

B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 32 · Gener de 2002

**El correu electrònic
en la relació
metge/pacient**



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
ASSEGURANCES DE SALUT



BUTLLETÍ mèdic

Número 32, gener del 2002

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 Peñasal Pujol
Ferran Pifarré San Agustín
Joan Prat Corominas
Carles Roca Burillo
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 foliols van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen l'IVA del 16%

Medicina telemàtica

Les noves tecnologies han deixat de ser aquella ciència ficció que apareixia en els guions de Bradbury, Asimov i F. K. Dick, entre d'altres. Fins i tot, les persones més obstinades han assumit aquests *invents* i els han incorporat a la seva activitat diària, lúdica o professional. Així, l'ordinador personal i totes les tecnologies que s'han desenvolupat al seu entorn formen part de la nostra vida i són presents en el paisatge diari. Per tant, també s'ha incorporat en la medicina moderna l'ús de les modernes tecnologies en la seva pràctica, sobretot pel que fa a la diagnosi. Avui dia és inimaginable una medicina sense aquestes tecnologies.



S'ha produït, a més, un altre fenomen: la xarxa d'Internet està inundada d'informacions sobre temes de salut. Hi ha milers de webs penjades a la xarxa pels governs i les institucions sanitàries, pels professionals de la salut i per qual-sevol que creu que té quelcom a dir o interessos a defensar en aquest tema.

Internet i el correu electrònic són una important eina en la formació del metge i en la comunicació amb els companys de tot el món i amb els pacients. Els professionals sanitaris i les seves representacions (col·legis professionals) no poden viure-hi d'esquena, sinó que, al contrari, l'han de defensar, han de col·laborar en el seu desenvolupament i vetllar per la seva qualitat i autenticitat.

sumari

Conclusions dels debats del Fòrum d'Hospitals 2001

Drs. Joan Flores, Xavier Galindo, Xavier Cabré i Dra. Teresa Puig
PÀGINA 4

Proper lliurament del II Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari

PÀGINA 28



Conclusions dels debats

Butlletí Mèdic recull en aquest número les conclusions de les quatre taules rodones del Fòrum d'Hospitals 2001 que, organitzat pel COML, va celebrar-se el mes de novembre passat a la seu col·legial de Lleida. Els autors d'aquests quatre resums són els mateixos professionals que van moderar els diferents debats.

Gestió hospitalària, satisfacció mèdica?

El sistema sanitari desenvolupat fins ara no val per garantir una cobertura universal per mitjà d'uns recursos limitats, que s'enfronten amb una demanda creixent i amb l'augment de costos de les noves tecnologies, entre altres aspectes. Per tant, s'han de cercar noves fórmules de gestió en les quals participin els metges per aconseguir: hospitals competitius, amb bona capacitat d'organització i adaptació als canvis per ajustar-se a les necessitats reals (potenciar àrees més freqüentades, reordenar-les, etc.), on treballin uns professionals incentivats i motivats.

En aquest sentit apunten les conclusions d'aquesta taula rodona:

1. Els gestors han de cercar noves línies de participació i d'apropament dels professionals als llocs de decisió, perquè el metge té el dret i l'obligació de prendre part en la presa de decisions i en la gestió hospitalària.

Així mateix, quan la gestió correspon al cap de servei, és important que impliqui tot el personal d'aquest servei per motivar-lo a participar en la gestió diària i en la planificació futura.

2. L'administració i els gestors hospitalaris han de proporcionar eines als professionals mèdics perquè superin la seva manca de formació en el terreny de la gestió (cursos de formació) i estiguin capacitats per desenvolupar, també, aquesta tasca.

Per portar això a terme, cal que

la part assistencial i la gerencial treballin de forma integrada, en lloc de fer-ho enfrontats. Els organismes de representació dels metges (junttes i comissions clíniques) han de representar-los realment i convindria redefinir el seu rol.

3. Els metges han d'adoptar actituds positives envers el nou sistema que es proposa i acceptar el risc que comporta.

L'hospital clàssic ha passat o ha de passar a la història a curt termini. I cal suplir l'insuficient finançament mitjançant fórmules conegudes o noves, però que comptin amb el suport del metge per obtenir més recursos i mantenir la qualitat.

Dr. Joan Flores

Sistemes retributius i carrera professional

Atès que la salut és un bé de consum, cal fomentar la competència dels professionals mitjançant un sistema d'acreditació universal, que podria ser la carrera professional. Això ha d'acompanyar-se d'un sistema de retribucions modern, basat en la qualitat de l'assistència, on es valorin altres incentius per als professionals mèdics.

Per tant, les conclusions del debat sorgit en aquesta taula rodona van ser les següents:

1. La carrera professional és un sistema de millora qualitativa (reconeixement) del professional més que un simple incentiu econòmic.

2. Es planteja un sistema de retribució diferent al que coneixem, que es basa en la qualitat de l'assistència i en la implicació par-

ticipativa del professional mèdic.

3. Hi ha altres incentius i sistemes de reconeixement per al metge d'hospital, no tan sols els habituals.

4. Es planteja la necessitat que els centres i les institucions vetllin per l'acreditació i la qualificació dels professionals.

5. El metge ben format és més

eficient. Per això cal institucionalitzar la formació continuada i plantejar la necessitat de generalitzar les avaluacions.

6. Tots aquests punts són extremadament complexos si els professionals no tenim un marc laboral estable.

Dr. Xavier Galindo

La urgència hospitalària a Lleida, present i futur

1. Cal establir un marc comú bàsic per als serveis d'urgències hospitalàries, que en reguli l'estructuració, física i organitzativa, el perfil dels professionals que hi

han de treballar i les seves funcions.

2. Cal equiparar els metges que treballen en els serveis d'urgències amb els professionals de la resta dels serveis hospitalaris. Això implica estabilitat contractual, jerarquització i participació en un programa de carrera professional quan aquest s'estableixi.

3. Cal reestructurar la docència de pre i postgrau que s'imparteix en els serveis d'urgències, de manera que es desenvolupi d'acord amb un programa preestablert d'objectius que cal assolir. Els residents han de col·laborar en l'assistència sense constituir el gruix del personal de treball ni desenvolupar, per tant, funcions pròpies de l'*staff*.

4. L'establiment de la medicina d'urgències, com a especialitat mèdica estructurada, contribuiria a solucionar una bona part dels

problemes que actualment pateixen els serveis d'urgències i els professionals que hi treballen. Cal, per tant, treballar per aconseguir aquest objectiu.

Dr. Xavier Cabré

Confidencialitat i consentiment informat

1. Confidencialitat

La confidencialitat, que és un dret del pacient, és imprescindible per a una bona relació metge-pacient. Aquesta és difícil de preservar en el marc actual de la medicina per la intervenció de molts especialistes mèdics, la col·laboració d'altres professionals i la informatització de la història



El fòrum va celebrar-se a la sala d'actes del Col·legi Oficial de Metges de Lleida

clínica. Entre les exposicions del Dr. Viñas i del Dr. Morlans i la corresponent discussió amb els metges assistents, es conclou amb els següents punts:

a- Quant a la confidencialitat i el treball en equip:

- El metge és el principal responsable de mantenir el secret professional.

- Les institucions sanitàries tenen el deure d'afavorir unes condicions adequades perquè el metge pugui garantir aquesta confidencialitat. Això, tot facilitant la formació del personal sanitari en aquests temes i creant els comitès d'ètica als hospitals.

b- Quant a la confidencialitat i la informatització de la història clínica:

- L'accés del personal sanitari a la història clínica s'ha de restringir i només les persones autoritzades hi poden accedir.

- L'accés del personal sanitari a la història clínica s'ha de regular:

- Definint quines persones hi poden accedir.

- establint els procediments per fer-ho (codis).

- concretant el nivell d'accés (a tota la història, a les dades administratives...).

- La informatització és complexa, però hi ha mecanismes per preservar la confidencialitat. Si el procediment es fa correctament,

fins i tot es pot millorar la confidencialitat. Per exemple, evitant que personal de l'hospital no sanitari disposi de les dades mèdiques, que en la història convencional estan més a l'abast.

2. Informació al pacient i accés d'aquesta a la seva història clínica
Un cop la Dra. Naval va definir les característiques de la informació que el pacient ha de rebre i la Dra. Pérez va parlar sobre el dret del pacient a disposar de la seva pròpia història clínica, els assistents van debatre el tema conclouent que:

- El pacient ha d'ésser informat amb unes condicions adequades de lloc i durada.

- La informació ha d'ésser donada per un metge preparat i preferentment amb experiència.

- La informació ha de ser comprensible, verídica i progressiva.

- S'ha d'informar tant al malalt com a la família, de la manera més adequada en cada cas.

És molt important la figura d'un metge responsable de cada pacient, identificat nominalment per ell, que serà l'encarregat d'informar.

És recomanable promoure la formació dels alumnes de medicina i dels MIR en els aspectes de relació amb els malalts i, concretament, en com han d'informar.

El pacient té actualment el dret

legal d'accedir a la seva història que queda reflectit i especificat a la recent Llei 21/2000, de 29 de desembre de 2000, del Parlament de Catalunya

3. Consentiment informat

El pacient té el dret ètic i legal d'autoritzar o denegar un determinat procediment diagnòstic o terapèutic, i aquest dret es plasma en el consentiment informat que, un cop analitzat pel Dr. Pallissó i per la Dra. Pérez i discutit abundantment pels assistents, permet arribar a les següents conclusions:

- El consentiment del pacient ha de ser sempre precedit d'una correcta informació del procediment que s'ha de seguir, perquè el malalt pugui decidir amb bon criteri sobre la conveniència de dur-lo a terme.

- S'ha de demanar el consentiment en un document escrit, que sigui clar, comprensible i amb suficient informació sobre el procediment que es proposa.

També es considera que el moment de demanar-lo és, justament, aquell en què al pacient se li proposa el procediment.

Els aspectes jurídics del consentiment informat són recollits a la Llei 21/2000 esmentada anteriorment.

Dra. Teresa Puig

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



Imatge dels ponents d'una de les taules rodones del Fòrum d'Hospitals



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

Documentació mèdica i medicina basada en l'evidència

D'un temps ençà, s'observa l'aparició de nous conceptes no estrictament mèdics dins el món sanitari –bases de dades bibliogràfiques, revisió sistemàtica, metaanàlisi, evidència científica, entre d'altres– i l'especialització de conceptes ja existents. Així, doncs, termes com eficàcia, efectivitat o eficiència queden del tot diferenciats.

Dr. Jaume March, Dr. José Javier Trujillano i Dr. Albert Sorribas ·
Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques. Facultat de Medicina de Lleida

Actualment, termes com eficàcia, efectivitat o eficiència, que abans podien ser considerats quasi sinònims, ara queden del tot diferenciats (taula 1). En l'àmbit universitari, aquestes incorporacions terminològiques coincideixen amb la inclusió, dins els plans d'estudi de la llicenciatura de medicina, d'una nova disciplina anomenada documentació mèdica. Aquests dos fets, tot i semblar irrelevants, són manifestacions d'un canvi paradigmàtic en el món de la medicina, provocat bàsicament pel gran avenç esdevingut en les tècniques de la informació.

Essent conscients del fenomen, a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida es va introduir decididament la documentació mèdica com a assignatura troncal, ara fa 8 anys, tot i les limitacions existents. Per exemple, les pràctiques de consulta de bases de dades bibliogràfiques, que ara semblen tan senzilles, es duen a terme amb grups d'estudiants dempeus davant d'un ordinador situat dins la biblioteca i parlant fluix per no molestar.

Millora de les condicions

Any rere any, però, han millorat molt les condicions, fins al dia d'avui en què es disposa d'un ordinador per alumne, connexió a diverses bases de dades i accés *on-line* a moltes revistes científiques.

Destaquem aquest fet perquè és fàcil de comprovar que en algunes universitats encara no s'ha introduït aquesta disciplina o bé que en altres ho fan d'una forma molt més reduïda.

Evidentment, la majoria de professionals sanitaris en actiu no han viscut aquest canvi en l'àmbit acadèmic, sinó

que ha calgut que s'actualitzessin de forma paral·lela a la seva tasca assistencial. Així, doncs, en el món clínic ha calgut que algú s'encarregués de la divulgació d'aquesta disciplina dins la professió mèdica.

Ens referim a un ampli ventall d'organismes i institucions com la Col·laboració Cochrane¹ –potser el més conegut–, passant per noves revistes aparegudes relacionades amb el tema o publicacions promogudes des de la indústria farmacèutica, fins als mateixos col·legis oficials de metges i acadèmies², encarregats de promoure el debat entre els seus membres mitjançant tot tipus d'activitats.

Documentació mèdica

Tot i no ser rellevant, sí que hi ha hagut, però, una diferència entre el món acadèmic i el professional a l'hora d'anomenar aquesta disciplina.

Així, doncs, el que hem anomenat fins ara documentació mèdica rep també el nom de medicina basada en l'evidència³⁻⁸ –terme que correspon a la traducció literal de l'anglès–, en què

evidence no té exactament el mateix significat que evidència. Per la qual cosa, creiem que seria millor utilitzar un altre terme que no impliqués, erròniament, l'existència de dues medicines, de les quals només una està basada en evidències.

Ara bé, sigui quin sigui el nom que utilitzem, el pas decisiu cap a una medicina basada en l'evidència científica no serà el correcte si no es fa prèviament una anàlisi profunda de la realitat mèdica.

Aquesta anàlisi ha de permetre establir clarament com s'han d'aplicar aquests procediments inclosos dins la documentació mèdica i com s'han de combinar amb l'assistència als malalts. D'aquesta manera s'aconsegueix que la tasca assistencial no es vegi perjudicada o que la medicina basada en l'evidència hagi estat només una moda.

Aspectes que dificulten l'accés i l'avaluació de l'evidència científica

D'una forma resumida podem dir que en aquesta etapa de la medicina on s'està veient com els llibres han deixat de ser la principal font d'informació i que les revistes apareixen cada cop més copiosament i en format digital, cal la col·laboració de tots els estaments implicats per tal d'identificar i solucionar els aspectes concrets que impedeixen que els professionals de la medicina accedeixin i avaluïn les evidències científiques correctament. Entre aquests aspectes cal destacar els següents:

- Les evidències no sempre estan publicades. Per tant, sovint recórrer als instruments més accessibles, com ara al MEDLINE, com a única font d'informació, pot suposar un biaix de publicació.
 - Cal combinar els resultats de la cerca bibliogràfica mitjançant les tècniques de metaanàlisi, ja que els diferents estudis no proporcionaran resultats coincidents, sinó que caldrà decidir quina és la millor conclusió a què es pot arribar.
 - Les tècniques de recuperació i la indexació de les bases de dades no són tasques intuïtives ni segueixen uns estàndards clars, a més, canvien ràpidament segons els programes informàtics que les suporten.
 - No hi ha temps suficient. Es calcula que en el millor dels casos fa falta una hora diària per satisfer les necessitats d'informació d'un metge, temps del qual no disposa ni en l'actualitat ni sembla ser que en un futur immediat.
 - Dins d'un conjunt d'altres aspectes més concrets que poden tenir una solució més immediata, caldrà destacar els problemes idiomàtics i la falta de coneixements sobre metodologia experimental i d'integració de resultats experimentals.
- A partir de la situació actual es fa

- ◆ *Determinades publicacions proposen la figura de l'informacionista perquè doni informació sobre els serveis*
- ◆ *Es fa, però, difícil predir com es desenvoluparà la documentació mèdica*

molt difícil predir com es desenvoluparà la documentació mèdica. El que sembla clar és que les institucions com la Col·laboració Cochrane han d'evolucionar i créixer molt perquè els seus Grups de Revisió puguin revisar, i fer-ho a temps, la totalitat de temes mèdics que necessiten algun tipus d'actualització.

És per aquest motiu que determinades publicacions científiques, com ara l'editorial d'*Annals of internal medicine*⁹, proposen la figura de l'*informacionista* (traduint literalment el terme) com la persona que ha de solucionar les necessitats d'informació en un determinat servei assistencial (hospital, CAP...) ja que cercar, avaluar i sintetitzar la informació és una feina especialitzada que requereix coneixements de documentació mèdica pel que fa a:

- Canals de distribució de la informació.
 - Bibliometria (com ara factors d'impacte, immediatesa, vida mitjana).
 - Metodologia científica.
 - Metaanàlisi (anàlisi estadística implicada en les revisions sistemàtiques).
 - Informàtica mèdica.
- En definitiva, ens trobem immersos en un procés de canvi que cal afrontar,

tenint molt clar, però, que el que s'ha comentat fins ara no resta importància al conjunt de coneixements adquirits acadèmicament i en la pràctica diària que formen *la Medicina*. Ben al contrari, ningú que hagi entès el que implica aquest canvi paradigmàtic no pot imaginar-se persones alienes a la medicina generant guies de pràctica clínica o fent una revisió sistemàtica, per molt assessorament mèdic que rebin. Però sí que els és fàcil imaginar un grup d'experts en medicina fent revisions per temes, assessorats pels qui coneixen el món de la documentació mèdica.

Col·laboració en les diferents iniciatives

I és així, des d'aquesta manera d'entendre la situació actual en medicina, que oferim la nostra col·laboració en les diferents iniciatives que des del col·lectiu mèdic es puguin endegar. Iniciatives que actualment obliguen a entrar en aquest món –a cavall entre la medicina i les noves tecnologies– anomenat documentació mèdica, i que és un dels pilars en què es fonamenta la medicina basada en evidències científiques.

Bibliografia

1. Bonfill, X. *La Colaboración Cochrane*. Jano 1997;52(1024):63-5.
2. Aymerich, M.; Jovell, A.; Estrada, M.D. "Revisió sistemàtica de l'evidència científica". A: *Evidència científica i presa de decisions en sanitat* (Monografies mèdiques, 10). Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona; 1999.
3. Sackett, DL; Haynes, RB; Guyatt, GH, et al. *Clinical Epidemiology. A basic science for clinical medicine*. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company; 1991.
4. Sackett, DL; Richardson, WS; Rosenberg, W; Haynes, RB. *Medicina basada en la evidencia*. Madrid, Churchill Livingstone; 1997.
5. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based

6. Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
7. Rosenberg, W; Donald, A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ* 1995;310:1122-6.
8. Sackett, DL; Rosenberg, W; Muir, JA; Haynes, RB; Richardson, WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
9. Guerra Romero, L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la pràctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107: 377-82.
10. Editorial. *Annals of internal medicine* 2000; 132: 996-998.
11. Sweeney, K. How can evidence-based medicine help patients in general practice? *Fam Pract* 1996; 13: 489-90.

◆ *Documentació mèdica és una assignatura troncal a la UdL des de fa 8 anys*

Taula 1

EFICÀCIA	EFFECTIVITAT	EFICIÈNCIA
Probabilitat d'obtenir un benefici, en una població definida, en aplicar un procediment mèdic en condicions ideals d'actuació.	Probabilitat d'obtenir un benefici, en una població definida, en aplicar un procediment mèdic en condicions reals d'aplicació.	Relació entre els beneficis (efectivitat) i els costos d'un determinat procediment.

Exemple

Malgrat que la medicació antihipertensiva presenta una eficàcia inferior que la del tractament de la tuberculosi, un major encert diagnòstic i un compliment superior del tractament, provoquen una efectivitat major.

	EFICÀCIA	EFFECTIVITAT
Medicació antihipertensiva	76%	28%
Tractament de la tuberculosi	95%	3,8%

Correspondencia electrónica médico-paciente

El uso y la popularización de las redes electrónicas han abierto nuevas posibilidades a la telemedicina, puesto que permiten la comunicación a distancia entre el médico y el paciente, el tratamiento y la realización del control pertinente. El correo electrónico puede ser una herramienta de trabajo muy útil en esa comunicación, siempre que se use como ayuda complementaria y, en ningún caso, sustituya la comunicación directa.

El profesional sanitario se encuentra cada vez con mayor frecuencia con requerimientos, a través del correo, que le piden opinión y alguna opción terapéutica. Evidentemente, esta nueva comunicación precisaba una regulación seria y rigurosa. Por este motivo, el Comité Permanente de Médicos Europeos ha elaborado y difundido unas directrices éticas sobre la práctica de la telemedicina (CP 1999/33).

El objetivo de estas directrices es dar consejos prácticos a los médicos que empiezen a usar este sistema y crear marcos de referencia para la comunicación mediante el correo electrónico con sus pacientes y con el resto del personal sanitario.

Estas directrices crean, en el marco de la correspondencia electrónica, un código de conducta básico, que ayuda al médico y a los demás profesionales que utilizan la telemedicina a garantizar la calidad de la asistencia y le proporciona una sólida base ética.

A pesar de ello, el uso del correo electrónico en la asistencia puede comportar una serie de beneficios y también unos riesgos que, seguidamente, resumo.

Beneficios

1.-El correo electrónico es un medio de comunicación rápido y barato, que no está sometido a la tiranía del tiempo ordinario, por lo cual deja al médico y al paciente tiempo suficiente para reflexionar y para estudiar la petición y la respuesta. Por ello, se recomienda utilizar este tipo de comunicación en lugar de los mensajes instantáneos (*chat, neetmeeting*, etc).

2.-Al transmitir un documento, queda constancia escrita para el paciente y, en consecuencia, es difícil que se olvide del consejo del médico o de otro profesional sanitario. También queda constancia por escrito en la copia para el médico, hecho que le da seguridad desde el punto de vista jurídico en caso necesario.

Riesgos

1.-Interrupción del correo con el consiguiente problema de relación entre las dos partes.

La interrupción, que puede ser pasajera o más duradera, puede angustiar al paciente.

2.-Falta de integridad.

3.-Desaparición o alteración de los datos debido a un fallo electrónico o a un virus informático

4.-Mala o nula identificación de los interlocutores, ya que alguien puede suplantar a cualquiera de las dos partes..

5.-Fallos en la confidencialidad si alguien ajeno al proceso lograra entrar en los archivos del profesional sanitario.

6.-Insuficiente o nula cobertura del



Web del Comité Permanente de Médicos Europeos

◆ **Directrices éticas para la práctica de la telemedicina de los médicos europeos**

◆ **El médico debe sopesar con el paciente los beneficios y los riesgos de esta comunicación**

◆ **Es importante que las condiciones se pacten por escrito**

seguro de responsabilidad civil.

7.-Problemas relacionados con el ejercicio de la medicina fuera de las propias fronteras, especialmente en lo que se refiere a jurisprudencia, colegiación, indemnizaciones, etc.

Usos aconsejables y desaconsejables

Por lo tanto, de acuerdo con los beneficios y riesgos citados, se aconseja utilizar el correo electrónico para comunicar los resultados de laboratorio u otras mediciones específicas, para seguir las enfermedades crónicas o para cambiar los tratamientos en dichas enfermedades (hipertensión, diabetes, asma, insuficiencia renal crónica) y para asesorar sobre enfermedades o estados no agudos y sobre cualquier actividad que se relacione con la promoción de la salud.

Nunca debería usarse el correo electrónico para buscar ayuda por parte del enfermo o darla por parte del profesional en casos de emergencia o que necesiten tratamiento urgente (crisis asmáticas, descompensación diabética, crisis hipertensivas...). Siempre deben evitarse mensajes sobre temas especialmente personales o confidenciales.

Siempre que el médico decida entrar en el mundo de la correspondencia electrónica debe de sopesar con el

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

paciente los beneficios y los riesgos y acordar con él las condiciones, los aspectos técnicos, las condiciones de seguridad y las cuestiones se pueden tratar por este medio.

Es importante que tanto el médico como el paciente tengan por escrito estas condiciones sobretodo para evitar futuros problemas.

Equipamiento necesario

Tener un *hardware* (PC, módem, etc), un *software* (programas, por ejemplo, Outlook Express, antivirus) y unas redes que cumplan con los requisitos de funcionamiento y fiabilidad establecidos.

Tanto el *hardware* como el *software* deben actualizarse periódicamente, especialmente el antivirus. Con respecto al *software*, lo más importante es elegir un programa que confirme la recepción del mensaje, que utilice técnicas de encriptación de los mensajes y que disponga, además, de control de auditoría.

El médico, a parte de tener los medios técnicos necesarios, debe disponer de tiempo suficiente, dominar el medio y disfrutar de unas condiciones de trabajo que le permitan desarrollarlo a la perfección.

El médico debe de informar a su paciente del tiempo de respuesta aproximado y cumplir con este requisito siempre.

En caso de que no esté localizable, deberá informar al paciente y, si durante este tiempo le sustituye otro profesional, deberá comunicarlo al paciente, que tendrá que dar su consentimiento.

Como consecuencia de un proceso médico, se debe hacer un resumen del proceso (Epicrisis) y enviarlo al paciente, ya sea en formato electrónico o por correo, según acuerden las dos partes.

La correspondencia entre el médico y el paciente forma parte de su historial médico (1), que posee importancia jurídica y debe procesarse según las normas en vigor sobre custodia de historias médicas. Esta documentación es, por tanto, confidencial y el médico debe guardar esta confidencialidad.

Preservar la confidencialidad

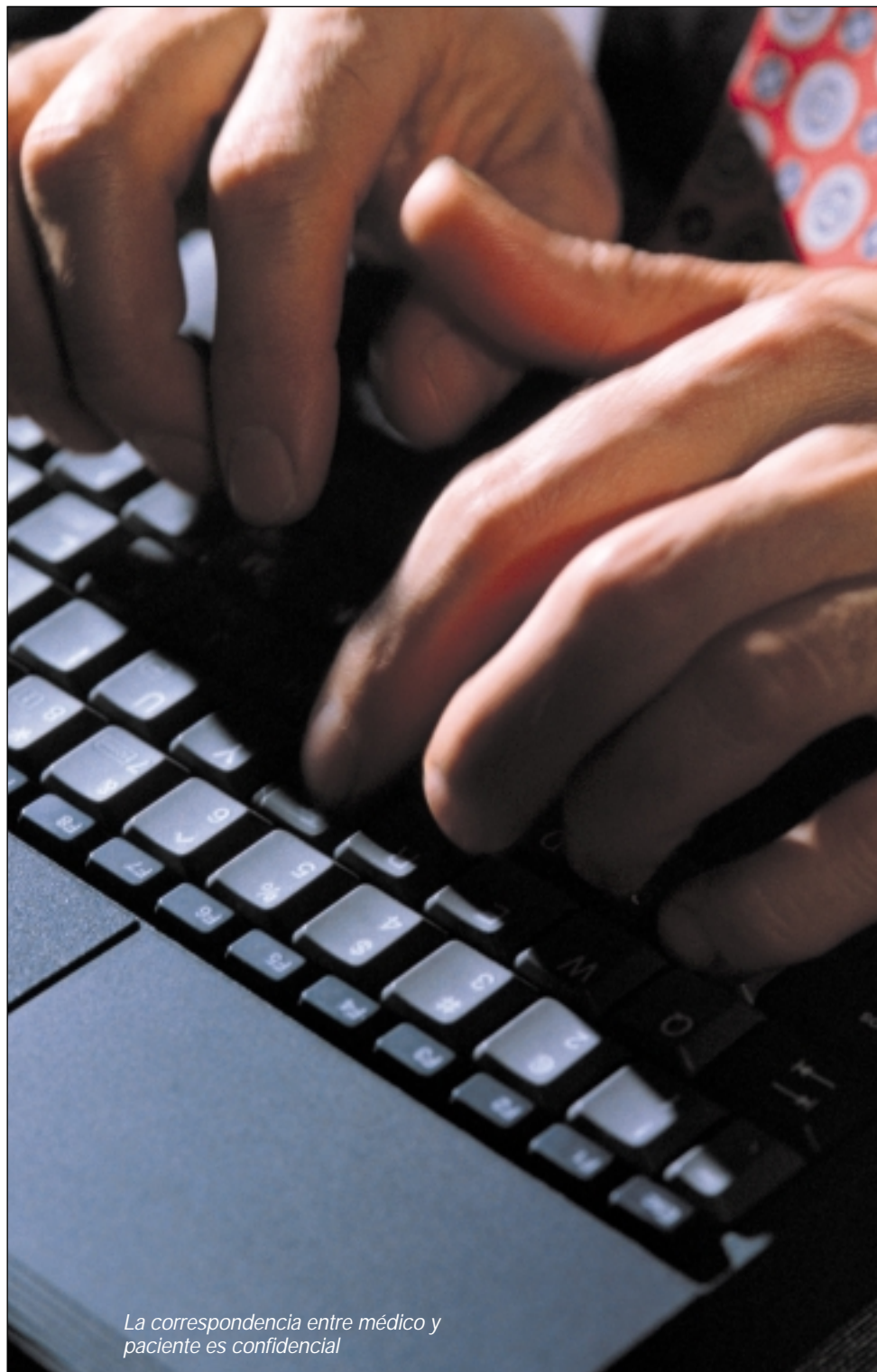
Las normas básicas para preservar la confidencialidad son las siguientes:

- El ordenador que se utilice dispondrá de *password* o contraseña.
- El nombre del usuario y el password sólo los conocerá el médico.
- Si el médico abandona la habitación, deberá cerrar el programa protegido por esa contraseña.
- El servidor debe dar garantías de seguridad a las dos partes.

No obstante, es importante que las



El médico debe informar al paciente del tiempo de respuesta aproximado



La correspondencia entre médico y paciente es confidencial

webcam (imagen a través de una cámara de televisión colocada en la habitación del ordenador y asociada a él).

En caso de existir la mínima duda sobre la seguridad de esta relación médico-paciente, se recomienda interrumpir la comunicación electrónica.

Como en cualquier tipo de comunicación con sus pacientes, el médico debe evitar cualquier malentendido, procurando utilizar frases cortas y claras y un tono neutral y eludir el lenguaje excesivamente técnico.

Es aconsejable utilizar, siempre que sea posible, la zona reservada para el "asunto" del mensaje para indicar el tema y colocar la respuesta encima del mensaje anterior ("responder al remitente").

Datos del médico

En el mensaje enviado por el médico deberá constar la siguiente información:

- Nombre y número de colegiado
- Detalles del lugar de ejercicio (dirección, tel., fax, etc.)
- Forma de conseguir una consulta no electrónica.

Datos del enfermo

En el mensaje del enfermo deberá contar:

- Nombre completo y fecha de nacimiento
- Identificación jurídica (DNI, NIF, etc.)
- Dirección y datos de contacto (teléfono, fax, etc.)
- Toda la información que el paciente considere relevante.

La correspondencia y la relación por correo electrónico debe de llevarse como cualquiera de las otras formas de relación profesional a efectos de reembolso. Por lo tanto, se puede confeccionar una factura utilizando medios electrónicos o de cualquier otro tipo, siempre de acuerdo con el enfermo y con la legislación vigente y las normativas nacionales.

Es conveniente que el médico informe previamente al paciente de los gastos y de la forma de reembolsarlos.

Cualquier profesional sanitario sabe que están al orden del día las consultas por teléfono, en el restaurante, en el ascensor con los vecinos... El correo electrónico es un tipo de relación más profesional que, a diferencia de las anteriormente nombradas, deja constancia por escrito.

◆ **En caso de existir la mínima duda sobre seguridad, se debe interrumpir la comunicación**

VE DE LA PÁGINA ANTERIOR

dos partes conozcan que el correo electrónico no es totalmente seguro y que determinadas personas o programas pueden entrar a través del correo en los ordenadores y conseguir la información acumulada en ellos o causarles diversos daños (borrar información o alterarla), como es el caso de los *hackers* (piratas informáticos) o de los virus informáticos.

Recordemos que una juez de Lleida ha condenado recientemente a un *hacker* por entrar en los archivos de un servidor de esta ciudad de forma ilegal.

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 MNCB
- Orfenesa MNCB
- Vida Estalvi MNCB
- Jubilació MNCB
- 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

Origen i evolució del pronòstic de les lesions

Si bé el comunicat de sanitat constitueix el document bàsic que s'escriu a posteriori, un cop acabada la curació de les lesions, i que conté totes les dades de caràcter mèdic que serviran de fonament per establir la pena de l'agressor i la indemnització

del lesionat, ara estudiarem amb visió històrica el document que precedeix l'anterior, és a dir, el que es redacta a priori, acte seguit de produïdes les lesions, sense esperar que es curin i que es coneix tradicionalment per *comunicat inicial de lesions*.

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

La funció d'aquest document ha estat molt important en el decurs del temps per dos motius. Primer, ja en el segle XIV el pronòstic *quo ad vitam* de les lesions, i molt més tard, a partir del XIX el seu pronòstic cronològic, han estat els criteris principals emprats pels jutges per enquadrar i iniciar el fet com a delictes o falta; i per decidir també amb caràcter d'urgència les mesures cautelars que cal prendre respecte de l'autor. Per altra banda, aquest document constitueix moltes vegades la primera notícia de l'existència d'un delictes, i per això era en realitat el que n'iniciava la persecució. En l'actualitat segueix vigent aquesta funció de denúncia, si tenim en compte que la Llei d'enjudiciament criminal en el seu article 355 obliga els metges a comunicar al jutge les lesions observades en el seu exercici.

En canvi, han perdut valor els pronòstics *quo ad vitam* i cronològic tradicionals, si tenim en compte que el contingut dels articles 147.1 i 617.1 del codi penal vigent a partir de la reforma de 1989 permeten inferir una primera o inicial classificació penal de les lesions, atenent dos paràmetres –*primera assistència i tractament mèdic o quirúrgic*– que no tenen res a veure amb aquests dos tipus de pronòstic tradicionals. En efecte, el codi diu que si per curar-se el lesionat és suficient el reconeixement mèdic propi de la primera assistència, la lesió constituirà una falta; i si necessita, objectivament, tractament mèdic o quirúrgic a més d'una primera assistència, serà delictes. Per això, l'antic costum dels metges d'expressar un pronòstic a través del comunicat inicial de lesions, és actualment antiquat.

Però com que en el fons el significat del comunicat inicial de lesions segueix essent el mateix de sempre, és a dir, reflectir en termes mèdics aquesta primera o inicial classificació penal de les lesions, els metges hi han

de fer constar, en lloc del pronòstic clàssic, la naturalesa de les lesions i el tractament prescrit per a la seva guarició. Seran després els criteris jurisprudencials els que decidiran si aquesta prescripció té o no la suficient categoria o qualitat per considerar el fet com a delictes o bé constituir simplement una falta. És segur que un tractament mèdic ho serà també jurídic si, d'acord amb la ciència actual, és imprescindible per produir-se la curació. En canvi, podrà ser discutible aquesta asserció si en lloc d'imprescindible és solament necessari o aconsellable (un tractament complementari per ajudar a la guarició, per exemple).

Amb això, creiem que el legislador ha volgut fugir de la rigidesa que comportava decidir la qualificació penal de les lesions segons els dies exactes que tardessin a curar; exactitud, per altra banda, que no s'avé amb la ciència mèdica, que és per essència inexacta. El criteri actual, que considerem més flexible, permet la discussió prèvia abans d'arribar a la conclusió, i s'adapta millor a la tendència actual de la política criminal.

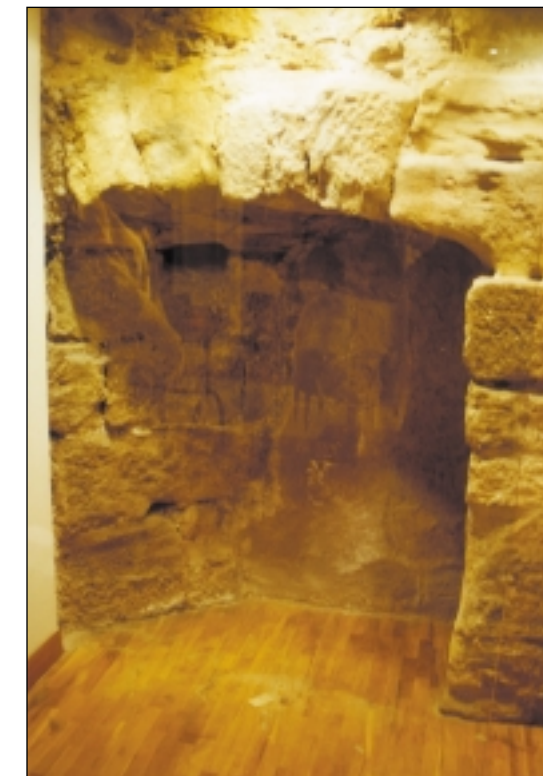
... • ...

La investigació històrica ens ha permès veure que la gravetat immediata de les lesions ha estat el criteri més antic utilitzat pels tribunals de justícia per procedir en el terreny penal d'aquesta matèria. La determinació de la gravetat era sol·licitada als cirurgians, els quals emetien el seu criteri mitjançant la corresponent *declaració oral* davant el tribunal, atenent-se sobretot al pronòstic *quo ad vitam* de la lesió observada. Amb el pas del temps, aquest procediment es va fer obligatori, sense la necessitat del requeriment previ, tot i que fins ara no hem pogut documentar encara l'època concreta en què va néixer aquest deure en el nostre àmbit d'estudi.

En un camp diferent, el de la higiene pública, també s'obligà els metges a denunciar sense requeriment previ en el cas de les malalties transmissibles. Les *ordinacions municipals* imposaven l'obligació de denúncia dels casos de pesta. Per exemple, a la població de Tàrraga, afectada per l'epidèmia el mes de febrer de 1441, les autoritats van prohibir l'acolliment d'empestats forans –moros, cristians o jueus– per part, sobretot, dels hostalers, hostaleres, metges i especiers. A més, en el cas d'albergar forasters aparentment sans, als quals brotès després la malaltia mentre estiguessin aixoplugats en les seves cases, ho havien de denunciar al *batlle*, sota la pena de X lliures¹.

Durant els últims brots pestífers del segle XV, concretament a Cervera l'any 1497, s'afegí a l'obligació de denúncia la urgència d'aquesta, de manera que es va prohibir als metges i cirurgians sortir de la ciutat per visitar empestats sense la llicència dels *paers*, i se'ls obligà també a denunciar els casos de malaltia que observessin a l'interior de la ciutat, en el termini de tres hores després d'haver-ne tingut coneixement, tanmateix sota la pena de X lliures².

Però diem que no disposem de dades documentals que ens marquin l'inici de l'obligació de denúncia en el camp judicial, almenys abans del segle XIX. Sabem, però, que els cirurgians eren requerits com a pèrits pels tribunals de justícia, encara que també podien sol·licitar la seva intervenció el mateix lesionat, els seus familiars i amics, o els familiars i amics de l'acusat de les lesions. Ho hem observat en un procés de l'any 1331 a la ciutat de Lleida, on en aquella època ja era un costum antic de la *Paheria* trametre un cirurgià acompanyat d'un testimoni a la casa del lesionat, amb la missió concreta d'explorar-lo i d'informar sobre el pronòstic *quo ad vitam* de les lesions.



A l'esquerra, porta d'entrada de la muralla d'Estadilla. A la dreta, restes de l'antiga muralla on, segons Lladonosa, estava situat el cementiri dels sarraïns. Aquestes restes es troben actualment dins d'un establiment comercial del carrer de Sant Antoni de Lleida

Aquest ús, reconèixer en la seva pròpia casa el lesionat en presència d'un testimoni, devia ser més freqüent quan la sol·licitud al tribunal la feien els familiars i amics de l'acusat de les lesions, amb la finalitat de poder-ne demostrar la bona evolució i amb això aconseguir la sortida de la presó de l'acusat³.

En aquest terreny del peritatge de lesions causades en persones vives, hem de dir que en ocasions, sobretot quan es tractava d'un detingut corria

pressa, es recorria a personal no sanitari pertanyent al mateix tribunal de justícia. El primer cas l'hem observat a Lleida l'any 1319, arran de les lesions que sofrí durant la baralla l'acusat de l'homicidi que donà lloc a la investigació criminal, el qual fou detingut i en el mateix moment de la captura reconegut per un *paer* acompanyat del delator del fet. El relat de les lesions, inclòs entre les ratlles de lletres del document, fou molt escarrit i merament des-

cripiu sobre les *nafres* i la seva localització (braç esquerre i...). L'acusat fou després condemnat a mort per penjament a la forca⁴.

En canvi, les declaracions dutes a terme pels cirurgians en aquella època primerenca del peritatge, quan del que es tractava era de fer un pronòstic *quo ad vitam* de les lesions, eren en general breus però raonades. Aclarien les

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

complicacions de les ferides que podien posar o posaven de fet en perill de mort l'afectat (febre contínua, apostema o abscess, fistula, sortida de brach...), atès que aquest risc era en realitat el fet clínic que marcava la llei per qualificar la gravetat penal de les nafres. El jutge preguntava sempre si el lesionat *ere en peryll o fora de peryll de mort per les nafres que li foren feytes*, ja que mentre durés aquest perill l'agressor era mantingut cautelament a la presó.

Però com veurem tot seguit, tant el concepte que es tenia de les lesions com la finalitat o tipus de pronòstic que feien els metges i cirurgians, han canviat a través dels temps.

... • ...

Creiem que les idees més antigues que es tenien de les lesions eren essencialment *localistes o topogràfiques*. Es consideraven alteracions externes d'origen violent, visibles a simple vista i localitzades en una determinada regió anatómica, encara que els autors afegien matisacions pròpies que no desvirtuen gens l'essència del concepte de lesió. Orfila (Maó, 1787 - París, 1853), per exemple, destacava el 1847 com a especial causa de les lesions, l'acció local produïda per l'aplicació d'un càustic⁵. Ramon Ferrer i Garcés (Aitona, 1803 - Barcelona, 1872), el mateix any indicava que la lesió local pot ser amb o sense solució de continuïtat⁶. Domingo Vidal i Abad (Vilaller, 1741 - Cadis, 1800), seguint Johannes Bohn (Leipzig, 1640 - 1718) –professor d'anatomia a Leipzig i autor que es distingí en medicina forense per la seva obra sobre les ferides mortals de necessitat, *De renuntiatione vulnerum* (1689)⁷–, indicava que no solament són lesions les solucions de continuïtat fresques i sagnants en les parts molles (toves), sinó també les de les parts dures i per tant les fractures, desllorigaments, contusions, compressions “y qualesquiera golpes capaces de perturbar las acciones vitales, animales y naturales”⁸. Pere Mata (Reus, 1811- Madrid, 1877), que deia el mateix que Vidal, afegia com a detalls les cremades, emmetzinaments i efectes dels cossos asfixiants. Per altra part, deixava molt clar com a qüestió de fons, que l'aplicació forense de la paraula lesió exigeix que se la consideri en el sentit més genèric i lat possible, és a dir, que compregui les formes d'agressió i dany, o tot vestigi, tot efecte físic que hagi deixat l'agressor en el cadàver o cos de la víctima⁹.

Com veiem, Vidal dóna un sentit més funcional i fisiològic que Mata al concepte de lesió, ja que parla del desgavell de les *accions vitals* com a conseqüència dels cops. El reusenc, en canvi, es fixa sobretot en el seu caràc-

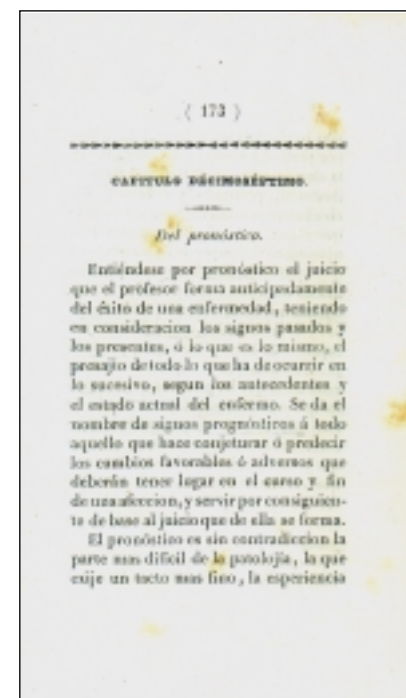


A la imatge superior, l'antic hospital d'Estadella situat extramurs. A la dreta, publicació del Dr. Ramon Ferrer i Garcés (Aitona, 1803 - Barcelona, 1872), que va ser catedràtic de patologia externa i medicina operativa del Col·legi de Medicina i Cirurgia de Barcelona (1843), i després de medicina legal i toxicologia (1845-1872). El seu pare, procedent de Solivella (Conca de Barberà), a qui dedica aquest llibre, exercí la cirurgia a Seròs (1802) i després a Aitona (a partir de 1803), lloc on l'11 de desembre de 1803 va fer, amb el consentiment del marit, una cesària postmortem a una partera de vuit mesos morta d'anasarca. El nadó va ser batejat, però morí poc després i va ser soterrat amb la mare

ter material, d'efecte físic deixat per l'agressor en el cos de l'ofès.

En totes aquestes accepcions ens sembla que l'element que més sobresurt, com a teló de fons, és el caràcter *local o topogràfic*, material i físic de les lesions. No es concebien com una *malaltia d'entrada o des del comença-*

ment, iniciada immediatament després de la intervenció de la causa violenta, amb el predomini de la repercussió general sobre l'efecte local. Existia una frontera evident entre el camp de les lesions i el de les malalties. No obstant això, ja des de temps molt més reculats, hem observat que s'acceptava la



possibilitat de *complicacions de les lesions* en el sentit de la transformació d'aquestes en malalties, amb repercussió legal; la qual cosa vol dir que la *complicació* (malaltia) es podia concebre com a lesió jurídica si es demostrava que eixia com a conseqüència de la lesió local inicial. En el mes de desembre de 1312, Michalet de Monsó sofrí una ferida al cap per un cop de pedra que li van donar al cementiri dels sarraïns de Lleida. Va morir al cap d'unes setmanes a la localitat d'Estadella, on s'havia traslladat. El Tribunal de Coltellades sol·licità als jurats d'Estadella que l'informessin si el lesionat va morir *per rahó de la dita nafra o per altra malaltia o oradura*. El metge del poble, Vicent, encarregat de fer el peritatge, va declarar que *ac-li a tayllar i sarrar de l.os i exien brach i segons los seynals nos devia perdre*

de la seva vida, ja que segurament el bé més preuat que tenim és l'ajornament de la mort. L'Escola Hipocràtica ho deixà clar en els escrits sobre el pronòstic –*Pronòstic, Prediccions I i II, i Prenocions de Cos*–, punt de partida de la bibliografia d'aquest important aspecte de la medicina¹³.

Situats en el temps on hem iniciat aquesta investigació, el segle XIV, veiem que en gairebé totes les edicions de les *Medicationis parabole* d'Arnau de Vilanova, l'obra va seguida d'un seguit de sentències mèdiques conegudes per *Aphorismi particulares*, part de les quals són d'intenció pronosticadora¹⁴. El mateix autor, en *De cautellis medicorum*, aconsellava als metges ser ambigus en el pronòstic.

En el camp de la medicina legal, el pronòstic de les lesions agudes d'origen tòxic o traumàtic ha estat el conei-

- ◆ *El pronòstic quo ad vitam iniciat en el segle XIV, es transforma en cronològic en el XIX*
- ◆ *Aquesta activitat ha anat acompanyada de consells que trobem entremig dels escrits*
- ◆ *El cirurgià de Felip II, Juan Frago, recomanava cautela a l'hora de pronosticar*

per rahó 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. L'imputat, Ramon Gili, va ser absolt i tret de la presó preventiva on es trobava des del dia que va lesionar Miquelet¹⁰.

Actualment, atenent l'evolució de les ciències mèdiques i jurídiques, ha canviat el concepte de les lesions com a fenomen essencialment local. La frontera entre lesió i malaltia gairebé no existeix. Gisbert Calabuig ho deixava molt clar quan deia, referint-se a les alteracions provocades de la salut, que “el término jurídico lesión equivale al empleado en Medicina cuando las causas son externas”. Incloua també, entre les causes externes, els mitjans psicològics¹¹. Més endavant, gairebé avui mateix, l'any 1999 va ser modificat l'article 153 del codi penal, al qual s'afegia pel que fa a la violència física habitual, la de caràcter psíquic habitual¹².

... • ...

El pronòstic ha tingut una gran transcendència en el món de la medicina i la segueix tenint actualment. Tradicionalment, la gran influència del metge sobre els malalts i la societat ha estat deguda a la capacitat d'endevinar el futur de les persones, la duració

xement més emprat pels metges a l'hora d'informar els tribunals. Però amb el pas del temps, com hem apuntat abans, ha anat canviant la seva orientació: el pronòstic *quo ad vitam* iniciat en el segle XIV, es transformà en cronològic en el XIX i ha desaparegut recentment amb l'arribada dels nous criteris jurídics de *primera assistència i tractament mèdic o quirúrgic*.

El fet de la necessitat de pronosticar ha servit perquè aquesta activitat clínica anés moltes vegades acompanyada de consells que trobem escampats entremig dels escrits mèdics de totes les èpoques. Juan Frago (+ 1597), cirurgià de Felip II, en el seu *Tratado de las declaraciones que han de hacer los cirujanos...* advertia i argumentava que la cautela ha d'acompanyar sempre els cirurgians a l'hora de pronosticar. També aconsellava no fer-ho immediatament després d'haver-se produït la lesió, sinó deixar passar uns dies –almenys nou– per evitar errors, ja que dins aquest termini “suelen venir accidentes leves, o graves, y temerosos”¹⁵. La mateixa resistència a emetre el pronòstic cronològic a priori, sense esperar l'evolució de les lesions, la manifestava Pere Mata gairebé 300 anys després. La raó principal que adduïa era la mateixa que al·legava el

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

"Toledano": la facilitat d'equivocar-se. A més, afegia que l'obligació de pronosticar no era una disposició legal prevista en la Llei d'enjudiciament criminal, sinó una pràctica dels jutges, recomanada pels autors¹⁶. Si bé això és veritat, creiem que en realitat va ser primer la llei qui la que començà a imposar l'obligació de pronosticar, i a partir d'aquí la van exigir els jutges; amb el temps, el deure es convertiria en costum i començaria a registrar-se entre els capítols de les diverses recopilacions legislatives medievals de caràcter local i consuetudinari, tan esteses per Catalunya. Passat el temps, ja en el segle XIX, quan el dret s'especialitzà i les antigues compilacions de caràcter general es transformaren en codis especialitzats (penal, civil, lleis d'enjudiciament civil i criminal), aquell antic deure de pronosticar ja no va quedar inscrit en la nova llei de procediment. Però el pronòstic cronològic de les lesions s'assentà en el primer codi penal com a base per qualificar-les. Per això, encara que la Llei d'enjudiciament criminal no hi obligués, els metges continuaren amb el secular costum de pronosticar, conforme, a més, a la lletra del nou codi penal. Aquesta forma d'obrar s'ha anat mantenint fins als nostres dies i és ara quan, progressivament, s'anirà abandonant, atès el nou criteri basat en els conceptes jurídics de primera assistència i tractament mèdic o quirúrgic.

Si mirem el passat i ens centrem en els nostres costums medievals, trobarem referències del pronòstic de les lesions que ens marcaran el seu origen. A més, veurem que en llocs geogràficament allunyats entre si

imperaven els mateixos principis. Així, ens trasladem ara mateix a Miravet, la Seu d'Urgell i Girona, per veure els seus costums.

Les anomenades *Constitutiones bajulie Mirabeti* o *Costums de la Batllia de Miravet*, població de la Ribera d'Ebre que es regia per les *Consuetudines llerdenses* i pel dret consuetudinari local, constitueixen un codi legislatiu local que va ser redactat en català i aprovat el 1319. Un any després, traduït al llatí, va ser confirmat pel capítol general de l'ordre dels Hospitalers, reunit a Arles. La versió llatina es conserva en un manuscrit del segle XIV (1328) arxivat a l'Arxiu Històric Nacional de Madrid, i un manuscrit en català del segle XV es troba a la Biblioteca Colombina de Sevilla¹⁷. Es compon de 134 capítols, cadascun amb el seu epígraf, repartits entre cinc llibres. Un total de 14 parlen de lesions, és a dir el 10,44% del contingut total. La seva exposició, amb relació al que ara ens interessa, es troba en els capítols 16, 51 i 52, que tot seguit interpretem.

Segons el capítol 51 ("De donar fermaça per nafra feyta"), si en la baralla entre algunes persones es produeix alguna nafra que no sigui perillosa de mort (*dubtosa de mort*), ningú no pot ser pres; però qui l'hagi produït que es prepari per garantir al senyor que s'atindrà a dret (*fiança o fermaça de dret*).

El capítol 52 ("De nafra duptosa") diu: si la nafra és dubtosa o perillosa, de manera que pugui provocar la mort, el senyor mantindrà empresonat el malfactor o bé el lliurarà a manlleuadors. Però quan el lesionat hagi sortit del perill de mort com a conseqüència de l'evolució favorable de la lesió, el malfactor eixirà de la presó i haurà de

garantir al senyor que s'atindrà a dret.

El capítol 16 ("De stimacio de ferides per lo batlle e prohoms") l'entendem així: el peritatge sobre el perill de mort de les lesions anirà a càrrec dels pahers i dels prohoms, els quals donaran el seu parer al *batlle* com a agent del senyor per tal que dicti la sentència, és a dir, la indemnització econòmica o la pena corporal.

Es coneixen també uns antics costums de la Seu d'Urgell, escrits en un quadern sense indicació de data (per la lletra pot ser atribuït a la segona meitat del segle XIV o principis del XV), que es conserva a l'Arxiu de la Corona d'Aragó. La primera part de la llibreta conté 28 capítols; i en la segona estan consignats, en 34 capítols, els antics usos de la ciutat, observats des de temps immemorial. En el capítol 6 d'aquesta segona part es diu que si algun resident de la ciutat fereix o colpeja altri i per aquest motiu se l'empresona, després que els metges hagin reconegut el lesionat i donat testimoni que es troba fora de perill de mort, la *cort* obligarà el presoner que garanteixi que s'atindrà a dret (*fermança de dret*)¹⁸. L'interès d'aquest capítol es deu també al fet que es requereix directament la informació dels *metges*, com a pèrits testimonis, sobre el pronòstic *quo ad vitam* de les lesions.

Finalment, en el territori de l'antic comtat de Girona, existí també un cos de dret consuetudinari semblant als dos anteriors. Va ser codificat i escrit en llatí pel jurisconsult Tomàs de Mieres, l'any 1430. Amb el títol de *Consuetudines Diocesis Gerundensis*, consta de 157 capítols, en 89 dels quals també s'apel·lava al criteri dels *cirurgians* per pronosticar sobre el perill de mort de les lesions¹⁹.

Anàlisi crítica d'algunes modes dietètiques

En els últims temps, s'ha estès la creença que el secret per aprimar-se està en seguir d'una manera molt estricta una dieta revolucionària, la qual es caracteritza perquè difereix completament dels hàbits alimentaris de la majoria de les persones. Els

naturòpates han elaborat la major part d'aquestes dietes, que han adquirit cert prestigi en la societat, especialment en sectors amb un baix nivell cultural pel que fa a temes de nutrició. Aquestes dietes fan perdre molt pes en poc temps, però després es recupera.

Textos: Dra. Alba Rodríguez i Gasén

El secret de l'èxit d'aquestes dietes és que proposen un tipus d'alimentació molt diferent a l'habitual i que aconseguen una gran pèrdua de pes en poc temps.

El problema és que, a més de no tenir una base científica clara, la majoria suposen un dèficit nutricional important i la pèrdua de pes que aconse-

gueixen és a partir de l'eliminació d'aigua i d'una disminució del teixit muscular.

Per això, en el 99% dels casos, quan s'abandona la dieta, es produeix una recuperació del pes.

Entre les dietes més importants, es poden trobar dos grups de base o secrets: la dissociació dels aliments o

l'eliminació d'aliments o grups d'aliments.

Dieta de Montignac

Classifica els aliments en set grups, se segueixen regles per no barrejar segons quins grups d'aliments i la fruita es pren en dejú.

Per exemple, es recomana no barrejar lípids i glúcids per evitar, segon l'autor, que la insulina produïda pel pàncrees transformi l'energia en greix de reserva.

Es permeten aliments rics en proteïnes i greix, com el formatge, les carns vermelles, la mantega, la maionesa, etc., però es prohibeix la barreja de carbohidrats amb lípids i proteïnes i es desaconsella el consum elevat de fruites i verdures.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

ACRÒNIMS

AML: Arxiu Municipal de Lleida

NOTES

(1) CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: *La pesta del segle XV a Catalunya*. Edicions de la Universitat de Lleida i Ajuntament d'Alcarràs, 1998. Pàg. 185.

(2) CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: Ob. cit., pàgs. 318-319.

(3) AML. Reg. 770, fol. 117-131.

(4) AML. Reg. 766, fol. 20-49.

(5) ORFILA, M.: *Tratado de medicina legal*. Tom II. Madrid, 1847. Pàg. 358.

(6) FERRER Y GARCÉS, R.: *Tratado de medicina legal*. Barcelona, 1847. Pàg. 213.

(7) GUERRA, F.: *Historia de la medicina*. Tom II. Madrid, 1982. Pàg. 361.

(8) VIDAL, D.: *Cirurgia forense*.

Barcelona, 1783. Pàg. 19. Edició facsimil del Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona, comentada per Jacinto Corbella.

(9) MATA, P.: *Tratado de medicina y cirugía legal*. Tom III. Madrid, 1875, Pàg. 167-168.

(10) AML. Reg. 764, fol. 105-116.

(11) GIBERT CALABUIG, J.A.: *Medicina legal y toxicología*. 5a edició. Barcelona, 1998. Pàg. 315.

(12) Llei orgànica 14/1999, de 9 de juny, de modificació del codi penal de 1995, en matèria de protecció a les víctimes de maltractaments, i de modificació de la Llei d'enjudiciament criminal.

(13) CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: *Els llibres de les biblioteques de metges i cirurgians catalans antics*. Publicacions del Seminari Pere Mata. Universitat de Barcelona, núm. 84, 1999. Pàg. 57.

(14) PANIAGUA, J.A.; GIL-SOTRES, P.;

Arnaldi de Vilanova Opera Medica Omnia. VI.2. Aphorismi particulares. Publicacions de la Universitat de Barcelona, 1993. Pàg. 347-362.

(15) FRAGOSO, J.: *Cirurgia universal*. Madrid, 1666. Pàg. 394-395. Edició facsimil del Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona, de la part que tracta sobre les declaracions que han de fer els cirurgians, comentada per Jacinto Corbella. Barcelona, 1988.

(16) MATA, P.: *Tratado de medicina y cirugía legal*. Tom III. Madrid, 1875. Pàgs. 161-162.

(17) VALLS TABERNER, F.: *Les costums de Miravet*. Barcelona, 1926.

(18) VALLS TABERNER, F.: *Franqueses i usances de la ciutat d'Urgell*. Estudis Universitaris Catalans, XII. Pàg. 10.

(19) ROVIRA ARMENGOL, J.: *Consuetudines de Gerona*. Madrid, 1929. Pàg. 26.



El problema d'aquesta dieta és que no té base científica, perquè l'energia que s'emmagatzema en forma de greix no depèn de la combinació d'aliments, sinó de la quantitat de calories ingerides.

A més, les persones que la segueixen poden acabar tenint desequilibris importants, com ara, augment significatiu del colesterol total, de les LDL-colesterol, dels triglicèrids i de l'àcid úric.

És, per tant, una dieta especialment perillosa per a les persones que tenen problemes cardiocirculatoris o per a aquelles que hi estan predisposades.

Dieta del Dr. Hay

Basada en el mètode Montignac, també és coneguda amb el nom d'*antidieta*. Es basa en allò que l'autor denomina "lleï de la naturalesa", que, segons ell, impedeix barrejar proteïnes i hidrats de carboni en un mateix apat, ja que al·lega que el pH que tenen aquests dos tipus d'aliments requereix un pH diferent per a la seva digestió i no es poden digerir junts.

Aquest autor assegura també que en respectar aquest equilibri químic es curen malalties com l'anèmia, l'asma bronquial, la diabetis, el reumatisme i moltes malalties digestives.

No prohibeix cap tipus d'aliment en concret, però incita al consum elevat de greixos, ja que els considera aliments neutres.

Les conseqüències per a la salut són similars a les que hem descrit en el cas anterior.

Dieta d'Atkins (la revolució dietètica)

És coneguda amb el nom de "la revolució dietètica" del Dr. Atkins. La seva base és la restricció d'hidrats de carboni en la dieta, compensada amb un consum voluntari de proteïnes i greixos.

La primera setmana de règim s'elimina completament el consum d'hidrats de carboni de qualsevol procedència, que després es van reintroduint de 5 en 5 grams al llarg d'algunes setmanes, fins arribar a un xifra de 40-60 g/dia.

Recordem, però, que la ingesta aconsellable d'hidrats de carboni d'una dieta equilibrada és uns 300-350 g/dia.

En haver-hi un baix nivell d'hidrats de carboni en sang, l'organisme extrau l'energia cremant greix, la qual cosa produeix un augment considerable d'acetona que s'elimina per l'orina.

D'aquesta manera, mitjançant una tira reactiva, es pot controlar que la quantitat d'acetona que s'elimina per l'orina és l'adequada i, per tant, que no s'està ingerint més hidrats de carboni dels recomanats.



Algunes d'aquestes dietes es basen en l'abús d'un tipus d'aliment fins al punt de saciar l'apetit o senzillament d'avorrir el consumidor, de manera que condueixen a l'absència de la ingesta de nutrients essencials

- ◆ Als mitjans de comunicació apareixen dietes que prometen èxit en poc temps i sense esforç
- ◆ Aquestes dietes són molt deficitàries i no tenen cap base científica

La pèrdua de pes consegüent que es produeix amb aquesta dieta s'explica en gran part per la pèrdua d'aigua per l'orina.

Els efectes negatius d'aquesta dieta consisteixen en l'aparició o agreujament d'un elevat nivell de greixos a la sang (hipercolesterolèmia) a causa de l'elevada ingesta de greix sense límits marcats.

Es produeix, a més, una modificació del metabolisme energètic i proteic i s'utilitzen les proteïnes com a font d'energia principal, cosa que provoca una considerable pèrdua de massa muscular.

Tot això es traduirà en una pèrdua de força muscular i una tendència a patir malalties per manca de proteïnes i per excés de greixos: infeccions, càncer, malalties cardiovasculars, etc.

A més, la recuperació del pes es produeix inexorablement quan es reincorporen novament els hidrats de carboni en la dieta.

Règim de la Clínica Mayo

Hi ha una gran quantitat i varietat de dietes sota el nom de la prestigiosa clí-

nica nord-americana, tot i que cap d'elles hi té la més mínima relació.

Totes aquestes dietes s'inclouen en el que s'anomena "règims d'exclusió" i consisteixen gairebé sempre en cures exclusivament proteïques de 14 dies, que de vegades inclouen el consum de 4-6 ous al dia, i generalment són sense productes lactis i sense fruita ni verdura.

Són règims molt deficitaris i, a més dels problemes derivats d'una elevada ingesta d'ous, produeixen una gran fatiga i hi ha una ràpida recuperació del pes quan passen els 14 dies.

Règim Zen

El règim Zen és un dels tipus de règims dietètics inclosos en el que s'anomena com "alimentació macrobiòtica".

Es basa en el consum de cereals complets i, tot i ésser menys perillós que els anteriors, és també aconsellable no mantenir-lo més enllà d'unes setmanes si no es volen partir riscos importants per a la salut.

Pot ésser utilitzat com a règim per aprimar-se, però és pobre en proteïnes animals d'alt valor biològic, en algunes vitamines i en oligoelements.

Tot i que pot tenir cert interès perquè és una dieta pobre en greixos saturats i en colesterol, la veritat és que aquest objectiu pot ésser assolit de la mateixa manera amb un règim hipocalòric equilibrat.

Altres dietes de moda

Se'ns presenten en els mitjans de comunicació de masses, sobretot en revistes adreçades a un públic adolescent, infinitat de dietes sota eslògans realment seductors per a aquelles persones que volen perdre pes "en poc temps i sense esforç".

Així, trobem noms com: "dieta de la sopa cremagreix", "dieta de la carxofa", "dieta dels sucus", entre d'altres, que són autèntics atemptats contra la salut.

Aquestes dietes són totes molt deficitàries, es basen en l'abús d'un tipus d'aliment fins al punt de saciar l'apetit o senzillament avorrir el consumidor, de manera que condueixen així a l'absència de la ingesta de nutrients essencials.

Les conseqüències per a la salut poden ser catastròfiques si es mantenen a llarg termini.



Alguns problemes amb les voluntats anticipades

Després de la promulgació de la Llei catalana 21/2000, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient i a la documentació clínica, s'ha desfermat una espècie de cursa legislativa entre les comunitats autònomes (CA) per tal de regular la forma i els requisits del consentiment que han de donar els malalts abans d'una actuació sanitària.

La novetat d'aquesta normativa és la regulació de les anomenades *voluntats anticipades*, en virtut de les quals qualsevol persona, major d'edat i amb capacitat suficient, pot deixar per escrit la seva voluntat davant d'una hipotètica actuació mèdica futura, per si es dona el cas que, llavors, no pugui expressar-la. L'eficàcia d'aquest docu-

ment queda condicionada, en la llei catalana, al fet que les disposicions no siguin contràries a l'ordenament jurídic, ni a la bona pràctica clínica i, a més, que el supòsit de fet es correspongui exactament amb la realitat de la situació, per la qual cosa no podem pas considerar que la regulació d'aquesta facultat sigui una legalització del suïcidi assistit o d'altres formes d'eutanàsia.

Però mentre no es publiqui una llei de l'estat sobre aquesta matèria, les diferents normes autonòmiques plantegen un problema afegit amb relació a l'àmbit d'aplicació personal, atès que les normes de les CA només despleguen la seva eficàcia dintre del seu àmbit geogràfic i obliguen les persones que hi tenen el domicili.

És clar, per tant, que les disposicions de la Generalitat de Catalunya no són d'aplicació al territori de l'Aragó, i a l'inrevés.

Llavors, en una terra de frontera, com és la de les comarques de Lleida, a la qual es desplacen ciutadans aragonesos per rebre prestacions sanitàries, és lícit de plantejar-se si les disposicions de la Llei catalana 21/2000 també són d'aplicació a les persones que no tenen la condició jurídica catalana.

La primera resposta és negativa, entenem que la norma catalana no té efectes fora del territori de Catalunya ni subjecta les persones que no hi tenen el domicili.

Però, la llei és d'aplicació al centre sanitari, en tant que té el domicili a Catalunya i, en alguns casos, forma part de la xarxa pública sanitària.

Amb aquest plantejament, caldrà indagar, en cada cas, si la persona que lliura un

document de voluntats anticipades és ciutadà de Catalunya, abans de donar-hi eficàcia.

Però això suposa establir una discriminació, per motius de residència o domicili, en el reconeixement dels drets, contrària a l'essència del servei sanitari.

El sistema sanitari espanyol és únic i garanteix igualtat de drets a tots els ciutadans. Les CA, en l'estructura del sistema, tenen funcions de gestió del servei sanitari en el seu territori, i la gestió no pot crear diferents drets ni discriminar.

Sembla que les diferents lleis autonòmiques han creat un problema de desigualtat i discriminació que se superarà quan l'Estat publiqui la llei que actualment tramita el Parlament.

La superació d'aquest obstacle interpretatiu crec que s'ha de fer amb una anàlisi de conjunt. La Llei catalana 21/2000 aclareix i matisa les formes de presta-

Fotografia digital en medicina

ció o expressió del consentiment per als usuaris dels serveis sanitaris, però no modifica l'essència del dret dels pacients a la informació i al consentiment establert per la Llei general de sanitat, i admet que aquest consentiment es pugui donar anticipadament, sempre que s'acompleixin els requisits de capacitat de la persona i de legalitat de la disposició que expressi.

Per damunt de tot hi ha la persona i el servei sanitari, i, amb una lectura generosa de les disposicions de la Llei general de sanitat, que obliga consultar i escoltar familiars i amics donat cas que el malalt no pugui decidir per si mateix, hom pot admetre tots els documents de voluntats anticipades fets més enllà del reduït àmbit físic de Catalunya mentre compleixin els requisits establerts, i siguin conformes a l'ordenament jurídic i a la bona pràctica clínica.

J. Corbella i Duch
Doctor en dret

L'enregistrament fotogràfic de casos clínics és d'una gran importància des de fa molts anys, especialment a efectes didàctics i bibliogràfics. Tothom que hagi preparat un article o comunicació, o bé que hagi presentat una tesi doctoral, ho sap perfectament.

Hi ha determinades especialitats que en fan un ús més que regular, com ara els dermatòlegs o els anatomopatòlegs, però, al cap i a la fi, és un tema que pot interessar tots els professionals.

I per què n'hem de parlar aquí? Perquè les tècniques digitals aplicades a la fotografia ja són ben a l'abast i presenten una sèrie d'avantatges en una societat cada cop més tecnificada i informatitzada.

Des de fa més de 100 anys es coneix la fotografia química, que utilitza diferents productes químics i suports que permeten aconseguir com a



Les tècniques digitals aplicades a la fotografia són a l'abast

resultat final una reproducció del món real en el paper o bé en transparència (diapositiva). Primerament fou en blanc i negre i, des de fa més de 50 anys, també en color.

La qualitat fotogràfica d'avui en dia és molt elevada i assequible a tot arreu. Les càmeres que s'utilitzen

actualment són, en molts casos, petites i automatitzades, cosa que en facilita l'ús i el posa a l'abast de tothom, fins i tot del més inexpert. I que ens porta de nou el món digital? Primerament aclarirem que imatge digital

PASSA A LA P. SEGÜENT

Acords de la Junta de Govern del COML

La Junta de Govern del COML va adoptar els següents acords, entre d'altres, en les sessions ordinàries que van celebrar-se el 8 de novembre i el 13 de desembre del passat any 2001:

- Designar el Dr. Gonzalo Marión Navasa, vocal de metges titulars, per al càrrec de patró de la Fundació Privada Andragos per a la Formació Mèdica Continuada, en representació del Col·legi de Metges de Lleida.
- Establir que els membres del Consell d'Administració de Comlleida Serveis SLU siguin quatre.
- Constituir el jurat del II Premi a la Solidaritat en

l'àmbit sanitari amb i nomenar els següents membres: Josep Maria Sagrera Mis, Sebastià Barranco Tomás, Angel Pedra Camats i Joan Flores González.

- Nomenar el Dr. Gonzalo Marión Navasa com a representant de la Junta de Govern a la Comissió de Formació Mèdica Continuada col·legial.
- Atorgar un ajut econòmic a les IV Jornades de Metges Residents de Medicina de Família i Comunitària, que se celebraran a la Seu d'Urgell els dies 18 i 19 d'abril de 2002.
- Nomenar el Dr. Xavier Rodamilans com a conseller de Medicorasse SA, corredoria d'assegurances del COMB.
- Donar autorització per a la signatura d'un conve-

ni de col·laboració amb l'Agència Estatal d'Administració Tributària per tal de presentar les declaracions fiscals per via telemàtica.

- Després de la pertinent reunió del jurat, declarar desert el II Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari.
- Nomenar el Dr. Jordi Planella i Potrony com a representant autonòmic per Catalunya dels Metges Jubilats.
- Felicitar el Centre de Planificació Familiar amb motiu del 20è aniversari de la seva creació.

Moviment col·legial

Altes
Eva María Álvarez Darriba, procedent de Barcelona
Merixell Vigo Morancho, procedent de La Rioja

Inmaculada Juárez Escalona, nova
César Roca Marsà, procedent de Barcelona
Baixes
Ernest Pérez Lladós, per defunció

Sol·licituds d'ajuts al COML per a congressos i cursos

La Junta de Govern del COML ha acordat que les sol·licituds d'ajuts econòmics del Col·legi per a l'organització de cursos, congressos, jornades i altres actes similars han de sol·licitar-se abans del dia 28 del mes de febrer vinent. La Junta ha establert aquest termini per tal de dotar de diners la corresponent partida pressupostària. Els col·legiats i

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

Joies úniques

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

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

VE DE LA P. ANTERIOR

vol dir, a efectes pràctics, imatge informatitzada, és a dir, que necessitem un producte informàtic per reproduir-la i veure-la. Aquest és el primer avantatge, que no cal reproduir-la en paper o transparència i, per tant, tampoc no cal cap procés químic, solament necessitem una pantalla per veure-la, cosa que podem fer al cap de pocs segons, i a més la podem desar en l'ordinador o bé en suports informàtics tan usuals com un disquet o un cd-rom, i a més la podem enviar fàcilment a qui vulguem a través del correu electrònic. Aquest procés informàtic també admet la manipulació de la imatge per millorar-ne la qualitat o separar-ne només les parts que interessin.

Les càmeres digitals són, en general, més petites i tenen menys peces mecàniques. Les característiques del sistema li permeten adaptar-se fàcilment a diferents condicions d'il·luminació. És clar, però, que hi ha inconvenients i el primer és el preu, que és més alt en els models amb una mica de qualitat, i el segon és que necessitarem sempre un ordinador per veure la imatge i una impressora de qualitat per passar-la a paper.

Si el nombre d'imatges que utilitzem és alt, els costos es compensen de seguida i les facilitats d'emmagatzemament són molt superiors, només cal veure que en un únic cd-rom hi caben cents i cents de fotografies digitals de qualitat.

I com sabrem escollir la càmera digital que ens convé? Si m'ho permeteu, us en donaré les característiques clau i d'acord amb l'ordre d'importància:

1.- El CCD, o sensor d'imatge, és la peça més important, ja que donarà el límit de màxima qualitat (resolució) de les imatges que hi farem. Si volem una bona qualitat hem d'escollir un mínim de 1.600 x 1.200 pixels (que vol dir punts que llegeixen llum en el sensor) o bé pels 2.100 x 1.600, que equivalen a 2,1 i a 3,3 megapíxels. Com més millor per a la imatge i pitjor per a la nos-

tra butxaca, és clar.

2.- La memòria
Quan fem una fotografia digital, necessitem desar-la en la mateixa màquina fins que arribem a casa i la descarreguem a l'ordinador. Per això serveix la memòria. Per tant, com més en tinguem, més independència tindrem per fer fotografies.

Normalment, es tracta de targetes que es poden posar i treure de la màquina amb facilitat i la seva capacitat és variable. La majoria disposen en comprar-les de 8 o bé 16 megas, encara que de seguida en necessitarem més. Hi ha targetes de 32, 64, 126 M, i més i tot.

El diferents sistemes de targetes són incompatibles entre si, però intercanviables entre les màquines que utilitzen el mateix sistema. Les més conegudes són les Compact Flash, Smart Media i la Memory Stick de la casa Sony.

La pregunta que ara us fareu serà quantes fotos caben en, posem, 16 M. La resposta és que depèn sobretot de la resolució i del grau de compressió amb què les guardem. Posarem un exemple, amb una resolució alta de 3,3 megapíxels, i una compressió escassa (que vol dir una alta qualitat) hi poden caber unes 20 fotografies i, si utilitzem 2,1 megapíxels, o bé una compressió elevada, n'hi cabran unes 32.

A més, hi ha en el mercat altres alternatives ben diferents. Una d'elles és l'ús de disquets convencionals de 3,5", d'1,4 megas de capacitat, i que, quan està ple, el traiem i en posem un de nou. L'altra és una proposta recent: l'ús d'un cd-rom gravable, de format petit de 8 mm, incorporat a la càmera, i encara que té l'avantatge que hi caben moltes fotos, té l'inconvenient del volum.

3.- El visor òptic i la pantalla

Com tots heu usat una màquina de fotos convencional algun cop, recordareu que disposem d'un lloc per on mirem per tal de veure què "agafem" en la foto i, així, "disparar" en el moment oportú. Doncs bé, això també ho trobarem, i el seu ús serà idèntic.

La novetat és que gairebé

totes les que són digitals disposen també d'una petita pantalla de LCD en color, similar a la dels ordinadors portàtils, però molt més petita, que permet veure com quedarà la foto, igual que el visor. Aquest element ens permetrà veure de seguida les fotos fetes i, si no han quedat bé, esborrar-les i fer-ne una altra que quedi millor.

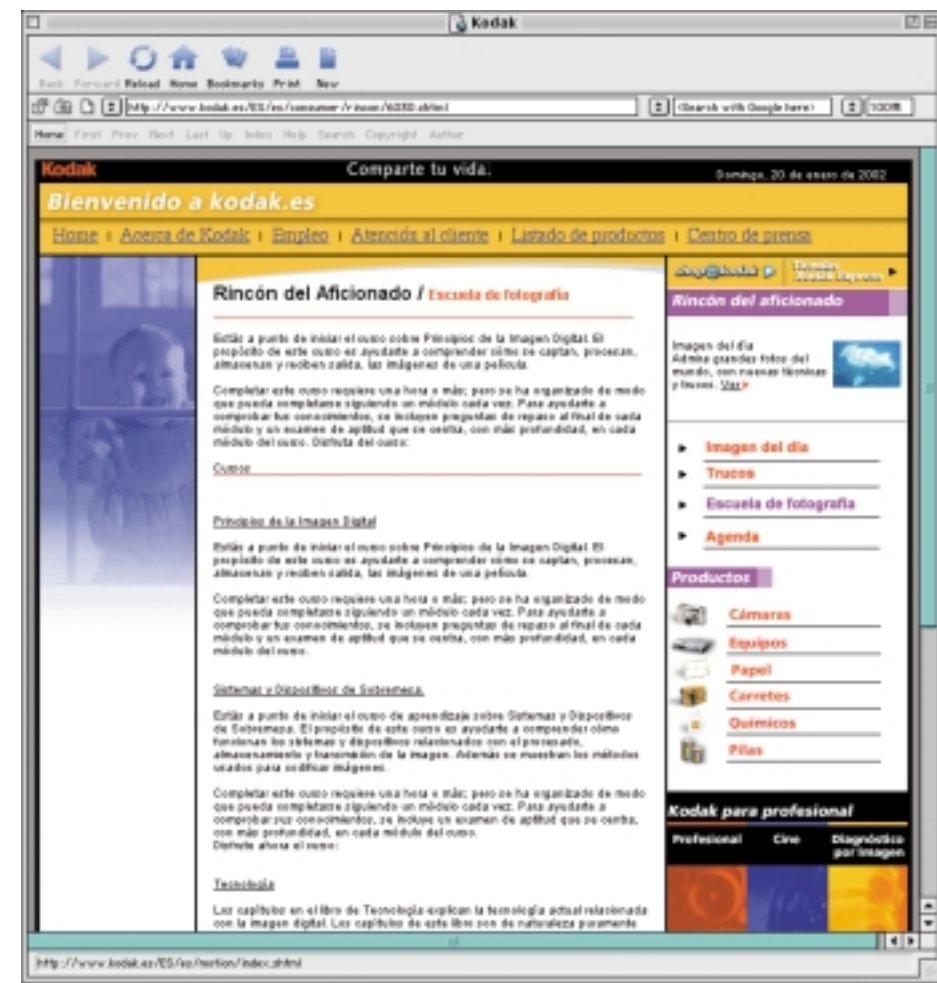
4.- Les lents

Aquest és un punt també molt important, com en la fotografia convencional. Una bona òptica assegura una imatge més nítida i millor. De fet, la majoria de marques conegudes, com ara Nikon, Cannon, Olympus, Minolta, etc., ofereixen en aquests moments un variat assortiment de màquines digitals amb el prestigi que els dona el seu nom en el món de la fotografia des de fa molts anys. Altres, com ara Sony, munten òptiques Zeiss en alguns models, o bé HP amb òptiques Pentax.

Bàsicament, trobarem càmeres amb òptiques de distància focal fixa, o bé de distància focal variable (zoom) de diferents potències (2 X equival a uns 35 - 70 mm, 4 X a uns 35 a 150 mm). Aquestes últimes són més complexes òpticament, tenen més lents i, naturalment, són



A Internet hi ha moltes ofertes ben explicades sobre fotografia digital



més cares, encara que ofereixen més possibilitats fotogràfiques. Cal que us fixeu solament en el zoom òptic, al qual us he fet referència, ja que totes tenen el zoom digital, que només és una ampliació informatitzada i no ens donarà més definició ni millor imatge.

Pràcticament, totes disposen de la funció macro per fer fotos de molt a prop.

5.- Les bateries o piles

Com és ben natural, necessitarem energia elèctrica i la font seran les piles, que, un cop gastades, haurem de canviar per unes de noves, o bé haurem d'utilitzar bateries recarregables.

Les bateries són més ecològiques i, a la llarga, molt

més barates si fem moltes fotos. Per tant, és el més recomanable, encara que inicialment siguin més cares, perquè aquests aparells gasten bastant ràpidament les fonts d'energia. L'únic inconvenient és que potser en necessitarem més d'un joc, perquè tarden una estona a recarregar-se.

6.- Transferència a l'ordinador

Avui en dia el més freqüent és trobar una connexió ràpida USB, que permetrà passar en pocs minuts les fotografies a l'ordinador. Les senzilles encara disposen de connexió pel port Sèrie.

Dr. Josep M. Groles jgroles@comil.es

Adreces d'interès:

- www.camarasdigitales.com. Aquí venen càmeres digitals i n'expliquen en detall les característiques
- www.nuevafotografia.com. Hi trobarem les novetats.
- www.superfoto.net. Hi trobarem molta informació de fotografia i també de fotografia digital.
- www.kodak.es/ES/es/consumer/rincon/6030.shtml. És força interessant.
- www.dpreview.com. És en anglès. Hi ha molta informació i proves de moltes càmeres digitals.

Proper lliurament del II Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari

D'acord amb la decisió del jurat, la Junta de Govern del 13 de desembre passat va declarar desert el II Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari, que convoca anualment el COML amb una dotació del 0,7% del pressupost col·legial. El jurat va estimar que el projecte presentat sobre Salut i Immigració, que era el motiu de la convocatòria d'enguany, no s'adequava a les bases del premi, malgrat ser un tema interessant i molt ben documentat.

Així i tot, la Junta del Col·legi va decidir distribuir per parts iguals la dotació econòmica d'aquesta segona convocatòria entre les ONG que van concórrer al primer premi, exceptuant Mèdicus Mundi, que va resultar premiada. La Junta va adoptar aquest acord per mantenir el compromís solidari del Col·legi adquirit amb la creació del premi.

Per tant, els fons de la convocatòria del 2001 es destinaran a les següents ONG: Creu Roja de Lleida, Proyecto Visión, ONGD Entrepobles i Associació Antisida de Lleida.

Obra de teatre

L'acte de lliurament públic tindrà lloc abans de la representació teatral de l'obra *Mort accidental d'un anarquista*, de Dario Fo, que posarà en escena la companyia Teatre de Calaix, el dia 26 del mes de febrer vinent al Teatre Principal de Lleida.

Aquesta obra va ser estrenada per primera vegada fa vint anys a Barcelona i reestrenada amb gran èxit al Grec 2001. La història s'inspira en un fet real succeït a Nova York l'any 1970, quan un emigrant italià i anarquista morí en estranyes circumstàncies en un interrogatori policial. La peça teatral se centra en un boig que usurpà la personalitat de l'anarquista. L'obra empra un to de comèdia, però en realitat és una crítica ferotge als poders polítics.



El president de la Generalitat, Jordi Pujol, lliura la medalla Francesc Macià al Dr. Díaz Prieto

Medalla Francesc Macià al Dr. Díaz-Prieto

La Generalitat de Catalunya va lliurar el dia 12 de desembre passat la medalla Francesc Macià al Dr. Lorenzo Díaz-Prieto Cassola. Jordi Pujol va presidir l'acte oficial, que va tenir lloc al saló Sant Jordi del Palau de la Generalitat, a Barcelona.

La Generalitat atorga la medalla Francesc Macià per honorar aquelles persones i entitats que s'han distingit pel seu esforç i dedicació a una determinada activitat professional i laboral. En aquest sentit, el president Pujol va afirmar en finalitzar l'acte que els guardonats han fet una important contribució en la construcció del país mitjançant la seva aportació professional.

El Dr. Lorenzo Díaz Prieto, que va rebre l'esmentada medalla acompanyat de la seva família, va llicenciar-se l'any 1939 en medicina i cirurgia a la Universitat de València. Després de doctorar-se l'any 1941 amb premi extraordinari, va especialitzar-se en cor i pulmó a l'Hospital de Valdecilla (Santander). Posteriorment, va ocupar les responsabilitats de cap

del Servei de Medicina i de director de l'Hospital Provincial de Lleida.

El Dr. Planella, representant autonòmic dels metges jubilats

La Junta de Govern del COML va elegir el mes de novembre passat el Dr. Jordi Planella Potrony com a representant autonòmic dels metges jubilats.

XXIX Jornades Nacionals de Socidrogalcohol

Socidrogalcohol, Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías organitza les XXIX Jornades Nacionals els dies 18, 19 i 20 del mes d'abril vinent a la ciutat de Lleida. Aquestes jornades, que compten amb la col·laboració del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, tindran lloc al Palau de Vidre de la Fira de Lleida.

Per a més informació cal adreçar-se a la secretaria tècnica de les jornades (tel. 973 271 162 i adreça electrònica: ipcongress@menta.net Resum del programa de

jornades

Dijous, 18

10.30 hores:
· Saló de Congressos: Cocaïna i alcohol, de l'epidemiologia al tractament. Moderador: Josep M. Suelves.
Ponents: Marta Miguel, Miguel A. Torres, Marta Torrens i Magí Farré.
· Saló Segrià: Repercussió sociosanitària del tabaquisme i el seu tractament. Moderador: Francesc Abella.

Ponents: Jaume Roig, Antonio García i Cristina Martínez.

12.00 hores: pausa cafè.
12.30 hores:
· Saló de Congressos: Urgències relacionades amb la cocaïna. Moderadora: Montse Pujol.

Ponents: Teresa Brugal, Julián Vicente, Gregorio Barrio i Luis Pintor Pérez.
· Saló Segrià: Programes d'agonistes opiacis.

Moderadora: Maite Utgés.
Ponents: Pilar Duró, Joan Colom i Miguel Marset.
14.00 hores: dinar de treball

16.00 hores:
· Saló de Congressos: Programes de disminució de danys derivats del con-

sum d'alcohol en joves.

Moderadora: Alicia Rodríguez-Martos.
Ponents: Ann Hope, Mark Bellis i Nieves Herrero.

· Saló Segrià: Percepcions socials d'hàbits tòxics.
Moderadora: Pilar Polo.
Ponents: Carles Feixa, Xavier Majó i Francisco Alvira.

17.30 hores:
· Saló de Congressos (sessió plenària): Consum de substàncies en la vida recreativa, riscos i prevenció.

Moderador: Miguel Sánchez.
Ponents: Amador Calafat, Josep Rovira i Fernando Conde.

19.00 hores: assemblea.

Divendres, 19

09.30 hores:
· Saló de Congressos: Avanços del tractament de les politoxicomanies. Moderador: Josep Pifarré.
Ponents: Miquel Casas, Francisco Pascual i Lluís

San.

· Saló Segrià: Drogues i medi penitenciari. Moderador: Miguel Álvarez.

Ponents: Mercedes Sánchez, Santiago Rincón, Josefa Blanch i Cesáreo Fernández.

11.00 hores: pausa cafè.
11.30 hores:
· Saló de Congressos (sessió plenària): Tendències europees respecte al consum d'alcohol en els joves. Respostes institucionals.

Moderador: Antoni Gual.
Ponents: Emiliano Martín, Cees Goos.

13.00 hores: simpòsium.
14.00 hores: dinar de treball.

16.00 hores:
· Saló de Congressos: Tractaments de baix llinatge en l'alcoholisme. Moderador: Xavier Samper.
Ponents: Enric Batlle, Presentación Pineda i Pedro Cuadrado.

· Saló Segrià: Aspectes legals en drogo-dependència. Moderador: Jesús Gasque.

Ponents: Dolores Serrat, M^a Celia Medina, Valentín de Antonio i Leonor Piña.

17.30 hores:
· Saló de Congressos: Alcohol i atenció primària. Moderador: Julio Babes.

Ponents: Joan Colom, Bartolomé Pérez i Rodrigo Córdoba.
· Saló Segrià: Ús i abús de substàncies: del plaer a les complicacions.

Moderadora: M^a Jesús Saura.
Ponents: Jaume Funes, Elisardo Becoña i César Pereiro.

Dissabte, 20

09.00 hores:
· Saló de Congressos: Ponència de comunicacions.
Pòsters.
· Saló Segrià: Simpòsium.

10.00 hores: pausa cafè.
10.30 hores:
· Saló de Congressos: Addiccions i dones. Moderadora: Isabel Irigoyen.

Ponents: Juan José Llopis, Leandro Palacios, Paolo Stocco i Mary-Pepa García Mas.

· Saló Segrià: Evidències científiques de l'efectivitat de les tècniques de motivació. Moderador: Andrés Martín.

Ponents: Luís Beato, Pilar Lusilla i José Luís Furió.

12.00 hores: cloenda.
· Saló de Congressos: Publicitat en el terreny de les drogodependències. Rekve Dag.

IV Jornades de Metges Residents de Medicina Familiar i Comunitària

La vocalia de metges resi-



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

Unim esforços per multiplicar resultats.



QUALITY MANAGEMENT
Certificate
Laboratory participating in ISO 9001
monitoring according to EN 9001
CERTIFICADO Nº: 91289973

www.echevarne.com
informacion@echevarne.com

dents de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària organitza les IV Jornades de Metges Residents de Medicina Familiar i Comunitària, que se celebraran els dies 18 i 19 d'abril a la Seu d'Urgell. El Col·legi de Metges de Lleida col·labora, entre altres entitats, en aquestes jornades.

El programa provisional és el següent:

Dijous, 18

9.00 hores: recollida de documentació i col·locació de pòsters.

9.45 hores: taules rodones simultànies:

Com ens avaluen?

Situació, propostes i debat.

Coordinació amb l'ABS durant els dos primers anys de residència: algunes experiències.

11.30 hores: pausa cafè.

12.00 hores: taules rodones simultànies:

Sortides professionals.

Programa i durada de

l'especialitat.

13.30 hores: dinar.

15.30 hores: inauguració oficial de les jornades.

16.00 hores: Drets i deures dels metges residents: una proposta concreta.

Vers la desobediència civil.

17.00 hores: pausa cafè.

17.30 hores: Nous projectes de l'SCMFIC d'interès per a l'AP.

18.00 hores: Assemblea de metges residents.

21.00 hores: sopar i lliurament de premis als millors pòsters.

Divendres, 19

10.00 hores: primera sessió de tallers simultanis i actualitzacions terapèutiques.

12.00 hores: pausa cafè.

12.30 hores: segona sessió de tallers simultanis i actualitzacions terapèutiques.

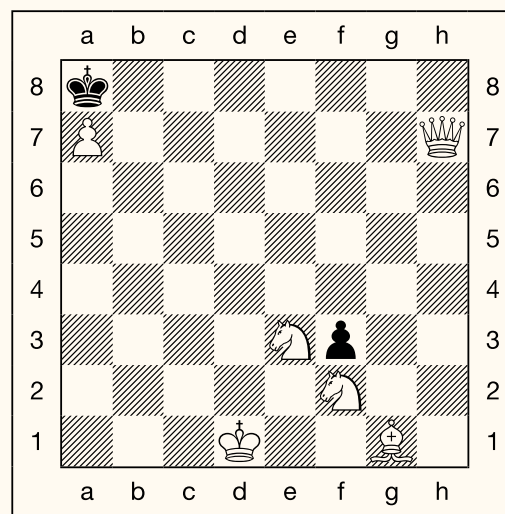
14.30 hores: Fi de les jornades.

El termini d'inscripció finalitza el dia 29 de març vinent. Per a més informa-

PROBLEMA D'ESCACS

Tema: finals de reis i peons

Blanques juguen i fan mat en dos



SOLUCIÓ

1. Cg2 - fxg2 (única) 2. Ch1 - gxh1 mat.



un donatiu



un soci

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

Fes-te soci. Faràs bé



C/Elisa 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 418 47 62
La Caixa 2100 1010 51 020065471

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

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

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

FIRMA: _____

VOL ESQUIAR?



ILTRIDA viatges **ET CONVIDA**

Presentant aquest tiquet en qualsevol oficina d'ILTRIDA VIATGES, li regalem un FORFET per esquiar a l'estació de PORT AINÉ al comprar-ne altres 3 d'iguals al preu oficial de 24 euros.

Despeses emissió de Forfet 1,50 euros cada 4 forfets o fracció. Caduca al finalitzar la temporada d'esquí 2001/2002 d'aquesta estació encara que sigui anticipadament per manca de neu (màxim 2 forfets per persona i dia). No vàlid del 6 al 9 de desembre 2001 i del 1 al 7 de gener 2002, tots inclosos.

ILTRIDA viatges **ET CONVIDA**

Presentant aquest tiquet en qualsevol oficina d'ILTRIDA VIATGES excepte Trepmp, li regalem un FORFET per esquiar qualsevol dia a l'estació d'ESPOT ESQUI PARC al comprar-ne un altre d'igual (23 euros).

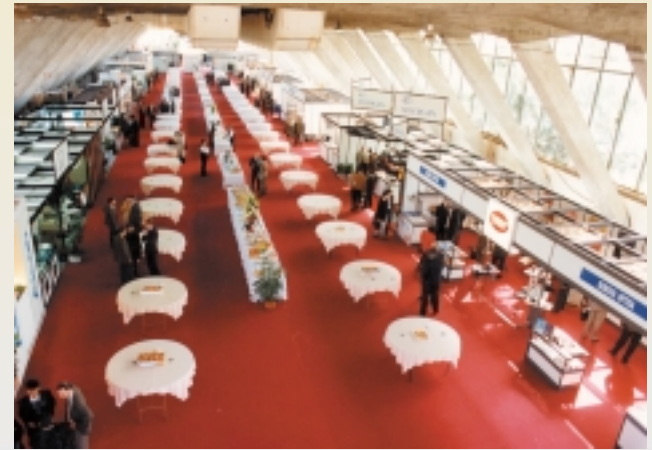
Despeses emissió de Forfet 1,50 euros cada 2 forfets. Caduca al finalitzar la temporada d'esquí 2001/2002 d'aquesta estació encara que sigui anticipadament per manca de neu (màxim 2 forfets per persona i dia).



Garantia de Gestió Professional



- Secretaria Tècnica
- Secretaria Científica
- Equipament Seu del Congrès
- Material Gràfic
- Llistats i Mailing
- Gestió Comercial
- Exposició Comercial
- Exposició Pòsters
- Traducció Simultània
- Equipament Audiovisual
- Reserves Hotels
- Viatges Ponents
- Programa Acompanyants
- Càterring
- Gestió de Subvencions



Cardenal Cisneros, 28 - 25003 LLEIDA
Tel.: 973 27 11 62 - Fax. 973 27 11 09
e mail: ipcongress@menta.net



Dra. Castells, 1 - 25001 LLEIDA
Tel.: 973 21 05 32 - Fax. 973 21 07 32
e mail: lleida.j@iltrida.com

MTB
DISTRIBUCIONES
TECNOLOGICAS, S.L.

Especialitzats en equips endoscòpics

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



**ENDO
SCOPY
Units**

- 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, Fiegert 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