

B U T L L E T Í
m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 29 · Juliol de 2001



**Parlem
de les al·lèrgies**

Especialitzats en equips endoscòpics

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



- Distribuïdors en exclusiva a Catalunya de GIMMI GmbH
- Components, recanvis i reparació d'avaries d'aparells de les principals marques del mercat (Storz, Olympus, Pentax, Rudolf, 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

Número 29, juliol 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^a Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascol 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 fotolits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen l'IVA del 16%

Deu minuts per pacient

Disposar de deu minuts per pacient és una reivindicació de professionals compromesos amb una ètica de treball altruista i centrada en els usuaris, perquè significa voluntat de resolució de problemes des de la institució pública i amb l'única contrapartida de "fer el que realment s'ha de fer".

En els vint anys transcorreguts des de la reforma de l'atenció primària, molts professionals han apostat per una pràctica de la medicina que retornava al metge de capçalera el protagonisme del diagnòstic, tractament i seguiment del malalt on millor ho podia fer i on cap altre professional ho faria millor. L'assistència al malalt terminal, al malalt reclòs al seu domicili, el tractament de trastorns de salut mental, de problemes mal definits ... són, entre altres tasques, les fonamentals del metge de família. Però, no es pot creure ingènuament que problemes d'indole tan diversa i sovint encoberbs, confusos i emmascarats poden resoldre's en un lapse de temps tan curt que ni tan sols permet l'escolta acurada de la queixa del malalt, perquè es cauria en un greu error de judici.

La solució a aquest problema no radica a eliminar competències al metge de primària, i relegar-lo a una funció senzilla de *classificador* del sistema (model que provadament ha demostrat la seva ineficiència), sinó a disminuir el nombre de pacients per cada quota de metge, cosa que permetria la plena responsabilització del malalt en la seva autèntica dimensió bio-psico-social, única manera de dur a terme educació sanitària, prevenció de malalties i promoció de la salut en la població.

Aquelles postures erròniament economicistes que s'oposen a aquesta reivindicació són, a la llarga, menys eficients i fins i tot letals per a un sistema que ha estat considerat modèlic en l'àmbit mundial.



sumari

Canvien els hàbits alimentaris en la nostra població?

Dr. Àngel Rodríguez Pozo
PÀGINA 14

Al·lèrgia i malalties al·lèrgiques

Dr. Lluís Marquès i Amat
PÀGINA 20



La autonomía del paciente y la documentación clínica

Eduardo Maria Enrech Larrea · Magistrado, Juez decano de la Audiencia Provincial de Lleida

A lo largo de la segunda mitad del Siglo XX, los derechos humanos han pasado a ser un eje fundamental y un principio inspirador de cualquier normativa internacional a la que habian de ajustarse los países de cultura democrática.

Dicha evolución normativa, aún no concluida, ha tenido en el ámbito de la medicina, la incorporación de la idea de los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico asistenciales. Así lo recogen la Unión Europea, UNESCO y la OMS y se ha plasmado en España con la entrada en vigor el día 1 de enero de 2000 del Convenio del Consejo de Europa, de 4 de abril de 1997, sobre los derechos del hombre y la biomedicina. Ello quiere decir que dicho convenio forma parte de nuestro ordenamiento jurídico y puede y debe ser aplicado por los jueces españoles.

Y es precisamente en el desarrollo normativo de dicho convenio, forzosamente de enunciados generales, que el Parlament de Catalunya dicta la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos a la información, concernientes a la salud y a la autonomía de los pacientes, y a la documentación clínica. Esta ley desarrolla y perfecciona lo que ya recogía la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, y la Ley 15/1990, de 9 de julio, del Parlament de Catalunya de ordenación sanitaria de Catalunya.

Así de la citada Ley 21/2000 se desprenden tres principios generales:

1. el derecho a la información asistencial, de forma que en toda intervención los pacientes tiene el derecho a conocer toda la información obtenida sobre la propia salud, de forma verídica, comprensible y adecuada a las necesidades y requerimientos del paciente, precisamente para ayudarle a tomar decisiones de manera autónoma, sin responsabilizar al médico de esa decisión;

2. el titular del derecho a la información es el paciente y es éste quien puede autorizar, directa o indirectamente, que se comunique a los familiares, con la excepción de incapacidad civil declarada, o que el paciente no se encuentre en condiciones físicas o psíquicas para entender la información que se le está suministrando, y hacerse cargo de su situación.

3. el derecho constitucional a la intimidad, se manifiesta expresamente en la imposición de la confidencialidad de los datos referentes a la salud del paciente, sin que nadie no autorizado por la legislación vigente pueda acceder a ellos.

El presente comentario, una vez articulados la fundamentación y principios de la Ley 21/2000, pretende hacer una primera aproximación de lo que es la nueva normativa sobre la historia clínica.

El art. 9 la define como todo el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo, identificando a los médicos y demás profesionales en las asistencias en que hayan intervenido, facilitando la integración de toda la información sobre un mismo paciente y, como mínimo en el ámbito de cada centro, una historia clínica por cada paciente. Es competencia del centro la conservación, seguridad y custodia de la historia clínica.

Su contenido se recoge en el artículo 10 de una forma exhaustiva:

- datos sobre identificación del enfermo y de la asistencia: Nombre y apellidos.

- **La Ley 21/2000 delimita la responsabilidad de los profesionales**

Fecha de nacimiento.

Sexo.

Domicilio habitual y teléfono, con vistas a localizarlo.

Fecha de asistencia y de ingreso, si procede.

Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial.

Servicio o unidad en que se presta la asistencia, si procede.

Número de habitación y de cama, en caso de ingreso.

Médico responsable del enfermo.

Así mismo, cuando se trata de usuarios del Servicio Catalán de la Salud y la atención se presta por cuenta de dicho ente, debe hacerse constar también el código de identificación personal contenido en la tarjeta sanitaria individual.

• datos clínicos asistenciales: Antecedentes familiares y personales fisiológicos y patológicos. Descripción de la enfermedad o el problema de salud actual y motivos sucesivos de consulta. Procedimientos clínicos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de procedimientos o exámenes especializados y, también, las hojas de interconsulta.

Hojas de curso clínico, en caso de ingreso.

Hojas de tratamiento médico. Hoja de consentimiento informado, si procede.

Hoja de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito, si procede.

Informes de epicrisis o de alta, en su caso.

Documento de alta voluntaria, en su caso.

Informe de necropsia, si existe.

En caso de intervención quirúrgica, debe incluirse la hoja operatoria y el informe de anestesia y, en caso de parto, los datos de registro. y

• datos sociales si procede.

Si ha intervenido más de un médico, debe incluirse la correcta individualización de las accio-

nes, prescripciones e intervenciones realizadas por cada uno de ellos.

El uso de la historia clínica se dirige, fundamentalmente, a ayudar a garantizar una asistencia adecuada al paciente, por lo que se garantiza el acceso a la misma de los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento. Todos ellos quedan sometidos, en consonancia, al deber de guardar secreto.

Por último, se señala también un deber de conservación de la historia clínica, como mínimo veinte años después de la muerte de paciente, aún cuando permite una selección y destrucción de documentos no relevantes, a los diez años, sin que en ningún caso puedan incluirse en éstos las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y el registro de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia.

En relación con los derechos del paciente, el art. 13 regula como principio general el libre acceso del paciente a la totalidad de la historia clínica, pudiendo obtener copia de los datos que figuran en ella, siendo el centro que la custodia, quien debe regular el procedimiento para garantizar dicho acceso. Pero también se establecen dos excepciones, ya que dicho acceso nunca podrá ser en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de los datos que de los mismos figuran en la historia, ni en perjuicio de los derechos de los profesionales que han intervenido en su elaboración, que pueden invocar la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.

Como conclusión, puede señalarse que la Ley 21/2000 recoge en un mismo texto, la normativa dispersa y la práctica que sobre la historia clínica ya existía, y que con dicha regulación no sólo se declaran los derechos de los pacientes en cuanto titulares de la historia clínica, sino que se delimita la responsabilidad de los profesionales asistenciales que intervienen, porque se individualiza cada actuación y, además, porque es con la historia clínica con lo que el profesional debe fundamentar la información de que provee al paciente para que éste, de forma autónoma y libre, decida sobre el ámbito de su salud.

Una reflexió personal des de l'Atenció Primària

Dr. Joan Clotet · Metge de Família del CAP de Ponts

En iniciar la reflexió des del context de l'atenció primària, i més concretament del medi rural, el primer que se m'acudeix és que fa uns quants anys, quan vaig aterrar al món de l'atenció primària rural, no hi havia història clínica. Aquells professionals, d'alguna manera exercien la medicina i no devien tenir sol·licituds d'accés directe a l'historial per part del pacient.

Segons el meu parer, aquest és un instrument que no sorgeix d'una demanda intrínseca del pacient, sinó d'una necessitat del professional quan el desenvolupament de la medicina entra en una complexitat tal que ja no pot seguir confiant a la memòria la realització d'un seguiment clínic adient del pacient.

Doncs bé, si la història clínica sorgeix d'una necessitat del metge pel que fa a la seva utilitat, tampoc el pacient no n'és el més beneficiat. Altres estaments com: planificació, gestors, auditories, formació, recerca, requeriments legals, etc., en treuen més profit. L'únic que assumeix un risc perjudicial, en la generació de tanta informació, és el pacient mateix. M'estic referint al problema de la confidencialitat.

En la meva experiència profes-

- **Informació controlada, sí, però no accés directe a la història clínica**

sional, almenys fins ara, mai un pacient no m'ha demanat accedir al seu historial, en canvi, en nombroses ocasions m'han confiat, en l'àmbit personal, informació sobre determinades patologies –avortaments provocats, malalties de transmissió sexual, neoplàsies, etc.– que no han volgut que quedessin reflectides en el seu historial clínic. *"En vostè, hi confio, però, sobretot, no ho escrigui"*. Com cal preservar la intimitat del pacient és un problema que se'ns presenta a diari i, en canvi, possiblement no hi donem suficient atenció.

Crec que el pacient ha de tenir accés, en tot moment, a informació precisa, comprensible, plausible i exhaustiva de qualsevol procés que pateixi. Però aquesta informació hauria de ser generada, controlada i administrada pel metge. I limitada a les dades essencialment científiques relacionades directament amb el diagnòstic, pronòstic, tractament i curs clínic.

Evidentment, hi ha diferència entre informar i tenir accés directe a la història clínica, ja que aquesta no solament conté la informació abans referida, sinó que, a més a més, en molts casos, metge i altres professionals que comparteixen el benaurat document, hi reflecteixen impressions subjectives sobre circumstàncies personals o de l'entorn sociofamiliar, comentaris sobre reaccions i actituds derivades de relacions interprofessionals, etc. que no ha de conèixer pas el pacient.

També, sovint, ens referim a la història clínica com un document infal·libre i això no és així per diversos motius. Tothom sap que no tot el que es fa al malalt queda enregistrat. Però, aquest constant èmfasi en la necessitat d'enregistrar, fins al punt que sembla més important enregistrar que actuar, condueix a alguns col·lectius, sotmesos a una gran pressió direccional, a enregistrar el que mai no han fet. Amb això vull dir que una

història clínica correcta no comporta necessàriament una actuació igualment correcta. I a l'inrevés. Amb tot aquest enrenou es desvirtua un document l'únic sentit i finalitat del qual és aconseguir una millor assistència del pacient.

Després d'aquesta dissertació, penso estar en condicions de contestar a la pregunta: el pacient ha de tenir accés a la història clínica? Crec que no. És possible que amb aquesta afirmació vulneri més d'un codi deontològic, uns quants articles de la Llei general de sanitat i, fins i tot, algun principi constitucional. Però, aquest és un article d'opinió i, per tant, em permeto la llibertat de discernir al marge de la norma.

Però, la norma és la norma, i polítics, jutges, fiscals i advocats, parlant d'advocats, he sentit a dir que només a Lleida n'hi ha més de mil— coneixen molt bé la legislació

específica sobre aquesta matèria i sempre estan a punt si hi ha requeriment judicial. D'altra banda, estem immersos en un sistema burocratitzat amb tendència a la complexitat on el paper, els contractes, les clàusules de recessió i la lletra petita tenen la màxima rellevància. Per això, a vosaltres, companys, us diria: no sempre preval el sentit comú i el seny. Per tant, estiguen preparats per gestionar una doble història clínica. Una història clínica, oficial, rigorosament elaborada, científicament impecable i informatitzada per presentar. I una altra —feta amb aquell bolígraf que, de tant en tant, ens regala un laboratori per fer memòria— amb totes les impressions subjectives, absolutament clandestina, per portar sota l'aixella perquè ningú no hi posi el nas. Serà com portar una doble comptabilitat. Ben segur, els que fan privada m'entenen.

Vull recordar als polítics, jutges, fiscals i advocats allò que Jenófanes va escriure cap a l'any 500 aC:

"Els déus no ens van revelar, des del principi, totes les coses dels humans; però en el curs del temps, podem aprendre, indagar i conèixer millor les coses.

Pel que fa a la veritat certa, ningú no la coneix, ni la coneixerà; ni sobre els déus, ni tampoc sobre la ciència. Fins i tot si algú, per atzar, assolís la veritat perfecta, ho desconixeria: perquè, tot, no és més que una tela teixida de conjectures."

I a vostè, sr. pacient, davant aquest panorama, li diria que el més convenient és mantenir els valors tradicionals: el valor de la paraula donada, la relació de confiança mútua i la fe en la nostra professionalitat, perquè la resta no són més que històries.

nal

- Datos socio-demográficos
- Datos administrativos
- Datos clínico-asistenciales
- Datos ético-asistenciales

Los requisitos y el contenido son temas complejos y controvertidos, tanto para los profesionales de la salud como para los usuarios, hasta tal punto que sus pronunciamientos al respecto a veces son radicales, ya que algunos profesionales aún se aferran a ejercer la medicina de forma paternalista y no contemplan en su totalidad los derechos legales del paciente (entre ellos el de autonomía).

A medida que avanzan las ciencias tecnológicas y de la información, el paciente exige cada vez más el cumplimiento de sus derechos. Afortunadamente, sólo una minoría de profesionales y usuarios protagoniza en la actualidad actitudes reactivas, según se desprende de los casos que atiende la Unidad de Atención al Usuario.

La Unidad de Atención al Usuario, en su papel de intermediaria entre la Administración, los usuarios y los profesionales, tiene la necesidad de informarse y de formarse de manera constante sobre los aspectos éticos y legales de este tema con el objetivo de velar siempre para que se cumplan los derechos del paciente, ya que la esencia de los requisitos de la historia clínica tiene una interpretación muy amplia y heterogénea según sea la óptica de

profesionales, de los pacientes o de la Administración. La unidad aplica el protocolo elaborado por el servicio de asesoría jurídica del Institut Català de la Salut en los aspectos de propiedad, acceso y custodia de la historia clínica.

Mi criterio personal es que la propiedad de la historia es del paciente, la elabora el personal médico y otros profesionales de la salud, la dirección médica del centro donde se visita el paciente es responsable de su custodia y, en los casos de medicina privada, el médico. El paciente titular de la historia o la persona debidamente autorizada por él tiene derecho a obtener copia de su contenido parcial (informes clínicos y/o pruebas complementarias) o total (copia íntegra de la misma) y también el juez debe tener acceso a la copia íntegra siempre que se proceda judicialmente en el orden de lo penal.

La realidad es que la polémica que suscita este tema no se corresponde con las peticiones de acceso a las historias clínicas, ya que durante el año 2000 en el centro donde trabajo se han entregado trece copias a petición del Juzgado de lo Penal, o sea, un porcentaje de 0,004% del total de asistencias del hospital; cuatro copias a petición del paciente, que representan un 0,001%. Y un total de 1.463 personas han solicitado acceder al contenido parcial, el 0,5% del total de asistencias del hospital, por los siguientes motivos:

- Para el CRAM y el INSALUD: 79 (0,03 %)
- Para Compañías Aseguradoras/mútuas: 66 (0,02 %)
- Para médico cabecera. y/o segunda opinión: 644 (0,2 %)
- Por pérdidas de informes por parte del paciente: 674 (0,23 %).

Para finalizar, y como conclusión, creo que si hay una buena relación médico-paciente, una complicidad en la asistencia y una auténtica aplicación del juramento hipocrático, no existen polémicas respecto a la Ley 21/2000.

- Normativa:
- Convenio de Oviedo 4/77
 - LGS 14/86 • LLEI 13/89
 - LLOSC 15/90 • LORTAD 15/92
 - LLEI 30/92
 - LLEI 11/95
 - RD 63/95
 - RD 994/99
 - LLEI 21/2000
 - Parlamento Gallego 10/5/2000
 - Protocol d'accés a la Història Clínica (Asesoría Jurídica ICS)

L'accés del malalt a la història clínica

Dr. Angel Pedra · Psiquiatre

El Diccionari enciclopèdic de medicina defineix la història clínica com "la relació ordenada de les dades obtingudes per l'interrogatori, per l'observació del malalt i pels exàmens complementaris, orientada a aconseguir la perfecta comprensió de la seva malaltia". La història clínica ha passat de ser una documentació que servia per valorar criteris mèdicoassistencials a un document amb criteris medicolegals. Aquesta història, que abans només existia al cap del metge, ha evolucionat des d'un principi de paternalisme a un d'ètica autònoma, en què el malalt ha de prendre decisions conjuntament amb el professional. Per això, s'ha imposat la necessitat de tenir una prova objectiva —la història clínica— que reglamenta la Llei general de sanitat (art. 10 i 11), que reconeix el dret del malalt perquè quedi constància escrita de tot el procés assistencial, tot garantint-li el dret a la intimitat i a la confidencialitat sobre el contingut.

Aquesta llei no defineix el contingut ni determina qui és el propietari de la història. Però, cal fer un aclariment: la història clínica no és portadora de la veritat absoluta, ja que si fos així seria necessària l'assistència d'un notari per donar fe de les anotacions contingudes i, malgrat això, no se'n podria garantir la certesa, perquè sempre seran l'expressió del coneixement subjectiu d'uns fets i, a més, no desapareix la possibilitat d'error en la transcripció. Les històries clíniques sempre reflectiran les opinions d'aquell que les escriu.

Per tant, de qui és propietat la història clínica? Hi ha opinions diverses: un sector creu que és propietat del malalt i un altre, del metge o del centre sanitari en el qual ha seguit el procés assistencial. Amb tot, sembla que s'imposa la teoria de la propietat compartida.

En el camp de la psiquiatria, els professionals hem de fer anotacions fruit de confidències dels familiars o amics del malalt, que

ens han de servir per arribar a un diagnòstic i tractament mitjançant la formació que cada professional ha adquirit d'acord amb la seva personalitat. Tota aquesta elaboració comporta que dins la història del malalt hi ha una part propietat intel·lectual del metge, ja que en la seva creació intervé la creativitat personal. Quan el malalt ha rebut per part del metge una informació completa del seu diagnòstic, tractament i pronòstic amb un llenguatge comprensible i demana el seu historial, quina documentació se li ha de donar? I qui li ha de proporcionar? El malalt sempre està en condicions de rebre la informació que sol·licita, ja que li pot resultar en ocasions un seriós perjudici.

Des del meu punt de vista, ha de ser el metge que fa o ha fet el seguiment qui ha de proporcionar, mitjançant un certificat, les dades de la història que necessita o demana el malalt i obviar les anotacions personals i confidencials que hi ha presents. No considero correcte que s'entregui tot l'historial, fins i tot al jutge.

Un aspecte polèmic pot esdevindre, per exemple, en el cas de pares separats quan un dels progenitors sol·licita la història del seu fill major de 16 anys, sense aclarir molt bé l'ús que en farà. Si el fill/a està en plenitud de les seves facultats i en condicions d'entendre'n l'abast pot decidir si vol o no que s'entregui la història als pares, ja que la documentació conté dades que potser desitja que ells ignorin, com poden ser aspectes relacionats amb el sexe, tòxics, relacions, etc. Considero que no s'hauria de proporcionar la història als pares i, en tot cas, fóra convenient posar en coneixement del jutge la petició del progenitor.

Després d'aquestes consideracions, crec que no és possible establir una resposta uniforme per a tots els supòsits i situacions i que cal fixar uns criteris generals flexibles, aplicables en cada cas, des del respecte a la llibertat i a la dignitat de la persona.

Derecho del paciente a una copia íntegra

Lidia Salas · Enfermera, jefe de la Unidad de Atención al Usuario del Hospital Universitario Arnau de Vilanova

La historia clínica es el documento que recoge toda la información clínica relacionada con el estado de salud del paciente/cliente/usuario del Servicio de Salud. La finalidad principal de este documento es facilitar la labor asistencial, pero también tiene otras finalidades que pueden ser:

- El control de calidad
- El control administrativo
- Investigación y docencia (siempre con el consentimiento del paciente)
- Médico legal (acceso limitado): Obligación legal de efectuarla Prueba del acto médico y de otros profesionales de la salud Testimonio documental Instrumento de dictamen pericial La historia clínica debe ser completa, ordenada, legible, comprensible, objetiva, actualizada y veraz y cumplir los requisitos de confidencialidad, propiedad, acceso, custodia y almacenamiento. El documento debe, además, contener:
 - Datos de identificación perso-

● **La realidad es que la polémica que suscita este tema no se corresponde con las peticiones de acceso a la historia clínica**

Almenys, deu minuts

Dra. Gisela Galindo · *Metgessa del CAP Bordeta-Magraners*

La reforma de l'atenció primària (RAP) va iniciar-se el 1984 a l'Estat espanyol. Amb moltes il·lusions per part de metges que hi treballaven i dels nous metges de família amb l'especialitat tot just estrenada, es varen fer les primeres passes per organitzar l'atenció de la demanda i per donar cobertura a altres facetes de la medicina (de família i comunitària) fins llavors no ateses, com eren: salut comunitària, educació sanitària, prevenció i promoció de la salut, docència, recerca, millora continuada de la qualitat, relació metge-pacient... Tasques que si bé no són, en general, sentides i demanades de manera explícita per la població, actuen sobre necessitats de salut objectives (prevenció de la mortalitat cardiovascular...).

Moltes d'aquestes il·lusions i expectatives han quedat enrere. La progressió geomètrica de la demanda, amb un nombre de visites que oscil·la entre les 30 i les 50 diàries, no permet una atenció de qualitat ni una planificació de les tasques.

Però, per quins motius s'ha produït aquest augment si, en teoria, la població no ha augmentat al mateix ritme?

L'envelliment de la població, l'ampliació de la cartera de serveis, l'exigència de la població, les seves expectatives moltes vegades sense fonament, que en una cultura del culte a l'estètica i una major preocupació per la salut busca solucions per a tot en una ciència que, òbviament, té les seves limitacions. Ahora, s'han deixat de practicar les cures casolanes i de l'àvia i es demana assistència enfront de qualsevol banalitat.

El sistema de salut mateix ha fet que el primer nivell assistencial hagi d'assumir un munt d'activitats burocràtiques que arriba a ser fins al 45% de la tasca diària. També ha creat expectatives, de vegades amb finalitats electorals, mitjançant la publicitat (qui no recorda la campanya publicitària de la grip de l'any 1999-2000?).

Un altre fenomen de primer ordre és el de la immigració. Com

diu el company Antoni Gallego, "España es uno de los países de la UE que tiene la asistencia sanitaria universal: cualquier ciudadano del mundo que entre en territorio español tiene automáticamente cobertura sanitaria absoluta, aunque los presupuestos sanitarios se retraigan o aunque la calidad asistencial se pierda entre pacientes amontonados".

Dissortadament, els recursos segueixen sent els mateixos, de vegades fins i tot n'hi ha menys.

Estem cansats que les retallades es disfressin i s'atribueixi a l'atenció primària en exclusiva partides com ara la despesa farmacèutica, que any rere any creix, sense que suposi cap inversió real en aquest àmbit.

L'OMS recomana xifres d'uns 1.500 pacients per metge. Avui per avui, especialment a les zones urbanes, les ràtios oscil·len de 2.000 a 2.500, i s'arriba fins a 2.700 en alguns casos.

El Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya ha informat que dels 289 EAP existents, 37 tenen assignats més de 2.000 habitants per metge.

Curiosament, els tres EAP de Lleida ciutat pertanyen a aquest grup. No serveix parlar de mitjanes: la situació d'un metge que ha d'atendre 2.500 pacients no s'arregla pel fet que a la seva àrea existeixin nuclis rurals amb poca població!

La conseqüència lògica de tot això es reflecteix en la manca de temps del metge que, obligat a atendre totes les demandes del dia i al dia, disposa d'una mitjana de 4 a 7 minuts per acte mèdic amb el risc d'errades mèdiques per pressa o esgotament i, òbviament, això fa que la docència i la recerca, així com les sessions científiques, es trobin en greu perill d'extinció.

Els efectes negatius de la manca de temps repercuten en

una major derivació a l'atenció especialitzada, minvament de la capacitat resolutiva, augment de la prescripció per intentar donar solucions i abbreviar l'acte mèdic i desaparició de les activitats de prevenció, promoció de la salut i educació sanitària.

Com ja va dir Balint, "el metge és en si mateix un medicament que ben administra pot guarir la major part dels problemes dels seus pacients". Amb el temps de què disposem, difícilment podem escoltar, preguntar, explorar, explicar què s'ha de fer i resoldre dubtes, omplir volants i els informes que són necessaris, omplir la recepta per l'episodi actual i de pas renovar-ne altres (del pacient i d'algun familiar)... I tenir la sort que durant la visita no tinguem interrupcions telefòniques ni haguem de sortir corrents perquè tenim una urgència al centre o a domicili.

La solució passa, no solament per augmentar el nombre de les plantilles de la manera més eficient (per a feina burocràtica li serà més rendible, al sistema, un administratiu que un metge o infermer), sinó també per millorar l'eficiència del sistema. Per exemple, les tasques burocràtiques s'haurien de resoldre a mesura que es generessin i haurien de ser dutes a terme per personal administratiu suficient que comptés amb el suport d'un bon sistema informàtic. Que la renovació dels tractaments crònics es fes automàticament a les oficines de farmàcia per períodes llargs de temps i es comunicessin els canvis de prescripció, quan n'hi hagués, per Internet o a través d'un informe... i així es deixaria de malgastar el temps i el metge podria fer de metge i l'infermer, d'infermer.

El fet de demanar 10 minuts per consulta és una cosa tan òbvia que podria resultar còmica, si no fos per la tragèdia que porta al darrere. Tragèdia en forma de llistes d'espera, errors mèdics... per al malalt i en forma de *Burn-out* per al sanitari, síndrome en plena emergència, que arriba, segons estudis, fins al 40%.

L'encapçalament de l'article, "Almenys, deu minuts" és el lema de la *Plataforma 10 minuts*, grup independent de metges d'atenció primària de tot l'Estat espanyol que lluita per unes millores laborals imprescindibles per a una atenció mèdica de qualitat.

El temps assistencial en Atenció Primària, un bé valuós

Josep Ramon Casas Iglesias · *Director DAP Segrià-Garrigues*

davant la reivindicació dels metges de família de dedicar un mínim de 10 minuts per pacient, o de tenir un màxim de 25 pacients per dia en les consultes d'atenció primària, seria bo que tots els agents implicats en l'entorn sanitari féssim una reflexió sincera des de la perspectiva real de recursos disponibles i acceptéssim la precarietat pressupostària com una realitat indefugible amb la qual hem d'aprendre a conviure. Així seriem capaços de plantejar escenaris alternatius a la situació actual, que evidència un desgast professional per l'actual massificació, principalment en l'àmbit urbà, i una progressiva insatisfacció de l'usuari, que percep una deficitària sintonia en l'acte assistencial. Com va quedar reflectit en un estudi efectuat pel Servicio Navarro de Salud, "considerar que el nombre de pacients diari és excessiu pot provocar presses per finalitzar la consulta i una tendència a reduir el temps dedicat al pacient, especialment als últims, amb la qual cosa s'incrementa la insatisfacció del pacient en obstaculitzar la seva capacitat d'expressar-se, disminuir la informació que aporta el metge i la tendència a abordar aspectes psicosocials". Això, redunda en una actitud hiperfrequentadora per part del pacient i incrementa l'espiral inflacionista de major demanda i una sensació subjectiva més gran d'augment de la pressió assistencial.

Un element que s'ha d'avaluar és la disponibilitat i distribució dels recursos assistencials, especialment els recursos humans. En aquest punt els plantejaments actuals d'assignació no responen a la realitat actual de comportament de la demanda. Mantindre i defensar, des de postures corporatives i/o sindicals, l'antiga distribució dels professionals sanitaris, subjecta a una normativa basada en crite-

ris exclusivament de disponibilitat territorial, no ajuda a una correcta redistribució i racionalització de l'element més valuós de les nostres organitzacions, el capital humà.

Així mateix, racionalitzar la despesa farmacèutica, acceptant els plantejaments proposats des de la medicina basada en l'evidència, o consensuant guies terapèutiques en els nostres equips, podria alliberar recursos econòmics que es podrien utilitzar per millorar l'oferta de serveis. Un exemple, el decrement d'un punt de la factura de farmàcia de l'àmbit de Lleida, d'aproximadament 11.000 milions anuals, permetria disposar per a altres necessitats estratègiques d'uns 110 milions de pessetes.

Altres conceptes que cal avaluar per ajudar a racionalitzar l'oferta són elements lligats a plantejaments organitzatius del procés assistencial, la informatització de les consultes, el major desenvolupament i implantació de la consulta d'infermeria, la utilització de forma rutinària de la targeta de crònics, l'estil de dur a terme la consulta amb la percepció subjectiva que s'estableix en la relació metge-pacient, la cita prèvia, o una coordinació efectiva entre nivells, són aspectes que també contribueixen al control de la demanda.

Per concloure, crec que la capacitat de gestionar el temps assistencial en les nostres consultes d'atenció primària respon a un model multifactorial, que obliga a tots els agents que intervenen directament o indirectament en l'assistència a implicar-se. Solament des del diàleg i el consens, és a dir, des de la compliment, amb la suficient humilitat per acceptar que amb plantejaments maximalistes no s'aconseguirà donar resposta a les necessitats de millora de les condicions de vida professionals, i a les necessitats expressades pels usuaris d'una eficaç comunicació en l'acte assistencial, podrem atorgar credibilitat

Estudi de les principals causes de mortalitat entre els residents a Lleida

L'estudi de les causes de mortalitat en una determinada comunitat és de gran importància per poder identificar possibles problemes de salut i per poder prendre les mesures correctores adients. En aquest sentit, el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya fa el seguiment de les butlletes de defunció a tot el nostre territori i s'encarrega d'informatitzar-les i tractar-les estadísticament. Així, el *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* (BEC) publica periòdicament les taules de taxes de mortalitat per grans causes i per causes detallades i en fa un estudi per províncies.

Dr. Albert Sorribas, Dr. Jaume March i Dr. José Javier Trujillano del Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de la Facultat de Medicina de Lleida, i Dra. Mercè Tor, cap del Departament de Salut Pública de la Paeria

L'estudi de la mortalitat en àrees geogràfiques petites és problemàtic per la gran variabilitat que d'un any per l'altre es pot observar en les morts relacionades amb determinades causes. Tot i això, el seguiment continuat al llarg dels anys pot donar una idea de l'evolució de les taxes de mortalitat i dibuixar una imatge coherent de la tendència que s'observa en aquesta comunitat. En aquest sentit, l'estudi de les causes de mortalitat en una ciutat mitjana pot ser un element preventiu important.

D'acord amb això, l'Ajuntament de Lleida va iniciar l'any 1993 un conveni de col·laboració amb el grup de Bioestadística i Biomatemàtica de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida per tal de processar, entre altres objectius referents al coneixement general de l'estat de salut dels ciutadans, les dades anuals de mortalitat referents als residents a la ciutat. Aquestes dades les proporciona el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya en suport informàtic. En general, els estudis de mortalitat que formen part d'aquest treball tenen un retard d'uns dos anys sobre l'any natural. Aquest retard és degut al període necessari per a la

ser cap crítica, aquest retard és inevitable atès que cal processar amb molta cura la informació de les butlletes de defunció abans que es puguin utilitzar en qualsevol estudi. En cas contrari, les conclusions podrien ser força esbiaixades en incorporar informació incorrecta.

Els estudis realitzats en el marc d'aquest conveni s'han publicat en diferents informes anuals que estan disponibles a la Paeria i a les biblioteques especialitzades. Des de l'any 1995, un resum de les dades es pot consultar a la pàgina web de la Paeria (www.paeria.es), en l'apartat de Salut Pública (figura 1).

Principals causes de mortalitat l'any 1998

L'any 1998 és el darrer any analitzat en el marc d'aquest conveni. En general, els resultats que se'n deriven són consistents amb els resultats del total de Catalunya, si bé els nombres particulars varien en segons les particularitats de la nostra ciutat.

A tall de resum general, la taula 1 presenta la mortalitat absoluta per grans causes entre els residents a Lleida ciutat l'any 1998. Es pot observar, com ja és ben reconegut, la importància relativa de la mortalitat deguda a tumors i a malalties de l'aparell respiratori i circulatori.

Per tal d'apreciar millor la importància de les diferents causes, és convenient expressar els resultats en forma de taxes. A la taula 2, s'indiquen les taxes de mortalitat per 100.000 habitants pel que fa a grans causes i per grups d'edat, i es diferencien homes i dones. S'indiquen en fons gris les

PASSA A LA PÀGINA 12

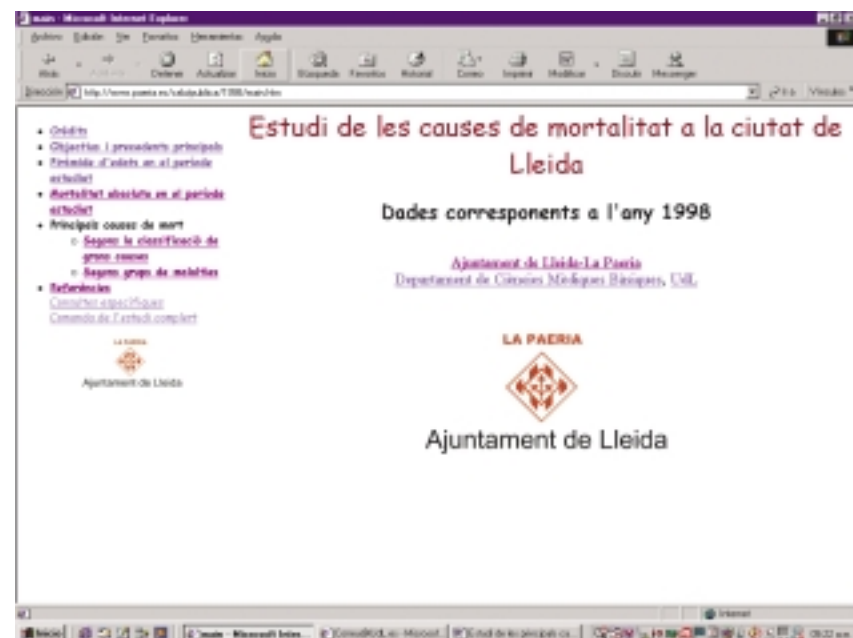


Figura 1. Pàgina web de la Paeria on es presenta un resum de l'anàlisi de mortalitat. Actualment hi ha disponibles els anys 1996-1998.

ESTELS DE LA MEDITERRÀNEA
7 dies, des de Barcelona
VAIXELL AZUR
88.000

FIORDS NORUEGS
7 dies,
VAIXELL FLAMENCO
119.000

TRESORS DE GRÈCIA
7 dies, inclou avió
VAIXELL MISTRAL
206.000

MAR EGEO GRÈCIA i TURQUIA
Buque EUROPEAN VISION
Inclou trasllats a Marsella
169.000



DESCOMPTE 5% per compra anticipada.
Consulti dates i condicions.
Nens gratis en moltes sortides. **CONSULTI.**



902 42 41 42

e mail: reservas@iltrida.com
<http://www.iltrida.com>



Preus base. Consulti suplementes per temporada i allotjaments. No inclou taxes, visats ni despeses de gestió.

	Sexe		Total
	Homes	Dones	
Malalties infeccioses i parasitàries	16	3	19
Tumors	170	89	259
Malalties de les glàndules endocrines i de la nutrició	22	16	38
Malalties de la sang i dels òrgans hematopoètics	1	4	5
Trastorns mentals	11	14	25
Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits	7	9	16
Malalties de l'aparell circulatori	212	205	417
Malalties de l'aparell respiratori	75	45	120
Malalties de l'aparell digestiu	30	21	51
Malalties de l'aparell genitourinari	12	10	22
Malalties del sistema osteomuscular i del teixit connectiu	3	5	8
Anomàlies congènites	1	1	2
Certes afeccions originades en el període prenatal		2	2
Signes, símptomes i estats mèdics mal definits	9	5	14
Causas externes	40	20	60
Total	609	483	1092

Taula 1. Mortalitat absoluta per grans causes entre els residents a Lleida ciutat l'any 1998.

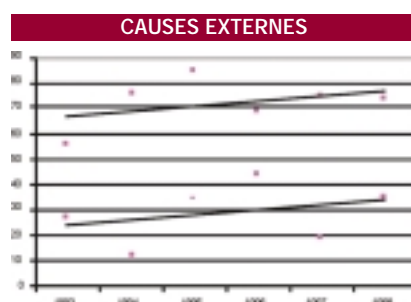
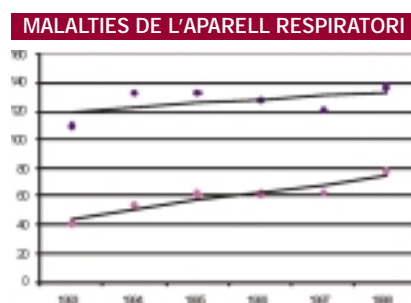
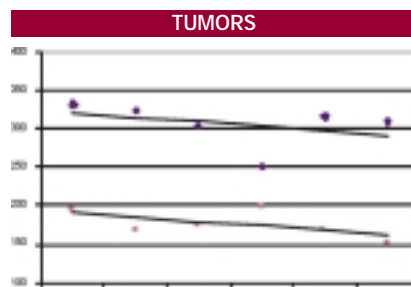


Figura 2. Evolució de les taxes de mortalitat associada a tumors, malalties respiratòries i causes externes. En tots els casos, les taxes corresponents als homes són més elevades que les de les dones. Les línies de tendència s'inclouen a tall orientatiu.

HOMES

	<4	45-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>74
Malalties infeccioses i parasitàries	37,98			34,96		40,18	123,78	130,21
Tumors			18,92	103,64	259,07	421,08	1196,4	2090,8
Malalties de les glàndules endocrines i de la nutrició			54,81	23,03		60,23	103,14	32,85
Malalties de la sang i dels òrgans hematopoètics						33,08		104,62
Trastorns mentals	37,98		18,92				20,83	130,21
Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits	37,98		18,92					130,21
Malalties de l'aparell circulatori		11,92	18,92	34,96	194,43	180,88	1072,8	4364,8
Malalties de l'aparell respiratori		11,92		34,96	80,31	474,42	1402,3	
Malalties de l'aparell digestiu				11,92	14,44	100,38	185,64	485,73
Malalties de l'aparell genitourinari						20,08	61,80	260,42
Malalties del sistema osteomuscular i del teixit connectiu					14,44			68,10
Anomàlies congènites		11,92						
Certes afeccions originades en el període prenatal								
Signes, símptomes i estats mèdics mal definits				34,96	28,08			130,21
Causas externes	40,18	48,30	22,12	47,77	130,48	41,35		227,68

DONES

	<4	45-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>74
Malalties infeccioses i parasitàries	30,07			11,91		16,80		795,72
Tumors				64,88	124,18	123,04	463,71	795,72
Malalties de les glàndules endocrines i de la nutrició			18,92			17,58	16,80	252,58
Malalties de la sang i dels òrgans hematopoètics							33,81	38,94
Trastorns mentals	30,07							274,08
Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits	30,07							162,74
Malalties de l'aparell circulatori	30,07		18,92	34,96	27,91	123,04	362,68	3364,8
Malalties de l'aparell respiratori		11,91	18,92		13,91	62,73	40,41	736,82
Malalties de l'aparell digestiu						62,73	33,81	290,52
Malalties de l'aparell genitourinari							16,80	172,71
Malalties del sistema osteomuscular i del teixit connectiu						17,58	33,81	38,94
Anomàlies congènites			18,92					
Certes afeccions originades en el període prenatal	70,04							
Signes, símptomes i estats mèdics mal definits				11,91			16,80	58,30
Causas externes	40,18	48,30	22,12	27,61	17,58	40,41		142,61

Taula 2. Taxes de mortalitat per grans causes segons el sexe i els grups d'edat.

VE DE LA PÀGINA 10

caselles que identifiquen les principals causes de mortalitat dins de cada grup d'edat. Deixant de banda els grups d'edat més joves, on el nombre de morts a la nostra ciutat és molt reduït, s'observa la importància de les causes externes com a principal causa de mort entre 15 i 34 anys, amb una importància relativa en el grup d'homes entre 35 i 44 anys. A partir dels 34 anys, la principal causa de mort tant en homes com en dones són els tumors, seguits, a partir dels 55 anys, de les malalties de l'aparell circulatori. En el grup de més edat cal destacar, com a tercera causa de mortalitat, les morts degudes a malalties en l'aparell respiratori. Aquestes dades són qualitativament coincidents amb els resultats de l'estudi del conjunt de Catalunya.

Evolució de les taxes de mortalitat en el període 1993-1998

La imatge de les taxes de mortalitat en un any determinat pot veure's afectada per la variabilitat deguda a la mida de la població que estem estudiant.

Aquest efecte pot corregir-se, en part, si estudiem l'evolució de la mortalitat en un període suficientment llarg. En el marc del conveni entre la Paeria i el nostre grup de treball, disposem de les dades entre 1993 i 1998, amb la qual cosa podem començar a entreveure algunes tendències clares.

A tall d'exemple, la figura 2 presenta l'evolució de les taxes de mortalitat deguda a tumors, malalties de l'aparell respiratori i causes externes. Tot i la variació d'any en any, es pot apreciar una tendència a la disminució en la mortalitat deguda a tumors i un cert augment en la mortalitat associada a malalties de l'aparell respiratori i a

causes externes. Aquestes dades poden indicar una bona resposta dels programes preventius en el cas dels tumors i la necessitat d'insistir en polítiques preventives pel que fa a l'hàbit del tabac, responsable de gran part de les malalties respiratòries, i en la prevenció d'accidents. És en aquest sentit que els estudis de seguiment de causes de mortalitat al llarg de períodes suficients de temps són un element fonamental en disposar de dades objectives per valorar polítiques de prevenció que puguin orientar l'activitat dels diferents organismes responsables de la salut.

- ◆ Tendència a la disminució de la mortalitat a causa de tumors
- ◆ Lleuger augment de la mortalitat associada a malalties respiratòries

SERVEIS D'ASSEGURANCES

Assegurances d'automòbil

L'assegurança òptima per al vehicle del metge, amb cobertures especials i les màximes bonificacions

- MediMotor
- MediMotor Jove

Atenció a sinistres

Amb professionalitat derivada de l'especialització, per estar sempre al costat del metge

Assessorament integral

Oferint les assegurances més adaptades a les necessitats dels col·legiats, amb la confiança i la seguretat de les millors companyies

- MediLlar
- MediVida Sana
- MediBàsic Vida
- MediRisc
- MediConsulta
- MediBaixa Integral
- MediServei Salut
- Invalidesa MMCB
- Orfenesa MMCB
- Vida Estalvi MMCB
- Jubilació MMCB
- MEL

SERVEIS FINANCERS

Serveis bancaris

El servei financer que ofereix productes bancaris adaptats a les necessitats del col·lectiu mèdic, amb la garantia d'obtenir un assessorament professional, de confiança i amb la màxima seguretat.

- Operacions bancàries
- Crèdits i préstecs
- Préstecs hipotecaris
- Productes d'estalvi i inversió
- Plans de Pensions
- Servei financerofiscal

Agència de valors

El servei d'inversió que dona accés, a col·legiats i familiars, als mercats financers nacionals i internacionals, oferint un assessorament integral per a l'optimització de les seves inversions i la millor rendibilitat dels seus estalvis.

- Gestió de fons d'inversió de renda fixa, mixta i variable
- Intermediació d'operacions de borsa
- Custòdia i dipòsit de títols i valors

Sol·liciteu informació

Telèfon 973 27 08 11
Rambla d'Aragó, 14 -Prol. 25002 Lleida

Els hàbits alimentaris a les comarques de Lleida

L'alimentació, en el conjunt del territori espanyol, clàssicament cal considerar-la de tipus mediterrani. Els productes bàsics de la nostra alimentació eren els que es produïen al nostre territori, comuns als de la majoria dels països de

la conca mediterrània. D'aquest tipus d'alimentació ens n'hem beneficiat fins ara. Efectivament, com afirma A. Sastre (1990), la dieta mediterrània és el tipus d'alimentació més sana i eficaç contra les malalties cardiovasculars i el càncer.

Dr. Àngel Rodríguez Pozo · Professor titular de medicina de la UdL

Segons A. Sastre, els països amb una menor taxa d'infart de miocardi són els de la conca mediterrània: Itàlia, Espanya, Grècia i França. Nombrosos estudis, des del ja famós *Seven Country Study* del professor A. Keys fins a altres de més recents, han demostrat que, efectivament, als països de la conca mediterrània i al nostre país hi ha una baixa incidència d'infart agut de miocardi en comparació amb altres països, per exemple els Estats Units (92 casos per cada 100.000 habitants i any). Un estudi recent ha demostrat que a la demarcació de Girona la incidència baixava fins a 52 casos d'infart de miocardi/100.000 habitants/any, una de les més baixes del món.

Relació entre malalties i hàbits alimentaris

La relació entre alimentació i algunes malalties de gran arrelament està àmpliament demostrada. Ja el 1988, Swanson va publicar les dades estimatives dels factors de risc de càncer i, com es veu a la taula que s'adjunta, hi ha una forta relació entre el risc de patir càncer i l'alimentació i els hàbits de vida.

Múltiples estudis també han demostrat la intensa relació entre la dieta i les malalties cardiovasculars.

Segons el Pla de Salut de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 1999-2000), entre les causes de mortalitat a Catalunya destaquen les malalties de l'aparell circulatori (37,3%).

Segons A. Sastre (1990), les malalties

Taula 1. Dades estimatives de factors de risc de càncer

FACTORS DE RISC	RISC ATRIBUIBLE (%)
Tabac	18-30
Alcohol	2-5
Dieta	35-48
Additius alimentaris	<1
Factors sexuals i reproductors	7
Factors ocupacionals	2-8
Contaminació de l'aire, aigua i aliments	1-2
Medicaments i radiacions ionitzants mèdiques	1-2
Radiacions ionitzants no mèdiques	1
Radiacions ultraviolades	10
Agents infecciosos	10
Factors desconeguts	-

cardiovasculars i el càncer són les primeres causes de mort al món, i suposen entre un 30-50% i un 15-25% respectivament.

També hi ha una forta relació entre l'obesitat, l'alimentació i els hàbits de vida de la població. Estudis recents han calculat la presència de l'obesitat a Espanya en un 13% de la població, mentre que als països europeus oscil·la entre el 15 i el 18%, i als EUA pot arribar fins al 30% de la població. L'obesitat és una malaltia que s'associa amb molta freqüència amb altres malalties com la hipertensió arterial, l'angina i l'infart de miocardi, les hiperlipidèmies, la diabetis, etc.

Es calcula que el 50% de les morts per malalties cardiovasculars estan relacionades amb l'obesitat.

Estan canviant els hàbits alimentaris en la nostra població?

Sembla ser que, efectivament, la dieta que fem actualment a Espanya s'allunya del concepte clàssic de dieta mediterrània.

Farré Rovira, el 1991, va publicar que els principals canvis alimentaris que s'havien produït en els anys precedents havien sigut: un augment del consum de carns animals i de lactis i una disminució de la ingesta de cereals i de patates. Això, pel que fa als nutrients, es tradueix en un augment de la proporció de greixos (del 30 al 38%) i en una disminució dels hidrats de carboni complexos (del 60 al 42%) i de l'aportació de fibra.

També el 1991, A. Sastre va trobar

Taula 2. Consum mitjà dels principals components nutricionals a Catalunya (1992-93).

	HOMES	DONES	GLOBAL
Greixos (% de les calories)	38,5	38,2	38,3
Proteïnes (% de les calories)	18,0	18,5	18,3
Hidrats de carboni (% de les calories)	42,3	41,9	42,1
Energia (Kcal/dia)	2.333 ± 698	1.808 ± 523	2.049 ± 663



Promoció del consum de pomes a l'escola (fotografia cedida per Catalonia Qualitat).

que en la població de menys de 25 anys hi ha una tendència excessiva a alimentar-se a força de carns, llet, peix, fruita, dolços i pastissos. Això suposa una dieta massa rica en proteïnes, greixos animals i sucres simples d'absorció ràpida, i pobra en fibra, vitamines A i C i alguns minerals.

L'enquesta de la Generalitat de Catalunya de 1996 dirigida per Serra Majem va constatar que també a Catalunya fem un consum massa elevat de greixos (38,3% de les calories) i de proteïnes (18,3 % de les calories) i un consum massa baix d'hidrats de carboni (42,1 % de les calories).

Aquests percentatges s'atansen més als de les dietes americanes i centre-europees que als de la dieta mediterrània clàssica.

Estudis recents com els exposats a Màlaga (Institut Europeu d'Alimentació Mediterrània) han trobat que a Espanya s'està produint un abandó de la dieta mediterrània clàssica.

Per exemple, s'ha vist que el 40% de la població ha disminuït el consum d'oli d'oliva, que s'ha disminuït de manera important el consum de llegums i que un 30% de la població ha disminuït el consum de fruites i verdures fresques.

Quines són les causes d'aquests canvis?

Les causes d'aquest canvi de la nostra alimentació tradicional probablement són múltiples.

D'una banda, sembla ser que s'està produint una progressiva adopció de l'estil de vida americà: sedentarisme i menjars ràpids amb alt contingut de greixos. L'enorme propaganda directa i indirecta de la poderosa indústria cinematogràfica nord-americana no és indiferent i està calant en els hàbits alimentaris i de vida de la nostra població juvenil.

Però, també les conseqüències de la moderna civilització, amb un tipus de vida cada vegada més agitat, inquiet i competitiu, obliguen a anar sempre amb pressa, la qual cosa dificulta els àpats tradicionals de la nostra dieta: molts nutrients variats, plats cuinats i ben presentats, que es mengen asseguts i de forma més tranquil·la i duradora. Efectivament, el denominat *fast-food* és més fàcil i ràpid que la nostra manera de menjar.

Una altra causa pot estar relacionada amb el que diu J. Becerra: "els plats de cullera tenen mala premsa al nostre país perquè fa unes dècades eren consumits per famílies que tenien pocs recursos econòmics". Un exemple demostratiu és el que algunes enquestes han revelat, que fins a un 30% de la població enquestada no menja mai llegums.

L'alimentació actual a Catalunya

L'alimentació que s'ha fet a Catalunya fins no fa gaire temps, amb algunes característiques pròpies ben diferenciades, ha sigut semblant en els seus continguts a la de la resta d'Espanya i altres països de l'àrea mediterrània. Però, sembla ser que en els últims temps hi ha una tendència progressiva al canvi de costums alimentaris, que tenen conseqüències en el contingut nutricional de la nostra dieta i, per tant, en la nostra salut.

Diversos estudis i enquestes sobre alimentació així ho demostren.

Un exemple demostratiu és l'enquesta feta per la Generalitat de Catalunya durant els anys 1992-93 i publicada el març de 1996. (Llibre blanc: avaluació de l'estat nutricional de la població catalana, 1992-1993. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1996). Com es veu a la taula que s'adjunta, la proporció dels principals components nutricionals de la dieta mitjana de la població catalana conté un percentatge de greix i de proteïnes massa elevat, i massa baix en hidrats de carboni.

Aquestes dades revelen que la dieta catalana actual s'atansa més a la dels

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

països anglosaxons que a la de la dieta mediterrània tradicional.

D'aquest estudi, i d'altres de semblants, es poden treure les següents conclusions respecte a l'alimentació de la població catalana:

- El consum calòric se situa per sota de la normalitat en els dos sexes. En la franja d'edat de 6-10 el consum calòric és excessiu, i en la franja d'11-16 és correcte.
- Hi ha un excés de consum de greixos (38,3% de mitjana) amb un excés de greixos saturats (12,9% de mitjana). Aquest consum de greix en excés es dona en ambdós sexes i en pràcticament totes les franges d'edat.
- Es dona un excés de consum de proteïnes en tots els grups i en totes les edats.
- El contingut de calci està per sota de les recomanacions en les dones d'entre 11 i 20 anys.
- L'aportació de ferro també és deficient en el 70% de les dones entre els 11 i 50 anys.
- Hi ha deficiències de vitamina C en alguns grups de població, especialment en el grup d'edat entre 17 i 40 anys, i de vitamina D (el 70-80% de la població està per sota de les recomanacions).
- El contingut de fibra és correcte.

L'alimentació a les nostres comarques

L'alimentació a les comarques lleidatanes –comarques de Ponent– cal emmarcar-la dins l'esquema de l'alimentació catalana, tot i que té alguns trets diferencials propis, tant en allò que fa referència a la seva pròpia gastronomia com als seus continguts.

La gastronomia lleidatana té com a base un fort consum de carn (preferentment de porc i de corder) i de productes derivats càrnics (pernil i embotits diversos), juntament amb els caragols i les verdures i hortalisses escalivades. Les combinacions, la preparació i la presentació pròpies defineixen unes característiques especials de la nostra cuina.

Pel que fa al contingut nutricional, segons les dades de l'enquesta de la Generalitat de Catalunya durant els anys 1992-93 i publicada el març de 1996, Lleida i les seves comarques és la demarcació que més es diferencia del conjunt de la dieta catalana i la que més s'allunya de la composició ideal de la dieta mediterrània. A l'altra banda es troba Tortosa, que és la demarcació que més s'hi apropa.

En altres paraules, si ens referim

al seu contingut nutricional, Lleida és la demarcació de Catalunya que pitjor alimentació fa i Tortosa la que la fa millor.

Comparativament amb la resta de Catalunya, la diferència més important de l'alimentació a Lleida quant als continguts nutricionals és que fem un consum massa elevat de proteïnes animals i de greixos saturats i un consum massa baix d'hidrats de carboni i d'algunes vitamines.

Si traduíem tot això al consum d'aliments de la dieta habitual, podem resumir-ho dient que la nostra alimentació, comparada amb la de la resta de Catalunya, es caracteritza per:

- Un consum massa baix de:
 - Llet i derivats lactis
 - Fruita fresca
 - Cereals
 - Peix
- Un consum massa alt de:
 - Carns
 - Embotits i productes derivats de les vísceres dels animals
 - Ous

Quines conseqüències es poden derivar d'aquest canvi d'hàbits alimentaris?

Sense cap mena de dubte, la dieta mediterrània és un dels tipus d'alimentació més saludables.

Seria preferible, doncs, que la nostra alimentació s'atansés tant com fos possible a la composició ideal de la dieta mediterrània, ja que com més ens en desviem, pitjor resultat tindrem per a la nostra salut.

Efectivament, s'ha demostrat que l'excés de greix

saturat (lligat a l'excessiu consum de carn i derivats càrnics) potencia l'aparició i desenvolupament de malalties cardiovasculars (primera causa de malaltia i de mort als països occidentals) i del càncer (segona causa de malaltia i de mort).

La manca de vitamines i productes antioxidants (lligats al pobre consum de fruita) també comporta problemes seriosos per a la salut: desenvolupament de malalties de mancaça i afavoriment de les dues malalties abans esmentades.

El canvi d'hàbits alimentaris perjudicarà la salut de la nostra població

És d'esperar que el canvi d'hàbits alimentaris, en el sentit d'abandonar la dieta mediterrània cap a dietes cada vegada més riques en greixos saturats a l'estil de la dieta americana, anirà en perjudici de la salut de la nostra població.

Efectivament, la baixa incidència d'infarts de miocardi i de la resta de malalties cardiovasculars es perdrà en les properes dècades. Les properes generacions, amb tota probabilitat, tindran més infarts i augmentarà la incidència dels càncers relacionats amb la nutrició (càncer de col·lon, d'estómac, mama, etc.).

Actualment, ja se'n veuen algunes conseqüències. Per exemple, el 15% dels menors de 18 anys de la nostra població tenen nivells elevats de colesterol a la sang. Segons Gómez Gerique, la meitat de la població espanyola entre 5 i 60 anys té nivells de colesterol per damunt dels recomanats (200 mg/dl), i un 10% necessita intervenció higienicodietètica. Tot i que la dieta mitjana de la població pot ser justa, en alguns grups d'individus es produeixen déficits de vitamines (entre un 20-30% no ingereix les quantitats recomanades i un 10% té nivells baixos a la sang). Pel que fa a les nostres comarques, podem resumir que l'alimentació que fem actualment a Lleida i les seves comarques presenta un considerable desviament de la dieta mediterrània ideal i això serà un fet perjudicial per a la nostra salut, que es traduirà en un augment de malalties, especialment de malalties cardiovasculars i de càncer, probablement molt més elevat que a altres demarcacions.



Els inicis de la medicina forense a Lleida

Jaume II el Just, el 13 de juny de 1300, signà un privilegi en què disposava que, a Lleida, les causes criminals fossin jutjades per un tribunal (*Tribunal de Coltellades*), format pel veguer i dos paers, els quals rebrien les declaracions del presumpte culpable i les dels diferents testimonis.

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

Després d'escoltar llurs declaracions, les de la defensa i amb el consell de deu o més prohoms, el tribunal dictaria la sentència. Quan l'acusat no confessava de bon grat, la llei autoritzava la pràctica de la tortura.

Primera autopsia documentada a Europa

El primer cas de turment indagatori que hem trobat documentat correspon al practicat a Berenguer Gombau, acusat del robatori de roba i diners, el 22 de juny de 1312. La condemna fou que "li sien lligats los braços dos vegades". El reu confessà abans d'acabar la primera lligada.¹

Aquest turment consistia a lligar els braços per darrere amb unes quantes voltes de corda, que posteriorment era tensada per produir un dolor intens.

És important perquè es tracta del primer cas de turment indagatori documentat, no solament a Lleida, sinó fins i tot a la resta de la Corona d'Aragó i a Europa.

Cardoner no fa referència a la primera tortura indagatòria fins molt més tard, en referir-se a la practicada a Barcelona l'any 1347 a un pescador.²

L'esmentat tribunal va ser conegut popularment per *Tribunal de Coltellades*, perquè la gran majoria de lesions eren comeses amb un coltella amb una arma blanca.

Eren de la seva competència, a més dels delictes comesos a la ciutat, els que es cometien als coneguts per *pobles de la contribució* o també *carrers de Lleida*.

Aquests pobles, per poder emancipar-se del domini feudal, havien sol·licitat del seu senyor territorial, prèvia compensació econòmica, poder restar lliures i formar part del veïnatge de Lleida, per així gaudir dels seus furs i privilegis.

Per aquest motiu, el terme de Lleida també comprenia els pobles actuals de: Albatàrrec, Alcoletge, Almacelles,

pogut comprovar que a Lleida, la medicina legal com a tal, havia assolit un nivell molt superior al de la resta de ciutats, no solament de la Corona d'Aragó, sinó fins i tot d'Europa.

La ciutat de Lleida, doncs, disposava en aquella època d'un aparell judicial molt ben definit, en el qual la medicina i els metges tenien un paper molt important.

Solament alguns exemples seran suficients per demostrar-ho

El primer peritatge mèdic que hem trobat documentat és del 8 de gener de 1313, en el qual el metge Vicent d'Estadella va fer un informe, a petició del veguer de Lleida, sobre la mort

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Baladre (*Nerium oleander*).

d'un home anomenat Miquel de Montsó, el qual havia estat ferit al Fossar dels Sarrains en el decurs d'una baralla i es posà en mans de l'esmentat metge per guarir-se.

En l'informe o peritatge, el metge exposà que creia que la mort no era deguda al cop de pedra que va rebre al cap en la disputa, sinó a una malaltia febril que li sobrevingué posteriorment:

"Reebut sagrament d'ell, dix en sa alma, que com ell tingués en sa cura al dit Michalet de Montso, d'una nafra que ere stat ferit en lo cap, de pedra, i hac li a tayllar i serrar de l'os i exie-li brach i segons los seynals, (no.s) devia perdre per raó de la dita nafra, mas somac-li altra malaltia de febre, per la qual cosa era son enteniment, que fos mort lo dit Michalet i no per la nafra".³

En el que ara diriem aixecament del cadàver, s'havia determinat que les lesions observades eren les causants de la mort, però solament intervenien en el reconeixement o visura les autoritats judicials. Els metges o cirurgians solament ho feien quan l'etiologia de la mort fos dubtosa.

Com a exemple, el 7 de novembre de 1360 morí un fadrí a Lleida, a casa seva, per maltractaments rebuts al treball (contusions múltiples per cops de peu).

Quan el lloctinent de cort i el notari anaren a casa de la víctima per visurar el cadàver, només observaren que tenia "la gola inflada" i restes d'haver portat algun pegat. Davant el dubte que la causa de la mort fos o no deguda a l'agressió denunciada, el veguer "manà que per metges fos ben reconegut, per qual accident ere mort".

Els facultatius, personats a l'esmentat domicili, "trobaren que havia la gola inflada i lo bras dret en lo qualze scorxat, que semblave que agués dos colps a la part del costat dret, a part de la squena tota vermeylla i blava, lo qual semblave que hi hagués pres colp i podie ésser fadrí de edat de 11 a 12 ans. Y aquell bé i diligentment reconegut, per los dits metges, lo dit senyor loctinent donà ordre de soterrar-lo".⁴

És interessant la descripció que fa el metge Lluís Çaporta, el 21 de gener de 1483, de la trepanació que va practicar a Pau Pastor a causa de la ferida d'espasa que havia rebut al cap: "la qual tenie principi en l'os coronal e finie en lo supercili e principi del nas".

Sol·licità la col·laboració d'un cirurgià: "lo qual artificiosament descarnà e xopà dit lloc de la nafra per veure e curar dits accidents e se trobà, ésser lo test en dita part romput e penetrant en tant que a ells fonc vist per major seguretat, tement-se segons los grans accidents, lo dit en Pastor, no tingués apotema o alguna gran lesió en les parts interiors del cap, fonc artificiosament trepanat e levat part del test, regit lo millor que era a ell possible. Feta dita operació, la tercera guarda

aprés, fonc expellida molta quantitat de materia per la dita part e de quiscun dia, expellint-se, ha fet tanta alteració en les parts del cervell, fins que es vingut en frenesia e altres accidents molt terribles, de que és mort".⁵

Un altre informe, també molt descriptiu, és el que va fer el cirurgià mestre Bartomeu Lopis, el 7 de desembre de 1482, sobre la mort violenta en la persona de la monja Francina Colla:

"Interrogat quina coltellada tenie, ni quant penetrave, ni si és morta de dita coltellada. Qui respòs e dix, que ere molt gran, e penetrant tota la substància del cranium ab gran concassació e lesió de la duramater, ere sobre l'os apellat coronal, molt propinqua de la comissura que és entre l'os dit coronal e los ossos nomenats parietals, la qual ruptura passave del os coronal fins als dos parietals, per la qual nafra se són seguits accidents de dolor, de apostemació, de febre, de spasme e finalment és morta, no obstant en ella se sien fets tots aquells auxilis que regularment e medicinal se podien fer, la qual Francina Colla morí dissapte a vespre que comptaven a VII de dehembre".⁶

Peritatges i proves

Van ser importants els peritatges i les proves per esbrinar la causa de la mort en casos sospitosos d'emmetzinament.

Com que el mitjà més freqüent per administrar un tòxic era el d'incloure'l als aliments, una manera de constatar-ho era subministrar l'aliment sospitós a un animal.

Així, en un procés de l'any 1432, davant el dubte que la mort del saig Joan d'Areny fos deguda a un possible emmetzinament per haver menjat un plat de sopes, servides per l'acusada, n'hi varen donar a una gallina, la qual tot seguit morí, després de presentar signes evidents d'intoxicació.⁷

D'altra banda, el 26 de febrer de 1385 els metges en medicina Nadal Lembri i Ramon Falgars, els batxillers en medicina Joan de Prússia i Joan Pedro, i els cirurgians mestres Pere Roger i Ramon Ponç, per ordre del veguer, practicaren l'autòpsia del cadàver de Pere Mascarell per esbrinar si la seva mort era deguda a intoxicació per metzines, en aquest cas per baladre.

No es va poder assegurar la causa de la mort, ja que "segons son juhi, ells no veen ne poden jutgar de clar i de cert quel dit Pere sie stat mort per metzines, car ja sie que ells haien indicis alguns de duptar quel dit Pere sie stat poycionat, però no son bastants de jutgar segons cors de medicina que axí sie".⁸

El baladre (*Nerium oleander*) i l'arsènic (o realgar) van ser els tòxics més comunament emprats en els emmetzinaments provocats a la baixa edat mitjana.

Hem de considerar com a molt important aquesta actuació ja que, fins avui, no es té l'evidència que s'hagués practicat una autòpsia judicial en data tan reculada. Es tracta, doncs, de la fins ara primera autòpsia documentada a la Corona d'Aragó i a Europa.

S'havien practicat obertures de cadàvers per a estudis anatòmics. A Barcelona, el 1370, els consellers ordenaren fer la dissecció del cadàver d'una esclava morta de pesta. Va ser un intent de fer anatomia patològica, però no una autòpsia judicial.⁹

El 1391, el rei Joan I signà a Aitona un privilegi en què concedia a l'Estudi General de Lleida l'autorització de fer disseccions de cadàvers i ordenava que cada tres anys s'entregués el d'un condemnat a mort perquè els estudiants de medicina poguessin fer pràctiques de dissecció. Pel que fa a autòpsies judicials per esbrinar la causa de la mort, no se'n té cap constància abans de la del 1385 ja esmentada.

Cardoner situa la primera autòpsia judicial practicada a Barcelona el 21 d'octubre de 1441. Es va fer a un pres que morí a la presó perquè se sospitava que havia estat emmetzinat.¹⁰

Hem pogut demostrar, doncs, que a Lleida ja a principis del segle XIV es feien peritatges sanitaris, i no d'una manera esporàdica, sinó habitualment. I també autòpsies judicials, com no hem vist que es fessin enlloc més. Per tant, la medicina legal, a Lleida, havia assolit el nivell més alt del seu temps.

Notes

¹ CAMPS CLEMENTE, MANUEL. *El turment a Lleida (segles XIV-XVII)*, Universitat de Lleida-Ajuntament d'Alcarràs, 1998, pàg. 15

² CARDONER I PLANAS, ANTONI. *Historia de la Medicina a la Corona d'Aragó 1162-1479*. Sciència, 1973, pàg. 177

³ CAMPS CLEMENTE, MANUEL. *Anàlisi dels aspectes mèdics de la mortalitat violenta a Lleida a la baixa edat mitjana (segles XIV-XV)*. Tesi doctoral, pàg. 43.

⁴ Ibidem, pàg. 104

⁵ Ibidem, pàg. 871

⁶ Ibidem, pàg. 266

⁷ CAMPS SURROCA, MANUEL. "Notes sobre els orígens de la prova pericial mèdica a Catalunya". *Revista de la Reial Acadèmia Mèdica de Catalunya*, 8(2), 89-102, v. pàg. 99

⁸ Apèndix documental. (Extret de CAMPS CLEMENTE, MANUEL. *Op. cit.*, pàg. 159).

⁹ CARDONER I PLANAS, ANTONI, *Op. cit.*, pàg. 175

¹⁰ Ibidem, pàg. 177

En apo lo dit dia hora de vespres foren donar las
 los off. par rancia cor
 somars / en q. mro lort & cor & leyda &
 p. ranc & par ranc a q. ranc ranc ranc ranc
 dno la capa de ranc / los somars ranc
 ranc loby & mro. v. falgars mro en medicina
 & ranc ranc & ranc & mro ranc ranc ranc
 ranc en medicina / i mro q. ranc & mro
 v. p. ranc ranc / los quals mro ranc
 mro ranc ranc & ranc q. ranc ranc ranc
 ranc cor & ranc san ubert huy p lo
 man lo dit q. mro ranc / i ranc san guar
 dar en lo ranc de cor & ranc q. ranc ranc
 mro ranc ranc los quals alms ranc ranc
 ranc & medicina guardar & embra p ranc
 q. ranc p lo dit q. ere mort p metzines
 lo que ranc lur juhi ells no veen ne poden
 jutgar de clar i de cert q. dit q. p. ranc ranc
 p metzines / car ranc q. ells han ranc ranc
 ranc & duptar q. dit q. p. ranc ranc ranc
 no son bastants de jutgar p ranc & medicina
 q. axi sie

Informe de l'autòpsia practicada a Lleida el 26 de febrer de 1385

En après lo dit dia, hora de vespres, foren davant los honrats mosser Jacme Ça Cirera, cort i en P. Miró, loctinent de cort de Leyda, en Francesch de Sentclimenç i micer Macià Castelló, pahers, dins la casa de la paheria los honrats mestre Nadal Lebrí i mestre R. Falgars, maestres en medicina i mestre Johan de Prusia i mestre Domingo

Pedro, batxellers en medicina i mestre P. Roger i mestre R. Ponç, cirúrgichs, los quals migançant sagrament, deposaren que ells per ordinació dels dits honrats cort i pahers, han ubert huy per lo matí lo dit P. Mascarell i han guardat en lo cors del dit P. tots aquells membres i partides, los quals a lurs vijares, segons cors de medicina, guardar i

encercar se deuen per atrobar si lo dit P. ere mort per metzines e que segons lur juhi, ells no veen ne poden jutgar de clar i de cert que. I dit P. sie stat mort per metzines, car yac sie que ells haien indicis de dubtar que lo dit P. sie stat poycionat, però no són bastants de jutgar, segons cors de medicina, que axí sie.

Al·lèrgia i malalties al·lèrgiques

La manca de formació en al·lèrgia a pregrau, unida a la joventut de l'especialitat com a tal, comporta un mal coneixement d'aquesta patologia. Malauradament està augmentant la

prevalença de malalties al·lèrgiques arreu del món. Aquest fet està ben constatat i els epidemiòlegs ens avisen que d'aquí a 25-50 anys la meitat de les persones seran al·lèrgiques.

Dr. Lluís Marquès i Amat · *Al·lergòleg*

L'increment de les al·lèrgies pot deure's a diversos factors com:

1. El canvi global: la transformació humana de la terra (urbanització, desforestació, contaminació...) comporta canvis en la vegetació i augment de la quantitat de pol·len a l'aire de les espècies al·lèrgenes.

2. L'excés d'higiene conduiria a un canvi en el sistema immune que facilitaria el predomini dels limfòcits Th2, responsables de les reaccions al·lèrgiques (hipòtesi higienista: immunitzacions de la població, naixement en un ambient quasi estèril, disponibilitat d'antibiòtics, augment de la higiene, aliments envasats...).

3. L'agricultura intensiva comporta, per l'aparició de malalties a les plantes i l'ús de substàncies químiques, la transformació de les proteïnes vegetals (augment de les proteïnes relacionades amb la patogènesi) i condueixen a la seva *al·lergenització*. Això explica que el pol·len de plantes de zones contaminades sigui més al·lèrgic que el de les mateixes plantes de zones salvatges.

A més d'augmentar, les al·lèrgies estan canviant: apareixen nous al·lèrgens, els símptomes es fan més persistents, s'incrementa l'al·lèrgia alimentària... es descriuen panal·lèrgens: són al·lèrgens que es localitzen a fonts diverses com poden ser un pol·len, un aliment vegetal o el làtex; de manera que el pacient tindrà clínica respiratòria quan inhali el pol·len, clínica cutània quan mengi la fruita i anafilaxi quan sigui operat amb guants de làtex.

Habitualment, quan parlem d'al·lèrgia fem referència a, entre d'altres:

1. L'atòpia.
2. Altres reaccions mediatades per IgE.
3. Les reaccions adverses a fàrmacs de base immunològica.
4. La dermatitis de contacte al·lèrgica.

L'atòpia

L'atòpia és la capacitat de sintetitzar més IgE a causa d'un augment relatiu dels limfòcits Th2 i del seu perfil de citocines. La presenten pacients amb factors hereditaris poligènics que pateixen asma, rinoconjuntivitis i dermatitis atòpica de manera coincident o seqüencial al llarg de la seva vida (la marxa al·lèrgica). L'al·lèrgia és en aquests pacients una malaltia sistèmica, és a dir, no un procés organoespecífic sinó global, però amb manifestacions locals.

Altres reaccions al·lèrgiques mediatades per IgE

Inclouen les al·lèrgies a aliments (sovint passen en pacients atòpics) com els episodis d'urticària/angiedema immediats a la ingesta, que poden arribar a anafilaxi; les urticàries de contacte immunològiques (amb simp-

tomes sistèmics o no) com les produïdes pel làtex; rinitis o asma ocupacional per antigens d'alt pes molecular; reaccions anafilàctiques per picades d'insectes, etc.

Les reaccions adverses a fàrmacs de base immunològica

Se'ls dona aquest nom per destacar que poques són mediatades per la IgE i sí, en canvi, per diversos mecanismes immunològics. La majoria de reaccions adverses no són al·lèrgiques i cal recordar les reaccions pseudoal·lèrgiques en què apareixen símptomes similars als de l'al·lèrgia, però sense intervenció del sistema immune: això comporta la manca de proves diagnòstiques perquè, un cop transcorsa la reacció, no en queda cap rastre a l'organisme. És el cas dels contrastos iodats o els antiinflamatoris no esteroidals.

La dermatitis de contacte al·lèrgica

La dermatitis de contacte al·lèrgica és mediatada per la immunitat cel·lular i apareix de manera retardada. Segueix sent l'al·lèrgia més freqüent, comporta sovint problemes laborals i l'únic tractament és l'evicció.

Algunes idees falses

FALS: Si no neixes al·lèrgic ja no t'hi tornes

Si bé moltes al·lèrgies tenen un base genètica, és imprevisible l'inici dels símptomes. Per exemple, l'al·lèrgia a fàrmacs es manifesta de manera imprevista, és més probable quan s'ha pres més vegades un determinat fàrmac, requereix un contacte previ i s'inicia el primer dia de tractament.

FALS: Totes les rinitis i urticàries són al·lèrgiques

No tothom qui esternuda té al·lèrgia. Un percentatge important de rinitis no són al·lèrgiques: hi podem trobar les



El pol·len de graminies i quenopodiàcies (blet blanc i barella o punxosa) és la causa més comuna d'al·lèrgia respiratòria en adults a Lleida.

rinitis idiopàtiques com el NARES ("non allergic rhinitis with eosinophilia") o les poliposis.

No és correcte parlar d'al·lèrgia davant d'un quadre d'urticària, que és una síndrome causada per etiologies diverses: l'al·lèrgia no en causa més que un 20%.

FALS: Conèixer la causa no canvia l'actitud terapèutica

És important conèixer l'etiologia, ja que això justifica el tractament (sovint crònic), i adoptar mesures ambientals d'evicció que reduiran símptomes i fàrmacs, i en algunes ocasions, indicar una immunoteràpia específica.

FALS: No es poden fer proves

d'al·lèrgia en els nens

El diagnòstic d'al·lèrgia es pot realitzar en qualsevol moment de la vida, simplement cal tenir present les situacions concretes en cada cas i usar els mitjans adequats.

FALS: L'al·lèrgia no mata

Els casos fatals són pocs, però hi són: anafilaxies i edemes de glotis per fàrmacs, aliments o picades d'himenòpters, i asmes fatals són les causes habituals. L'ús immediat de l'adrenalina és vital en aquestes circumstàncies: ha d'estar sempre disponible en qualsevol farmaciola d'urgències i es dona a aquelles persones que han patit alguna reacció

anafilàctica per coses difícils d'evitar.

FALS: Es poden fer proves d'al·lèrgia a qualsevol fàrmac

La majoria de fàrmacs actuen com haptens (antigens incomplets), dels quals desconeixem l'estructura química i això impedeix fer proves in vivo o in vitro. Malauradament encara hi ha qui usa tècniques no estandarditzades o experimentals en la clínica diària.

FALS: L'al·lèrgic a la penicil·lina té un risc més gran de reaccions al·lèrgiques a fàrmacs

Tenir al·lèrgia a un grup de fàrmacs no implica tenir major risc de ser

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

al·lèrgic a d'altres, ja que l'al·lèrgia és, per definició, específica. No és correcte crear fòbies infundades en els pacients ni practicar la medicina defensiva per sistema.

FALS: Abans d'anestesiari ningú convé fer-li proves d'al·lèrgia

Les proves d'al·lèrgia no són predictives. El rendiment de fer estudis preoperatoris és molt baix, a més de crear una falsa seguretat, ja que les reaccions pseudoal·lèrgiques són imprevisibles.

FALS: Amb una simple determinació d'IgE específica tot queda aclarit

Ser sensible (tenir una prova positiva) no implica ser al·lèrgic (tenir clínica). La sensibilitat subclínica és un fenomen habitual que cal interpretar en el context de la clínica i tenint presents les reaccions creuades entre al·lèrgens. Sovint cal fer proves de provocació per confirmar la causa dels símptomes.

FALS: És millor fer anàlisis que proves cutànies

Les determinacions in vitro són costoses en tots els sentits i no arriben a la sensibilitat de les proves cutànies, que són més barates i ràpides.

FALS: La immunoteràpia té poca eficàcia

L'OMS ha publicat un document de presa de posició sobre la immunoteràpia on es recullen les dades de la medicina basada en l'evidència sobre la seva eficàcia i s'hi precisen les indicacions, els efectes secundaris, etc. És l'únic tractament etiològic de l'al·lèrgia i és usat pels especialistes, com qualsevol altre tractament, seguint les indicacions establertes.

Avui dia disposem de mitjans com els nivells setmanals de pol·len (a l'leida): <http://cc.uab.es/palinologia/aerobio.htm> que estan a l'abast de tothom (i poc aprofitats). Sorgeixen iniciatives per part de grups de pacients a la nostra demarcació com ADAPHI (Associació d'Al·lèrgics a Picades d'Himenòpters), o la delegació lleidatana de l'Associació Asmatològica Catalana (<http://www.asmatic.org>) que posen de relleu la importància que donen els pacients als seus problemes i les ganes de "passar a l'acció" per millorar l'atenció i l'educació sanitària, impulsar la investigació i la col·laboració entre especialitats i estaments sanitaris.

Els metges d'atenció primària i els que atenen urgències són actius i importants en orientar i tractar ja des del primer moment les malalties al·lèrgiques. Cal derivar als al·lèrgics per fer l'estudi etiològic i els pacients amb patologia més greu o persistent.

Hi ha una necessitat urgent de disposar de noves armes per tractar les malalties al·lèrgiques i prevenir-les. En el futur tindrem al nostre abast nous



Figura 1. Les reaccions anafilàctiques per picada d'himenòpters poden provocar la mort i s'han de tractar amb vacunes.

Aerobio

Nivells de pol·lens al·lèrgicogens, de 1 a 8 de juliol de 2001.

Taxons	Nivell Actual	Previsió	Clau
Paricleris (Paricleris)	1	-	Nivell Actual
Grossularis (POACEAE)	2	-	Nul
Olivus (Olea europaea)	1	0	Baix
Triticum (Ligusticum)	1	-	Mig
Blat (Cerealia)	3	-	Alt
Compositae (Compositae)	1	-	Microm
Compositae (ASTERACEAE)	1	-	Previsió
Plantagin (Plantagin)	1	-	A
Beur/Alnus (Betula)	1	0	Enoble
Agrofitas (Rumex)	1	-	D
			Desnat
			1
			Atarac

[Estructura] [Estructura] [Estructura] [Estructura] [Estructura] [Estructura]

asma: Associació Asmatològica Catalana

<http://www.asmatic.org>

L'Associació Asmatològica Catalana, és una entitat sense afany de lucre que té com a finalitat promoure i desenvolupar a nivell individual i social la lluita contra l'ASMA, la seva prevenció, profilaxi, tractament i rehabilitació.

L'Associació posa els mitjans a l'abast dels malalts asmàtics i dels seus familiars que els ajudi a resoldre molts dels problemes que comporta la seva afecció. Col·labora amb societats científiques en la formació de personal especialitzat i en la recerca per millorar la qualitat de vida de l'asmàtic.

L'Associació no és un centre mèdic, no es diagnostiquen ni es tracten els malalts, però se'ls faciliten recursos personals.

Què som
Informació asma
Agència
Enllaços
Inscripcions

www.asmatic.org
asmatic@asmatic.org

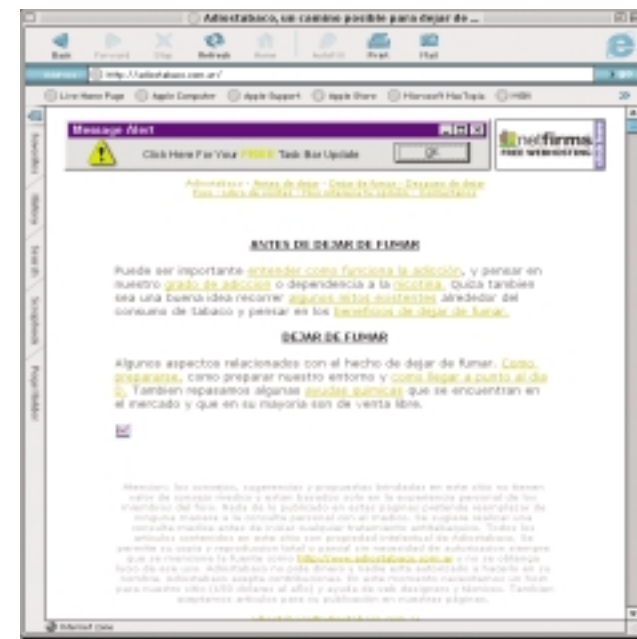
associació asmatològica catalana

El teletractament, aplicació de les noves tecnologies per deixar de fumar

Dos són els objectius que abordem. Per una part, el coneixement de les tècniques actuals de transmissió d'informació (Internet especialment) i, per altra part, les estratègies terapèutiques pròpies del tractament per deixar de fumar. Es justifica l'ús de les noves tecnologies especialment per l'elevat ús que molta gent en fa, per la proximitat entre les persones que usen la xarxa i per la dificultat d'altres persones en accedir al circuit assistencial, o sigui, aquelles persones que per viure en determinats àmbits geogràfics tenen dificultat en aproximar-se de manera flexible als recursos sanitaris. Si més no, ens trobem davant d'un nou instrument que no podem ignorar.

Referències històriques de la informàtica

Alexandre Graham Bell inventà i patentà el telèfon l'any 1876. Guglielmo Marconi transmet el 1895 el primer senyal de ràdio. L'any 1927 es va fer la primera emissió de TV del món, als EUA. El primer ordinador es va dissenyar i construir el 1946. L'any 1948 a Bell Labs inventen el mòdem. L'any 1951 es crea l'ivac-1, el primer ordinador posat a la venda. IBM desenvolupa el 1954 l'IBM-650, el primer ordinador produït per vendre's en grans quantitats. El 1958 Bell Labs aconsegueix que les línies de telèfon transmetin informació binària. Dough Engelbart inventa el 1964 el ratolí. De manera més actual, les principals fites que definirien la història moderna de la informàtica, serien les següents: el Departament de Defensa dels EUA crea el 1969 Internet, Ray Tomlinson envia el 1972 el primer correu electrònic, es presenten els primers telèfons mòbils el 1979, Seagate Technology presenta l'any 1980 el



primer disc dur amb una capacitat de 5 MB, Microsoft presenta l'any 1981 MS-DOS, Apple anuncia el 1984 el Macintosh 128k, el primer ordinador controlat per ratolí. El mateix any apareixen les primeres unitats CD-Rom per ordinador. El 1985 es ven Windows 1.0. L'any 1989 es crea el processador Intel a 33 Mhz. Més recentment, l'any 1990, apareix el llenguatge Hipertext Markup que fa possible el naixement de la World Wide Web (www). El 1995 surt a la venda el DVD. L'any 2000 la velocitat del processador Intel

Pentium 4 és d'1,5 GHz. Algú haurà de continuar aquestes referències històriques a partir d'aquí.

Els procediments clínics automatitzats

L'ordinador i l'ús que en fem és àmpliament present i utilitzat en les nostres consultes, aules laboratoris i quiròfans. No només ens permet la connexió entre nosaltres, sinó també entre els altres. De tots és coneguda l'experiència d'alguns cirurgians plàstics americans que assagen a casa seva la intervenció del dia següent i, una vegada

trobada la tècnica correcta, la graven i l'apliquen en la seva intervenció, això es redueix al màxim el risc d'equivocació. En psicologia, per exemple, la correcció de material diagnòstic és habitual, així com la seva interpretació i l'elaboració de l'informe corresponent. Només hi ha un risc, que tanta tècnica ens faci oblidar la cara del pacient. És per això que aquests instruments han de ser precisament això, aparells, estris que ajudin a fer millor la nostra feina i, en el cas que ara expliquem, ens permetin arribar a persones que d'una altra manera potser no ho fariem.

Què és el teletractament?

En paraules d'Esther Dyson, presidenta d'ICANN, "més que un simple mitjà passiu per a la divulgació d'informació mèdica, la xarxa pot constituir una força activa que faculti els individus per assumir el control sobre la seva pròpia salut (...). Poden beneficiar-se de la capacitat de personalització de la xarxa". Els seus objectius bàsics són: arribar al màxim de persones, especialment a aquelles que tenen dificultats de mobilitat o prefereixen una assistència des de casa seva o un altre lloc, persones amb problemes d'hora-ri, d'entorn, amb càrregues familiars, i és especialment útil en persones que presenten alguna minusvalia.

Un element bàsic en la relació assistencial és el cara a cara. Aquesta relació pot seguir essent la mateixa malgrat la distància. Mitjançant el telèfon, quantes vegades ens hem tranquil·litzat, hem après, ens hem orientat, etc.? I no diguem què cal esperar quan les videoconferències de qualitat estiguin a l'abast de tothom. Pel que fa al teletractament, serà d'utilitat en temes de consulta simple d'informació i formació (recordeu els casos de congressos virtuals de psiquiatria, de drogodependències, i Foro

Abierto sobre Telemedicina, etc.), en l'accés a llistats de professionals, atenció mínima especialitzada, seguiment de casos, material de suport i d'autoajuda, etc. La possibilitat d'oferir text i imatges –també en moviment–, enriqueix la relació assistencial. Un altre avantatge és el temps. El pacient o l'usuari pot accedir a la informació en el moment que ho desitgi, no cal la presència física del tècnic en aquell mateix moment.

Tractament per deixar de fumar

Tenint en compte aquestes premisses, l'experiència demostra que la xarxa és una bona eina per ajudar aquells fumadors que es plantegen el tractament. En la majoria de casos que s'utilitza el teletractament, hi ha una relació amb el o els pacients prèvia al seguiment mitjançant Internet (o

telefònic). En altres casos, a causa de les dificultats abans esmentades, pot ser que l'única relació amb el pacient sigui del tot virtual. Cal, però, tenir en compte el tema de la sinceritat i validesa de la informació aportada pel pacient (receptor), així com la discreció i confidencialitat i protecció de les dades per part del professional (emissor). El pacient que vol deixar de fumar rebra orientacions, consells, pautes, material gràfic i un suport del tot personalitzat al seu cas concret. Ell, a la vegada, podrà consultar amb el seu terapeuta en el moment que ho desitgi, així com contactar amb altres pacients com ell (xat, correu electrònic, etc.). Com a la xarxa actualment ja podem trobar múltiples adreces que ofereixen els serveis específics d'autoajuda, la condició que caldria exigir a aquests serveis és la presència d'un

codi deontològic específic per al tractament a distància, així com el seu reconeixement com a web acreditada i reconeguda per a aquesta finalitat (HON Code, etc.). Algunes de les adreces d'interès són: www.freeandclear.org <<http://www.freeandclear.org>>, i <http://adiostabaco.com.ar>.

Conclusions

El teletractament entès com a eina de suport i de complementació de la tasca assistencial, mai no l'ha de substituir. Encara que sempre serà millor en determinats casos o situacions l'atenció a distància que la no atenció. Per això, cal un estudi profund de quins camps d'intervenció es poden beneficiar de les noves tecnologies de la comunicació. A la vegada, el teletractament no és incompatible amb el tractament clàssic, es pot dispo-

sar de les dues possibilitats, per exemple, tenint un grup de teràpia per deixar de fumar que una vegada aconseguida l'abstinència, mitjançant correu electrònic o xat podem fer el suport i el manteniment de l'abstinència.

A més a més, segons estudis pioners en la matèria, els professionals i els pacients que intervenen en les experiències en fan una valoració molt satisfactòria dels resultats, de l'experiència clínica, de l'abast aconseguit i de la bona relació cost-benefici. Sigui com sigui, és un tema que obliga encara al seu estudi i a una aplicabilitat més continuada, cosa que vol dir que cal que les administracions s'impliquin en el seu estudi i desenvolupament.

**Antoni Garcia Baena i
Francesc Abella Pons**
Psicòlegs

Assemblea General Ordinària del Col·legi de Metges de Lleida de l'any 2001

La Junta General de col·legiats i col·legiades del COML va reunir-se el dia 1 de juny passat, al saló d'actes de l'entitat professional, per tal de celebrar l'Assemblea General Ordinària corresponent al 2001. L'acte va ser presidit pel Dr. Xavier Rodamilans de la O, acompanyats dels Drs. Josep Manuel Casanova i Seuma, Josep Maria Sagrera i Mis, Rosa Maria Pérez i Pérez i Sebastià Barranco i Tomàs, tots ells membres de la Comissió Permanent de la Junta del Col·legi.

Butlletí Mèdic ofereix, seguidament, un resum de l'esborrany de l'acte de l'assemblea.

Després de la benvinguda del president als assistents, l'assemblea aprova per majoria, amb dos vots en contra, el caràcter públic d'aquest tipus de reunions i, per tant, el fet que puguin assistir-hi sense veu ni vot persones convidades sense estar, necessàriament, col·legiades.

Informe de presidència

Un cop aprovada l'acte de la sessió anterior, el Dr. Rodamilans presenta l'informe de presidència. En l'aspecte social destaca que amb la celebració del centenari s'ha continuat amb la projecció social del Col·legi i s'han reafirmat les relacions amb les diferents institucions –el govern de la Generalitat, la Paeria, la Diputació de Lleida, l'OMC– i amb els col·legis professionals. El president agraeix la col·laboració especial prestada per Mutual Mèdica de Catalunya i Balears, ADESLAS, Ajuntament i Diputació de Lleida. Així mateix fa esment del lliurament del Premi a la

Pressupost de l'any 2001

INGRESSOS	PTA
Venda d'impresos	4.105.000
Subvencions	9.700.000
Altres ingressos de gestió	76.228.700
Ingressos financers	6.500.000
Beneficis/ingres. excepcionals	2.000.000
TOTAL INGRESSOS	98.533.700
DESPESES	PTA
Adquisició d'impresos	1.310.000
Variacions d'existències	152.000
Serveis exteriors	37.711.700
Tributs	3.550.000
Despeses de personal	50.250.000
Despeses financeres	
Despeses extraordinàries	
Dotació amortitzacions	5.560.000
TOTAL DESPESES	98.533.700

Solidaritat en l'àmbit sanitari.

En l'aspecte econòmic, el Dr. Rodamilans destaca la consolidació d'una beca per part de Laboratoris Pfizer, la tendència a llogar la sala d'actes del Col·legi per a diferents cursos i conferències i el sosteniment de l'activitat amb Medicorasse i SASA. El president es refereix també al pagament de la multa d'Hisenda i menciona els fons utilitzats per fer-ho, sobretot el fons d'habilitació dels metges titulars i del dipòsit dels talonets dels certificats mèdics. L'informe esmenta que el funcionament de l'empresa de serveis del COML ja és operatiu i comenta la pèrdua de valor del fons d'inversió. El president compara, a més, les quotes col·legials que es paguen a Lleida amb les de la resta de col·legis catalans, de la qual cosa es dedueix que les quotes lleidatanes estan en un nivell mitjà. Sobre els

costos de personal, el Dr. Rodamilans comenta que se segueix la política d'arribar al menor cost/persona i a la major eficàcia. Així mateix, informa que un dels empleats del Col·legi ha presentat dues demandes al jutjat dels assumptes socials de Lleida, que s'han celebrat els judicis i s'han dictat les sentències, una de les quals és ferma i l'altra està pendent de recurs.

Pel que fa als aspectes col·legials, el president menciona la intenció de millorar l'organització interna amb un programa d'atenció i informació als col·legiats amb l'intent, sobretot, d'acostar els metges joves al Col·legi. El Dr. Rodamilans assenyala que la Junta ha treballat i continua treballant per la dignificació de les retribucions tant del sistema públic com de l'exercici lliure de la professió mitjançant, en aquest darrer cas, negociacions amb entitats asseguradores en l'àmbit de Catalunya. A més, el president comunica als assistents les actuacions dutes a terme a favor dels metges més grans. Amb referència a la formació mèdica continuada, informa sobre la constitució, amb altres col·legis catalans, de la Fundació Andragos per tal de treballar en la certificació de la qualitat de la formació mèdica amb la implantació del diploma d'acreditació de formació continuada. També esmenta l'ampliació de l'oferta per als metges en el camp d'Internet amb el canvi de servidor i l'accés gratuït a *Metges On Line*. El president es refereix a la consolidació de la línia informativa del *Butlletí Mèdic* i, a més d'insistir en la seva alta qualitat, agraeix el treball de tot el consell de redacció i, especialment, del seu director, el Dr. Joan Flores. Expressa, a continuació, la plena satisfacció del Col·legi pel funcionament del conveni de col·laboració amb l'assessoria jurídica Simeó Miquel. I explica els motius que han fet considerar la necessitat d'una reforma dels Estatuts Col·legials,

com l'adaptació a les noves disposicions legals, la necessitat d'ajustar-los a l'evolució de les estructures mèdiques i col·legials, l'homogeneïtzació amb els estatuts d'altres col·legis de metges de Catalunya i la millora de la redacció d'algun dels seus punts per guanyar en concreció i precisió. El Dr. Rodamilans informa que, a més de plantejar la reforma dels estatuts, s'ha dut a terme una investigació des de les juntes dels quatre col·legis catalans per establir un esquema comú i unitari de la professió a Catalunya que permeti la igualtat de drets i deures de tots els col·legiats, tot i que aquest treball està aturat hores d'ara.

El Dr. Rodamilans agraeix als Drs. Antoni Agelet i Josep Pifarré l'esforç i la dedicació que han prestat a la Junta de Govern del Col·legi, en especial durant els dos anys i mig que han coincidit en els càrrecs col·legials. Al mateix temps dona la benvinguda als Drs. Àngel Pedra i Josep Maria Greoles, elegits vocals recentment.

Memòria d'activitats

El Dr. Josep Maria Sagrera, secretari del Col·legi, llegeix la memòria d'activitats col·legials, que fa menció de la gestió col·legial des de la darrera assemblea del mes de març de 2000. Entre els temes tractats, figura el moviment de col·legiats, els col·legiats traspassats –l'assemblea guarda un minut de silenci en la memòria seva–, els col·legiats honorífics i el resum de les activitats de la Junta de Govern.

Posteriorment, el Dr. Sebastià Barranco exposa els aspectes de l'organització de la celebració del Centenari, així com del ressò que han tingut els diferents actes.

Propostes aprovades

L'assemblea aprova per unanimitat les següents

PASSA A LA PÀG. SEGÜENT

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'al·iació especial,
amb dos diamants de talla princesa.

PERE 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

PAIMM

Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Adreçat als professionals de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a altres drogues, inclosos els psicofàrmacs.

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

Truca ARA! T'ajudarem amb tota confidencialitat.

Telèfon directe Catalunya
93 567 88 56

Telèfon Lleida
973 27 38 59

NOTÍCIES

VE DE LA PÀG. ANTERIOR

proposades de la Junta de Govern:

Balanç i liquidació del pressupost del 2000.

Proposta de reforma dels estatuts col·legials, defensada per la Dra. Rosa Pérez, per adaptar-los als temps actuals. Entre els aspectes que hauria de preveure la reforma hi ha la regulació de l'exercici professional a tot el territori amb una única col·legiació en el sentit de la legislació vigent. A més d'adequar els estatuts a temes deontològics, cal fer-ho també a la realitat actual de l'exercici professional amb unes noves seccions col·legials i l'enriquiment dels serveis col·legials. La Junta presentarà, el quart trimestre del 2001, l'avantprojecte d'estatuts a tots els col·legiats per al seu estudi i presentació d'esmenes i convocarà assemblea extraordinària el primer trimestre del 2002 per tractar aquest tema.

Menció d'honor i diplomes

El Dr. Sebastià Barranco

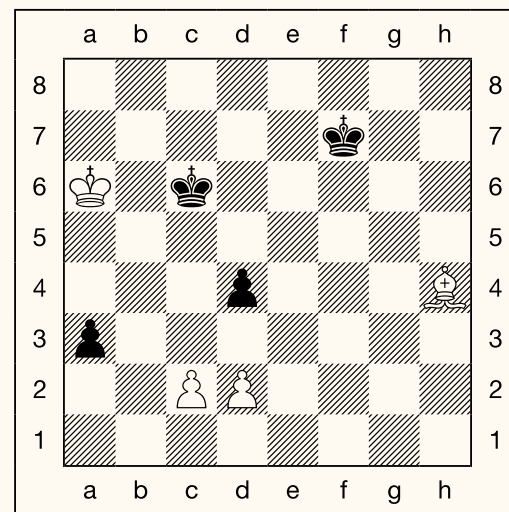
presenta la proposta d'atorgar la Menció d'Honor al Dr. Jaume Cardona Vila per la seva dedicació a la política sanitària nacional, ja que participa activament en les comissions de Sanitat, de la Droga, de l'Eutanàsia i de la Salut Laboral en el Congrés dels Diputats des del 1993 fins al 1996 i en el Senat espanyol des del 1986 fins al 1993 i des del 1996 fins a l'actualitat. La proposta s'aprova per unanimitat i es lliura la medalla acreditativa d'aquesta Menció d'Honor al Dr. Cardona, que agraeix al Col·legi aquesta distinció.

Un cop finalitzat el capítol de precís i preguntes, es lliuren els diplomes i les insígnies als col·legiats presents que han assolit la condició de col·legiats honorífics des de la darrera assemblea i que són els següents Drs.: Manuel Celma Cinca, Abundio Egido Vicente, Jesús María Galindo Llangort, Magí Garcia Fillat, Ramon Garcia Gateu, Máximo A. Gracia Gracia, José María López Hueso, Cristóbal Martos Guerrero, Joaquín Palá

PROBLEMA D'ESCACS

Tema: Finals de reis i peons

Blanques juguen i guanyen



SOLUCIONS

1. Af6 - Rd5 2. d3 - a2 3. c4+ - Rc5 (si 3. ... dxc3 a.p. - 4. Axc3! es guanya) 4. Rb7 - a7D (si 4. ... Rb4 5. Axd4! també es guanya) 5. Ae7 ++.

NOTÍCIES

Fòrum d'Hospitals 2001

Aquest any se celebrarà per primera vegada el Fòrum d'Hospitals a Lleida amb el propòsit que els debats aportin eines per crear una opinió sobre l'actualitat dels nostres hospitals i la seva problemàtica, per reflexionar sobre les possibilitats de futur en temes tan importants com les urgències, els sistemes retributius i la carrera professional, la gestió hospitalària i els nous models de gestió, i sobre els nous aspectes de la relació metge-malalt, com són la confidencialitat i el consentiment informat. El fòrum debatirà, així mateix, sobre la informació que dona el metge al malalt.

Pel que fa a les urgències, hi ha una sobrecàrrega de l'activitat assistencial per l'ús i abús d'una població insuficientment formada i informada i una mala gestió i coordinació per part de les administracions. Aquest fet provoca una sobrecàrrega en el nivell de treball dels col·lectius més implicats directament, MIR i MAU, a més d'un sistema de guàrdies en què col·laboren els metges per tal d'aconseguir un salari més proper al que resultaria digne per a un professional de la seva categoria i responsabilitat. Tot això comporta una sèrie de problemes i una falta de col·laboració i d'il·lusió en els diferents col·lectius que treballen a les unitats d'urgències, als quals, a més, no se'ls reconeix la tasca professional que duen a terme.

La solució a aquests problemes no ha de recaure solament en els metges, ni s'han de buscar *pegats* per salvar moments de crisi, sinó que ha d'existir una intervenció global dels sistemes sanitaris. També hauria d'existir una especialitat d'urgències capaç de proveir la societat de metges especialment preparats per desenvolupar d'una forma efectiva aquest tipus d'activitat.

La instauració i aplicació de la carrera professional està essent una solució

Fòrum d'hospitals 2001 LLEIDA

Dates: 9 i 16 de novembre

Lloc: sala d'actes del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (Rambla d'Aragó, 33)

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA



molt limitada a la insatisfacció i desmotivació dels col·lectius de metges d'hospitals. Una insatisfacció produïda per un treball amb una alta càrrega de responsabilitat, que s'associa a unes retribucions insuficients. Un horari laboral sobrepasat, sense espai reconegut per a l'autofornament, que és una condició bàsica per a l'exercici correcte de la professió. La implantació de la carrera professional es fa mitjançant estàndards antiquats i deixa de banda aspectes importants de l'avaluació del treball mèdic.

S'han de trobar noves fórmules retributives que

estiguin més d'acord amb els resultats i la qualitat del treball del metge. Considerant que la formació és una obligació per al metge, l'hospital li ha de proporcionar les eines perquè es pugui formar. La carrera professional hauria de ser tan homogènia com fos possible per evitar els greuges comparatius entre els diferents estaments.

En els darrers anys s'han imposat diferents modes des del punt de vista de la gestió hospitalària i la seva aplicació pràcticament sempre s'ha fet sense consultar els professionals assistencials que, en definitiva, són els que han de portar a bon port qualsevol

proposta amb la seva feina diària. La gerència i l'assistència no solament no han estat integrades, sinó que la major part de les vegades han estat o estan enfrontades. Els canvis són molt ràpids i, de vegades, no s'ha acabat d'aplicar un sistema nou que ja se'n comença un altre de més *revolucionari*. Les noves formes de gestió en si mateixes no han de ser bones o dolentes, sempre que es faciliti la participació dels metges i s'oblidi l'actual dicotomia.

En l'actualitat, el terme confidencialitat és d'una gran complexitat, l'existència de la medicina en equip, la informàtica, etc., el dificulten molt. I, per tant, aquesta informació confidencial de cada pacient és més fàcilment a l'abast de tothom que fa uns anys. La consecució d'informació per part d'empreses, governs, etc., seria molt més fàcil i la seva utilització dependria de les mans en què caigués. S'hauria d'assegurar que tot sanitari que accedeixi a una història o a dades clíniques estigui acreditat per fer-ho i hauria de deixar constància d'aquest fet. En aquest sentit, el fòrum debatirà aspectes relacionats amb la nova llei del Parlament de Catalunya d'accés a la història clínica.

El consentiment informat és una expressió documentada d'una correcta informació al malalt o només és una eina per a la tranquil·litat del metge? L'existència d'un consentiment informat no és garantia per si sol d'una bona praxi, però sí que és una obligació del professional cap al seu pacient i ha de ser continu, diari a ser possible, i d'una forma clara perquè qualsevol persona ho pugui entendre amb facilitat.

Tots aquests temes es debatran durant el mes de novembre en les respectives sessions que es faran a la sala d'actes del Col·legi de Metges de Lleida.

Amb les possibles correccions que es puguin fer, el programa es desenvoluparà de la següent manera:

Dia 9 de novembre

A les 17 hores, el Dr. Xavier Rodamilans, president del Col·legi de Metges de Lleida, inaugurarà el fòrum, i seguidament tindrà lloc el debat de la primera de les taules redones: "La carrera professional. Sistemes retributius."

Moderador: Dr. Francesc X. Galindo(HSM)

Hi participaran:

Dr. Josep Maeso Riera (FAMHOC)
Dr. Josep Manuel Casanovas Seuma (HAV)
Dr. Ramon P. Pla Illa (Gerent HAV)
Dr. Jordi Vilaret Vilar (CCOO/HAV)

De les 19 a les 21 hores es desenvoluparà la taula redona "Gestió hospitalària, satisfacció mèdica?"

Moderador: Dr. Joan Flores (HSM)

Hi participaran:

Dra. Elvira Fernández Giraldez (HAV)
Dr. Mateu Huguet (EADA)
Dr. Armand Arilla (Gerent GSS)
Dr. Josep Manuel Castillo (Badalona Gestió)

Dia 16 de novembre

De les 17 a les 19 hores, tindrà lloc la taula redona "La urgència hospitalària a Lleida, present i futur."

Moderador: Dr. Xavier Cabré Ollé

Hi participaran:

Dr. Gerard Ferrer Valdés (director clínic d'urgències de l'HAV)
Dr. Juan José Armendáriz (coordinador d'urgències de l'hospital de la Seu d'Urgell)
Dr. Josep Millà Santos (director clínic d'urgències de l'HCB)
Dra. Maria José Abadias Medrano (HAV)

De les 19 a les 21 hores se celebrarà l'última taula redona, que tractarà sobre "Nous aspectes en la relació metge-pacient: confidencialitat i consentiment informat."

Moderadora: Dra. Teresa Puig Ganau (HAV)

Hi participaran:

Dr. Joan Viñas Sala (HAV)
Dr. Màrius Morlans Molina (director assistencial H. Vall d'Hebron)
Dra. Maria Naval Vicuña (HAV)
Dr. Francesc Pallisó Folch

(HSM)

Dra. Rosa Pérez Pérez. Metgessa forense
El Dr. Antoni Mateu Serra, delegat de Sanitat de Lleida, farà la cloenda oficial.

Tesi Doctoral del Dr. Camps Clemente

El dia 8 de maig passat, el Dr. Manuel Camps i Clemente va llegir a la Facultat de Medicina de la Universitat Central de Barcelona la seva tesi doctoral titulada "Anàlisi dels aspectes mèdics de la mort violenta a Lleida a la baixa edat mitjana (segles XIV-XV)". La tesi va ser dirigida pel professor Dr. Jacint Corbella i Corbella, catedràtic de medicina legal i toxicologia de l'esmentada facultat. El Dr. Corbella ha estat i és l'impulsor, motor i ànima de la *Història de la Medicina Catalana*.

La tesi del Dr. Camps i Clemente és el primer estudi ampli i extens que s'ha fet sobre la mortalitat violenta durant la baixa edat mitjana a la Corona d'Aragó. Les fonts documentals emprades han estat bàsicament els *Llibres de crims* conservats a l'arxiu de la Paeria de Lleida. La tesi analitza la violència social, la violència familiar i les seves repercussions judicials.

Un aspecte molt important és que demostra que a Lleida -va ser per primera vegada a la Corona d'Aragó- es feien peritatges mèdics regulats habitualment i no d'una manera circumstancial. Estudia també les circumstàncies etiològiques i els mecanismes dels fets criminals i la valoració que en feia el tribunal de justícia, les morts produïdes per compliment de sentència judicial, la tortura i els seus diferents mecanismes d'aplicació, etc.

Considerem molt important destacar que va ser a Lleida on es va practicar la primera autòpsia feta per manament judicial a Europa. I en referència a



Dr. Manuel Camps i Clemente, autor de la tesi.

l'Europa d'aquella època, no és agosarat afirmar que sent-ho d'Europa ho va ser del món.

El Dr. Camps i Clemente, metge d'Alcarràs de gairebé tota la vida, esglaió d'una extensa nissaga de metges, ha après l'ofici d'historiador per entendre els vells llibres i pergamins amb la seva complicada i difícil lletra antiga, agreujada en molts casos pel mal estat de conservació dels documents. Amb el seu fill, el Dr. Manuel Camps i Surroca, han aportat dades bàsiques i de primera mà sobre l'estudi dels nostres arxius parroquials, en un llibre que ha aconseguit esdevenir clàssic i ha representat l'inici d'un seguit de publicacions de diferents autors, ja que fins avui s'han fet més de 40 tesis doctorals a Catalunya sobre aquest tema. En una altra línia de recerca, són importants els estudis que porten fets sobre les epidèmies de pesta que ha patit el nostre país. El Dr. Camps i Clemente té 10 llibres publicats i una vuitantena de treballs sobre diversos temes d'història de la medicina. L'any 1994 va ser nomenat acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. El 29 de juny de 1998 se li concedí el Premi Sant Jordi a la Trajectòria Professional en Medicina, en el decurs de la VI Festa de la Sanitat Catalana. Va ser president del X Congrés d'Història de la Medicina

Catalana, celebrat a Lleida i Alcarràs, l'octubre del mateix any.

Actualment, el Dr. Camps, per conèixer el nostre passat mèdic, continua la seva tasca investigadora resseguint incansablement els arxius de Catalunya.

Lliurament d'orles Curs 2000/01

L'acte de lliurament de les orles acadèmiques de la XIX promoció d'alumnes de la llicenciatura de medicina va celebrar-se el dia 15 de juny passat a la Seu Vella, amb el patrocinatge del Dr. Francesc Abel Fabre, president de l'Institut Borja de Bioètica, acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, doctor en medicina i cirurgia per la Universitat de Barcelona i llicenciat en teologia per la Universitat de Barcelona.

La Facultat de Medicina s'obre a l'estranger

Durant el curs 2000/01 s'han fet intercanvis d'estudiants de la Facultat de Medicina de Lleida amb estudiants de les universitats del Canadà, Zimbabue i d'universitats europees, dins el programa ERASMUS. La Facultat de Medicina de Lleida rebra el proper curs 2001/02, i dins el programa de mobilitat d'estudiants, quatre alumnes de Polònia i cinc alumnes de Mèxic. Dins del mateix programa d'intercanvi són vuit els alumnes de la Facultat de Medicina de Lleida que marxen fora.

Convenis

S'ha signat un conveni entre la Universitat de Lleida i la Universitat de Navarra, segons el qual alumnes de la Facultat de Navarra podran dur a terme pràctiques a la Facultat de Medicina de Lleida.

Pla Estratègic

La Facultat de Medicina va iniciar el dia 2 de juliol passat la redacció del seu

pla estratègic, que es preveu que s'hagi completat a finals d'any i que estigui configurat durant el primer decenni del 2000.

Aquest pla estratègic preveu un important esforç per a la modernització de la docència i inclou la introducció de problemes clínics, la integració de la ciència bàsica amb la clínica, l'avaluació de la competència en laboratoris d'habilitats, etc., així com un redimensionament dels recursos.

Moviment col·legial

Altes

Sandra Sans Forcada, nova

Maria Teresa Guilera Lladós, procedent de València

Lidia Sanz Borrell, procedent de Barcelona

Maria Carmen Rufas Ribas, procedent de Saragossa

Laura Mendibil Desouza, procedent de Girona

Begoña García González, procedent de Barcelona

Javier Rada Ramiro, procedent de Barcelona

M^a Concepción Fernández Milián, procedent de Saragossa

Yolanda Pascual Arrazola, nova

Montserrat Planella de Rubinal, procedent de Barcelona

Baixes
Miguel Álvarez Burgos, defunció

Victor Laforga Saurina, defunció

Canvis de situació
José Maria López Hueso, passa a col·legiat honorífic

Magin García Fillat, passa a col·legiat honorífic

Hermenegildo Greoles Balagué, passa a col·legiat honorífic

Jaume Ortonoves Gil, passa a col·legiat honorífic

Jaume Ortonoves Gil, passa a col·legiat honorífic

Sopar d'homenatge al

El Dr. Ernest Pérez Lladós saluda les persones que van assistir al sopar d'homenatge.



Unim esforços per multiplicar resultats.



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



www.echevarne.com
informacion@echevarne.com



Dr. Ernest Pérez Lladós

Unes 150 persones de l'àmbit sanitari, polític i social esperàvem l'Ernest Pérez Lladós el dia 15 de juny passat al pinar de Cal Nenet per fer-li un sopar d'homenatge amb motiu de la seva jubilació. Anàvem tots amagats darrere d'una careta que duia la fotografia de l'Ernest.

Quan ell va arribar al restaurant, un grup musical va dedicar-li la seva cançó favorita, "El camino verde", mentre ell caminava damunt una llarga catifa de color verd.

A l'acte hi va haver un espai per als parlaments, que li van dedicar a títol personal Maria Burgués, tinenta d'alcaldia de Lleida; Xavier Pomés, conseller d'Interior de la Generalitat de Catalunya; Ramon Vilalta, que presidia la Diputació de Lleida en el temps que l'Ernest va ser director mèdic de l'Hospital de Santa Maria, i Antoni Mateu, delegat autonòmic de Sanitat a Lleida.

Els companys van ser *Triana pura*



La festa, fotografiada per Marc Garrofé (La Mañana).

De totes maneres, el plat fort va ser la representació teatral que li van dedicar els seus companys de l'hospital, convertits per un dia en el grup Triana pura, que li van cantar una cançó amb lletra adaptada per a ell.

No hi va haver protocol, només molt d'afecte i un temps per als records –en un to simpàtic–, en especial d'Àger, dels seus començaments com a metge, de les seves especialitats, de les seves passions, dels seus plaers: és membre destacat de l'associació gastronòmica i cultural Amics del Bacallà, entre altres associacions, ...

Així, els assistents van demostrar que els quaranta anys de l'Ernest dedicats plenament a la professió –documentalista, uròleg, director mèdic de l'Hospital de Santa Maria– no han passat desapercibuts.

És difícil poder expressar en una nit l'agraïment a tota una vida dedicada als altres, però d'alguna manera això és el que es va pretendre, a més de tenir un record entranyable que va més enllà del final d'una etapa.

CLÍNICA MONTSERRAT



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



NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

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

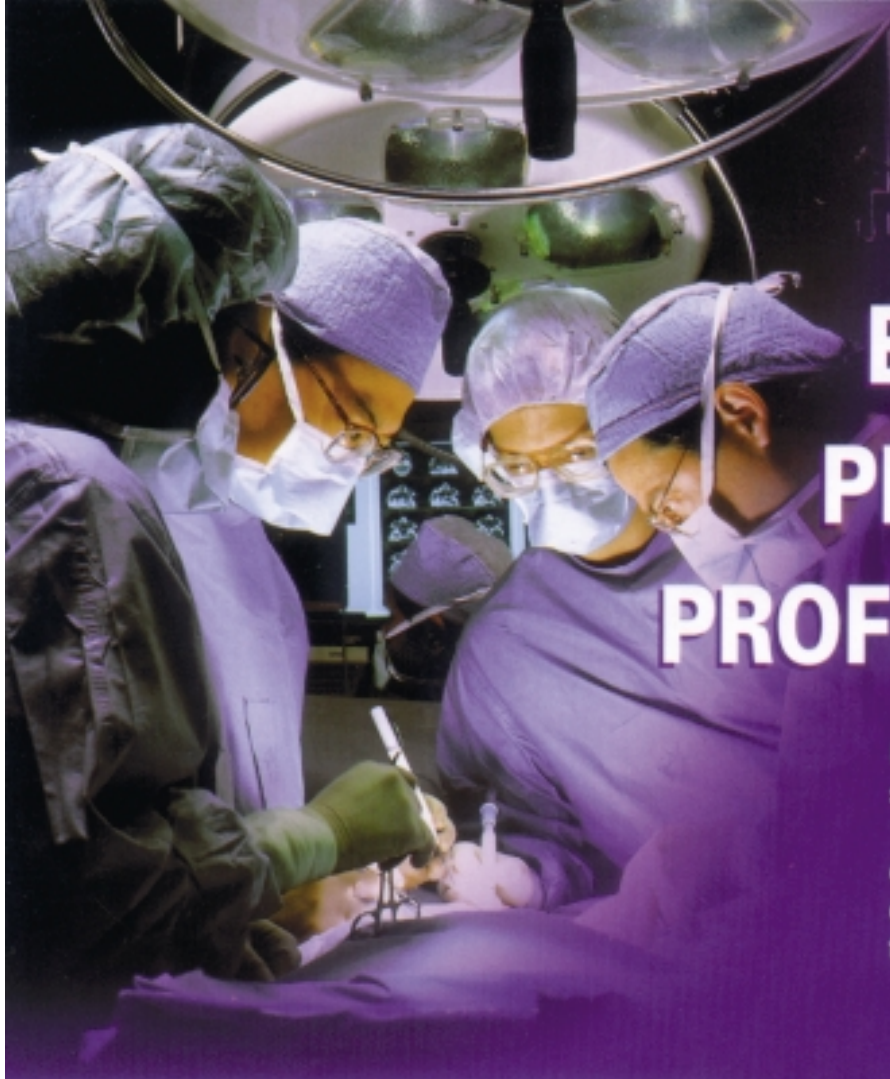
EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



HABITACIONS INDIVIDUALS

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





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



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som
eficaços

-  Lliure elecció d'especialistes i clíniques en quadre mèdic.
-  Les unitats de diagnòstic i de tractament més avançades.
-  Targeta Adeslas Or a cada assegurat per a una més gran rapidesa i seguretat.
-  Més de 25.000 professionals, de 220 clíniques i més de 144 punts d'Atenció al Client.

Servei d'Atenció
al Client 24 hores:

902 200 200
www.adeslas.es

DELEGACIÓ A LLEIDA

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

adeslas
ASSEGUANCES DE SALUT

