra, on era endèmica. També és a altres països (Regne Unit, Holanda, etc.) i continents (Àsia, Amèrica, etc.). No es coneix que afecti les persones i, per tant, no és una antropozoonosi. El llarg període d'incubació (2-5 anys) i la baixa incidència dins el ramat la feien considerar poc preocupant. La simptomatologia era progressiva, amb retard en la marxa, manca de resposta a estímuls, por, atàxia, incoordinació de moviments... En alguns animals cursava amb pruija a la zona lumbar, que s'evidenciava amb una posterior alopecìa.

Al començament dels anys 80, al Regne Unit varen canviar les condicions de tractament dels subproductes d'escorxadors i dels cadàvers dels

animals, dels quals s'obtenien farines d'alta concentració de proteïnes. En reduir temperatures i temps de tractament, les farines de carn s'abaratiren i van substituir progressivament la farina de soja en la preparació de pinsos concentrats. Se sospita que els prions de l'escrapie varen efectuar un salt d'espècie i van infectar els bovins. El mes d'abril de 1985 hi ha la primera referència clínica de la malaltia d'una vaca i, el novembre del 86, el primer diagnòstic histopatològic. En sospitar-se la transmissió dels prions per via alimentària, el Regne Unit va prohibir la utilització de farines de carn en pinsos per a remugants. Malauradament, els prions tornen a efectuar un salt interespecífic i, el 1996, es diagnostica en una persona la nova variant de la malaltia Creutzfeldt-Jakob (nvCJ). Salta l'alarma. Comencen a tot Europa les prohibicions de productes i subproductes originaris dels països afectats i es prohibeix l'alimentació de remugants amb concentrats proteics procedents de residus d'escorxadors. Només en propagar-se l'EEB es generalitzen les mesures especials, com són la retirada dels materials específics de risc (MER), del què més endavant parlarem.

Al Regne Unit, l'epizootia a les vaques va tenir el pic màxim el 1992. L'efecte de l'eliminació de les farines de carn es va notar en els anys successius i va reduir-se l'any 2000 a 1.100 casos. Fins ara hi ha més de

180.000 vaques afectades. La malaltia es va estendre per Irlanda el 1989, va passar al continent, concretament a Portugal i Suïssa, el 1990, el primer cas a França es va produir a l'any 1993 i així fins arribar l'any 2000 en què es diagnostica a Espanya (33 casos a començaments de març del 2001).

La malaltia a les vaques, es presenta després d'un llarg període d'incubació (22 mesos - 15 anys). El 98% dels casos del Regne Unit tenien més de 40 mesos. Mai no s'ha detectat cap vedell o vaca malalta de menys de 20 mesos d'edat. La incidència dins el ramat és molt baixa: normalment un sol afectat. La malaltia cursa amb canvis de comportament (por, nerviosisme, mugits...); altres, amb actituds d'ensopiment, cap baix, mirada fixa, com si estiguessin absents. Augmenta la resposta a la palpació de la pell, els tremolors, llepades freqüents, i poden ser més agressius. Alteren la marxa, amb balaceigs laterals, hipermetria, dificultats per aixecar-se, pèrdues d'equilibri i augment de les caigudes.

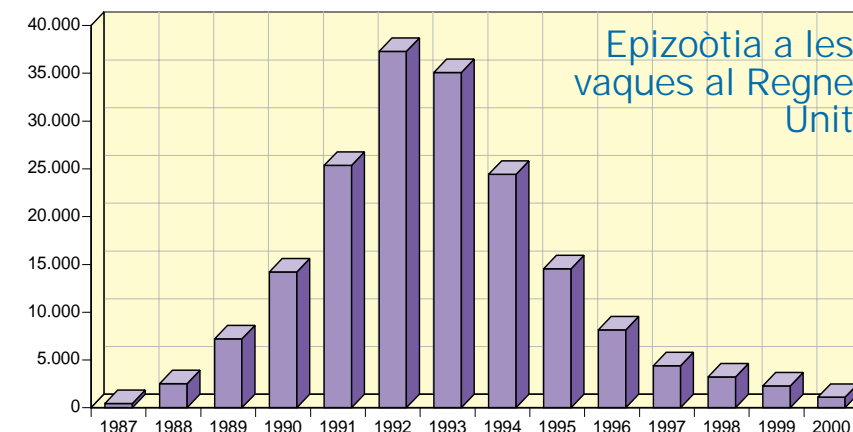
No es disposa de tests validats per diagnosticar en animals vius. Postmortem es la mitjançant tècniques histopatològiques, immunohistoquímiques, Elisa i Western-blot.

En aquests moments de crisi del sector de carn de vacum, amb prou feines se sacrifiquen vaques. El Departament de Sanitat disposa de quatre laboratoris on es realitza el test prionic a totes les vaques de més de 24 mesos que es destinen al consum de carn. També es fa a animals de més de 20 mesos procedents de Portugal, Irlanda, França i Suïssa.

Sistemàticament, als escorxadors es retiren els materials específics de risc (MER), que en els vedells són l'intestí prim i gros i en els animals de més de 12 mesos són el crani amb encèfal i ulls, la medulla espinal i les amígdals. Propiament també s'eliminarà la columna vertebral. En els xais es considera MER la melsa i en les ovelles, a partir dels 12 mesos, també el crani amb encèfal, ulls, medulla espinal i amígdals.

El Departament de Sanitat va fer

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



laboratorio de análisis  
**DR. ECHEVARNE**

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

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

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

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

QUALITY MANAGEMENT  
Certificat  
Laboratori participatiu integrat  
sistema acreditat ISO 9001  
CERTIFICADO N.º 91299973

www.echevarne.com  
informacion@echevarne.com

Unim esforços per multiplicar resultats.



durant el període 1996-2000 un programa de vigilància de les encefalopaties espongiformes transmissibles. Es varen analitzar 807 mostres de vacum i 439 d'ovi i cabrum sense que aparagués cap cas positiu. Els 33 casos que fins als inicis de març es coneixen a Espanya es concentren sobretot a Galícia (19) i a Castella-Lleó (7); també a Navarra (3), Astúries (3) i un a les Balears.

A fi d'evitar el creuament de pinsos, s'ha prohibit la utilització de farines de carn per a l'alimentació d'animals. Es duen a terme controls analítics de les baixes en els corralos, que, per suposat, no entren a la cadena alimentària. L'Administració compra i elimina les vaques adultes per retirar-ne la carn del mercat.

Des del mes d'octubre del 2000, es retiren tots els MER als escorxadors i, posteriorment, s'incineren. Els controls dels aliments comercialitzats s'han extremat. La majoria d'animals al nostre país se sacrifiquen en edats inferiors a l'any, edat en què mai no s'ha detectat càrrega prionica infectiva. Afortuna-dament, no hi ha tampoc cap cas autocton en persones. Com a conclusió, m'atreveixo a dir que en aquest moment el consum de carn és més segur del que no ha estat mai en els darrers anys.

La càrrega infectiva dels teixits es troba fonamentalment en el sistema nerviós central, tal com es dedueix del següent quadre:

### EEB - Infectivitat dels teixits

TEIXIT	CARREGA INFECTANT %	% TOTAL
Encèfal	64.1	64.1
Medul·la espinal	25.6	89.7
Ganglis trigèmens	2.6	93.3
Arrel dorsal ganglis espinals	3.8	96.1
Ileo	3.3	99.4
Melsa	0.3	99.7
Ulls	0.04	99.74

Això ha permès la classificació dels diferents teixits i òrgans segons la seva càrrega prionica en animals afectats. Cal ressenyar que s'ha intentat en els teixits i òrgans inclosos en el grup de "no detectable" l'aïllament dels prions o la transmissió de la malaltia per tots els mitjans sense aconseguir-ho. Recalcaré ja aquí que els principals productes del bestiar boví (la carn i la llet) estan inclosos en aquest grup.

### Càrrega de PrPsc als teixits

ALTA	MITJANA	BAIXA	NO DETECTABLE
Cervell	Melsa	Nervis perifèrics	Muscle esquelètic
Medul·la espinal	Amígdales	Medul·la òssia	Cor
Ganglis arrel dorsal	Plaques de Peyer	Còlon distal	Ronyons
LCR	Ganglis	Pulmó	Llet
	Còlon proximal	Fetge	Greix
	Duramàter	Pàncrees	Ovaris
	Placenta	Timus	Semen
	Adrenals	Mucosa nasal	Sang

# La nova Llei d'enjudiciament civil

Text: Secretaria del COMLL

L'entrada en vigor de la nova Llei d'enjudiciament civil el dia 8 de gener de 2001 produirà canvis en la pràctica de les proves pericials civils.

Hi ha dues classes fonamentals de peritatges:

## 1.- Pèrits per designació judicial

El jutjat o tribunal designa pèrits per a l'emissió de l'informe pericial en un plet o causa i els escull per sorteig d'entre aquells metges que consten en les llistes emeses pel Col·legi de Metges provincial.

Poden ser pèrits tots els metges i metgesses especialistes amb títol oficial o de medicina general, si fos el cas, que s'hagin inscrit en la llista corresponent en el seu col·legi professional. Si es tracta de matèries que no estiguin compreses en títols professionals oficials, hauran de ser nomenats entre persones enteses en aquella matèria.

Els metges designats rebran una comunicació del jutjat o tribunal que els hagi designat, que els exigirà acceptar el càrrec en el termini de cinc dies.

El metge pot renunciar a la designació, sempre que hi hagi "causa justa" que ho justifiqui i aquesta pugui ser avaluada pel jutjat o tribunal.

Hi ha les següents causes d'abstenció d'acceptar el càrrec per part del metge:

- Concórrer vincle matrimonial o de fet assimilable o parentiu fins al quart grau amb qualsevol de les parts que intervenen en el procés.
- Ésser o haver estat defensor judicial o integrant dels organismes de tutela de qualsevol de les parts o haver estat sota la custòdia o tutela d'alguna d'elles.
- Ésser o haver estat denunciat o acusat per alguna de les parts com a responsable d'algun delictes o falta, així com haver denunciat o acusat alguna de les parts.
- Haver emès algun dictamen o informe contrari sobre el plet o la causa, ja sigui dins o fora del procediment.
- Tenir amistat íntima o enemistat manifesta amb alguna de les parts, relació de subordinació present o passada amb alguna de les parts que intervenen en el procés, haver

prestat serveis per alguna de les parts o ésser dependent o soci d'alguna part.

- Tenir interès directe en el plet o causa o indirectament mitjançant participacions en les societats, establiments o empreses que siguin part en el procés.

Si el metge o metgessa coneix aquestes circumstàncies un cop acceptat el càrrec de pèrit, ha de comunicar-ho al jutjat o tribunal perquè el relievi del càrrec.

Els metges que actuen com a pèrits judicials poden ésser recusats per alguna de les parts contràries si concorren alguna de les causes indicades en l'apartat anterior, i no han fet ús del deure d'abstenció. Aleshores, si és acceptada la causa es rellevarà el professional del càrrec. En qualsevol cas, el pèrit podrà manifestar al jutjat o tribunal el seu parer en la causa de recusació.

El pèrit pot, també, incórrer en responsabilitats. Així, l'incompliment de les obligacions de la compareixença podran ésser sancionades amb una multa de 30.000 a 100.000 pessetes i, cas de reiterar-se, podrà incoarse diligències per desobediència a l'autoritat.

El Codi Penal preveu, per als casos en què els pèrits faltin maliciosament a la veritat, unes penes de presó de fins a tres anys, de multes fins a dotze mesos i d'inhabilitació especial per a l'exercici de la professió fins a dotze anys.

Amb la nova regulació civil, el cobrament dels honoraris per part del pèrit resta garantit, atès que en els tres dies posteriors a l'acceptació del càrrec el

perit podrà sol·licitar una provisió de fons a compte de la liquidació final. Si s'estima convenient, el tribunal o jutjat ordenarà a les parts que hagin sol·licitat el peritatge que ingressin en cinc dies, en el compte de consignacions del jutjat, la part proporcional que els correspongui de la provisió de fons.

En el supòsit que no ingressin les quantitats, el pèrit quedarà eximit de l'emissió del dictamen.

## 2.- Pèrits per designació de part

Són aquells pèrits la intervenció dels quals en el procés ve directament determinada per la voluntat d'alguna de les parts, que es posen en contacte amb ell per a l'elaboració de l'informe.

Poden ser pèrits de part tots aquells metges especialistes amb títol oficial o de medicina general, si fos el cas. Si es tracta de matèries que no estiguin compreses en títols oficials, hauran de ser nomenats entre persones enteses en la matèria.

El pèrit de part no pot ésser recusat, però si que pot ésser objecte de taxa si concorren alguna de les següents circumstàncies:

- Ser cònjuge o parent per consanguinitat o afinitat, dins el quart grau civil d'una de les parts o dels seus advocats o procuradors.
- Tenir un interès directe o indirecte en l'assumpte o un altre semblant.
- Estar o haver estat en situació de dependència o de comunitat o contraposició d'interessos amb alguna de les parts o amb els seus advocats o procuradors.
- Tenir amistat íntima o enemistat amb qualsevol de les parts o els seus procuradors o advocats.
- Qualsevol altra circumstància degudament acreditada que els faci desmerèixer en el concepte professional.

La valoració de la taxa la tindrà en compte o no el tribunal en el moment de valorar la prova.

Les responsabilitats són les mateixes per a tots els pèrits.

Els honoraris del pèrit han de ser satisfets per la part que contracta l'emissió de l'informe pericial.



un donatiu



un soci

Un donatiu, sovint, no és més que un pedaç. Si de veritat vols col·laborar amb els més necessitats, fes-te soci/a de *medicus mundi*. Amb la teva aportació es faran realitat molts programes sanitaris. Retalla aquest cupó, omple'l amb les teves dades i envia'l a l'adreça de *medicus mundi*.

### Fes-te soci. Faràs bé



**medicus mundi**  
catalunya

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

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

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

25.000  mensual   
10.000  trimestral   
5.000  semestral   
.....  anual

FIRMA: \_\_\_\_\_

- ◆ El jutjat escull per sorteig un pèrit entre els metges que consten en les llistes emeses pel col·legi provincial
- ◆ El metge pot renunciar a la designació sempre que hi hagi una causa que ho justifiqui i que pugui avaluar el tribunal



# Internet i tabaquisme

El consum de tabac i l'addicció que genera és, en aquests moments, una prioritat en l'àmbit sanitari. Cada dia hi ha més aportacions que ens ajuden a trobar aquells recursos necessaris en la nostra tasca professional, tant des del punt de vista de la prevenció com del tractament. És des d'aquesta òptica que es presenta aquest article, que ofereix un recull d'adreces d'Internet on es poden trobar llocs útils i interessants.

L'abordatge del tabaquisme pot ésser entès i atès des de diverses perspectives. Una visió global d'aquelles que són més interessants ens ha de permetre aprofundir la nostra tasca assistencial i d'ajuda.

Adreces específiques en la prevenció

En aquests llocs trobarem molta informació sobre estratègies preventives, informatives i educatives adreçades a diversos tipus i àmbits de població. Si el que volem és saber activitats preventives que altres professionals han dut a terme i ens poden ser d'utilitat, especialment a l'hora d'intervenir, per exemple, en l'àmbit ambulatori, en joves, en dones embarassades, etc., podem anar a [www.idea-prevencion.com](http://www.idea-prevencion.com).

A [www.arrakis.es/iea](http://www.arrakis.es/iea), disposem d'un molt ampli ventall de possibilitats. La informació que aquí hi ha està classificada per grups d'interès: pares, joves educadors i professionals. També és interessant en aquesta adreça l'accés que fa a medline, amb la qual cosa la cerca de documentació específica és molt a l'abast (i totalment gratuïta). Una altra adreça que cal esmentar és [www.fad.es](http://www.fad.es), la pàgina de la Fundació de Ayuda contra la Drogadicció, on hi ha quasi de tot: links d'interès, cercadors de documentació científica amb els seus resums, mostra de les

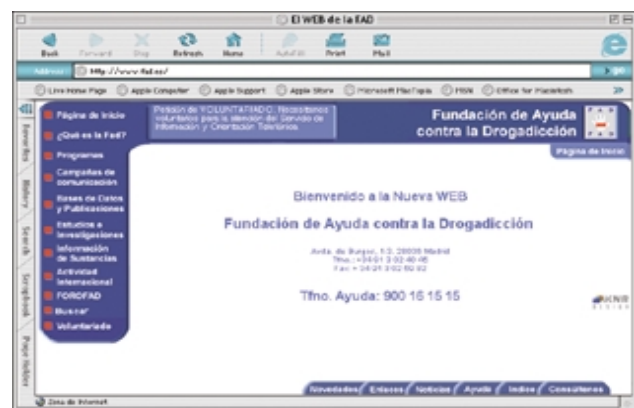
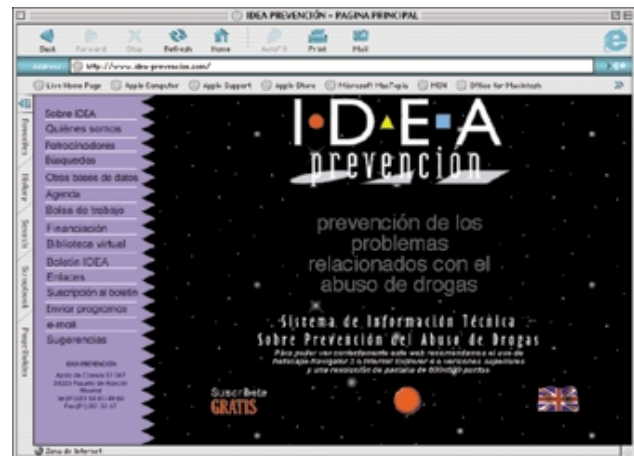
campanyes preventives editades per aquesta fundació, etc.

L'adreça <http://tobacco-freekids.org> està orientada a la prevenció, informació i educació contra el tabaquisme en nens i adolescents. Adverteix dels efectes i danys que ocasiona el tabac en la salut i mostra com el món publicitari i televisiu tracten el tabac. El Center for Education Trought Innovation ([www.smokylies.com](http://www.smokylies.com)) treballa en educació preventiva contra el tabac mitjançant l'animació de programes interactius, especialment per ser utilitzats en les escoles. Actualment ja podem trobar la versió castellana del seu darrer vídeo.

Adreces específiques d'ajuda als qui volen deixar el tabac

A la pàgina <http://cdc.gov/spanish/tobacco.htm> hi trobem informació, notícies, esdeveniments i guies d'ajuda i suport per deixar de fumar, així com material educatiu, catàleg de publicacions, comentaris, opinió de personatges famosos en la seva lluita contra el tabac, etc. L'Aliança Contra el Tabac de los Angeles ([www.smokingkills.org](http://www.smokingkills.org)) treballa per donar a conèixer els riscos de salut associats al tabac, al seu ús i a l'exposició a què estan sotmesos els fumadors passius. A la xarxa hi podem trobar alguns programes personalitzats per deixar de fumar mitjançant ajuda telefònica.

El que es proposa a la pàgina [www.freeandclear.org](http://www.freeandclear.org) té una durada d'una any i compta amb l'assessorament d'un conseller professional. Aquells que ja han deixat de fumar poden trobar consells i orientacions adreçades a mantenir l'abstinència, així com per formar part d'una associació d'exfumadors: <http://adiostabaco.com.ar>. L'Escola de Salut Pública de la Universitat de Boston



va crear un servei, l'any 1996, per ajudar fumadors que volien deixar l'hàbit: [www.quitnet.org](http://www.quitnet.org).

Una altra adreça interessant és [www.stopmagazine.co.uk](http://www.stopmagazine.co.uk), que s'anuncia com "la nova revista que educa, motiva i entrena la gent que vol deixar de fumar". D'altra banda, aconsellem, de manera molt especial, l'adreça [www.elmundosalud.com/elmundosalud/graficos/tabaco.swf](http://www.elmundosalud.com/elmundosalud/graficos/tabaco.swf), que és una pàgina interactiva en la qual l'observador veu les diverses

complicacions que pateix el cos humà en continuar l'addicció al tabac. Així mateix, també es veu com millora la salut en abandonar l'hàbit. Aquestes imatges poden ser visualitzades pel pacient mateix en la consulta, i fan la informació més interactiva.

Una altra adreça és <http://terencimoix.com>, on l'escriptor dona una sèrie d'atractives raons per deixar de fumar. Hi ha l'opció de treure el text en paper imprès i donar-lo als pacients. Cal comentar,



també, les webs pròpies dels diferents laboratoris farmacèutics que comercialitzen productes per evitar la dependència del tabac. A [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net) s'inclou informació rellevant sobre diversos aspectes: programes de suport de que fan referència a la conducta, intervencions professionals en assistència sanitària, farmacoteràpia, programes d'autoajuda,

etc.

Altres adreces d'interès

La Universitat d'Arizona presenta una pàgina, [www.asu.edu/aprc](http://www.asu.edu/aprc), amb múltiples serveis i recursos sobre documentació, informació i prevenció del tabac. A la Foundation for Innovations in Nicotine Dependence hi ha penjada informació diversa referent

al tabaquisme. Des d'articles d'ajuda i salut, fins a telèfons de contacte i adreces d'utilitat, com ara [www.findhelp.com](http://www.findhelp.com). Cada 31 de maig, acostuma a celebrar-se el Dia Mundial sense Tabac, per iniciativa de l'OMS. A [www.wntd.com](http://www.wntd.com) es pot trobar tota la informació sobre aquest esdeveniment.

Si el que volem és accedir a notícies actuals sobre el tema, publicades als diaris més coneguts dels Estats Units, podem anar a [www.tobacco.org](http://www.tobacco.org). També hi ha arxius on resten ordenats tota mena de documents, publicacions, citacions, actes i altres esdeveniments que han tingut lloc darrerament.

A [www.geocities.com/tobacweb](http://www.geocities.com/tobacweb) es facilita informació sobre el tabac (història, situació actual, etc.) i sobre els seus efectes. També dona suport on-line i consells per deixar de fumar. A [www.globalink.org](http://www.globalink.org)

es pot trobar, possiblement, la millor base de dades sobre tabac que hi ha a la xarxa. Per accedir-hi ens demana haver estat registrats prèviament, per la qual cosa fa falta el suport de dos membres. També es pot baixar un comptador on se sumen, minut a minut, les víctimes comptabilitzades des de l'1 de gener del 2000. Si el que volem és tenir informació sobre la pel·lícula *El Dilema*, on es tracta el tema del tabac com a indústria i negoci, podem accedir a [www.sala1.com/criticas/eldilema.html](http://www.sala1.com/criticas/eldilema.html).

Moltes altres són les adreces i possibilitats que ens ofereix Internet. En aquest article s'ha volgut fer una aproximació a aquelles que tenen un cert interès, en les quals podem trobar, de segur, allò que busquem. La xarxa creix, com creix l'interès pel tema del tractament i abordatge del tabaquisme. Utilitzar aquelles tècniques que la modernitat

Parlem clar • Parlem el teu idioma

## A WALL STREET INSTITUTE EL MÈTODE S'ADAPTA A CADA ALUMNE. NO AL REVÉS.

Què significa aprendre amb horaris flexibles?  
 A Wall Street Institute, pots aprendre anglès els dies que vulguis, a les hores que més et convinguin. A més, creem un curs específic per a cada alumne, tenint en compte el seu nivell i les seves aptituds. D'aquesta manera, cada alumne segueix el seu propi curs, aprenent al seu ritme i sense perdre ni una sola classe.

En què consisteix exactament el mètode multimèdia més professor?  
 En primer lloc, gràcies a la tecnologia multimèdia i guiats per un professor, cada alumne adquireix específicament aquells coneixements que necessita. Posteriorment els posa en pràctica de nou amb un professor nadiu i amb un màxim de 4 alumnes del seu nivell. Finalment, guanya fluïdesa i confiança en grups de conversa.

# 20%

descompte a tots els membres del Col·legi Oficial de Metges de Lleida i als seus familiars



**WALL STREET INSTITUTE**  
SCHOOL OF ENGLISH  
[www.wsi.es](http://www.wsi.es)

Informa-te'n trucant al

# 900 40 40 50

o visitant el teu Centre més proper

**A Lleida:**  
Ramón i Cajal, 6



## Acords de la Junta de Govern del COML

La Junta de Govern del COML ha adoptat els següents acords en les sessions ordinàries dels dies 11 de gener i 8 de febrer passats.

- Nomenament de Rosa Suñol i Sala com a representant del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya al Consell Assessor de Qualitat Assistencial.

- Convocatòria d'eleccions als següents càrrecs de la Junta de Govern:

- Vocalia de la secció de Medicina Extrahospitalària de la Seguretat Social.

- Vocalia de la secció de Metges d'Exercici Lliure.

- Vocalia de la secció de Metges en Atur.

El termini de presentació de candidatures és des del 9 de febrer fins a les 20 hores del 12 de març de 2001.

La Junta Electoral, elegida mitjançant el corresponent sorteig efectuat en la reunió de la Junta de Govern del dia 8 de febrer, queda constituïda pels següents membres:

Titular: Dr. Jordi Gonfaus Currius

Suplent: Dr. Paul Canales Corzo

Titular: Dr. Francisco Herruzo Gallego

Suplent: Dr. Antonio Espino García

Titular: Dr. Àngel Rodríguez Pozo

Suplent: Dr. José G. Roig Morón

Titular: Dr. Antonio Menén Balagueró

Suplent: Dra. Mònica Amorós Brotons

Reserva: el número 1047 del cens electoral

- Creació de l'Oficina

Tècnica d'Accreditació (OTA), que tindrà com a finalitat principal l'acreditació personal de les activitats de formació continuada dels professionals de la medicina.

### Moviment col·legial

**Altes**

Mercè Camps Juan, reingrés

M. Concepció Mora Marquès, procedent de Castelló

M<sup>a</sup> Teresa Alfaya Arias, procedent de Madrid

Ester Udi Campo, nova

Mirtza Helena Gutiérrez Sánchez, procedent d'Osca

Ramon Mitjana Isarn, reingrés

M<sup>a</sup> Carmen Anguita Tolosa, nova

Pablo José Martínez Gutiérrez, procedent de Barcelona

Miriam Egozcou Requena, nova

**Baixes**

Jaime Aldabó Boix, defunció

**Canvis de situació**

Jesús M<sup>a</sup> Galindo Llangort, passa a col·legiat honorífic

Ramon Garcia Gateu, passa a col·legiat honorífic

### La Facultat de Medicina estrena junta

La reunió constituent de la Junta de Facultat de Medicina de la UdL, sortida de les eleccions del dimecres 21 de febrer, va celebrar-se el dia 5 de març passat. La junta és

l'òrgan de govern de la facultat i està composta per professors (60%), estudiants (30%) i personal administratiu (10%). La nova junta va elaborar el calendari d'elecció del nou degà, ja que l'actual, Joan Viñas, ha esgotat els dos períodes a què pot optar. La propera reunió, destinada únicament a l'elecció de degà, tindrà lloc el 28 de març.

### Els degans de Medicina, amb el president del Govern

Els degans de les facultats de Medicina, entre ells el Dr. Joan Viñas de la Universitat de Lleida, van ser rebuts el dia 21 de febrer passat pel president del Govern, José M<sup>a</sup> Aznar. Els representants universitaris van sol·licitar l'ajut del Govern per a l'intercanvi de professors, d'acord amb el Pla Virgili, i van posar de manifest la necessitat que els ministeris d'Educació i de Sanitat arribin a un acord per resoldre la problemàtica dels estudiants llicenciats en medicina després de 1995 i dels MIR.

### Nova directora d'AP de Lleida-Nord

L'Institut Català de la Salut va nomenar a principis del mes de març d'enguany Pepa Freixenet Pedrós directora d'Atenció Primària (AP) de Lleida-Nord. Pepa Freixenet era fins aleshores directora d'Infermeria d'AP Segrià-Garrigues

### Un mínim de 10 minuts per consulta

En el moment de tancar l'edició d'aquest *Butlletí Mèdic*, els metges i metgesses d'Atenció Primària de Lleida preparaven la seva participació en la protesta convocada per al dia 28 de març en tot el territori de l'Estat espanyol. L'objectiu de la vaga és aconseguir que el Ministeri de Sanitat i els governs autonòmics adoptin les mesures necessàries per garantir uns requisits mínims de qualitat assistencial.

La Confederació Estatal de Sindicats Mèdics (CESM), la Societat Espanyola de Medicina Familiar i la Societat Espanyola de Medicina Rural i Generalista convoquen el 28 de març aturades de 10 minuts, una a les 12 del migdia i la segona a les 5 de la tarda, en els centres d'atenció primària. Confederació i societats van elaborar el mes de desembre passat el document "Un model en crisi", que recull els requisits mínims per garantir la qualitat assistencial. Aquests requisits són els següents:

- Un mínim de 10 minuts per consulta.

- Un màxim de 25 pacients diaris per metge o metgessa.

- Un màxim de 1.200 pacients assignats a cada metge o metgessa.

- Substitucions al 100% de les baixes dels professionals de la medicina.

- Contractació dels professionals suficients per complir aquests mínims.

La convocatòria d'aquesta vaga va anar precedida de les aturades de 10 minuts fetes el dia 1 de març passat pels metges i metgesses de la comunitat autònoma de Madrid. El seguiment de la protesta va ser gairebé del 100% segons la confederació sindical i del 38% segons l'INSALUD.

### Rectificació

La solució al problema d'escacs "finals de reis i peons", que publicava el número 26 del *Butlletí Mèdic* era incorrecta. La solució vàlida és la següent:

1. g8=D+ - Rxc8 2. f6 - Rf7 (el negre ha de jugar) 3. h7 (si el negre juga Rh7 llavors 3. f7) 3.....- c2+ 4. Rxc2 - a2 5. Rb2 i es guanya ja que el rei blanc para el peó en a2 i el negre no pot evitar que el peó de h7 promocioni.



# ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

La vocació, la dedicació i la responsabilitat són aspectes molt importants per als 1.500.000 d'assegurats d'ADESLAS. Confiar en la professionalitat del nostre equip mèdic és, per als nostres assegurats, un motiu de tranquil·litat.

Som  
eficaços

• Lliure elecció d'especialistes i clíniques en quadre mèdic.

• Les unitats de diagnòstic i de tractament més avançades.

• Targeta Adeslas Or a cada assegurat per a una més gran rapidesa i seguretat.

• Més de 25.000 professionals, de 220 clíniques i més de 144 punts d'Atenció al Client.

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

**902 200 200**

[www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)

DELEGACIÓ A LLEIDA

Vallcalent, 1-2<sup>a</sup> edif. Trading-Balmes  
Tel.: 973 26 92 11

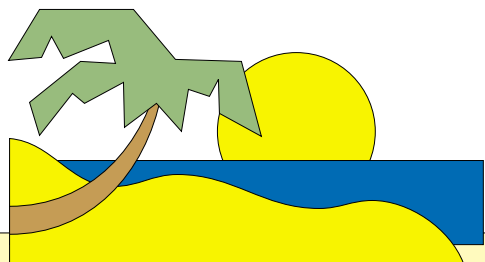
adeslas  
ASSEGURANCES DE SALUT





# KUONI

el luxe al seu abast



## MALDIVAS el Paradís

Vol directe

9 dies en M.P.

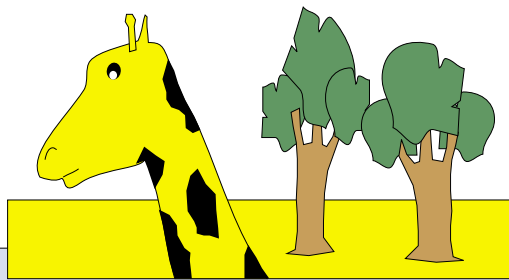
ptes euros

149.900 **900,94**

16 dies en M.P.

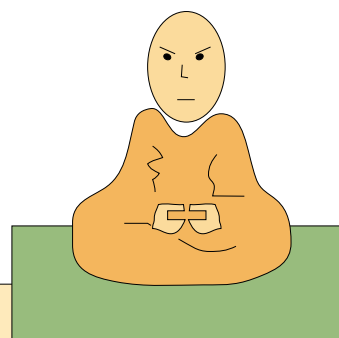
ptes euros

201.400 **1.210,48**



TANZÀNIA una "reserva" per  
descobrir 9 dies de safari  
fotogràfic

ptes euros  
376.100 **2.260,48**



BIRMÀNIA "Myanmar" terra  
daurada 11 dies de circuit

ptes euros  
335.700 **2.017,67**



U.S.A. "Explorant els  
Parcs Nacionals" 16 dies de  
circuit

ptes euros  
244.700 **1.470,72**



Oficines a:

LLEIDA, BALAGUER,  
LES BORGES BLANQUES,  
MOLLERUSSA,  
TÀRREGA, TREMP.

☎ 902 42 41 42

e mail: [iltrida@iltrida.com](mailto:iltrida@iltrida.com)  
<http://www.iltrida.com>

**Pregunti sortides especials  
"ILTRIDA" pels mesos de  
Setembre, Octubre  
i Novembre**

**CONSULTI PREUS  
D'OFERTES PUNTUALS**

• Aquestes tarifes  
no inclouen taxes,  
impostos especials  
ni despeses de  
gestió.

• Estan subjectes a  
les fluctuacions de  
les divises. Consulti  
suplements segons  
temporades.