

BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 36 · Setembre de 2002



El Servei de Biblioteca i Documentació de Ciències de la Salut



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 36, setembre de 2002

Edició:
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 Butí Solé
Manel Camps Surroca
Ignasi Casado Zuriguel
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M. Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascal Pujol
Ferran Pifarré San Agustín
Joan Prat Corominas
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Plácido Santafé Soler
Teresa Utgés 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: Artgràfic 2010, SL
Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

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

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

Els fotolits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen el 16% d'IVA

El acceso a los medicamentos esenciales

Un tercio de la población mundial, unos 2.000 millones de personas, no puede acceder a los medicamentos esenciales porque su precio le resulta prohibitivo o porque no están disponibles para los mercados de los países subdesarrollados. En el Sur, esto constituye una sentencia de muerte.

Sólo un 0,2% del presupuesto global de la investigación farmacéutica, que se estima entre 50.000 y 60.000 millones de dólares, se invierte en enfermedades respiratorias agudas, tuberculosis y enfermedades diarreicas responsables de un 18% de las muertes de todo el mundo.

De hecho, el desarrollo de nuevos medicamentos responde a la demanda de las poblaciones más ricas y se aleja, cada vez más, de las verdaderas necesidades de la salud pública.

Por ello, es necesario un compromiso entre la industria farmacéutica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las asociaciones de pacientes y médicos para que se produzca un incremento de la investigación, se desarrollen nuevos medicamentos, se reanude, además, la producción de medicamentos abandonados por falta de rentabilidad y se garantice la producción de medicamentos esenciales.

También debe establecerse una política de precios justos, que se traduzca en precios significativamente inferiores para los pacientes de los países pobres, y deben concederse licencias voluntarias de uso limitado para esos países.

Médicos sin Fronteras (MSF) ha iniciado el camino para salvar las diferencias entre el Norte rico y el Sur misero. MSF dedica la dotación económica del Premio Nobel de la Paz a financiar una campaña para garantizar el acceso de toda la población mundial a los medicamentos esenciales. A pesar del trabajo y de la buena voluntad de las ONG, únicamente la colaboración de todos y, sobretudo, de los gobiernos puede conseguir que desaparezca la diferencia entre el Norte y el Sur. El acceso a los medicamentos esenciales es una cuestión de equidad universal.



sumari

La investigación clínica a Lleida

Drs. Josep M. Casanova, Àngel Rodríguez i Jesús Pujol
PÀGINA 04

Campaña de acceso a medicamentos esenciales

Médicos sin Fronteras
PÀGINA 16



Foto: SBD de la UdL

La investigació clínica a Lleida

L'activitat i la producció científica que es desenvolupa a Lleida en els àmbits acadèmic, hospitalari i de l'atenció primària és el tema de debat que va escollir el consell de redacció de Butlletí Mèdic per a aquest número. Un debat que planteja com treballen, per què, amb quins objectius i amb quins mitjans els grups lleidatans de recerca i investigació.

Recerca en els departaments clínics de la Facultat de Medicina de Lleida

La intenció de l'article és recollir i analitzar l'activitat i producció científica dels darrers anys dels grups de recerca de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) i els departaments clínics (medicina i cirurgia) de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (FM-UdL). Començarem descrivint algunes dades extretes de les memòries anuals de recerca de la UdL i de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i de l'estudi del National Citation Report (NCR)-Catalunya 1981-98, treball bibliomètric d'exploració de la base de dades de la ISI-Thomson Corporation, que elabora el Science Citation Index Expanded (SCIE) i el Current Contents. Hi ha petites diferències entre les tres fonts. Ens referirem principalment a les dades obtingudes del NCR i, quan no sigui així, citarem la font corresponent.

La recerca biomèdica a Catalunya i Espanya en el quadrienni 1994-98. Comparació amb altres països i amb altres disciplines.

Si ens comparem amb la resta de l'Estat, la recerca a Catalunya, referida al nombre d'articles publicats en revistes indexades, d'elevat factor d'impacte (FI), és alta. Investigadors del nostre país van

publicar el quadrienni 1994-98 un total de 22.765 articles, mentre que a la resta d'Espanya se'n van publicar uns 63.000. Ara bé, si ens comparem amb altres països desenvolupats del nostre entorn, el producte investigador és discret. Restem lluny dels més de 86.000 articles d'Holanda, dels 66.000 de Suècia i dels 70.000 de Suïssa, per anomenar alguns referents (taula 1). Només superem en proporció la recerca feta a Portugal, Grècia i Irlanda.

Per altra banda, els articles científics de recerca en biomedicina són els més nombrosos de totes les disciplines. De la mateixa manera que succeeix a la resta de països, els treballs biomèdics representen més del 50% del total (taula 2) dels 22.765 articles publicats des del nostre país.

Els indicadors de producció científica de la UdL són una mica decebedors, si els comparem amb la resta d'universitats catalanes, ja que ens situem en el setè lloc del rànquing, per darrere de la Rovira i Virgili i de la Universitat de Girona (taula 3), encara que aquests resultats probablement

reflecteixen la diferent dotació en nombre de facultats, professors i alumnes que té cadascuna. Per tant, Lleida és la pitjor situada sobre la base d'aquests indicadors. Per altra banda, també la recerca en biomedicina dins la UdL és superior a la resta de disciplines, ja que en aquest àmbit, malgrat ser una facultat mitjana, dels quasi 300 articles publicats per tota la universitat en revistes d'elevat FI, més de la meitat són biomèdics.

La recerca biomèdica a Catalunya en el quadrienni 1994-98. Comparació entre hospitals del nostre entorn i amb el Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques

Dels 11.408 articles biomèdics publicats des de Catalunya, més del 60% provenen de la recerca que es fa als sis hospitals grans de Barcelona i rodalies. L'hospital amb una productivitat científica més gran, amb una tradició més antiga en la redacció d'articles, és l'Hospital Clínic de Barcelona, que va publicar durant el període 1994-98 quasi 2.500 articles, seguit a certa distància dels Hospitals de la Vall d'Hebron, amb 1.165, i l'Hospital de Sant Pau, amb 1.087. Una mica per sota se situen els hospitals de Bellvitge, IMIM-Hospital del Mar, i Germans Trias i Pujol (taula 4).

En el mateix període, a l'HUAV es produïen 88 articles, molts menys que en els grans hospitals universitaris de Barcelona, però també per sota dels Hospitals de l'Aliança, Josep Trueta, St. Joan de Déu, Mútua de Terrassa i Joan XXIII de Tarragona i bastant lluny del Consorci Parc Taulí de Sabadell, cosa que ens situava en un tretzè lloc d'un hipotètic rànquing. Destaquen al nostre hospi-

Taula 1. Articles publicats en revistes d'elevat factor d'impacte per investigadors catalans (1994-98)

Estats Units	1.260.680
Unió Europea	1.242.463
Regne Unit	321.957
Japó	305.604
Alemanya	285.989
França	215.529
Canadà	168.491
Itàlia	131.161
Rússia	125.611
Austràlia	94.569
Holanda	86.842
Espanya	85.743
Suècia	66.883
Suïssa	60.628
Bèlgica	42.871
Dinamarca	33.667
Catalunya	22.765
Grècia	18.116
Irlanda	10.730
Portugal	9.167

Taula 2. Publicacions segons els diferents àmbits científics (1994-98)

ÀMBIT	NOMBRE D'ARTICLES PUBLICATS
Biomedicina	11.408
Ciències	9.604
Ciències Socials	834
Enginyeria i Tecnologia	2.520
Humanitats	121
Multidisciplinari	204
Total*	22.765

* Un mateix article pot estar catalogat en més d'un àmbit i per això la suma dels valors de la columna és superior al total.

Taula 3. Producció científica de les universitats de Catalunya (1994-98)

UB	7.766
UAB	4.851
UPC	2.371
URV	780
UdG	326
UdL	298
URL	186
UPF	183

(Font: National Citation Report (ISI). Catalunya 1981-1998)

tal els 15 articles publicats per nefrourologia, 9 per hematologia, 9 per oncologia, 8 per medicina interna, 2 per gastroenterologia i 2 per dermatologia, segons el NCR-Catalunya 1981-1998.

Centrant-nos en la FM-UdL, i segons la mateixa memòria de recerca, al llarg del període 1995-98 es van publicar 198 articles en revistes amb FI, 158 dels quals corresponen als departaments clínics (114 a medicina i 44 a cirurgia) i 90 al departament de ciències mèdiques bàsiques (taula 5). Ara bé, el FI d'aquests darrers articles fou superior: 227, mentre que el dels departaments clínics fou de 128. També és cert que al departament de CMB treballaven vint professors titulars a dedicació completa, mentre que als departaments clínics només n'eren titulars nou, vuit dels quals amb dedicació parcial.

La recerca l'any 2000

Aquest és el darrer any que disposem de dades.

Durant l'any esmentat, segons la memòria de recerca de l'ICS, hi ha declarat als sis hospitals sis grups de recerca: el de cures intensives, del qual és investigador principal el Dr. A. Rodríguez; el de nefrologia experimental, dirigit per la Dra. E. Fernández; el de cirurgia ortopèdica i traumatologia, del Dr. J. J. Fernández; el d'oncologia, encapçalat pels Drs. J. Macià i X. Gómez; el de neoplàsia colorectal, que dirigeix el Dr. J. Viñas, i el de medicina interna, que lideren els Drs. M. Rubio, J. M. Porcel i M. Falguera. Dels grups esmentats, tenien projectes d'investigació actius amb finançament extern el grup de la Dra. Fernández, tres assaigs amb un import de més de 24 milions de pessetes; el del Dr. J. Viñas, amb més d'1.600.000 pessetes; el d'hematologia, amb 7.700.000 pessetes, i el del Dr. Porcel, amb

Taula 5. Producte de la recerca biomèdica de la Universitat de Lleida (1995-98)

	DEPARTAMENTS CLÍNICS			CMB
	MEDIC.	CIRURG.	TOTAL	
Nombre d'articles	114	44	158	90
FI total	114,80	13,58	128,38	227,25
FI/article	1,007	0,308	0,812	2,527
Prof. tot./prof. num.	39/4	21/5	60/9	40/20
FI/professor	2,943	0,646	2,140	5,681

(Font: Memòria de recerca de la UdL)

Taula 4. Articles biomèdics publicats en biomedicina pels diferents hospitals de Catalunya en revistes d'elevat factor d'impacte (1994-98)

CENTRE	NOMBRE D'ARTICLES
Hospital Clínic de Barcelona	2.438
Hospitals Vall d'Hebron	1.165
Hospital de St. Pau	1.087
Hospital de Bellvitge	828
Hospital del Mar	787
Hospital Germans Trias i Pujol	667
Consorci Hospitalari Parc Taulí	250
Hospital de l'Aliança	125
Hospital Josep Trueta	124
Hospital St. Joan de Déu	120
Hospital Mútua de Terrassa	113
Hospital Joan XXIII	111
Hospital Arnau de Vilanova	88
Hospital St. Joan de Reus	78
Consorci Hospitalari de Mataró	58
Consorci Hospital Creu Roja	49
Hospital General de Vic	30
Hospital General de Catalunya	28
Centre Hospital de Manresa	25
Hospital de Viladecans	22
Hospital General de Granollers	21
Hospital Provincial Sta. Caterina	21
Hospital Verge Cinta de Tortosa	16
Hospital General de Barcelona	14
Hospital Provincial Sta Maria	13
Hospital de Figueres	10
Policlínica Teknon	8
Centre Oftalmològic Barraquer	6

(Font: National Citation Report (ISI). Catalunya 1981-1998)

1 milió de pessetes (taula 6).

Per altra banda, els membres dels departaments clínics (medicina i cirurgia) de l'HUAV han publicat 35 articles l'any 2000 en revistes indexades de FI, dels quals 22 han estat publicats en revistes nacionals i 13 en revistes internacionals, la qual cosa donaria un discret increment en el nombre

● **L'Arnau de Vilanova necessita més personal mèdic resident**

d'articles respecte al període anterior. També es duen a terme 32 assaigs clínics, 7 dels quals són d'àmbit internacional, i 23 són multicèntrics.

Comentaris finals

La principal funció del metge és el diagnòstic i tractament correcte dels pacients i l'atenció de sales, sales d'operacions i consultes. Si es pretén que els diagnòstics siguin acurats i la terapèutica es mantingui al dia, i a més a més es volen fer comunicacions clíniques a congressos i articles, cal un esforç considerable. Per altra banda, el sistema MIR ha equilibrat el nivell dels professionals de la medicina. La majoria d'especialistes que han arribat els darrers anys a l'HUAV, molts dels quals treballen simultàniament a la Facultat de Medicina, han estat formats per aquest sistema en els hospitals grans de Barcelona o de la resta de l'Estat i, per tant, posseeixen una preparació similar a la dels metges dels hospitals on s'han format.

Alguns, a més, s'han compromès amb la docència i tenen afegida la responsabilitat de la formació d'alumnes, amb preparació de material docent, classes teòriques, seminaris pràctics i correcció d'exàmens. També s'encarreguen de la formació de residents, amb la programació de sessions clíniques, bibliogràfiques, etc. Perquè aquesta feina es faci bé, cal un esforç considerable.

Ara bé, un dels criteris per avaluar la qualitat d'un centre és la recerca que s'hi fa. Als departaments clínics de l'HUAV no en fem molta, però és la que correspon al nostre nivell, per darrere en

Taula 7. Punts febles i punts forts de la recerca clínica actual a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

PUNTS FEBLES	PUNTS FORTS
Elevada càrrega assistencial i docent	Motivació
Poca tradició	Potencial clínic i assistencial
Manca d'incentius	Capacitació
Manca d'estructura organitzativa	Possibilitat de col.laboració
Recursos escassos	
Manca d'interacció entre els grups	

pressupostos i personal dels hospitals de Girona i Tarragona. La principal diferència amb els hospitals esmentats i amb els hospitals grans de Barcelona és que el nombre de professionals que treballen allí és molt més alt, sobretot pel que fa a residents, la qual cosa implica que la càrrega assistencial és més gran per als facultatius del nostre hospital. En els hospitals grans, molta d'aquesta càrrega recau en els residents, que a més en alguns casos actuen de motor i d'estímul per a la recerca. Uns altres inconvenients són que al nostre hospital no hi ha gaire tradició de publicar i hi ha poca relació entre els diferents grups de recerca del mateix hospital i, en especial, amb els del Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques, amb més trajectòria i capacitat per a la recerca (taula 7).

Si es vol fer una aposta de futur, no s'ha de confiar només en la bona voluntat de la gent, també s'ha de dotar l'hospital de personal mèdic suplementari i d'infraestructures i suport logístic (recursos i personal informàtic, correctors d'idiomes, "professionals" de la recerca i material adient, etc.). És

fonamental la presència d'un nombre superior de residents d'especialitats. Si es vol que s'incrementi la productivitat científica, hem de demanar, d'exigir, als nostres polítics i directius de l'hospital i de la facultat-universitat aquesta aportació. Si aconseguíssim produir 10 o 15 articles de qualitat més a l'any ens situariem en el vuitè o novè lloc quant a nombre de publicacions, una mica per sota de l'Hospital Parc Taulí. Els professionals estem disposats a fer aquest darrer sobreesforç.

FONTS

1. Coma, L.; Suñen, E.; Carbó, J.M.; Rovira, L.; Camí, J. *National Citation Report (ISI)*. Catalunya 1981-1998. Barcelona, febrer 2001.
2. Memòria Hospital Universitari Arnau de Vilanova.
3. Memòria de recerca de la UdL.

Josep M. Casanova, A. Rodríguez, X. Gómez
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Departament de Medicina.
Universitat de Lleida

La recerca en l'atenció primària de salut

La conferència mundial de l'OMS a Alma-Ata establia el 1978 les bases de la renovació conceptual i organitzativa dels serveis primaris d'atenció a la salut. Aquest esdeveniment, que va donar peu al naixement de l'especialitat de medicina familiar i comunitària, va forjar també la necessitat de dotar els sistemes sanitaris de noves estructures i infraestructures i d'obrir espais a una nova àrea de coneixement i de recerca, que ajudés al desenvolupament d'aquesta nova disciplina mèdica.

Seguint el disseny de projectes i l'estadística analítica del mètode científic, la recerca en atenció primària va començar a respondre a preguntes relacionades amb la salut i la qualitat de vida de les persones i, molt ràpidament, va orientar-se també cap a l'anàlisi de l'eficiència de les activitats pròpies de la pràctica dels metges de família: des dels seus sistemes de registre fins a les seves actuacions preventives, diagnòstiques i terapèutiques. Així es va avançar cap a l'adopció de noves actituds que ampliaven els horitzons científics d'aquesta nova atenció primària.

El vessant comunitari del treball dels equips d'atenció primària es va desenvolupar, en un primer moment, de forma molt paral·lela a la salut pública quant al seu contingut ricament epidemiològic, però ja des de l'inici va adquirir la peculiaritat de centrar-se en certs determinants socials de la malaltia, que podríem definir com la manera en què la manca de salut o la percepció de la necessitat de rebre atenció sanitària s'articula en el context social, polític, cultural i econòmic de les diferents comunitats. És el que s'anomena medicina social, que va donar i encara dona molt contingut als departaments universitaris de medicina familiar i comunitària als Països Baixos i al Regne Unit.

Sense deixar de banda, tal com esmentàvem en el primer paràgraf, que la medicina familiar i comunitària és una disciplina marcadament jove, que l'any 2003

justament arribarà als 25 anys, és molta la personalitat que ha adquirit la recerca provinent de l'atenció primària en la productivitat de coneixement científic i mèdic al nostre país. Aquesta, en gran part, s'ha alineat al voltant del que podríem anomenar *prevalentologia*, és a dir, l'estudi dels estats de malaltia més freqüents en la població. Això ha condicionat el naixement de grups potents de recerca en hipertensió, diabetis, tabaquisme, malalties infeccioses... grups de reconegut prestigi i de llarga trajectòria que podríem considerar els capdavanters de la recerca en atenció primària a Catalunya.

A Lleida, seguint en la línia del que hem identificat amb el nom de *prevalentologia*, s'han dut a terme treballs d'investigació, moltes vegades plasmatos en tesis doctorals, de gran valor pel que fa al coneixement de problemes de salut molt presents en la nostra població: la hipertensió, la patologia tiroïdal... Té interès en aquest apartat mencionar l'experiència viscuda fa tres anys, quan la vocalia de Lleida de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària va dur a terme, en conveni amb l'Ajuntament de Lleida i amb el suport del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, el diagnòstic de salut de la ciutat de Lleida.

Cal una embranzida

De totes maneres, malgrat que la productivitat científica no es pot considerar en absolut escassa, sembla que la recerca en atenció primària a Catalunya encara ha de fer una embranzida que la situï al mateix nivell de qualitat, de prestigi i de creativitat que l'equiparín amb el grau de desenvolupament professional i amb la importància que per al sistema sanitari tenen els metges de família. Una embranzida que faci que aquests, més orientats a l'assistència que a la recerca, deixin de veure el fet de fer recerca des d'una fase pre-contemplativa, com un obès que pensa que algun dia començarà a fer dieta, i comencin a forjar una tradició investigadora pròpia.

Quins són els condicionants que justifiquen que no s'hagi produït aquest impuls al nostre medi? Segurament els podem trobar en la manca d'experiència, de temps, de suport tècnic i logístic, de perseverança en les línies iniciades,

d'informació i capacitat de reposa, de tradició, d'estratègia, de contactes, d'aliances, i de compromís de les organitzacions sanitàries i de les universitats per desenvolupar models que donin suport decididament al desenvolupament de la recerca en l'àmbit de l'atenció primària de salut.

El metge de família necessita continuar investigant, ja que en un context en què les polítiques sanitàries i els arbres de decisió més bàsics s'orienten cap a les evidències científiques, gran part de l'activitat del metge de família continua estant més enllà d'on han arribat aquestes evidències per l'escassa proximitat a la realitat de la pràctica clínica d'aquests metges.

Quin ha de ser el mètode que ha de fer brollar el coneixement de la medicina familiar i comunitària és una qüestió que haurem d'anar examinant. Potser, com semblen ja insinuar alguns corrents com la recerca de resultats en salut, el pas ha de ser de l'empirisme dels assajos clínics al pragmatisme d'altres fonts d'informació, com els assajos naturalístics. I, sense arribar al terreny de l'assaig, l'experiència del dia a dia en la pràctica clínica potser haurà de ser vista a la vegada com a font i contingut del coneixement científic del metge de família.

De moment, les noves experiències en recerca d'atenció primària passen per la creació, des del gener d'aquest any, de xarxes d'investigadors promogudes per la Fundació Jordi Gol i Gurina i la Unitat d'Epidemiologia i Recerca de la Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut. Amb aquestes, es pretén aprofitar dues fortaleres de l'atenció primària: una de natural, pel fet de ser el nivell fonamental d'accés de tota la població al sistema sanitari; i una altra de peculiar del sistema català, constituïda per la coexistència de serveis d'atenció primària i hospitalària oferts per un mateix proveïdor. Sens dubte, aquestes xarxes són una bona aposta per promocionar la recerca de l'atenció primària.

Jesús Pujol Salud
Coordinador científic de l'àmbit d'atenció primària de Lleida (ICS) i vocal de recerca de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Taula 6. Projectes de recerca, amb finançament extern, actius l'any 2000

INVESTIGADOR PRINCIPAL	INSTITUCIÓ FINANÇADORA	TÍTOL DEL PROJECTE	IMPORT
E. Fernández	Sociedad Española de Nefrología	Papel de la vitamina D y disfunción de su receptor (VDR) en la patología vascular asociada a HTA	3.000.000 PTA
E. Fernández	FIS 00/1009	Factores genéticos implicados en la osteodistrofia renal	13.300.000 PTA
E. Fernández	La Marató de TV3	Papel de la vitamina D en la patología vascular asociada al trasplante renal	8.052.000 PTA
J. Viñas	Paeria	Estudio comparativo del seguimiento intensivo versus seguimiento minimalista del cáncer colorectal (Dukes B2-C) después del tratamiento con intención curativa	1.672.664 PTA
J. Boix	Paeria	Implicación de la apoptosis en patología onco-hematológica: estudio de la relevancia de los receptores inductores de muerte celular (sistemas de señalización FASL-FAS y TNF-TNFR)	7.781.429 PTA
J. Porcel	FIS 00/0699	Estudio de la actividad de la telomerasa en líquido pleural para el diagnóstico de derrames pleurales malignos	1.000.000 PTA

Professionalisme

Dr. A. Oriol i Bosch • Catedràtic de Fisiologia

La medicina és després del sacerdoti la professió més antiga. La seva estructura, tal com la coneixem, es produeix al llarg de la segona meitat del segle XIX. En el nostre país, recentment, es va celebrar el centenari dels col·legis professionals. Les professions, com a constructes socials, es basen en els elements següents:

- Un cos de coneixements i unes capacitats específiques.
- L'adquisició d'aquests coneixements i capacitats a través del sistema educatiu de màxim nivell (universitat).
- Autonomia i control del treball professional (què es pot fer i com s'ha de fer).
- Un esperit de servei altruista, que supera la contraprestació econòmica que rep pels serveis prestats.
- Un reconeixement social del valor dels serveis professionals que es concreta en el reconeixement d'uns privilegis professionals.

En les darreres dècades s'han aixecat veus crítiques al professionalisme, que l'han acusat de conrear actituds monopolistes, d'elitisme, corporativisme i de mostrar conductes arbitràries i li han negat l'esperit de servei altruista i l'autoritat del coneixement específic, el dret a l'autonomia i l'autocontrol.

És important analitzar si aquestes crítiques són contingents a males pràctiques de certs individus de la professió i a un mal funcionament de les organitzacions i corporacions professionals o bé són substancials al professionalisme i, per tant, inevitables en l'actual organització social. En aquest darrer cas, la defensa de les professions, des de la perspectiva social de l'interès comú dels membres de la societat, no seria possible i caldria cercar altres formes d'organitzar-nos. Si les crítiques estan justificades solament sobre la base de les contingències, i el professionalisme com a concepte continués sent un valor social positiu, del que es tractaria en realitat seria de corregir allò que d'acord amb les crítiques fos considerat com a millorable. Es tracta, doncs, d'una reflexió que no és banal i que té molta transcendència, no tan sols per a la medicina com a professió, sinó per a l'organització en la nostra societat dels grups en possessió de coneixements específics i amb els valors ètics de les professions.

La crítica que les professions generen monopolis que beneficien els professionals no aguanta les anàlisis

crítiques, ja que els suposats monopolis professionals no estan interessats en l'acumulació de riquesa, propietats, poder, ni tan sols coneixements, sinó tan sols en l'ús de la seva aplicació en defensa i com a garantia de qualitat dels serveis que reben els ciutadans. Per tant, no es tracta d'una exclusió social inacceptable per a la ciutadania, ans al contrari, d'un mecanisme de seguretat enfront dels perills de la incompetència. Si de cas, la crítica ha de ser sobre la contingència de no haver desplegat mecanismes de garantia suficientment eficaços per salvaguardar la ciutadania.

La crítica d'elitisme als grups professionals tampoc no és acceptable si es té en compte que la pertinença a les professions es basa en l'adquisició d'unes capacitats/competències específiques, que no estan a l'abast del coneixement comú de la ciutadania i que la finalitat última de les quals és la prestació de serveis professionals de qualitat i no l'interès econòmic del col·lectiu professional.

Monopoli i elitisme professional no es fonamenten en l'afany de lucre i sí en la garantia de qualitat dels serveis, la qual cosa no comporta un increment dels costos. Això és vàlid per a totes les professions, inclosa la medicina que aquí i ara és una professió econòmicament maltractada. I si algú no ho veïés clar, podem referir-nos a la professió més antiga, el sacerdoti, que a començaments del tercer mil·lenni i en l'entorn del món occidental, representa com cap altra els valors del professionalisme. No cal referir-se a la difícil situació del suposat monopoli professional de la medicina en una situació de no-mercado monopòlic en el qual es desenvolupa la prestació dels serveis de la salut. El credencialisme en què s'operativitza el suposat elitisme mèdic no es diferencia del principi de la meritocràcia com a instrument

d'eficiència i justícia social. El credencialisme a la medicina no és injust ni explorador i no té res a veure amb pràctiques inacceptables i quasi totalment eradicades (tribalisme, nepotisme, sexisme, simonia, ideologia, amiguisme, sectarisme o mercats relacionals).

Monopoli i credencialisme (elitisme) no constitueixen conspiracions contra la ciutadania, no són fonts d'inequitat ni d'exclusió injusta per explotació o dominació social per part de les professions. Només si no es creu en una jerarquia de qualitat entre els coneixements específics de les professions i els coneixements comuns de la societat poden acceptar-se les crítiques esmentades. A començaments del tercer mil·lenni es fa difícil retornar al pensament del paleolític i desconstruir tot el procés evolutiu basat en la divisió del treball, malgrat els passats intents del tipus *Illich* i companys de viatge.

La comprensió que la discrecionalitat professional no és un element d'arbitrarietat, sinó fruit de la incertesa en què inevitablement els professionals decideixen, comporta entendre i acceptar que el treball professional és quelcom més que un treball d'alta complexitat tècnica, ja que el metge no s'enfronta tant al diagnòstic i tractament de malalties, sinó a la resolució de problemes de salut de persones.

Un cop assumit que les crítiques formulades als principis que sustenten el professionalisme són conceptualment injustes i sectàries, cal admetre, però, que es poden fonamentar en contingències de mal ús concret dels privilegis professionals o en insuficiències en el funcionament de les corporacions professionals que s'han de tenir en compte i s'hi ha de dedicar esforços per corregir-les a fi de no malmetre l'aportació social del professionalisme. Aquest reconeixement de les mancances contingents que cal abordar, no es pot fer, però, de forma eficient des de l'escepticisme i els dubtes sobre els valors del professionalisme i cal, per tant, desarmar les ideologies que han pretès "volisnolis" acabar amb ell per imposar un igualitarisme desfasat.

- **Monopoli i elitisme no es fonamenten en l'afany de lucre**
- **El professionalisme busca garantir la qualitat dels serveis**

Gestión privada y contratos laborales

Dr. Alberto Lorda

La implantación del modelo sanitario en nuestra comunidad ha convertido a la Administración, a través de CatSalut, en una aseguradora que contrata unos proveedores para dar un servicio a los asegurados.

Desde el punto de vista economista, ya está bien. El contratador se asegura unos costes fijos. Desde el punto de vista asistencial y de calidad puede que no sea así, pero de esto no toca hablar hoy.

Hoy hablaremos de la situación en que queda el personal asistencial, el trabajador.

El DOGC publica el concurso y se presentan unas empresas para gestionar un servicio. Teóricamente se lo quedará quién lo haga mejor y más barato.

La nueva empresa se encuentra que anteriormente ese servicio lo daban unos trabajadores contratados por su predecesora, que, actual-

- **Las empresas ofrecen más horas, menos salarios y contratos temporales**

mente, en la mayoría de los casos es el ICS. En buena lógica tendría que ser un proceso de subrogación y ya está, pero en todo este personal hay funcionarios, estatutarios, laborales

fijos, interinos y contratados. Quienes peor lo tienen son los interinos y contratados.

El ICS amortiza las plazas y les dice que se arreglen con la nueva empresa, que la única forma, al parecer, que saben para mejorar la cuenta de resultados es con los salarios. Generalmente ofrecen contratos temporales, más horas y menos salario. Esto evidentemente no se da si tu especialidad es de las cotizadas, pero si estabas de refuerzo en un CAP...

Cada día lo vemos más en nuestro ámbito: plazas de ambulatorio integradas en hospitales, integración del Banco de Sangre del Hospital Arnau en la empresa CTBT, la gestión del CAP Rural Nord por GSS, etc.

Pienso que es un tema que será cada vez más creciente y que tenemos que decir algo tanto desde los colegios profesionales como desde los sindicatos.

Lo primero sería exigir que se respeten las condiciones previas de contrato, después podemos seguir con la equiparación salarial entre los profesionales que trabajan en los centros públicos y los que trabajan en los centros proveedores, que haya la obligación de dar un mínimo anual de horas de formación al personal por cuenta de la empresa, etc. ¿Quién se anima a continuar?

Joies úniques

De la sèrie "Piràmide".
anell d'or groc i d'or blanc amb safir blau i dos diamants de talla princesa.

PIRE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · www.piretena.com · Pàrquing Blondel Gratuït

El dret del malalt a rebre informació

Dr. Joan Viñas Salas

El Codi Deontològic del Consell dels Col·legis de Metges de Catalunya tracta en el capítol III del dret de les persones malaltes a rebre informació sobre la seva malaltia i sobre les actuacions que se li proposen.

El dret a la informació és un principi bàsic i fonamental per poder exercir la llibertat. Per tant, ha quedat plenament reconegut en les lleis dels països democràtics com el nostre, especialment des de la Llei de sanitat de 1986. Saber què em passa com a malalt i les proves a les quals m'haig de sotmetre i qui és el metge o estudiant que entra en la meua intimitat física i mental és indiscutible. Així ho recull aquest capítol.

Però el malalt, per definició, no és un ciutadà en "plenitud de forma" per exercir els seus drets. Per tant, el codi no l'abandona a la simple aplicació de les lleis ordinàries. El metge, advocat del malalt també per definició de la mateixa professió com a servei i com a vocació -a diferència dels oficis-, ha de procurar el bé del malalt. Per això ha de donar la informació amb prudència i de manera esperançadora (art. 20 i 22).

◆ *El procés d'informar és per si mateix un acte terapèutic*

És a dir, el procés d'informar és per si mateix un acte terapèutic que com a tal s'ha d'exercir -per tant, s'ha d'aprendre-. Les facultats de Medicina no ensenyaven aquest aspecte tan important de l'activitat mèdica.

Per això, alguns metges tenen problemes perquè no s'han posat al dia i no han après els nous mètodes psicològics i socials de comunicar-se amb el malalt. A casa nostra, s'ha de dir que el pla d'estudis de la Facultat de Medicina de Lleida ja ho preveu i s'imparteixen aquests ensenyaments des de 1995. També a Catalunya els metges en formació (residents) tenen un mòdul obligatori de formació sobre

aquest tema.

Els metges també estem obligats a donar informació sobre els riscos dels hàbits del malalt sobre la seva salut, del seu treball i del medi en què viu. També hem d'informar-lo de si hi ha estudiants entre l'equip mèdic que l'atén, si és utilitzat per docència o per recerca (més endavant hi ha altres articles sobre això). També si quan el metge el visita actua com a pèrit i, per tant, l'informe pot ser-li perjudicial i, en aquest cas, cal comunicar primer al malalt el contingut de l'informe. El malalt té dret a un informe i a les proves diagnòstiques (aquest codi és anterior a la Llei sobre la història clínica del 2000, que dona al malalt el dret al contingut de la seva història, encara que també hi posa algunes restriccions).

La informació com a acte assistencial és terapèutica, però també pot fer mal al pacient. Per això, el codi avisa de no perjudicar-lo amb la possibilitat de reservar-se informació o donar-la a les persones vinculades al malalt quan intueixi que aquest no té una comprensió lúcida (privilegi terapèutic). El metge no parlarà malament dels seus col·legues davant el malalt, ha d'entendre's directament amb el company o amb el Col·legi de Metges quan observi alguna anormalitat.

Finalment, per respecte al dret a la intimitat, que es tractarà en el següent capítol, el metge només pot informar del que li passa al malalt al familiar o persona propera o col·legues que ell digui. El Codi prohibeix, en conseqüència, comentar les patologies del malalt amb noms i cognoms sense cap benefici per a ell.

CODI DEONTOLÒGIC

Capítol III. De la informació

20. El metge té el deure de donar al pacient la màxima informació possible sobre el seu estat de salut, els passos diagnòstics, les exploracions complementàries i els tractaments. La informació ha d'ésser donada de manera entenedora i prudent, i comprendrà també les mesures preventives per evitar el contagi i la propagació de la malaltia. També ha d'informar la persona en el cas que sigui objecte d'investigació, experimentació o docència.
21. El metge ha d'informar la persona que atén del risc que poden significar per a la seva salut els seus hàbits, el treball que exercix, o té intenció d'exercir, i el medi en què es desenvolupa.
22. El metge ha d'informar el pacient de les alteracions que pateix i del pronòstic de la malaltia de manera entenedora, verídica, mesurada, discreta, prudent i esperançadora.
23. Quan es tracti de malalties de pronòstic greu, el metge ha de procurar igualment informar el pacient, i ha de plantejar-se en consciència com aconseguir que tant la mateixa informació com la manera de donar-la no el perjudiquin.
24. El metge informará les persones vinculades al pacient, quan aquest així ho autoritzi o quan el metge intueixi que no hi ha la possibilitat d'una comprensió lúcida per part del pacient.
25. Quan el metge actui com a pèrit, inspector o similar és quan més acuradament ha de fer saber al pacient, abans d'actuar, la seva condició. Un cop finalitzada la seva tasca, ha de comunicar-li prioritàriament el contingut de l'informe, sempre que no hi hagi un factor perjudicial per a la seva

salut que aconselli no fer-ho. Mai no ha de fer judicis o comentaris despectius sobre el diagnòstic, el tractament o el pronòstic establerts amb anterioritat per altres col·legues. Ha d'entendre's directament amb el metge que té cura del pacient o, si fos el cas, amb el Col·legi de Metges.

26. El pacient té el dret a disposar d'un informe, i quan ho demani, dels documents de les proves diagnòstiques referents a la seva malaltia.
27. El metge només podrà lliurar informació del pacient a altres col·legues, institucions o centres quan disposi de la seva autorització explícita i, si aquest no pugués donar-la, la de les persones que hi estiguin vinculades i en siguin responsables, o quan la documentació o informació tramesa sigui necessària per garantir la continuïtat de l'assistència, completar l'estudi o el tractament del pacient.

Durant tota la vida ha pensat en els altres. Ara, pensi en vostè.

Hi ha persones que es preocupen més pels altres que per ells mateixos. És per això que, Medicorasse, la Corredoria d'Assegurances del Col·legi de Metges, posa al seu abast **MediVida Sana**, una assegurança pensada per a la seva tranquil·litat i la dels seus familiars, diferent d'altres assegurances ja que està dissenyada per a la vida, perquè no només garanteix un capital en cas de mort per als hereus de l'assegurat, sinó que també en **garanteix un 50% i fins a un 100% en cas que li diagnostiquin alguna de les 19 malalties greus* -fins i tot el VIH-**. A més, dona la possibilitat d'ampliar aquestes garanties amb una renda en cas d'incapacitació professional, invalidesa absoluta i permanent, pèrdua d'autonomia permanent o el diagnòstic d'una malaltia greu d'un fill, i té unes condicions diferents per a cada necessitat. En definitiva, una gran assegurança per a la seva vida. Nosaltres ja hem pensat contractar-la, i vostè?

Per a més informació truqui al:

902 010 788

* Càncer - Accident vascular cerebral - Trasplantament d'òrgans vitals - Grans cremades - Alzheimer - Pèrdua de la parla - Coma - Pèrdua de membres - Infart de miocardi - Insuficiència renal - Paralisi - Cirurgia cardíaca - Parkinson - Pèrdua de la visió - Altres demències - Encefalitis - Esclerosi múltiple - Substitució vàlvules del cor - VIH (únicament per a metges i diplomats en infermeria)

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE
LLEIDA
COML

MEDICORASSE
CORREDORIA D'ASSEGURANCES
del Col·legi Oficial de Metges

VITALICIO
ASSEGURANCES

El Servei de Biblioteca i Documentació de la Universitat de Lleida

El Servei de Biblioteca i Documentació de la Universitat de Lleida es configura com una unitat destinada a donar suport a l'estudi, la docència i la recerca, i integra els fons bibliogràfics, documentals i audiovisuals de la Universitat. Davant de la necessitat de dissenyar un model bibliotecari propi, la Universitat va escollir el model anglosaxó, que es tradueix a adequar les biblioteques disperses, descoordinades i amb temàtiques i ubicacions diferents.

Josep M. Arrufat i Rosa Muñoz

Biblioteca de Ciències de la Salut de la Universitat de Lleida

El Servei de Biblioteca i Documentació de la Universitat de Lleida, creat l'any 1993, ha posat en marxa, per tant, un sistema bibliotecari amb funcionament de biblioteca única, però amb la implantació en diversos campus i en un servei centralitzat de direcció i coordinació.

Així, doncs, un dels objectius bàsics va ser homogeneïtzar i normalitzar les seccions i els serveis a totes les biblioteques de la Universitat, reorganitzar-les com una unitat i diferenciar-les per la seva especialització. D'aquesta manera es van potenciar les biblioteques especialitzades de campus en l'atenció a l'usuari en tant que motor i punt de formació i informació. La Biblioteca de Ciències de la Salut Jaume d'Agramunt forma part de l'estructura del Servei de Biblioteca i Documentació de la Universitat de Lleida i el seu funcionament s'emmarca dins d'aquest model.

Breu història

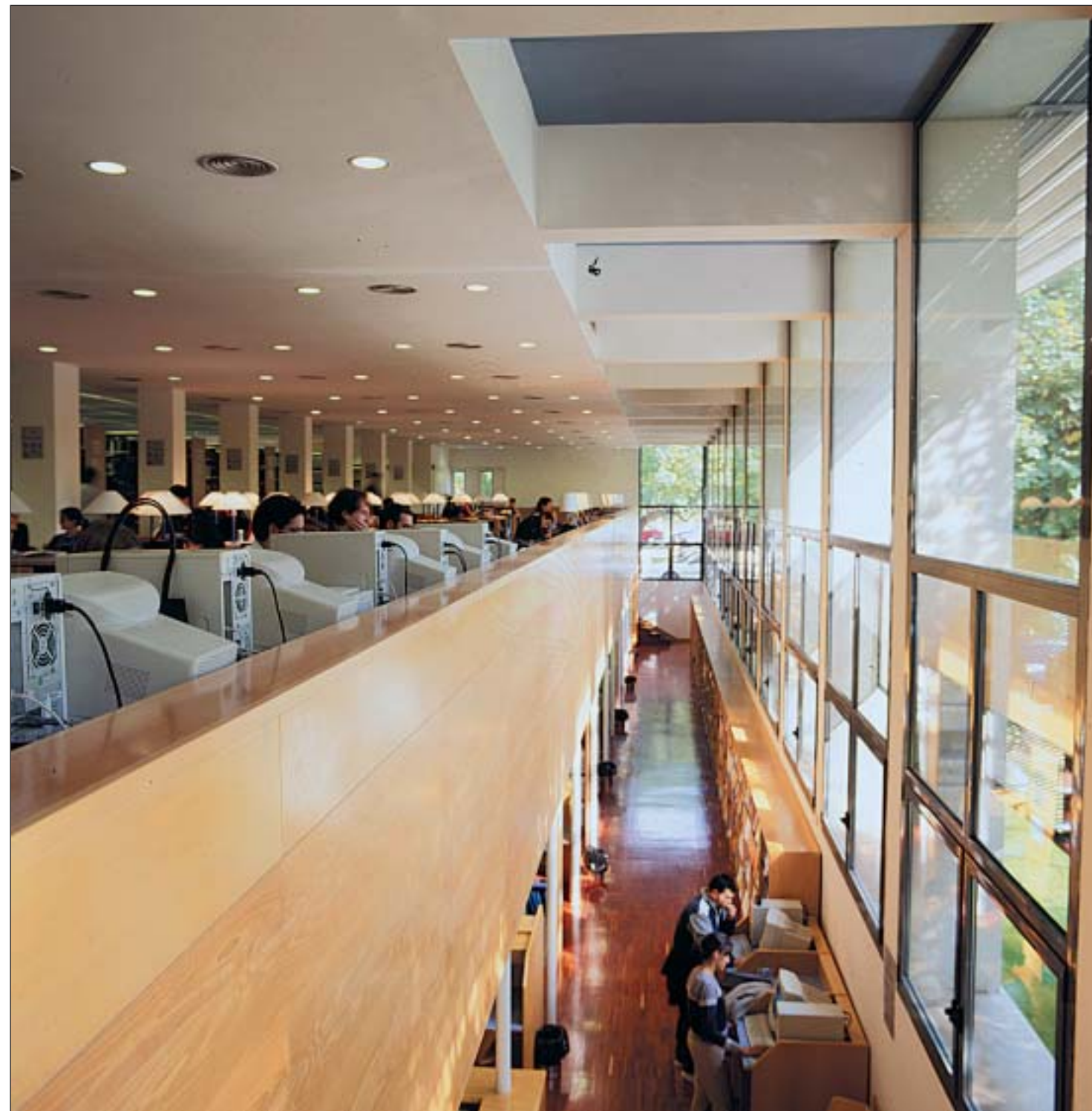
Des dels seus inicis i fins al moment actual, la Biblioteca de Ciències de la Salut Jaume d'Agramunt ha experimentat una sèrie de canvis tant pel que

fa a la seva denominació i ubicació com pel que fa a la seva estructura. Té els seus orígens en la biblioteca de la Facultat de Medicina, creada l'any 1982, les dependències de la qual estaven situades al carrer d'Anselm Clavé de la ciutat de Lleida.

Amb el trasllat de la Facultat al recinte de l'Hospital de Santa Maria, s'inicià un període de 10 anys (1989-1999) en què patí una sèrie de transformacions. En primer lloc, l'any 1991 va incorporar el fons bibliogràfic de l'Escola d'Infermeria, creada l'any 1988. Poc després, l'any 1992 va comportar dos canvis significatius per a la biblioteca.

En primer lloc, el trasllat de la Universitat de Barcelona a la naixent Universitat de Lleida i, en segon lloc, el canvi de nom. La denominació de Biblioteca de Ciències de la Salut volia reflectir el fet que la biblioteca atenia dos ensenyaments –Medicina i Infermeria–. Més tard, l'any 1993 esdevingué clau per definir el seu lloc dins de la nova organització universitària i bibliotecària: passà a formar part de l'estructura del Servei de Biblioteca i Documentació de la Universitat de Lleida.

L'augment del fons bibliogràfic i d'u-



La biblioteca té 18 punts d'accés informàtic de consulta als catàlegs.

suari va plantejar la necessitat d'un nou espai. Així, el 26 de febrer de 1999 es va inaugurar la nova biblioteca, que compartiria edifici amb l'Escola Universitària d'Infermeria, i que rebria el nom de Biblioteca Jaume d'Agramunt com a homenatge al personatge medieval que destacà pels seus rellevants treballs en el camp de la medicina.

Els usuaris

Tota la comunitat universitària i lleidatana és potencialment usuària de qual-

◆ *El febrer de 1999 es va inaugurar la nova biblioteca, que va rebre el nom de Jaume d'Agramunt, un metge medieval*

sevol biblioteca de la UdL. No obstant això, en aquesta biblioteca i atès que es troba ubicada en el Campus de Ciències de la Salut, els seus usuaris habituals són membres de l'estudiantat (861), professorat (181), personal d'administració i serveis de medicina i infermeria, personal sanitari de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, així com de l'Hospital de Santa Maria, a més de metges col·laboradors en els projectes de pràctiques de rotatori de l'alumnat de la universitat.

Aquests usuaris, doncs, disposen d'un horari ampli: de 9 a 22 hores de dilluns a divendres, i s'inclouen els dissabtes en els períodes d'exàmens ofi-

cial.

Fons i abast temàtic

Actualment, la biblioteca disposa d'un fons de 12.710 volums, 243 títols de revistes especialitzades en suport paper, així com d'una col·lecció de 1.604 revistes electròniques a text complet consultables des de qualsevol punt connectat a la xarxa de la UdL; també ofereix una col·lecció de bases de dades especialitzades en temàtiques de ciències de la salut, entre les quals hi ha el *Medline* i els *Current Contents Life Sciences & Clinical Medicine*.

Aquest fons bibliogràfic comprèn matèries com ara metodologia de la investigació científica, psicologia, sociologia, medicina forense, biologia i totes les diferents branques d'infermeria i de medicina.

Aquest fons s'adquireix seguint les següents línies: bibliografia recomanada pel professorat (bàsica i complementària) i bibliografia de recerca, independentment del seu suport en paper o digital seguint els actuals models canviant d'ensenyament superior en què la digitalització de la informació i de la formació universitàries és un procés gradual, complex i mixt.

El fons, doncs, es distribueix en una superfície de 722,12 m² i 182 places de lectura, hi ha també una sala d'estudi de 432 m² i 132 seients (oberta les 24 hores tots els dies de l'any), 18 punts d'accés informàtic de consulta als catàlegs, dos escàners, impressores, sala d'audiovisuals i fotocopiadora.

Com a novetat bibliogràfica i com a recurs de consulta no presencial, la biblioteca ha adquirit manuals i obres de referència de consulta electrònica (els denominats llibres electrònics) actualitzats dia a dia, i tenen previst l'adquisició de més obres en aquest suport.

Serveis i recursos presencials i no presencials

Així mateix, els serveis i recursos oferts als usuaris són tant presencials com no presencials.

Pel que fa als recursos presencials, podem remarcar la formació d'usuaris, que té com a objectiu essencial donar a conèixer a tota la comunitat universitària els serveis i els recursos que ofereix la biblioteca. Amb aquesta finalitat, es duen a terme sessions generals i especialitzades amb una programació diària i són impartides pel personal de la biblioteca. En aquestes sessions, l'usuari rep tota la formació i informació necessàries per desenvolupar la tasca de cerca bibliogràfica en catàlegs, bases de dades, revistes electròniques, llibres electrònics, recursos temàtics, etc. En aquest sen-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Els usuaris habituals són estudiants (861), professors (181) i personal de medicina i infermeria.

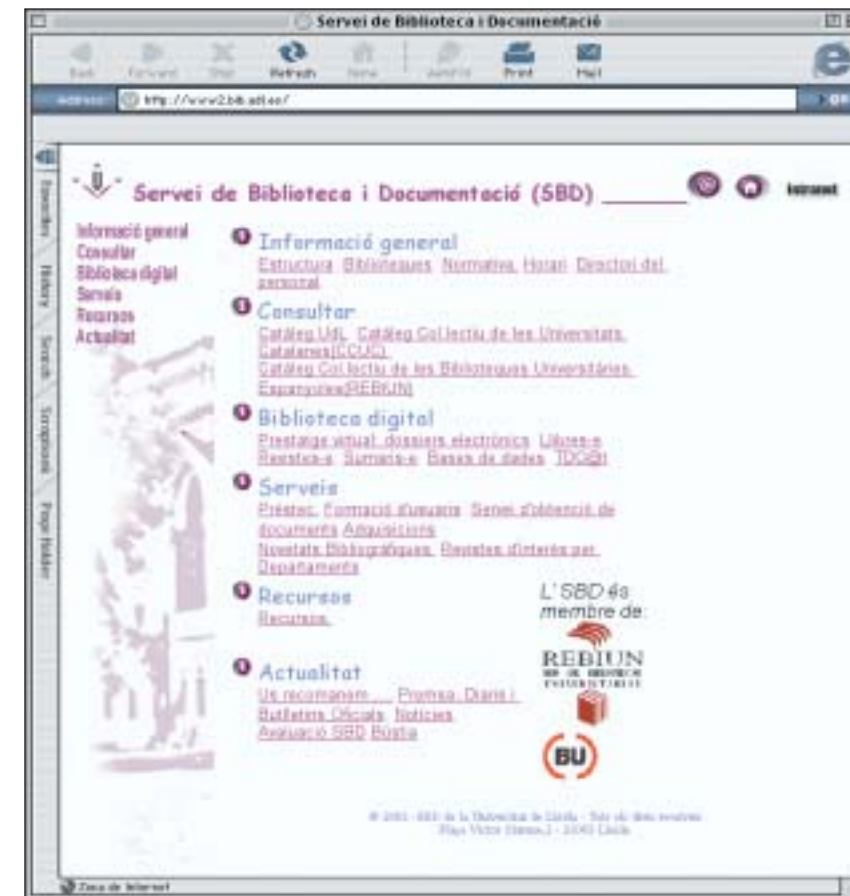
webs d'altres centres nacionals i internacionals.

D'aquesta selecció caldria destacar que està sotmesa a una constant evolució i actualització.

A més a més, la lectura de la premsa digital i dels diaris i butlletins oficials de totes les comunitats espanyoles i nacions estrangeres és un altre servei no presencial molt aprofitat pels usuaris.

Com a biblioteca de l'era digital, l'SBD ha posat en marxa des de l'inici del curs 2001-2002 els dossiers electrònics, que són conjunts de materials digitalitzats amb l'objectiu de ser un complement de suport a l'ensenyament, la docència i la recerca, disponible les 24 hores del dia i els 7 dies de la setmana des de qualsevol ordinador connectat a Internet, cosa que permet a l'alumnat un seguiment no presencial adequat de l'assignatura.

Finalment, cal assenyalar que la Universitat de Lleida és una de les vuit universitats públiques de Catalunya que componen el Consorci de Biblioteques Universitàries de Catalunya (CBUC), la missió del qual és millorar els serveis bibliotecaris a través de la cooperació, i del qual podem destacar el desenvolupament del Catàleg Col·lectiu d'Universitats Catalanes (CCUC) i la compra consorciada de bases de dades i revistes electròniques.



Web del Servei de Biblioteca i Documentació.

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

tit, altres serveis en els quals l'atenció a l'usuari és personalitzada són la informació bibliogràfica, amb la qual la biblioteca facilita l'assistència tècnica i la informació necessària per a la utilització dels serveis i de les sessions; l'autoprèstec, mitjançant una màquina pionera en el món de les biblioteques a Espanya, que permet a l'usuari fer-se el préstec ell mateix sense necessitat de passar pel taulell; el préstec in situ, i el préstec entre les quatre biblioteques del campus.

El Servei d'Obtenció de Documents (SOD) és també un servei presencial que permet disposar dels documents que no es troben a les biblioteques de la UdL i sí a biblioteques de tot el món. Els documents es poden demanar des de les biblioteques o mitjançant un formulari electrònic accessible a través de la pàgina web de l'SBD.

Pel que fa als serveis no presencials, es troben a la pàgina web de l'SBD, creada el 1996 (<http://www2.bib.udl.es>). D'aquests serveis podem destacar la consulta al catàleg de la UdL, a les bases de dades, a les revistes electròniques, al catàleg col·lectiu de les universitats de Catalunya (CCUC), on es troben tots els fons bibliogràfics de les vuit biblioteques universitàries catalanes, a més de la biblioteca de la

◆ **La biblioteca disposa de 12.710 volums i 243 títols de revistes especialitzades**

◆ **El fons també té una col·lecció de 1.604 revistes electròniques**

◆ **La superfície de la biblioteca és de 722 m², amb 182 places de lectura**

Universitat Oberta de Catalunya i de la Biblioteca de Catalunya.

Consulta electrònica

A banda d'això, també cal remarcar l'accés a la consulta electrònica de més de 1.500 títols de revistes electròniques multidisciplinàries amb el text complet dels articles. L'accés electrònic a la base dels sumaris de revistes subscrietes per les institucions abans esmentades és una altra eina de treball, que permet al professorat i alumnat disposar d'informació actualitzada i puntual dels articles publicats i ofereix la possibilitat de subscriure i rebre l'actualització al seu correu electrònic personal.

Així mateix, un altre recurs no presencial a l'abast dels usuaris consisteix en el fet de poder sol·licitar documents (adquisició de bibliografia i préstec interbibliotecari) mitjançant formularis electrònics disponibles a través de la pàgina web del Servei de Biblioteca i Documentació de la UdL.

De manera no presencial i a través de la web, els usuaris de la biblioteca poden accedir a una selecció de recursos per matèries corresponents als diferents ensenyaments impartits a la UdL, on es poden trobar diferents recursos com ara bibliografies i diccionaris, revistes electròniques o adreces

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
www.echevarne.com
informacion@echevarne.com

Médicos sin Fronteras (MSF) ha puesto en marcha una campaña internacional para garantizar el acceso de toda la población mundial a los medicamentos esenciales. Un acceso que se niega a los habitantes de los países pobres. MSF dedica íntegramente la dotación económica del Premio Nobel de la Paz, que recibió el pasado año, a financiar esta campaña.



Más de un tercio de la población mundial no puede acceder a los medicamentos esenciales.



Campaña de acceso a medicamentos esenciales

Médicos sin Fronteras

Hablar de acceso a medicamentos esenciales es hablar de un derecho humano fundamental, es la posibilidad de disponer de una serie de fármacos básicos, que cubren las necesidades de la asistencia sanitaria de la mayoría de la población, es decir, se trata de hablar simplemente del derecho a la vida.

Esto que a nosotros nos parece tan básico, es un derecho que a menudo se les niega a los habitantes de los países más pobres, de manera que más de un tercio de la población mundial carece de ellos. Esta proporción llega al 50% si nos centramos en ciertas zonas, como el África Subsahariana. Todo esto se traduce en 17 millones de muertos por no disponer de la medicación básica necesaria para tratar las enfermedades más frecuentes.

¿Por qué Médicos sin Fronteras pone en marcha esta campaña?

Dos son las razones fundamentales que hacen que Médicos sin Fronteras (MSF) ponga en marcha una campaña a nivel internacional y que le dedique todo el dinero que recibió por el

Premio Nobel de la Paz. En primer lugar, hay una característica que nos diferencia de otras ONGDS y es el compromiso social que tiene de dar testimonio de aquellas injusticias de las que somos partícipes, de denunciar públicamente la vulneración de los derechos fundamentales de las personas; por esto nos parece fundamental hacer partícipe a la sociedad en la que vivimos de esta situación. En segundo lugar, no debemos olvidar que somos una organización humanitaria que trabaja en más de 84 países en todo el mundo, donde nuestros voluntarios se enfrentan a diario a esta falta de medicamentos y a no poder tratar como sería necesario a las personas que más nos necesitan.

Origen del problema

Las causas del problema son múltiples.

No podemos buscar una sola razón en un problema que se muestra tan complejo. Muchos son los eslabones de la cadena que propician esta situación, sin embargo tres son los puntos sobre los que estamos trabajando y

sobre los que centramos nuestros esfuerzos:

- Falta de investigación y desarrollo.
- Precios prohibitivos.
- Problemas de producción.

Existen medicamentos no muy costosos y al acceso de la población para alguna de las enfermedades tropicales más frecuentes, pero se trata de medicamentos "antiguos", con grandes problemas de resistencia o de efectos secundarios que los convierte en medicamentos ineficaces o lo que es peor, en medicamentos peligrosos.

La razón principal para que no se invierta en investigación y desarrollo es la económica, el 80% de los beneficios de estas empresas proviene de EE.UU., Europa y Japón, de manera que no les resulta rentable invertir en la investigación de enfermedades que afectan a países con una renta per capita baja.

Así, entre 1975 y 1997, se desarrollaron 1.223 nuevos medicamentos, de los cuales sólo 13 (1%) eran para el tratamiento de enfermedades tropicales y de estos 13 la mayoría fueron desarrollados en investigación militar o veterinaria.

Precios prohibitivos

Estamos hablando de países con una renta per capita tan baja que el costearse el tratamiento de una neumonía supone gastarse el salario de todo un mes de trabajo o más grave aún si nos referimos al SIDA, cuyo tratamiento supone el sueldo de 30 años. La organización mundial del comercio es la que establece las reglas de cómo se deben vender los productos en cada país y entre los diferentes países. De acuerdo con estas reglas, se trata a los medicamentos como a cualquier otro producto comercial. Las patentes de las empresas farmacéuticas sobre los medicamentos les otorgan el monopolio durante un periodo de 20 años, de manera que son éstas las que fijan el precio de los medicamentos e impiden que se fabriquen o importen medicamentos genéricos que abaratarían notablemente los tratamientos.

- ◆ Los precios son prohibitivos para las personas con rentas bajas
- ◆ Se trata a los medicamentos como a cualquier otro productor comercial

¿Se puede solucionar este problema?

La respuesta es sí, por lo menos en parte.

Los acuerdos sobre los derechos de la propiedad intelectual permiten incluir en las leyes de los diferentes países dos posibilidades que podrían mejorar esta solución. La primera de estas posibilidades es la capacidad para otorgar licencias obligatorias, es decir, la posibilidad, cuando el interés general lo justifique, de otorgar una licencia de fabricación o importación sin el consentimiento del titular de la patente. En segundo lugar nos referimos a las importaciones paralelas, esto es, el derecho a importar de otros países los medicamentos originales bajo patente cuando el precio de comercialización sea más bajo. Estas dos medidas, sin duda, ayudarían a hacer más asequible el precio de los medicamentos en los países más necesitados.

Problemas de producción

Los mismos intereses comerciales de las empresas de los que hablábamos antes, hacen que ante la falta de "rentabilidad económica" de la comercialización de un producto, éste sea retirado de la producción. Por ello, nos encontramos con enfermedades graves, en ocasiones mortales, para las cuales se dispone de un medicamento barato, seguro y eficaz, pero que la empresa que lo comercializa decide abandonar su producción ante la falta de beneficios con el perjuicio para la salud de las personas de estos países que esta drástica medida supone.

Nuestros objetivos

Una vez analizado el problema, desde Médicos sin Fronteras nos hemos marcado unas metas, unos objetivos claros, que tienen la finalidad de mejorar el acceso de estas poblaciones a los medicamentos esenciales. Los objetivos que son el pilar de esta campaña son los siguientes:

- Evitar el abandono de la producción de medicamentos para enfermedades tropicales y hacer, cuando esta producción ya se haya abandonado, que se reinicie de nuevo.
- Que se priorice la I + D de las enfermedades tropicales, con asignación para tal fin de recursos públicos.
- Regularizar esta I + D para enfermedades tropicales, promoviendo una Ley de Medicamentos Indigentes.
- Hacer presión para que se apliquen los precios diferenciales: "que pague más el que más tenga"
- Que se incluyan las licencias obligatorias y las importaciones paralelas en las leyes nacionales sobre la propiedad intelectual, con el asesoramiento de la OMS.

Competència deslleial d'un cirurgià de Sudanell del s. XIX

La cirurgia era una branca de la medicina que exercien els cirurgians, però aquests gaudien des de temps immemorial de menys consideració que els metges, ja que el seu treball era considerat merament manual. No va ser fins al segle XVIII, amb la creació dels Reials Col·legis de Cirurgia, que aquesta branca inicià el camí de la dignificació científica i professional i la categoria social dels cirurgians s'igualà a la dels metges.

Drs. Manuel Camps i Surroca i Manuel Camps i Clemente

El 1799, a causa del prestigi d'aquestes institucions docents, es va suprimir l'ensenyament mèdic de les universitats, i els Col·legis de Cadis, Barcelona i Madrid es convertiren en centres de formació unificada per a metges i cirurgians. Però això va durar poc més d'un any i ambdós professions van continuar, com abans, per camins separats¹.

El cirurgià lleidatà de la família reial, Pere Castelló i Ginestà (Guissona, 1770 - Madrid, 1850), aconseguí amb el seu conegut *Reglamento* de 1827 introduir en els col·legis de Cirurgia l'ensenyament de la medicina interna, d'aquesta manera es podia obtenir la titulació de metge cirurgià. Això durà fins al 1843.

Però la importància pràctica dels cirurgians va ser molt valuosa en l'assistència dels malalts, tant abans com durant el segle XIX. Per exemple, l'any 1866 la ciutat de Lleida, amb uns 19.000 habitants, disposava de 6 metges, 14 metges cirurgians, 11 cirurgians i 7 farmacèutics². El 1844, amb uns 10.570 habitants, el quadre sanitari el formaven 10 metges, 12 cirurgians i 6 farmacèutics³.

El mateix any 1844, la localitat de Montoliu, amb 492 habitants, era assistida pel metge Josep Mateu, el cirurgià Miquel Mariné i el farmacèutic Carles Herbera⁴.

Si ens n'anem més enrere, veurem que no era infreqüent en el medi rural que l'assistència estigués solament a

les mans de cirurgians, sobretot per les mancances i la pobresa de molts pobles. A més, no era estrany que la misèria contribuís a crear situacions conflictives entre els cirurgians i els alcaldes rurals dels quals depenien, fets que en ocasions acabaven desembocant en competències deslleials entre els cirurgians mateixos.

La situació que descriurem en aquest treball tracta dels conflictes que tingué l'any 1809 el cirurgià de Sudanell Miquel de Borja amb els alcaldes d'Albatàrrec i Sudanell, localitats a les quals també assistia des de feia més de 20 anys⁵.

Les queixes dels batlles d'Albatàrrec i Montoliu

El 21 d'agost de 1809 els batlles d'Albatàrrec i Montoliu, Pere Joan Cabau i Josep Ferré, comunicaven a la Junta Corregimental que a causa del poc nombre d'habitants que comptaven entre ambdues poblacions no podien trobar facultatius disposats a atendre els malalts, sobretot en situacions imprevistes i urgents en què calia acudir cuitadament. Per aquest motiu, es veien obligats a mantenir com a cirurgià el de Sudanell –localitat a una hora de camí d'Albatàrrec–, tot i el risc que això comportava per als malalts.

Amb la voluntat de trobar una solució efectiva, s'esforçaren a buscar un cirurgià que atengués els dos pobles i que, a més del treball de cirurgia, s'en-



La casa de l'esquerra, amb balcó, és de l'any 1797, època de Miquel de Borja.

carregués també de l'ensenyament dels minyons. Localitzaren Jeroni Ramonell, de la Fuliola, que es va conformar a servir els dos pobles, sobretot pel fet que si residia en un era com si visqués en una barriada de l'altre.

Aquesta decisió dels ajuntaments va complaure molt els veïns, però enutjà Miquel de Borja, acostumat com estava a percebre els guanys que li proporcionaven les conductes d'ambdós veïnatsges, a part de les de Sudanell, lloc on residia. Per això, va remoure tots els ressorts al seu abast capaços de desbaratar el contracte del nou cirurgià. Utilitzà un macip barber que tenia col·locat a Albatàrrec, anomenat Joan Busom, el qual parlava molt malament del cirurgià nouvingut a la gent incauta. Els deïa que era inexpert, mig orb i carregat de defectes.

Consideraren que aquesta conducta necessitava una severa correcció, sobretot en els temps que corrien –Guerra de la Independència–, on qualsevol veu capaç d'ocasionar turbulències en la convivència dels pobles de la monarquia era proscrita per les lleis amb molta duresa.

Els hauria estat molt fàcil acabar amb aquests impropis, simplement amb l'empresonament directe del macip, però consideraren el fet que la seva muller estava greument malalta i això podria empitjorar més encara la seva salut. En definitiva, van creure més adient dirigir-se a la Junta perquè ordenés Busom abstenir-se de criticar Ramonell, que ja residia a Albatàrrec des del dia 20 d'agost.

La Junta va fer cas als batlles i ordenà a Busom, sota la pena de 25 lliures i arrest, que s'abstingués de les crítiques deslleials i parés de sol·licitar als veïns que contractessin el seu mestre de Sudanell o a qualsevol altre.

El macip no va voler escoltar l'avertiment. Més encara, rasurava a Albatàrrec de forma oculta, i a Montoliu ho feia de cara al públic, i, a més, comptava amb la col·laboració d'un altre mosso del seu mestre. Tots dos feien les feines de barber de la xusma, a la qual intentaven posar en contra dels ajuntaments i del nou cirurgià, així com de l'ensenyament a càrrec d'aquest i fins i tot dels pares que l'acceptaven per als seus fills. Malgrat l'època de penúries, els ajuntaments procuraven a costa de sacrificis complir amb les reials ordres afavoridores de l'ense-nyança pública.

Per tot això, el 28 d'agost els batlles demanaven a la Junta que decretés l'execució de la pena imposada a Busom i comissionés el batlle d'Albatàrrec per dur-la a terme en nom seu.

La Junta, atenent aquesta petició for-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

mal, va preferir remetre abans al batlle d'Albatàrrec el contingut d'un recurs que mentrestant havia presentat Miquel de Borja, en el qual deixava molt malparats els dos ajuntaments.

El 7 de setembre, i amb tota la informació del recurs a les seves mans, els batlles van tornar a dirigir-se a la Junta, però aquesta vegada molt més documentats sobre l'exercici de la cirurgia quant a drets i deures dels cirurgians, articles de les Ordenances professionals, etc. Li van comunicar que l'apel·lació de Borja era plena de falsedats i que disposaven del títol oficial de Ramonell i podrien provar davant de qualsevol tribunal la seva perícia i idoneïtat, acreditada igualment pels diversos llocs on havia servit, sempre amb la complaença i satisfacció dels veïns. Amb tots aquests antecedents favorables, el van contractar amb els pactes més beneficiosos per ambdues comunitats.

A més, li manifestaren que sabien que la maliciosa actitud del macip, Joan Busom, vulnerava les regles de les Ordenances dels col·legis de Cirurgia. En efecte, aquestes prohibien rigorosament que un cirurgià desacredités el del poble veí, ni directament ni per mitjà d'altra persona. Les Ordenances també privaven captar clients valent-se de veus falses i sobretot difamatòries.

Li explicaren també que la llista de veïns que Borja havia presentat en el recurs a favor seu, corresponia a gent seduïda per les males veus del seu macip i que, en realitat, tenia molts pocs adeptes.

Per tot això, li demanaven que posés ordre a tan irregular situació i que, a part de castigar el macip, impedís l'assistència de Miquel de Borja als pobles de la seva competència i també que deixés d'incomodar-los amb escrits i recursos.

La Junta, en vista del caire que prenia l'assumpte, reiterà al macip l'esmentada multa de 25 lliures i, a més, en cas d'incompliment l'amenaçà a duplicar-li la quantitat i, a la tercera contravenció, l'arrestaria i el jutjaria segons les circumstàncies i la gravetat de la falta.

Per justificar aquest càstig, la Junta va utilitzar dos arguments. Primer, el títol i privilegi de Ramonell per exercir la cirurgia en qualsevol dels pobles del Principat; i segon, el contingut de les reials ordres, que prevenien que en les poblacions on exercís un cirurgià aprovat no es podia establir cap macip cirurgià, encara que fos delegat o encarregat d'un altre mestre foraster.

L'arrest del cirurgià Miquel de Borja al castell d'Albatàrrec

El 19 de setembre, el batlle d'Albatàrrec arrestava en el castell de la població Miquel de Borja, el qual el



dia següent escrivia a la Junta per explicar-li el fet i demanar-li aclariments. Els va comunicar que en sortir d'una casa on havia anat a fer una cura, va ser arrestat sense haver donat cap motiu. Al mateix temps, demanava que fos alliberat i que el batlle li lliurés un testimoni de la detenció, així com els motius d'aquesta i de qui havia procedit l'ordre, sobretot tenint en compte que no havia rebut cap providència de la Junta que contradigués la llibertat i les àmplies facultats que tenia concedides per exercir d'acord amb el seu títol de mestre cirurgià.

La Junta va acordar que el batlle deixés en llibertat el cirurgià i en el terme de tres dies informés sobre els motius que l'havien portat a empresonar-lo.

El batlle Pere Joan Cabau els va tornar a contar la mateixa història, és a dir, que les localitats d'Albatàrrec i Montoliu havien decidit contractar un cirurgià que atengués els malalts i ensenyés els joves, sobretot per evitar la manca real de facultatiu en què es trobaven en situacions d'accidents sobtats i imprevistos a causa de la

◆ *La Junta va utilitzar les reials ordres i el títol per justificar el càstig per intrusisme*

◆ *On exercia un cirurgià aprovat no es podia establir cap macip cirurgià delegat*



distància que els separava de Sudanell, on residia Miquel de Borja; i que aquest cirurgià, a part d'utilitzar el seu macip per fer competència deslleial al col·lega nouvingut, el 19 de setembre es presentà en persona a Albatàrrec per difondre per si mateix la propaganda en contra del nou cirurgià. Aquest fet va ser la causa que el decidí a arrestar-lo al castell.

La Junta, atenent aquesta explicació del batlle, considerà desmesurat l'empresonament, ja que portava tres dies al castell i solament se li permetia sortir per atendre les indispensables obligacions del seu ofici. Per això, l'advertí que a partir de llavors fos més moderat, sense pertorbar el bon ordre, ja que si continuava així se'l castigaria per tal de mantenir-lo dins el límits del seu deure.

Les explicacions i els raonaments de Miquel de Borja

L'escrit de Borja dirigit a la Junta del

mateix 29 de setembre consistí en el relat d'una sèrie de normes legals i ètiques de la professió quirúrgica que, al seu criteri, li donaven suport.

Ja feia 20 anys que el cònsol del Col·legi de Lleida, d'acord amb les Ordenacions de Cirurgia, l'havia destinat al servei de Sudanell, Montoliu i Albàrrec, tres poblacions que no sumaven en conjunt els 300 veïns. Aquesta llarga permanència en el càrrec i les mateixes Ordenacions li asseguraven la continuïtat en el servei i la impossibilitat d'establir-se on volguessin.

Però les Ordenacions de Cirurgia havien estat derogades, i els últims reglaments distingien dos classes de cirurgians: els romancistes i els llatins. Els dos tipus podien establir-se on volguessin i l'únic que els diferenciava era que els llatins podien receptar en certs casos en què no ho podien fer els romancistes⁶.

La llibertat d'establiment ja no depenia del nombre de veïns ni de l'autorit-

zació del Col·legi o del seu cònsol, atès que en totes les poblacions podien exercir-hi els cirurgians que volguessin.

Una qüestió especial, però, la constituïen els sagnadors. Hi havia alguns facultatius als quals solament se'ls autoritzava a sagnar, sense poder fer res més de cirurgia.

Per altra part, un mestre llatí o romancista sempre podia sagnar, amb la condició, però, de deixar separada d'aquesta facultat la barberia, ja que per afaitar no calia examen ni títol ni permís.

La prohibició als cirurgians de tenir oberta botiga de barberia arranca d'una Reial cèdula de Carles IV, de 6 de maig de 1804, en la qual s'incloueren les noves ordenances dels col·legis de Cirurgia.

Es considerava que el fet de dedicar-se a afaitar els apartaria de l'escrupolosa cura que havien de tenir amb els

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

malalts i del continu estudi que requeria la professió per alleugerir-los els patiments. Es pensava que l'assiduitat de les tasques literàries i els treballs mentals que exigia la pràctica de la cirurgia, no eren compatibles amb l'exercici mecànic de la barberia, sobretot per la distracció que això ocasionava. Aquesta prohibició, però, solament afectava els cirurgians del pla nou i no els antics que tinguessin barberia muntada⁷.

Atenent totes aquestes normatives, Miquel de Borja creia que cap justícia ni autoritat li podien prohibir l'exercici en una ciutat, poble o veïnat, ni que fos exercint al mateix temps en els tres llocs. De fet, restava a la voluntat dels veïns contractar un o més cirurgians i elegir el que tingués o no residència al poble.

En canvi, en el cas dels macips i dependents de cirurgia la cosa no era tan senzilla, ja que segons les Ordinacions havien de viure forçosament en família, a la mateixa casa del mestre, en el lloc on tingués establerta la botiga.

Per tots aquests motius, Borja creia injustes les mesures adoptades pel batlle d'Albatàrrec, tant la prohibició del seu exercici com l'empresonament al qual el va sotmetre. A més, considerava que aquesta actitud anava en detriment de la cirurgia i dels cirurgians.

Afegia també que, malgrat que la Junta l'hagués posat en llibertat, amb això no n'hi havia prou per restituir-li el mal ocasionat a la seva persona. S'havia de castigar també el batlle, atès que havia fet servir l'autoritat per fer costat a les seves passions.

Per altra part, Miquel de Borja considerava que si s'autoritzava el macip de Jeroni Ramonell a viure a Montoliu, i per tant separat de la botiga del seu amo, que la tenia a Albatàrrec, també s'havia de permetre que el seu macip Busom pogués residir a Montoliu o Albatàrrec, allunyat de la seva botiga de Sudanel.

En vista de tot l'exposat, suplicava a la Junta que disposés que tant ell com Jeroni Ramonell presentessin els seus títols al vicepresident del Col·legi de Barcelona, Josep Torner –que aleshores es trobava a Lleida–, i que se l'informés de tot el procediment, així com del recurs aportat pels veïns d'Albatàrrec i Montoliu, queixosos dels seus justícies pel fet d'haver-los privat el dret a la lliure elecció de cirurgia.

Legislació sobre barbers, sagnadors i cirurgians llatins i romancistes

Es considerava que els cirurgians llatins tenien la mateixa categoria que els metges. Per això, en totes les consultes públiques o privades on hi hagués metges i cirurgians llatins, presidiria la

consulta el que tingués més antiguitat de títol⁸.

Els cirurgians llatins aprovats pel Protomedicat podien establir-se lliurement i fixar residència en qualsevol ciutat, vila o lloc per exercir la cirurgia en totes les seves parts, sense exceptuar la sagnia, que *"es operacion muy principal en la Facultad quirúrgica, y para la cual se requiere mayor conocimiento que el que tienen los que son meros sangradores"*⁹.

Aquesta llibertat d'establiment havia començat pels cirurgians de l'exèrcit, als quals se'ls va permetre el lliure exercici en els veïnats de les poblacions on eren destinats¹⁰.

Després, la liberalització de l'exercici es va ampliar a tots els facultatius del Regne. Els cirurgians aprovats pels reials col·legis podien establir-se indistintament en qualsevol poble. Això es va fer per evitar discòrdies i dissensions entre els cirurgians i a proposta de la Junta Governativa de Cirurgia¹¹.

Per altra part, restaven molt ben delimitades les diferències entre les funcions dels cirurgians llatins i les dels metges. Aquests, no podien exercir de cap manera la cirurgia, ni aquells la medicina, a excepció dels casos mixtos.

En canvi, els cirurgians romancistes no podien practicar la medicina en cap cas. Això era obligatori tant a Catalunya com a les altres províncies de la Península¹².

Els cirurgians llatins aprovats, i amb títol de la Reial Junta Superior Governativa a les mans, podien prescriure tots els medicaments, tant externs com interns, que jutgessin convenients per a la guarició radical de les malalties mixtes que fossin conseqüència o causa de les internes o externes¹³.

En canvi, els cirurgians romancistes que haguessin estudiat als col·legis podien prescriure i aplicar els medicaments externs o interns que jutgessin

convenients per a la guarició de les malalties purament quirúrgiques, anomenades d'afecte extern. També podien fer sagnies i operacions en el cas de malalties externes. Però no estaven autoritzats a receptar un medicament intern en les malalties mixtes ni en les purament internes, ja que les mixtes pertanyien exclusivament als cirurgians llatins i les internes als metges¹⁴.

Per fer-se cirurgià llatí o llicenciat en cirurgia s'havien de superar els exàmens teòric i pràctic. Aquest últim consistia a fer les operacions sobre el cadàver que ordenessin els examinadors, sense oblidar la sagnia, pel fet de ser molt freqüent i exposada a assidus accidents; després, venia el reconeixement a la infermeria d'un malalt d'afectes mixtos de medicina i cirurgia, amb la finalitat de fer el diagnòstic i el tractament; finalment, l'última part consistia en la redacció de diverses declaracions per tal de comprovar els seus

coneixements en cirurgia legal¹⁵.

Els cirurgians romancistes també havien de superar dos exàmens. En el primer se'ls preguntava sobre la part teòrica de la cirurgia, medicaments de les malalties externes, manera de fer les receptes i les declaracions judicials. L'examen pràctic consistia a veure un malalt d'afecte extern i fer el diagnòstic i el tractament. També eren preguntats sobre les indicacions i la manera de fer les operacions, inclosa la sagnia. Finalment, i per veure la seva destresa manual, se'ls feia fer alguna operació sobre el cadàver¹⁶.

Una Reial ordre de 13 de març de 1805 va encarregar als justícies del Regne que no permetessin l'ús de les professions de metge i cirurgia a qui no presentés el títol legítim, el qual s'hauria d'enregistrar en els llibres de l'ajuntament.

Segons una pragmàtica dels Reis Catòlics, feta a Segòvia el 9 d'abril de 1500, cap barber no podia obrir botiga per "sajar ni sangrar, ni echar sanguijuelas ni ventosas, ni sacar dientes ni muelas" sense ser examinat primer pels mestres barbers majors. En canvi, qualsevol persona podia "afeytar de navaja o de tixera" sense la necessitat de ser examinada ni tenir cap llicència. Aquesta antiga pragmàtica es va anar mantenint en el segle XIX¹⁷.

Era molt freqüent l'intrusisme dels barbers, amb botiga oberta solament per afaitar. En realitat, feien les feines pròpies dels sagnadors. Per això, una Reial ordre de Ferran VI, des del Buen Retiro, de 7 de desembre de 1761, ordenava als justícies del Regne que en els seus pobles lluitessin contra aquesta xacra, que en la pràctica permetien, toleraven i fins i tot afavorien. A començaments del segle XIX continuava el mateix problema¹⁸.

Les feines dels sagnadors eren fer sagnies, extreure dents i queixals, aplicar sangoneres i manxules o substàncies veixigants (emplastres a base de cantarides o altres substàncies irritants, per produir butllofes), col·locar ventoses i tallar superficialment la carn per facilitar la sortida de líquids (les ventoses de vidre eren utilitzades per provocar una irritació local derivativa).

Aquestes feines, però, solament les podien fer amb la indicació prèvia d'un cirurgià o d'un metge aprovats, excepte en els casos violents i d'absoluta necessitat.

Per poder ser sagnador s'havia de practicar durant tres anys amb un cirurgià aprovat, abans d'examinar-se. Antigament, però, s'admetia fer les pràctiques amb un sagnador, cosa que va ser prohibida després.

Els sagnadors amb possessió del títol podien establir-se en qualsevol poble, excepte en aquells on hi hagués col·legis o comunitats de cirurgians les constitucions dels quals no ho perme-

.....
Castell d'Albatàrrec on va estar pres Miquel de Borja.



NOTES

(1) LÓPEZ PIÑERO, JOSÉ M.: "L'ensenyament mèdic a Espanya des de la baixa edat mitjana fins a la llei de moyano (1857)". A: *L'ensenyament de la medicina a la universitat espanyola*, coordinat per Josep Danon. Col·lecció Històrica de Ciències de la Salut, núm. 6, de la Fundació Uriach 1838. Pàg. 25.

(2) AML. Caixa 1558.

(3) AML. Caixa 1608.

(4) AML. Caixa 1608.

(5) AML. Caixa 1531.

(6) Reial Cédula de Carlos IV, de 6 de maig de 1804.

(7) Novísima Recopilación de las Leyes de España. Art. 8 de la Ley 12, del Título 12, del Libro 8.

(8) Ibidem. Art. 10 de la Ley 12, del Título 12, del Libro 8.

(9) Ibidem. Art. 1 de la Ley 3, del Título 12, del Libro 8. Por Real Cédula de Carlos III, de 24 de febrero de 1787, sobre el "Destino de los alumnos del Real Colegio de Cirugia de Madrid aprobados de Cirujanos latinos".

(10) Ibidem. Ley 6, del Título 12, del Libro 8. Por Real Orden de Carlos IV, de 10 de noviembre de 1797, y circular del Consejo de 9 de mayo de 1798.

(11) Suplemento de la Novísima Recopilación de las Leyes de España, publicada en 1805. Contiene las Reales disposiciones, y otras providencias expedidas en los años 1805 y 1806, y algunas de las anteriores no incorporadas en este Código. Madrid, 1829. Ley 2, del Título 12, del Libro 8. Por Real Orden de Carlos IV, de 19 de mayo, inserta en circular del Consejo de 6 de junio de 1806.

(12) Novísima Recopilación de las Leyes de España. Ley 5, del Título 12, del Libro 8. Por Real Orden de Carlos IV, de 3 de septiembre de 1797, comunicada al Consejo.

(13) Ibidem. Art. 9 de la Ley 12, del Título 12, del Libro 8.

(14) Ibidem. Art. 12 de la Ley 12, del Título 12, del Libro 8.

(15) Ibidem. Art. 6 de la Ley 11, del Título 12, del Libro 8. Por cédula de Carlos IV, de 6 de mayo de 1804.

(16) Ibidem. Art. 7 de la Ley 11, del Título 12, del Libro 8. Por cédula de Carlos IV, de 6 de mayo de 1804.

(17) Ibidem. Ley 8, del Título 11, del Libro 8. Sobre "Examen de los barberos; y pena de los que sin este requisito pusieran tienda para sangrar, y hacer las demás operaciones que se expresan".

(18) Suplemento de la Novísima Recopilación de las Leyes de España, publicada en 1805. Madrid, 1829. Ley 1, del Título 11, del Libro 8. Sobre "Observancia de la ley prohibitiva de ejercer el arte de sangradores los que no esten examinados por el Proto-barberato, ni tengan título para ello".

ACRÒNIMS

AML: Arxiu Municipal de Lleida.

La trampa dels laxants

Si tenim en compte que, segons algunes estadístiques, entre el 10 i el 15% de la població adulta pren alguna mena de laxants, es fa evident que es tracta d'un assumpte important per a la salut. I més si sabem que en la gran majoria de casos es tracta d'una autoprescripció.

1.- Resposta freqüent en dones de mitjana edat que ens consulten per molèsties abdominals, quan els preguntem: Com fan de ventre?

Les més discretes: "Doncs bé, doctor, quasi cada dia". Si és aquest el cas els hem de preguntar si és el seu natural o es prenen quelcom.

I les més extrovertides: "Doncs bé, doctor, però sap, fa molts anys que em prenc unes herbes, una cosa molt natural i que no fa cap mal, però si no les prenc, llavors res de res, se'm fa un tap i res, no vaig de cap manera, i ho passo fatal..."

Comentari: Aquestes "herbes" són gairebé sempre fulles de senet o de càscara sagrada, o càssia angustifòlia, unes plantes les fulles o els extractes de les quals tenen propietats catàrtiques, d'efectes laxants enèrgics, reconegudes des de fa molts anys. La seva ingestió per via oral no provoca cap efecte en l'estómac ni en el budell prim, però quan arriba al còlon provoca diverses alteracions, especialment un gran augment de les contraccions, que es manifesta en un efecte laxant al cap de poques hores. La seva ingestió repetida durant anys provoca habituació (es requereixen dosis superiors, i no s'aconsegueix l'evacuació sense prendre'n), sovint també fenòmens de dolors abdominals, i en molts casos una alteració de la mucosa intestinal

Dr. Josep M. Greoles Solé

coneguda per melanosi còlica.

El seu ús continuat és una "trampa" perquè amb un fals prestigi de "natural" se'n recomana molt fàcilment el seu ús, i al principi tot va molt bé, és fàcil de prendre, i d'efectes ràpids i segurs, però al cap d'un temps costa molt de deixar-ho, o no es poden deixar de cap manera, encara que espreguin fibres i líquids abundants en la dieta, que és el tractament realment "natural" i pel qual s'ha de començar sempre.

El seu ús temporal, per motius d'una malaltia o d'una medicació temporal que provoqui restrenyiment, o per una preparació intestinal, podria ser correcte i no donaria problemes, i aquesta és la seva principal indicació.

2.- O bé si els preguntem si prenen alguna cosa per anar de ventre:

"Sí, doctor, durant molts anys he pres unes herbes, però darrerament compro un pa laxant que em va molt bé i m'ajuda molt a anar de ventre tan bé com abans."

Encara que és freqüent i correcte prendre pa amb fibra (pa integral), darrerament ha aparegut a la venda, en algunes tendes, un pa laxant, amb fulles de senet finament triturades. La seva ingestió portaria els mateixos problemes que dèiem abans.

De totes maneres, també pot succeir que realment es tracti de pa integral i que faciliti l'evacuació, però això no sol passar en les autèntiques "addictes" als laxants (he dit -les- perquè el restrenyiment es dona en la proporció 3/1 de dones/homes).

També ens poden respondre: "Sí, doctor, ja fa temps que prenc dos vasos d'aigua al matí quan em llevo i de seguida vaig de ventre", o bé "... prenc dos kiwis en dejú, i em van molt bé".

Totes dues situacions són ben correctes, els vasos d'aigua en dejú estimulen el reflex gastrocòlic i hidraten el cos, i els kiwis porten fibres bones per ajudar a una evacuació fàcil, al prendre'ls en dejú també estimulen el reflex com abans, i a més s'absorbeixen ràpidament les seves vitamines.

3.- I si els preguntem: Han provat mai de prendre suplementes de fibra, a part de la dieta?

"Sí, ho vaig provar amb unes pastilles de fibra (o bé, una culleradeta de segó), en vaig prendre durant uns dies però no em feien res, encara em trobava més inflada".

La fibra en la dieta provoca moltes modificacions, especialment en la flora intestinal, amb una major producció de gasos i en la retenció d'aigua en la femta, que la fa més voluminosa i més tova, i per tant més fàcil d'expulsar. Aquest augment de volum pot donar malestar i distensió abdominal, sobretot els primers dies, i més si hem començat amb una dosi elevada. Al cap d'uns dies la millora del trànsit intestinal sol fer desaparèixer aquests símptomes.

És molt important, doncs, que si es recomana un augment de fibra en la dieta (tant en la dieta com si es prenen suplementes com el Plantago o el segó), es recomani: 1) fer-ho gradualment, 2) beure molts líquids, 3) esperar almenys dues setmanes per decidir si fan bon efecte o no, 4) acompanyar recomanacions d'estil de vida (exerci-

PASSA A LA PÀGINA 26



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



NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

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

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



HABITACIONS INDIVIDUALS

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

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

Entre el 10 i el 15% de la població adulta pren algun laxant. Algunes persones prenen dos kiwis en dejú o dos gots d'aigua.



ci, anar al WC de seguida, etc.).

Si se'ns consulta per un problema de restrenyiment, l'hem d'analitzar en tres fases:

1- Aclarir si és un restrenyiment autèntic, és a dir si les evacuacions són dures i difícils d'expulsar, i si això es produeix menys de 3 cops per setmana. Sovint trobarem pacients obsessiats per evacuar cada dia.

2- Aclarir si és un restrenyiment agut i si hi ha una explicació clara, com podria ser una medicació, una dieta, un canvi d'hàbits (un viatge, un enllitament, etc.), o una defecació dolorosa (per exemple per una fissura anal). Si és aquest el cas, podem aconsellar el que creguem necessari, incloent els laxants enèrgics si cal, encara que com a norma general podríem començar amb fibres i líquids. Si no hi ha una explicació clara hem de pensar que pot ser orgànic i fer els estudis adients per descartar aquesta possibilitat.

3- Si es tracta d'un autèntic restrenyiment crònic, és una patologia molt freqüent, però difícil de definir i sobretot amb molts, moltíssims conceptes erronis, especialment amb relació al seu tractament. Encara que és difícil de precisar, la seva incidència exacta està al voltant d'un 10-30 %, amb un augment clar amb l'edat.

◆ Els pacients la majoria de les vegades s'han fet addictes als laxants o bé als supositoris de glicerina

En molts pacients es tracta d'una malaltia per si mateixa, iniciada en la pubertat, amb antecedents familiars, i que la majoria de vegades s'han fet addictes als laxants, o bé als supositoris de glicerina. En qualsevol cas pateixen grans dificultats i molèsties per evacuar regularment. Alguns d'aquests pacients requereixen un estudi i un tractament especialitzats.

I en línies generals tenim tres etapes en el tractament:

1- Si en l'anamnesi detectem una dieta escassa en fibres, o encara que no sigui clarament així, sempre és recomanable començar amb la prescripció de suplement de fibres que cal prendre cada dia, amb abundants líquids, pot tractarse de Plantago o bé

de segó de cereals (salvado, en castella), i esperar unes dues setmanes.

2- La segona línia de tractament, si ens falla l'anterior, o cal anar directament a quelcom més enèrgic, seria usar lactulosa o altres disacàrids similars, o bé sals de magnèsia. Els dos tenen poques contraindicacions, i un efecte principalment osmòtic, i poden administrar-se durant el temps que convingui, especialment els primers. Recomano especialment afegir-los a les fibres i líquids en els casos crònics.

També estaria en aquest grup la parafina, amb una acció de tipus lubricant.

3- La tercera línia de tractament seria la dels laxants catàrtics químics (per exemple, picosulfat de magnèsia, fenolftaleïna, bisacodil) o senosids. Aquests són els que hem d'usar amb precaució en el restrenyiment crònic, i sempre després d'haver provat les etapes anteriors. També es poden usar en casos difícils els laxants osmòtics potents com el polietilenglicol, d'ús habitual en preparacions de colòn.

4- Una altra mena de tractaments són els que s'apliquen per via anal, com ara els supositoris de glicerina, els microènemes de Micralax, o els ènemes de sals magnèsiques (Fleet, ènema Cassen), i els clàssics ènemes de neteja. Tots tenen indicació en els casos aguts i gairebé mai en els crònics.

Reflexions entorn de la salut mental

L'OMS ha declarat el 10 d'octubre dia mundial de la salut mental. El canvi produït en salut mental en els últims 15 anys ha estat important. Ernest Lluch, quan era ministre de Sanitat, va establir les condicions per a aquest canvi a Espanya i va promoure la universalització del dret a la protecció de la salut de tots els ciutadans en la Llei general de sanitat.

Malgrat això, l'actual desplegament sanitari en salut mental està en un moment d'estancament i caldria trobar sortida a noves propostes tenint en compte alguns aspectes com:

- L'augment dels trastorns mentals severos. L'OMS estableix l'any 1999 que la depressió i l'alcoholisme, juntament amb les cardiopaties, el càncer de pulmó i els traumatismes, són els principals problemes de salut en els països desenvolupats.

- La despesa en salut mental s'ha incrementat. Hi ha dos grups de medicaments: els antidepressius i els antipsicòtics, que són

els més venuts en els últims anys. Això es podria explicar per la creixent freqüentació dels serveis, com a resultat d'una acceptació més gran de la malaltia mental, la bona accessibilitat als recursos i l'augment dels factors estressants.

- La tendència a la cronicitat, amb les seqüeles que això comporta com a discapacitat sociolaboral i familiar, que suposa un augment de la demanda assistencial.

El col·lectiu de malalts mentals té poca capacitat de pressió real enfront de l'Administració i la realitat és que la salut mental no és prioritària dins les polítiques de salut. Les resistències amb què es troben els malalts i familiars per tirar endavant les seves reivindicacions, juntament amb les pròpies dificultats personals, pot dur-los a qüestionar els professionals i fer-los responsables de problemes assistencials la solució dels quals no depèn d'ells.

- La despesa en salut mental s'ha incrementat. Hi ha dos grups de medicaments: els antidepressius i els antipsicòtics, que són

da. Es pondera l'atenció al malalt en els aspectes de diagnòstic i tractament en detriment d'una cultura sanitària i assistencial que integri els avenços científics, amb mesures d'educació sanitària, prevenció i promoció de la salut mental i amb accions envers la comunitat centrades a millorar l'entorn del malalt i els problemes psicosocials.

La importància dels psicofàrmacs comporta una certa devaluació del valor del professional en els resultats del procés clínic. El metge ja no és el que cura amb el seu art i ofici, sinó que el fàrmac és el principal protagonista de la curació o estabilització del procés en detriment d'altres tractaments més rehabilitadors. Els usuaris ja en tenen prou disposant d'un fàrmac, i al sistema sanitari li surt més barata la despesa dedicada al personal (psicòlegs, treballadors socials, educadors, etc.), mentre es dispara la despesa farmacèutica. Aquesta cultura centrada en el fàrmac pot conduir el metge a ser un simple expenedor de medicaments.

La investigació independent en salut mental gairebé no existeix. La indústria farmacèutica és la que porta a terme investiga-

cions en col·laboració amb els professionals, quan hauria de ser l'Administració pública la que desenvolupés la recerca de forma rigorosa amb aportacions del sector acadèmic i de les associacions professionals.

Malgrat que assistim a un increment de la despesa, aquesta varia en funció de les comunitats. Així, mentre Catalunya gasta 15 euros per habitant i any en salut mental, el País Basc en gasta 45 i Holanda, 150. Un estudi realitzat per la universitat de Cadis calculava en més de 2.000 euros l'any la despesa directa del malalt esquizofrènic.

Encara ara per ara la salut mental és la ventafocs de la sanitat, a pesar de la demanda creixent que hi ha en els últims anys. Cal, doncs, una actuació decidida de l'Administració a fi d'intervenir en el present i futur de la salut mental, promoure investigacions independents i de qualitat, promoure recursos comunitaris, confeccionar programes preventius, posar en marxa prestacions socials i laborals tant per al malalt com per als familiars i motivar els professionals.

Dr. Àngel Pedra
Psiquiatre



Radiografia d'una mà o radiografia d'un ratolí?

Som experts en veure la vessant informàtica de la medicina

SALUS

Software de gestió integral per a Centres Sanitaris

Ginecologia • Urologia • Psiquiatria • Traumatologia
Fisioteràpia • Neurologia • Odontologia • Medicina Fetal
Laboratori d'anàlisi • Atenció Primària • Centres Mèdics
Facturació • Cobraments • Agendes

C. Taquígraf Martí, 16 • Tel. 973 223 185 • 25008 LLEIDA
www.q-soft.net



World Health Day

Всемирный день здоровья

Journée mondiale de la Santé

يوم الصحة العالمي

Dia Mundial de la Salut

世界卫生日

منظمة الصحة العالمية

世界卫生组织

WORLD HEALTH ORGANIZATION

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Sessions ordinàries de la Junta de Govern del COML

La Junta de Govern del Col·legi de Metges de Lleida, que es va reunir en sessió ordinària els dies 6 de juny i 10 de juliol, va informar dels següents temes:

- Consell de Col·legis de Metges de Catalunya: cessament del Dr. Rodamilans i de la Dra. Pérez dels càrrecs de president i secretària del Consell, d'acord amb els seus estatuts. Els estatuts estableixen que aquests càrrecs tenen caràcter rotatori i limiten el seu mandat a un any. Per aquest motiu, han pres possessió dels càrrecs de president i secretari, respectivament, els Drs. Bruguera i Padrós, del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

- Associació Medicoquirúrgica de Lleida: el Dr. Albert Lorda és el nou president d'aquesta associació.

S'inicia el procés electoral amb l'exposició del cens

El cens electoral del COML està a disposició dels col·legiats i col·legia-

des per tal que puguin efectuar, si cal, les correccions oportunes. El tancament i l'exposició del cens és un pas imprescindible de l'inici del procés electoral, que es deriva d'allò que regulen els actuals estatuts col·legials.



Una de les votacions celebrades en l'assemblea extraordinària del dia 16 de maig.

L'assemblea general extraordinària del passat 16 de maig va aprovar els nous estatuts, que estan pendent, hores d'ara, de l'aprovació definitiva per part del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Una disposició transitòria d'aquests nous estatuts estableix que un cop la Generalitat els doni llum verda i es publiquin al DOGC cessaran automàticament tots els membres de la Junta de Govern del COML i s'iniciarà el nou procés per elegir-la. En el supòsit que l'apro-

vació oficial dels nous estatuts coincidís amb el procés electoral ja iniciat, aquest tornaria a començar d'acord amb el nou marc estatutari.

Entre les novetats dels nous estatuts destaca:

- La limitació a un màxim de 8 anys del mandat dels càrrecs de la junta.
- La desaparició de la comissió permanent i l'establiment de la junta completa com a òrgan de govern.
- La creació de noves seccions col·legials sempre que hi hagi col·lectius amb

Moviment col·legial

ALTES

José Javier Ichart Tomàs, procedent de Castelló
 Mercè Camps Juan, reingrés
 Gerard Masllorens Vila, procedent de Girona
 Juan Antonio Solana Sorribas, procedent de Salamanca
 Maria Isabel Gracia Vilas, procedent de Castelló
 Montserrat Torra Solé, procedent d'Osca
 Elena Nadal Moranco, procedent de Castelló
 Diego Silva Almero, procedent de Sevilla

Mónica Navalpotro Teixidó, nova
 Jesús Garafulla García, procedent de Terol

BAIXES

Josep Sala Camats, per defunció
 Ramiro García Mercè, per defunció

CANVIS DE SITUACIÓ

Antoni Curcó Ramis, passa a col·legiat honorífic.
 Carmen Fernández Domínguez, passa a col·legiada honorífica.
 Abulkader Abdulkarim Cheraief, passa a col·legiat honorífic.

IV Jornades d'Atenció Primària a les Terres de Ponent

L'organització de les IV Jornades d'Atenció Primària a les Terres de Ponent ha acceptat 32 de les 38 comunicacions tipus pòster presentades. La majoria d'aquestes comunicacions procedeixen de Lleida, però set provenen de fora de les comarques lleidatanes.

La temàtica dels treballs es refereix a:

- Atenció primària de salut (12 pòsters).
- Procediments i tècniques a les consultes de medicina de família (3 pòsters).

- Farmacologia d'atenció primària (3 pòsters).
 - Pediatria d'atenció primària (3 pòsters).
 - L'atenció primària en crisi: nous temps, nous valors (4 pòsters).

La resta de treballs són projectes de recerca en atenció primària generals. Les jornades, que organitza la vocalia de Lleida de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, se celebren el dia 5 d'octubre al centre cívic del barri de Balàfia (Lleida). El tema de les jornades és enguany "L'atenció primària en crisi: nous temps, nous valors". El COML col·labora en l'or-

MÀSTERS I POSTGRAUS

Medicina avaluadora, 'on line'

El termini per inscriure's a la IV edició "on line" del Màster en Medicina avaluadora, que organitza l'Escola Virtual de Salut de Barcelona, finaliza el dia 31 d'octubre vinent. Les persones interessades trobaran més informació a www.evs.ub.es.

Nutrició i alimentació, a distància

El dia 31 d'octubre finaliza el termini d'inscripció als cursos de màster i postgrau a distància sobre nutrició i alimentació, que organitza l'Escola Virtual de Farmàcia i Nutrició de la Universitat de Barcelona. Per a més informació cal adreçar-se a www.nutricion.ubvirtual.com.

CURSOS

IV Curs de Cardiologia Pediàtrica

L'Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona organitza el IV Curs de Cardiologia Pediàtrica: Patologia del Cor Esquerre, que tindrà lloc els propers dies 7 i 8 d'octubre. Per a més informació cal adreçar-se a dalbert.hmi@cs.vhbron.es.

V Curs d'Actualització en Demències per a l'Atenció Primària

La Fundació ACE organitza el V Curs d'Actualització en Demències per a l'Atenció Primària: sessió interactiva. El curs se celebrarà el dia 16 d'octubre a la seu d'aquesta fundació. Les persones que desitgin més informació poden adreçar-se a ace@fundacioace.com.

II Curs de Comunicació Personal i Grupal i de Relacions Humanes a l'Àrea de la Salut

La Fundació Politècnica de



Pàgina web de l'Escola Virtual de Farmàcia i Nutrició de la Universitat de Barcelona.

Catalunya desenvolupa del 25 al 27 d'aquest mes d'octubre el II Curs de Comunicació Personal i Grupal i de Relacions Humanes a l'Àrea de la Salut. El curs tindrà lloc a l'edifici Vèrtex de Barcelona. Per a més informació cal adreçar-se a dpsin@clinic.ub.es.

IV Curs sobre Citocines: del Laboratori a la Clínica

La Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida organitza el IV Curs sobre Citocines: del Laboratori a la Clínica, que es desenvoluparà del 6 al 8 del mes de novembre vinent. Els professionals que hi estiguin interessats poden obtenir més informació a xfilella@clinic.ub.es.

SIMPÒSIUMS

Futurs desitjables i futurs possibles de la professió

El símposium Profissió Mèdica: Futurs Desitjables i Futurs Possibles se celebrarà el 21 d'octubre vinent al Palau de Congressos de Madrid. Hom pot trobar més informació a fundacion@sanitas.es.

El símposium Profissió Mèdica: Futurs Desitjables i Futurs Possibles se celebrarà el 21 d'octubre vinent al Palau de Congressos de Madrid. Hom pot trobar més informació a fundacion@sanitas.es.

Simpòsium sobre Traumatologia-Ortopèdia

La FREMAP prepara el XXIX Simpòsium Internacional de Traumatologia-Ortopèdia, que tindrà lloc els dies 14 i 15 de novembre a la sala d'actes de FREMAP a Madrid. Per a més informació cal adreçar-se a xfilella@clinic.ub.es.

CONVOCATÒRIES

Ajuts a la recerca en assistència primària de salut

El dia 27 de novembre finalitza el termini de presentació a la V Convocatòria d'Ajuts a la Recerca en

Assistència Primària de Salut, que convoca la Fundació Jordi Gol i Gurina. Per a més informació cal adreçar-se al telèfon de la fundació (93 482 41 24).

Premi d'investigació biomèdica

El 31 de desembre d'enguany finalitza el termini per participar en el Premi d'Investigació Biomèdica Van Gysel, que convoca la Secretaria Fons Nacional de la Recherche Scientifique. Les persones interessades a obtenir més informació poden sol·licitar-la al telèfon 91 431 77 90.

OFIMÀTICA

Disseny de presentacions: PowerPoint

El curs sobre Disseny de presentacions: PowerPoint (on line), que organitza el Centre d'Estudis Col·legials

PASSA A LA P. SEGÜENT

VE DE LA P. ANTERIOR

del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), es desenvoluparà al llarg del proper mes de novembre. Les persones interessades a participar-hi s'han d'adreçar al telèfon 93 567 88 59.

El Centre d'Estudis Col·legials del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) organitza un curs de nivell intermedi de llengua anglesa del 21 d'octubre d'enguany a l'11 de juny de l'any 2003. La directora del curs serà

A. Zanatta. Per a més informació, cal adreçar-se al telèfon 93 567 88 59.

Preparació per a l'examen First Certificate

La professora A. Zanatta

dirigirà el curs de preparació per a l'examen First Certificate, que es desenvoluparà del proper 21 d'octubre a l'11 de juny del 2003. El curs és organitzat pel Centre d'Estudis Col·legials del COMB. Les persones interessades poden obtenir

Full de càlcul i base de dades

El professor R. Prieto imparteix tot l'any cursos de full de càlcul: Excel, i de gestor de base de dades: Access. Per obtenir més informació d'aquests cursos, que organitza el Centre d'Estudis Col·legials del COMB, cal adreçar-se a www.comb.es



A "Metges on line" es pot trobar informació d'interès per als professionals de la medicina.

IDIOMES

Llengua anglesa, nivell intermedi



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

Fes-te soci. Faràs bé



medicus mundi catalunya

C/Elisa 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 4118 47 52
La Caixa 2100 1010 51 020065471

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

Desitjo col·laborar com a soci/a de medicus mundi amb la quota de:
25.000
10.000
5.000
.....
mensual
trimestral
semestral
anual
FIRMA: _____



Especialitzats en equips endoscòpics

ORL, Ginecologia, Urologia, Traumatologia, Aparell Digestiu, Neonatologia, Pediatria, 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, Fiebert Endotech, Ausculap, Arthrex, Dyonix, Wolf...)

Finançament especial per a les comandes de torres d'endoscòpia

AL SEU SERVEI A:

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



Un compromís dels metges i per als metges

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida, Medicorasse i Mutual Mèdica tenim un compromís comú: millorar els serveis asseguradors dels nostres metges.

Mutual Mèdica, la mutualitat de previsió social dirigida per metges col·legiats, és la garantia d'aquest compromís. La **Mutual** és l'única entitat alternativa al Règim Especial de Treballadors Autònoms (RETA) a tot l'Estat espanyol.

Oferim les millors cobertures asseguradores per al benefici dels metges i les seves famílies, amb la solvència que ens donen més de 80 anys d'història.

...I tot això, gràcies a la confiança que els més de 1.000 mutualistes de Lleida han dipositat en la nostra entitat i que ens permet mirar cap al futur amb il·lusió i amb garanties d'oferir un bon servei al col·lectiu dels metges.



MUTUAL MÈDICA
de Catalunya i Balears

Tel. 93 319 78 00 www.mmcb.es