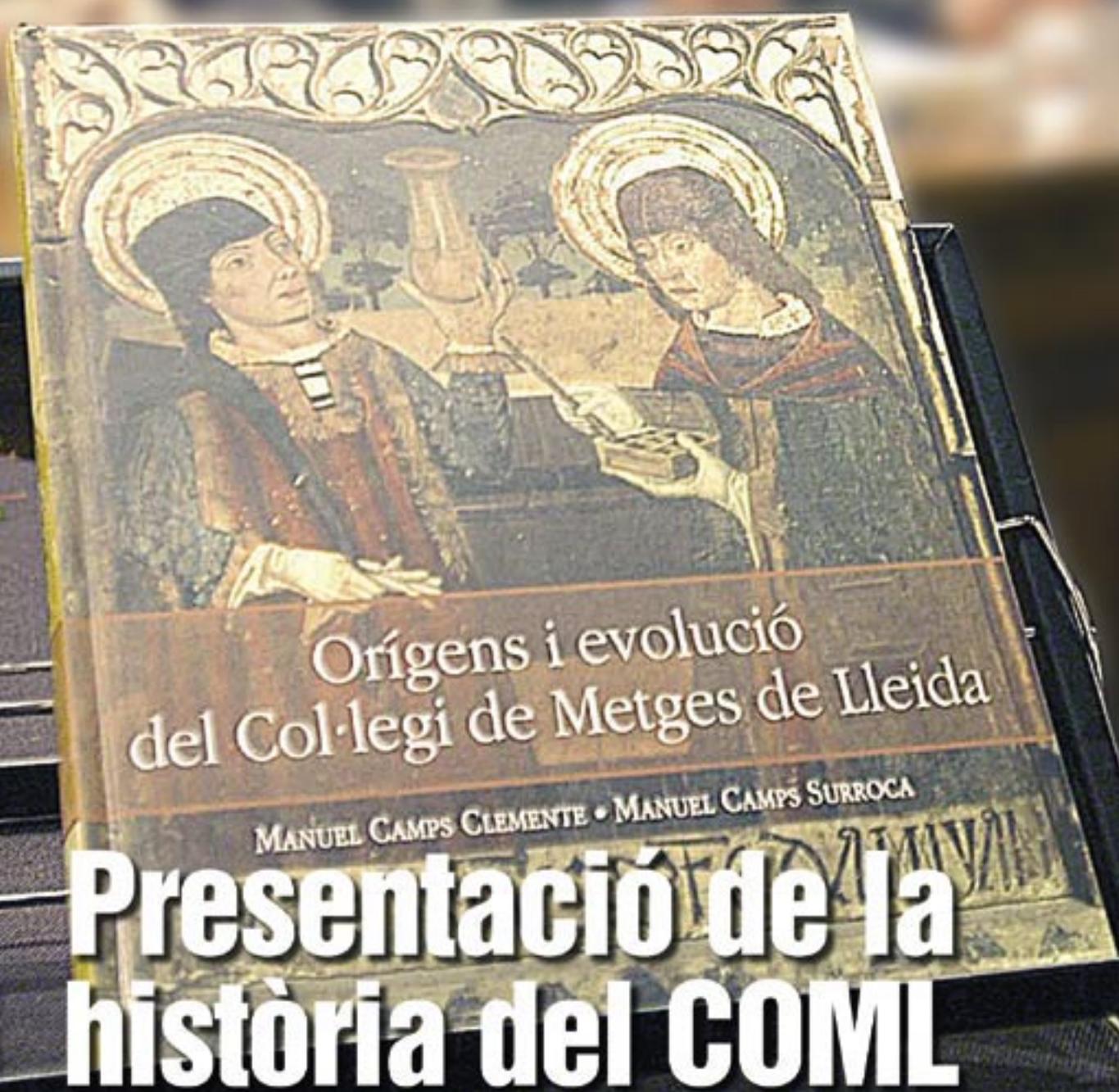


BUTLLETÍ  
**mèdic**

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 44 • Gener de 2004



Orígens i evolució  
del Col·legi de Metges de Lleida

MANUEL CAMPS CLEMENTE • MANUEL CAMPS SURROCA

**Presentació de la  
història del COML**



## Com a casa no us trobareu a cap lloc

MediLlar és l'assegurança multirisc de la llar, una pòlissa que cobreix l'habitatge amb múltiples cobertures en una de sola. Una assegurança de qualitat, amb grans avantatges, que cobreix pràcticament tots els riscos a que pot estar exposat el vostre habitatge i tot el que hi ha a dins, i a un preu competitiu.

### MediLlar, inclou també un ampli ventall de garanties especials

- Responsabilitat Civil** com a cap de família a tot el món fins a 300.506 €.
- Cobertura del contingut del consultori mèdic** situat dins de la llar\*.
- Assistència a la llar les 24 hores del dia**, tant per donar resposta a sinistres com per solucionar problemes domèstics, com, per exemple, trobar un lampista o un serraller d'urgència.
- Els objectes sinistrats (mobiliari) s'indemnitzen pel seu valor de reposició a nou.
- Reemborsament de les despeses de restaurant** si la cuina queda inutilitzada per algun sinistre cobert, **cessió de TV i/o video durant 15 dies** com a màxim, o fins i tot reemborsament de despeses de bugaderia (màx. 150 €).
- Bonificació per no sinistralitat** de fins a un 20 % els anys següents.
- Amb la seguretat també fora de casa:**
  - Pels danys que pugui sofrir el contingut com a conseqüència d'un accident de trànsit.
  - En estades temporals a un apartament, pis o torre on estigueu, sense ser l'habitatge secundari.
  - Fins a 601€ en un atracament fora de casa\*\*.



Informeu-vos-en al vostre Col·legi o trucant al telèfon  
**902 113 667**



## BUTLLETÍ mèdic

Número 44, gener del 2004

**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 Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Joan Clotet Solsona  
Elena Franco González  
Josep M. Greoles Solé  
Albert Lorda Rosinach  
Emili Ortoneda Mayoral  
Àngel Pedra Camats  
Eduard Peñasal Pujol  
Josep Pifarré Paredero  
Joan Prat Corominas  
Jesús Pujol Salud  
Carles Roca Burillo  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep M. Sagrera Mís  
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 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06 €</b>
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06 €</b>
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50 €</b>

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

## Els doctors Camps, metges i humanistes

George Rosen, un gran historiador de la medicina, refusava la iatrohistòria, és a dir, la història de la medicina com una simple successió de fets i contribucions realitzades pels metges en lloc de vincular-la als fenòmens socials i econòmics. La societat ha influenciat la medicina, igual que la medicina i els metges han influenciat la societat. És una simbiosi.

Els doctors Manel Camps i Clemente i Manel Camps i Surroca tenen molt clar aquest concepte i ho demostren amb la seva feina diària. La darrera obra dels doctors Camps és un llibre sobre la història del Col·legi de Metges. Un llibre que, com molt bé va dir el doctor Rodamilans en la presentació, és fàcil de llegir i està escrit amb el rigor i l'erudició que caracteritza els esmentats historiadors.

Butlletí Mèdic felicita els doctors Camps (pare i fill) i els encoratja a seguir endavant amb aquesta feina.



### Assistència als ancians

L'assistència sanitària és gratuïta i universal en el nostre país, però l'assistència social no és ni gratuïta ni universal per a tothom. A més, els canvis d'hàbits en la societat actual i l'envelliment de la població fan que cada dia hi hagi més avis fora de la llar i que s'intal·lin en residències. Molts d'aquests centres tenen perfectament coberts els serveis hotelers, però no els serveis sanitaris. Així, emparats en una normativa inadequada, antiga i confusa, cada centre subsana la deficiència segons la seva filosofia, les disposicions econòmiques i l'ètica pròpia.

El nostre objectiu com a professionals de la salut ha de ser millorar l'atenció dels ciutadans i garantir una igualtat d'oportunitats i una assistència sanitària de qualitat per a tothom. I l'Administració pública ha de controlar el bon ús dels recursos que destina a aquestes tasques i institucions i crear un àmbit legal clar perquè no es practiqui una medicina d'anan tirant. Tal com diu un refrany espanyol, "A río revuelto ganancia de pescadores". Sempre són els mateixos pescadors i els mateixos pescats.

### sumari

#### Maltractaments a la gent gran

Dra. Rosa M. Pérez Pérez  
**PÀGINA 10**

#### Reglament marc de les seccions col·legials del COML

**PÀGINA 22**



Fotografia portada: LAURENT SANSEN

# Titularitat privada, servei públic

*Mentre al nostre país està garantida la cobertura sanitària universal i gratuïta, bona part dels recursos d'assistència social són de titularitat i gestió privades, com les residències d'avis. Els residents reben, no obstant això, una assistència sanitària pública. 'Butlletí Mèdic' ho ha volgut plantejar als professionals.*

## Residències privades, sanidad gratuita?

La asistencia sanitaria en las residencias de ancianos presenta en la actualidad multitud de problemas derivados fundamentalmente de una normativa inadecuada y confusa. Actualmente, la asistencia sanitaria en nuestro país es universal y gratuita para todo el mundo, no así la asistencia social. Cuando una persona paga por los cuidados recibidos en una residencia puede exigir que además de cubrir aspectos puramente hoteleros (alojamiento, manutención, lavandería, peluquería, actividades recreativas, etc.) se cubran aspectos sociales y sanitarios tales como: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, mantenimiento de actividades físicas, control de pluripatología, curas de enfermería, administración de medicación, disponibilidad de material ortopédico: andadores, sillas de ruedas, férulas, colchones antiescareas, etc., uso de pañales, de sondas, de nutrición enteral, de oxigenoterapia y de transporte sanitario. Partiendo de esta base parece razonable que la asistencia sanitaria a los ancianos de una residencia sea también gratuita, sin embargo a la hora de determinar qué parte del coste corresponde a la asistencia sanitaria es muy difícil poder precisarlo, puesto que la mayoría del material sanitario comentado anteriormente es suministrado de forma gratuita por el sistema sanitario de salud o por los servicios sociales. Lo que parece claro es

- **Debería establecerse un control y una supervisión por parte de la Administración**

que el mayor coste se imputa al personal asistencial contratado. Así, a mayor cantidad de personal, se presupone que mayor será la atención y, por lo tanto, mayor el coste final para el usuario.

La normativa actual describe el personal asistencial mínimo según el número de residentes y la dependencia funcional de los mismos. Se exige un determinado número de horas de presencia de médico dependiendo del número y perfil de los residentes. Sin embargo, este médico no es el responsable real de la asistencia de los ancianos, puesto que por ley corresponde al médico de cabecera del centro de salud la facultad de recetar medicamentos, material sanitario, solicitud de pruebas complementarias, uso de ambulancias o derivaciones a urgencias y especialidades médicas. Lo mismo sucede con el plan de cuidados. En la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico, el tratamiento y el plan de cuidados lo establece el personal de la residencia y es asumido por el equipo asistencial del centro de salud de referencia. Cuando no es así, la sobrecarga de trabajo que supone la asistencia directa por parte del personal de un centro de salud hace que en la mayoría de las ocasiones se realicen actu-

aciones a demanda (ante situaciones agudas) y se dejen a un lado actuaciones de control y seguimiento de pacientes frágiles de alto riesgo o de alta dependencia (actuación programada).

Debería de establecerse un sistema de control y supervisión por parte de la Administración que regule, además del uso de fármacos y material sanitario, los protocolos de actuación ante los problemas geriátricos más comunes: caídas, delirium, uso de psicofármacos, desnutrición, incontinencia, polifarmacia, demencia, depresión, cuidados al final de la vida, infección nosocomial, con especial mención al control de las infecciones por gérmenes multirresistentes, incidencia de úlceras por presión y síndrome de inmovilidad.

Existen dos posibles soluciones para esta confusa situación: aumentar la independencia de las residencias respecto a los puntos anteriormente comentados, siendo controladas por parte de Catalunya en aspectos de calidad asistencial y eficiencia, como un proveedor más de cuidados sanitarios, o bien establecer centros de referencia ubicados en el sector público, que pueden ser un hospital, un centro sociosanitario o incluso un CAP, que controle y compre directamente los fármacos recetados, el material sanitario y todos los servicios antes mencionados. En definitiva, se trataría de que el personal de una residencia asumiera únicamente el trabajo asistencial y los centros de referencia actuaran como una gran *central de servicios* para cubrir esos planes asistenciales y controlar así el coste y la calidad de los procesos.

Mientras no se resuelva el problema, la labor diaria seguirá

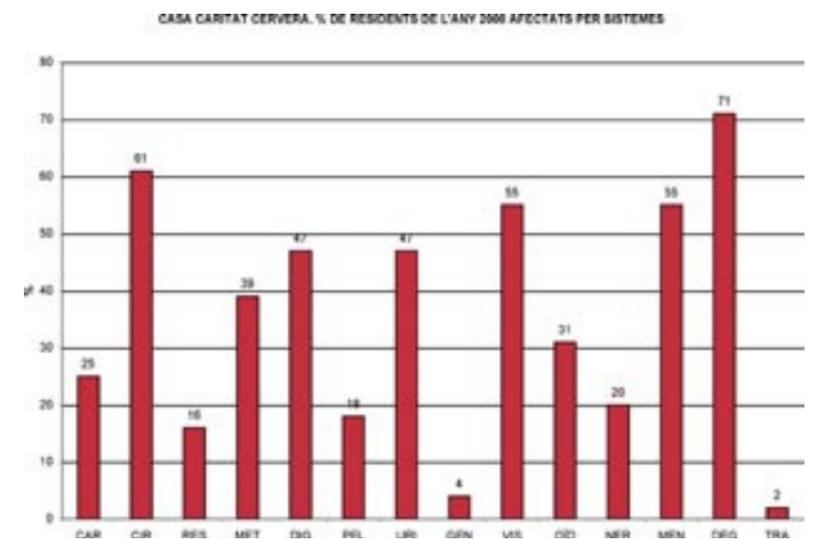
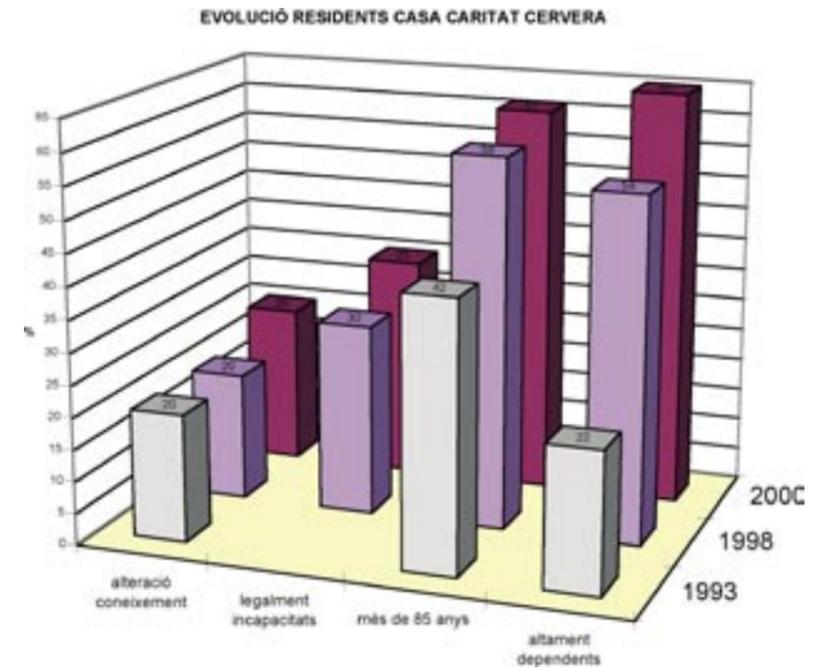
dependiendo de la buena voluntad y profesionalidad del personal asistencial de las residencias y de los equipos sanitarios de los centros de salud, estableciendo una relación de confianza mutua que haga posible la continuidad en los cuidados de los residentes, teniendo en cuenta además que el perfil de estos usuarios es cada vez más complejo por la pluripatología y la alta dependencia física que presentan.

**Dr. Marcos Serrano Godoy**  
Director del servicio de Geriatria y Atención Sociosanitaria

## L'atenció mèdica a les residències d'avis dels pobles: un 'anar tirant' que fa massa anys que dura

Els metges dels equips d'atenció primària que tenim alguna responsabilitat en l'atenció de les residències del nostre àmbit comunitari comencem a estar cansats de ser considerats *facultatius instrumentals* d'un sistema d'atenció als avis en unes institucions que cada vegada s'allunyen més d'aquella antiga funció benèfica que sovint tenien aquelles cases des del moment de la seva fundació. I, en aquest sentit, només cal mirar els preus *públics* que cal pagar ara per poder-hi ingressar. Algunes d'aquelles cases, com la més gran de Cervera, que els cerverins anomenen Hospital, va ser creada ja fa més de quatre segles i també ha estat mantinguda per obra de l'esforç de moltes generacions.

Moltes de les residències que fa temps que funcionen als pobles grans de la nostra demarcació no poden ser qualificades d'estrictament privades, encara que totes funcionen com a fundacions amb major o menor presència dels respectius ajuntaments i, sovint, la tasca funcional s'encomana a institucions religioses i, en algunes, des de fa també molts anys.



Fins ara, encara no s'ha procurat una solució clara al problema de la millora mèdica preventiva i assistencial d'uns avis que viuen en una institució, que no és el seu

domicili, a l'empara d'uns cuidadors que no són els seus familiars directes. En un món on els professionals estem cada vegada més subjectes a pressions de tota mena, especialment en aquests casos d'atenció a les residències, tots els metges estem més que deseparats...

Quan hem fet arribar –la primera vegada l'any 1998 i la darrera l'any 2001– a les autoritats respectives (ajuntament, juntes, ICS, SCS, fiscalia...) l'evolució del perfil dels residents i la demanda de solucions pel problema de l'atenció mèdica limitada que podem oferir, donades les necessitats, freqüentment només hem tingut el silenci per resposta i algunes,

- **Els metges d'AP comencem a estar cansats de ser considerats facultatius instrumentals**

no poques, desconsideracions per part de tots els estaments implicats. És a dir, la nostra demanda ha obtingut qualsevol cosa menys una raonable voluntat d'escoltar-nos i procurar atendre en la mesura del possible les nostres peticions, argumentades amb dades sempre contrastables. La residència Casa Caritat de Cervera n'és un exemple i només cal donar un cop d'ull a les taules i gràfics que acompanyen aquest escrit.

Esperem que ara, finalment, a les acaballes de l'any 2003, toqui tractar el tema com requereix la situació, fugint de solucions per sortir del pas, procurant garantir l'assistència mèdica de qualitat, centrada en la prevenció i el seguiment dels avis residents tal com es mereixen. Tot metge –dona o home– que visqui i coneixi el tema comprèn que avui cal un seguiment mèdic acurat de l'evolució dels avis a les residències, un seguiment que sempre tingui en compte totes les prevencions possibles i les cures de tota mena, incloses les pal·liatives quan sigui el moment. Avui no podem acceptar com a professionals amb voluntat de ser competents fer una medicina d'aparar tirant a les residències. En aquest moment, la bona pràctica requereix, entre altres coses, temps de dedicació. No sembla gens exagerat considerar necessàries uns 10 hores l'any com a temps de dedicació del metge per a cada resident, sobretot si aquest té la funcionalitat disminuïda.

És clar, doncs, que si les metgesses i els metges dels EAP rurals hem de fer possible aquesta assistència de qualitat a les nostres residències, hem de reivindicar tenir temps per fer-ho. En el cas de Cervera, per a dues residències, que tenen entre les dues 150 residents, caldrien entre 900 i 1.200 hores metge/any. Si, entre altres coses, no es preveu la necessitat de dedicació, no s'avançarà gaire en la millora de l'assistència dels avis ingressats en les institucions residencials comunitàries de les nostres viles i petites ciutats.

**Dr. Joan Miquel Camacho**  
i **Altisent** i **Dr. Joaquim Granell** i **Turull**  
Metges de l'EAP  
de Cervera-la Segarra

## Residències sanitàries, una necessitat emergent a la qual hem de donar resposta

Cada cop és més freqüent que els ajuntaments i les fundacions públiques o privades obrin centres i residències per a la gent gran en qualsevol localitat del nostre territori. És cert que, de vegades, ho fan sense tenir en compte els serveis sanitaris que caldrà emprar i confien que el *papà* Administració ja ho assumirà. Evidentment, aquesta no és la forma de planificar els serveis sociosanitaris dels ciutadans que envelleixen, que són dependents i molts d'ells pertanyen a famílies monoparentals amb alt risc de ser institucionalitzats.

El nostre objectiu com a professionals de la salut és millorar l'atenció dels ciutadans i especialment d'aquelles persones grans i dependents, ja sigui en el seu domicili, en habitatges tutelats, en centres de dia, en residències. Cal, per tant, que la nostra actuació com a metges i infermers estigui normalitzada, protocol·litzada de comú acord entre l'atenció primària-Pades-Uffiss i que l'atenció a aquesta situació sigui l'habitual en el dia a dia dels nostres professionals.

La salut és un dret universal i l'hem d'oferir amb equitat i igualtat d'oportunitats. Per això, especialment en el cas de les persones institucionalitzades i fràgils, hem de garantir que el nostre servei sigui el més adequat a través de l'ICS o a través de personal

- **La salut és un**
- **dret universal**
- **i l'hem d'oferir**
- **amb equitat**
- **i igualtat**
- **d'oportunitats**

propi de la residència.

Certament, la despesa originada per aquests ciutadans és alta. Caldria gestionar eficientment els recursos i trobar fórmules de compra mancomunada de material i medicaments com si es tractés d'un centre hospitalari, cosa que ja es fa en algunes comunitats autònomes diferents de la nostra. D'aquesta manera, s'evitarien derivacions dels recursos propis de les ABS i quedaria clara la gestió pressupostària pròpia de les residències. Això vol dir que, si donem recursos, després caldrà auditar-ne el resultat i, prèviament a l'adjudicació del pressupost públic, signar el pacte de prescripció corresponent o la facturació d'hores del personal de l'ABS mitjançant els convenis adients.

Hem d'estudiar també el tema del transport i la rehabilitació d'aquest sector de ciutadans a fi d'evitar-ne l'aïllament i perquè no vegin retallades les prestacions o reduïts els recursos necessaris pel fet de ser ciutadans que tenen més necessitats sanitàries que la resta de la població.

Cal estudiar les necessitats de cada ABS i assumir que la nostra població envelleix i que se li haurà de dedicar més temps. Cal adaptar, doncs, els recursos no només de plantilles per atendre un màxim de 1.900-1.500 usuaris, sinó tenir en compte les piràmides d'edat i la dispersió territorial a fi de donar un servei de qualitat i integral entre els serveis sanitaris i socials. Per tant, hem de treballar amb els diferents professionals implicats en aquests centres.

Cal assumir-ne el cost? Crec en la universalització pública dels serveis sanitaris i socials, però també crec que és possible una millor gestió. Per aquest motiu, caldrà decidir si els professionals són específics per a residències i han de tenir accés a la història, prescripció de receptes, etc., o bé si utilitzem personal propi de l'ICS, que s'haurà d'implicar en tot el tractament –no només l'assistencial– tal com ens marca la filosofia de la primària.

Evidentment, qualsevol de les opinions implicarà canvis de gestió, d'actuació professional i de normatives de benestar social, a les quals hem d'estar oberts perquè el nostre treball sigui més eficient.

**Dr. Sebastià Barranco Tomàs**

# Concursos Artístics per a Metges 2004

Quarta edició

Poesia | Narrativa breu | Fotografia | Dibuix i pintura

La convocatòria està oberta a tots els metges col·legiats de Catalunya i els seus cònjuges.

El veredictes, el farà públic el Jurat Qualificador de cada especialitat el dia 25 de maig de 2004 a les 18 h, a la Sala d'Actes del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

El Jurat Qualificador, l'integraran persones de prestigi en les arts convocades. S'atorgaran dos premis per a cada especialitat:

*Tritó* de Plata a les obres guanyadores

*Tritó* de Bronze a les obres finalistes

Els premis que s'atorguen, *Tritó* de Plata i *Tritó* de Bronze, són obra d'Eusebi Arnau –escultor– i Lluís Masriera –joier–, grans artistes representatius del Modernisme català.

#### Llocs de lliurament d'obres i informació

Cada col·legiat pot lliurar les obres presentades a concurs al Col·legi que li correspongui:

**Col·legi Oficial de Metges de Barcelona**  
Dept. d'Activitats i Congressos  
Tel. 93 567 88 88 / 93 567 88 60

**Col·legi Oficial de Metges de Lleida**  
Dr. Gonzalo Marión Navasa  
Tel. 973 27 09 76

**Col·legi Oficial de Metges de Girona**  
Dr. F. X. Carreras de Cabrera  
Tel. 972 20 88 00

**Col·legi Oficial de Metges de Tarragona**  
Dr. Enric Sánchez Cid  
Tel. 977 23 20 12

<http://webs.comb.es/concursos2004>

Organitza:  
Secció Col·legial de Metges Jubilats del COMB

Promou:



CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA





Tres imatges de la presentació pública del llibre 'Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida', que va tenir lloc el 15 de gener a l'Aula Magna de l'Institut d'Estudis Ilerdencs



## El Dr. Sebastià Barranco, nou delegat de Sanitat

El Govern de la Generalitat va nomenar el dia 31 de desembre el doctor Sebastià Barranco nou delegat de Sanitat a Lleida. La consellera de Sanitat, la doctora Marina Geli, va traslladar-se el 14 de gener a la capital lleidatana per donar oficialment possessió del càrrec al Dr. Barranco i per conèixer directament l'estat de la sanitat a Ponent. Sebastià Barranco substitueix l'anterior delegat, Antoni Mateu.



Sebastià Barranco Tomàs va néixer l'any 1952 a Vilagrassa, és llicenciat en medicina i cirurgia per la Universitat de Barcelona i màster en direcció d'institucions sanitàries. Des del 1979 és funcionari del cos tècnic superior de salut pública de la Generalitat de Catalunya i ha desenvolupat diferents càrrecs de comandament en la secció de Sanejament Ambiental. Ha dirigit el Pla Sanitari dels Pirineus (ALPIR), que va posar en marxa els programes de les comarques que configuraran la vegueria dels Pirineus. Fins ara era director del servei d'Atenció Primària de l'ICS Segarra-Noguera-Urgell-Pla d'Urgell.

El nou delegat ha estat, a més, professor de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona, de l'Escola Universitària d'Infermeria de Lleida i de l'Escola Universitària de Treball Social de Lleida. També ha col·laborat en diferents cursos de l'Institut d'Estudis de la Salut.

Sebastià Barranco ha estat membre electe de la primera junta de personal dels funcionaris de la Generalitat de Catalunya, regidor i tinent d'alcalde de l'Ajuntament de Lleida, conseller comarcal del Segrià, membre del Consell de Salut i del Consell Català de la Salut des del 1990 fins a l'any 2000 en representació dels municipis i tresorer de la junta del Col·legi de Metges de Lleida, entre altres càrrecs de caràcter electe.

## Presentació pública de la història del COML

El COML va presentar públicament el dia 15 de gener el llibre *Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida*, que han escrit els doctors i historiadors de la medicina Manuel Camps i Clemente i Manuel Camps i Surroca. L'acte va celebrar-se a l'Aula Magna de l'Institut d'Estudis Ilerdencs (IEI), amb la participació de Carme Vidal, directora de l'IEI; Lluís Pagès, editor; Xavier Rodamilans, president del Col·legi de Metges, i els autors.

Carme Vidal va recordar que l'Aula

FOTOS: Laurent Sansen

Magna de l'IEI havia estat una sala de l'antic Hospital de Santa Maria, de manera que era aïnat la presentació de la història dels metges lleidatans en aquell escenari. Vidal, que es va referir també a una anterior col·laboració de l'IEI amb el COML amb motiu de la celebració del centenari de l'entitat mèdica, va felicitar els col·legiats per la seva decisió d'apostar per la perdu-

rabilitat, per deixar constància escrita de la pròpia història.

El president del COML, Xavier Rodamilans, va manifestar que la voluntat de la junta col·legial era editar un llibre fàcil de llegir, que fos acceptat pel lector, en lloc d'un típic "llibre de prestatgeria" que només servís per fer bonic. Per aquesta raó, la junta havia encarregat la investigació i el redactat als doctors Camps, "dos professionals de la història de la medicina". El Dr. Rodamilans va agrair la col·laboració de l'IEI en la presentació del llibre i de la Mutual Mèdica en l'edició.

Després d'una breu intervenció de l'editor Lluís Pagès, el Dr. Manel Camps Surroca va dir, en nom de tots dos autors, que la idea d'escriure la història del COML els "va agradar" pels seus lligams amb el Col·legi i

per la seva condició de professor de medicina legal. "L'exercici mèdic és un tema clàssic de l'assignatura. Les generacions de metges formades saben perfectament que l'intrusisme és l'exercici il·legal de la medicina pel fet de practicar-la sense títol o sense estar col·legiat."

L'autor va definir l'intrusisme com "una preocupació col·legial constant a través del temps". "Fins i tot, probablement, ha representat una de les causes de la creació d'associacions de les professions en general que, amb els noms de gremis, confraries o col·legis, segons els llocs i els temps, han perdurat fins als nostres dies."

Pel motiu esmentat, el llibre conté un capítol independent sobre l'intrusisme, a banda de dos capítols més que parlen dels orígens de la col·legiació a

Lleida i del Col·legi des de finals del segle XIX fins a l'actualitat com una institució moderna.

L'origen del Col·legi de Metges són les ordinacions que regulaven l'any 1600 l'antiga confraria o gremi dels doctors en medicina i dels mestres de cirurgia de Lleida, segons les fonts documentals. Aquestes primeres ordinacions van ser renovades l'any 1753 sense canvis significatius.

"El canvi real de l'exercici mèdic no es comença a notar a Lleida fins ben entrada la segona meitat del segle XIX", va assenyalar el Dr. Manel Camps Surroca. I va acabar la seva intervenció amb el desig que aquest llibre d'història "agradi i que, sobretot, perduri en una època excessivament marcada per la fugacitat de les obres humanes".

# Maltractaments a la gent gran

En els darrers anys ha augmentat considerablement l'interès pel fenomen de la violència i, sobretot, de la violència en l'àmbit intrafamiliar i domèstic. S'ha dedicat un gran esforç a l'estudi del maltractament infantil, al maltractament de la dona i des dels anys 90 s'ha mostrat un gran interès per les situacions de maltractaments a la gent gran. En aquest sentit, destaca la dificultat que hi va haver per establir, fins i tot, el terme que identifiqués aquestes situacions. Així, a la Gran Bretanya, a finals dels anys 70, va sorgir l'expressió 'granny bashing'.

Dra. Rosa M. Pérez Pérez · *Metgessa forense*

A la Gran Bretanya, a finals dels anys 70, va sorgir l'expressió *granny bashing* i als Estats Units, també en la mateixa època, va aparèixer el terme *parent bating* i actualment es parla de *maltractament a la gent gran*, que va ser establert com a tal els anys 90. Això suposa un gran avançament en el coneixement de la situació i la millora del reconeixement dels maltractaments i suposa també anomenar-los com cal, sense els tabús que de vegades impliquen aquests temes.

Ara bé, hi ha moltes dificultats per investigar l'existència i l'extensió d'aquest problema, ja que quan s'han intentat conèixer dades mitjançant enquestes els resultats obtinguts, freqüentment, presenten dades infravalorades.

## Concepte i tipus de maltractaments

L'any 1987 l'Associació Mèdica Americana (AMA) defineix els maltractaments a la gent gran com "qualsevol acte o omisió que té com a resultat un dany o una amenaça a la salut o el benestar d'una persona gran".

En el nostre àmbit i com a conseqüència de la Primera Conferència Nacional de Consens sobre la Gent Gran maltractada de l'any 1996 resulta la Declaració d'Almeria, on segons aquesta el maltractament a la gent gran "seria tot acte o omisió sofert per persones de 65 anys o més que afecta la integritat física, psíquica, sexual i econòmica, el principi d'autonomia o un dret fonamental de l'individu; el qual és percebut per aquest o constatat objectivament, amb independència de la intencionalitat i del



medi on es doni (familiar, comunitat i institucions)".

## Tipus de maltractaments

Establim tres grans tipus de maltractaments: el físic, el psíquic i l'econòmic, segons l'abús o la negligència que es cometi.

Ara bé, autors canadencs descriuen tres categories majors: l'abús i la negligència domèstics, l'abús i la negligència institucionals i l'autonegligència. Altres autors inclouen la violació dels drets humans, altres diferencien l'abús sexual, etc.

1.- Abús físic. L'ús de la força pot provocar un dany corporal, dolor o deteriorament físic. S'hi inclouen cops, empentes, cremades, càstigs físics, ús inapropiat de fàrmacs, restriccions físiques, etc.

També destaca el vessant sexual, el maltractament derivat de qualsevol contacte sexual no acceptat per la persona gran.

2.- Abús psíquic. Inclou la violència verbal, els silencis ofensius, la violació de drets civils, la coacció, els insults, la infravaloració i les conductes de domini i imposició.

3.- Abús econòmic. Mal ús o abús dels diners de la víctima, explotació il·legal o inapropiada dels fons o recursos econòmics.

4.- Negligència física. Abandonament o no tenir la cura deguda de les necessitats físiques en l'alimentació, la higiene, el vestuari i la medicació. No proporcionar ajudes físiques, com ara pròtesis, ulleres, etc.

5.- Negligència psíquica. No tenir la cura adequada de les necessitats psicoafectives, no rebre el suport, l'afecte i la protecció propis de la seva situació.

6.- Negligència econòmica. No s'utilitzen els fons disponibles o els recursos sanitaris per mantenir o restaurar la salut i el benestar de la víctima.

## Factors de risc que poden conduir als maltractaments

Es desconeix la causa exacta dels maltractaments a la gent gran i es parla constantment dels factors o situacions de risc que poden conduir a aquestes situacions.

Destacant les situacions de més vulnerabilitat poden establir-se, sempre amb reserves, atesa la variabilitat dels resultats dels diferents estudis i investigacions, dades que ens poden ajudar a l'hora de la detecció del risc de tractament inadequat a la gent gran o bé de les situacions clares de maltractament.

Situacions de més vulnerabilitat:

1.- Referents a l'ancià com a víctima:

Edat avançada  
Deficient estat de salut

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Incontinència  
Deteriorament intel·lectual i les alteracions de la conducta  
Dependència  
Aïllament social  
Antecedents previs de maltractaments.

Les principals situacions de risc, segons diferents estudis, s'estableixen com:

- Deteriorament funcional de la persona gran, amb una important dependència per poder dur a terme les activitats de la vida diària.
- Alteració de les funcions cognitives, amb una important reducció de les capacitats intel·lectuals.
- Conviure en el mateix domicili per acord previ.

#### 2.- Referent a l'agressor:

Sobrecàrrega física o emocional.  
Patir trastorns psicopatològics.  
Abús d'alcohol o toxicomania.  
Experiència prèvia de violència familiar i en l'ancià.

Incapacitat per suportar emocionalment la situació de l'ancià.

#### 3.- Referent a l'entorn:

Habitatge compartit.  
Relació víctima-agressor dolenta.  
Manca de suport familiar, social i financer.

Dependència econòmica o d'habitatge de l'ancià.

#### Indicadors sospitosos de maltractaments

Quan considerem aquests factors o situacions hem de tenir en compte els anomenats *indicadors sospitosos* que, recollits de manera clara en una història clínica i social completa, faciliten l'anàlisi i el diagnòstic dels maltractaments: la víctima dona explicacions contradictòries de les lesions i del seu mecanisme de producció; al contar la història, les versions de la víctima i el cuidador són dispars.

A més, l'ancià maltractat és portat als serveis assistencials per una persona que no és el cuidador; abandonament a la sala d'espera de l'ancià; freqüents visites al servei mèdic perquè es reactiven les malalties cròniques, encara que tinguin uns recursos adequats i un tractament mèdic establert adequadament; retard en l'atenció mèdica, hi ha un interval perllongat de temps entre el trauma o la malaltia i la sol·licitud d'assistència; història prèvia d'episodis sospitosos de maltractaments, i mal compliment terapèutic, amb una utilització de fàrmacs no prescrits pel metge, toxicitat o bé dosis no adequades.

Del coneixement i el reconeixement dels factors de risc, o situacions de risc, és a dir, allò que ens indica la major vulnerabilitat de les persones grans, podem arribar a establir uns perfils més o menys aproximats que poden orientar els diferents profes-

nals que intervenen en aquests casos.

#### Perfil de la possible víctima:

Es tractaria d'una dona de 75 anys o més.

Important deteriorament funcional per malaltia crònica i/o progressiva. Dependent del seu cuidador en la majoria de les activitats de la vida diària. Portadora de problemes i conductes anòmales: incontinència, agressivitat, agitació nocturna, etc.

#### Perfil del responsable de l'agressió:

Té un relació de parentiu amb la víctima: fills, cònjuge o cuidador.

No accepta el paper de curador, no assumeix les responsabilitats que se'n deriven.

Depèn de l'ancià des del punt de vista econòmic i l'habitatge acostuma a ser de la víctima.

Consumidor de fàrmacs, drogues i alcohol.

Antecedents de malaltia psiquiàtrica o alteracions de la personalitat.

Té contactes socials pobres.

No accepta les ajudes mèdiques ni les de la comunitat.

Mostra pèrdua del control de la situació.

Història prèvia de violència familiar.

Pateix estrès per causes diverses (pèrdua de treball, problemes conjugals, etc).

#### Avaluació i actuació davant els maltractaments

Per realitzar la correcta avaluació dels casos de maltractaments a la gent gran, s'ha de valorar que el tractament sempre ha de ser multidisciplinari. Hi hauran d'intervenir els diferents professionals, metges, infermers, treballadors socials, psicòlegs i, de vegades, els professionals policials i judicials.

Com a primera actuació, s'ha d'identificar el cas de maltractament i el tipus, sigui per abús o negligència. S'efectuarà una valoració medicoreiàtrica completa amb el tractament adequat de les conseqüències físiques o psíquiques directes. Valoració per part dels serveis socials, i si és necessari, hi intervindran els agents de l'àmbit judicial.

De vegades, els professionals intervinents tenen dificultats per reconèixer, avaluar i intervenir en aquests casos –per una possible escassa formació en la matèria– perquè l'actuació pot comportar repercussions negatives en intervencions posteriors, o bé perquè apareixen situacions com la negativa manifesta de la víctima respecte al maltractament per vergonya i intimidació.

Per tant, el professional, a més a més de conèixer i detectar els maltractaments, haurà de percebre la forma de reconeixement que del maltractament en fa l'ancià i el seu grau d'acceptació. Aquests són els factors determinants per posar els mitjans adequats per resoldre'ls.



◆ **Com a primera actuació, s'ha d'identificar el cas de maltractament**

◆ **S'hauria d'entrevistar aïlladament el pacient**

#### Pautes d'actuació professional en cas de sospites

Podem establir les següents pautes:  
1.- Realització de l'entrevista:

S'hauria d'entrevistar de manera aïllada el pacient i el cuidador i analitzar la relació i els canvis d'actitud davant la presència conjunta de les dues parts. Donar confiança i facilitar l'expressió de sentiments, garantir la confidencialitat, parlar amb llenguatge clar i senzill i fer preguntes al pacient que facilitin la narració del seu problema.

Des de l'AMA s'indiquen les preguntes directes que s'haurien de fer:

- Algú li ha fet mal a casa?
- Té por d'alguna persona que viu amb vostè?
- L'han obligat a firmar documents que no entén?
- L'han amenaçat?

- Algú li ha posat dificultats perquè es pugui desenvolupar per si mateix?  
I des de la Canadian Task Force també aporten algunes preguntes:

- Algú l'ha tocat sense el seu consentiment?
  - Algú l'ha obligat a fer coses en contra de la seva voluntat?
  - Algú agafa coses que li pertanyen en contra de la seva voluntat?
  - Es troba sol freqüentment?
- 2.- Explorar de manera molt acurada els signes físics.

- Cal observar les divergències entre les lesions i les explicacions respecte al seu origen.
- Desnutrició sense motiu aparent.
- Caigudes repetides.
- Retard en la sol·licitud d'atenció.
- Visites freqüents a urgències per motius molt variats.

3.- Explorar les actituds i l'estat

emocional.

- Por, inquietud i passivitat.
- Alteració de l'estat d'ànim, depressió, ansietat i confusió, entre d'altres.
- Especial cura amb la indicació de psicofàrmacs.
- Valorar el risc de suïcidis, l'accés als medicaments i la vigilància de les ingestes.

Per tant, totes aquestes fases han de conduir al diagnòstic del quadre de maltractaments a la gent gran. Començant per la valoració inicial de la situació de risc, haurem d'investigar si aquesta situació té caire agut o crònic i valorarem el risc potencial del quadre físic i psíquic. S'ha d'informar a la persona gran de les possibilitats d'actuació i dels recursos disponibles per resoldre la situació en què es troba, encara que el professional es trobi freqüentment amb la negativa a reconèixer la situació. No es pot oblidar la situació de conflicte ètic que pot patir el professional davant de l'ancià i la família. Per tot això, s'ha d'establir un pla d'actuació integral i coordinat amb diferents agents intervinents i amb una seqüència de fets que facilitin les actuacions:

S'hi han d'implicar els serveis mèdics, tant en l'àmbit d'atenció primària com de serveis especialitzats.

- Contactar amb els treballadors socials i els serveis socials.
- Davant d'una situació de risc immediat hi intervindran els serveis socials i els serveis mèdics de manera immediata.

- Buscar un pla de protecció i seguretat per a l'ancià.

- Explicar a la víctima les possibles alternatives.

- Fer un seguiment directe de la situació.

- Quan l'ancià no estigui incapacitat li facilitarem l'accés als serveis socials i mesures de protecció generals.

- Fer un comunicat de lesions, si es dona el cas, i informar el jutge.

- Davant d'una situació d'incapacitat es comunicarà a fiscalia.

- Tot això haurà de registrar-se de manera completa i clara en la història clínica i social.

#### BIBLIOGRAFIA

Caballero García, J.C.: Remolar, M.L. "Consideraciones sobre el maltrato al anciano". *Rev. Mult. Gerontol*, 2000; 10(3): 177-80

Caballero García, J.C. "Maltrato y abuso al anciano en el seno familiar". *Clin. Rural*, 1993; 405: 29-32.

Kessel Sardiñas, H.; Marín Gámez, N.; Maturana Navarrete, N.; Castañeda Fàbrega, L.; Pageo Giménez, M.M.; Larrión Zugasti, J.L. "Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado". *Rev. Esp. Geriatr. gerontol* 1996; 31:367-72.

Gisbert Calabuig, J.A. *Medicina legal y toxicología*. 5a edició.

# Aspectes sanitaris de les antigues presons de Lleida

La presó, com a pena o càstig, era emprada molt poques vegades<sup>1</sup>. Generalment, la seva finalitat era solament la de custodiar el delinqüent fins que fos sotmès al càstig o a la pena corporal a què havia estat condemnat. L'any 1299, la presó de Lleida es trobava instal·lada en un casal situat entre les parròquies de Sant Andreu i Sant Joan. El casal era conegut amb el nom de Palau de Cervera. Aquest palau havia estat la residència del cavaller Guillem de Cervera i la seva nissaga. Els Cervera van representar els drets feudals del comte d'Urgell a la ciutat fins al segle XIII.

Drs. Manuel Camps Clemente i Manuel Camps Surroca

Amb la desinfeudació, l'esmentat Palau de Cervera passà a la propietat reial. Jaume I el donà a Ramon Berenguer d'Àger. El 1255 passà a pertànyer a Bartzachi de Millà. Finalment, fou adquirit per la Paeria de Lleida, que l'habilità com a presó, seguint l'ordenament fet el 9 de gener de 1299 per Jaume II, el qual, a través d'un privilegi, ordenà que una part del referit edifici es destinés a presó<sup>2</sup>.

Dins del palau es construïren dues dependències, una destinada als homes i l'altra a les dones.

Posteriorment, s'establí la *presó comuna* vora el portal de Sant Antoni. A finals del segle XV van ser habilitats com a presó els soterranis de la Paeria, amb una estança per al carceller i sis per als reclusos.

Els reus havien de fer-se càrrec de la seva manutenció i pagar al carceller el dret de carcellatge, equivalent, generalment, a tres diners jaquesos diaris (però no més de quatre). En cas de no disposar de diners propis havien d'intentar aconseguir-los com fos.

Aquesta contingència apareix documentada en moltes ocasions. Així, en un procés de l'any 1312, Elissenda, empresonada al Palau pel robatori d'una cota, sol·licità ajut a un amic perquè li fes arribar aliments i roba d'abric amb aquestes paraules:

"Prech-vos que me preguets i digats a na Monja, que d'aquells diners que pursue aver d'aquel filat que jo he en casa, que me n tramete, que morta hic so de fam i pregat-me a la amiga d'en

Mestura que me tramete uns pelons meus que té, per tal que no muira de fret, que me n puxa abrigar<sup>3</sup>."

En un altre cas, el 1402, malgrat la demanda del carceller Francesc Oliver perquè es concedís gràcia a un home que "stave pres en lo palau de Cervera, lo qual se morie de fam", els paers la hi denegaren, adduint que ja se li havia fet gràcia de 20 sous<sup>4</sup>.

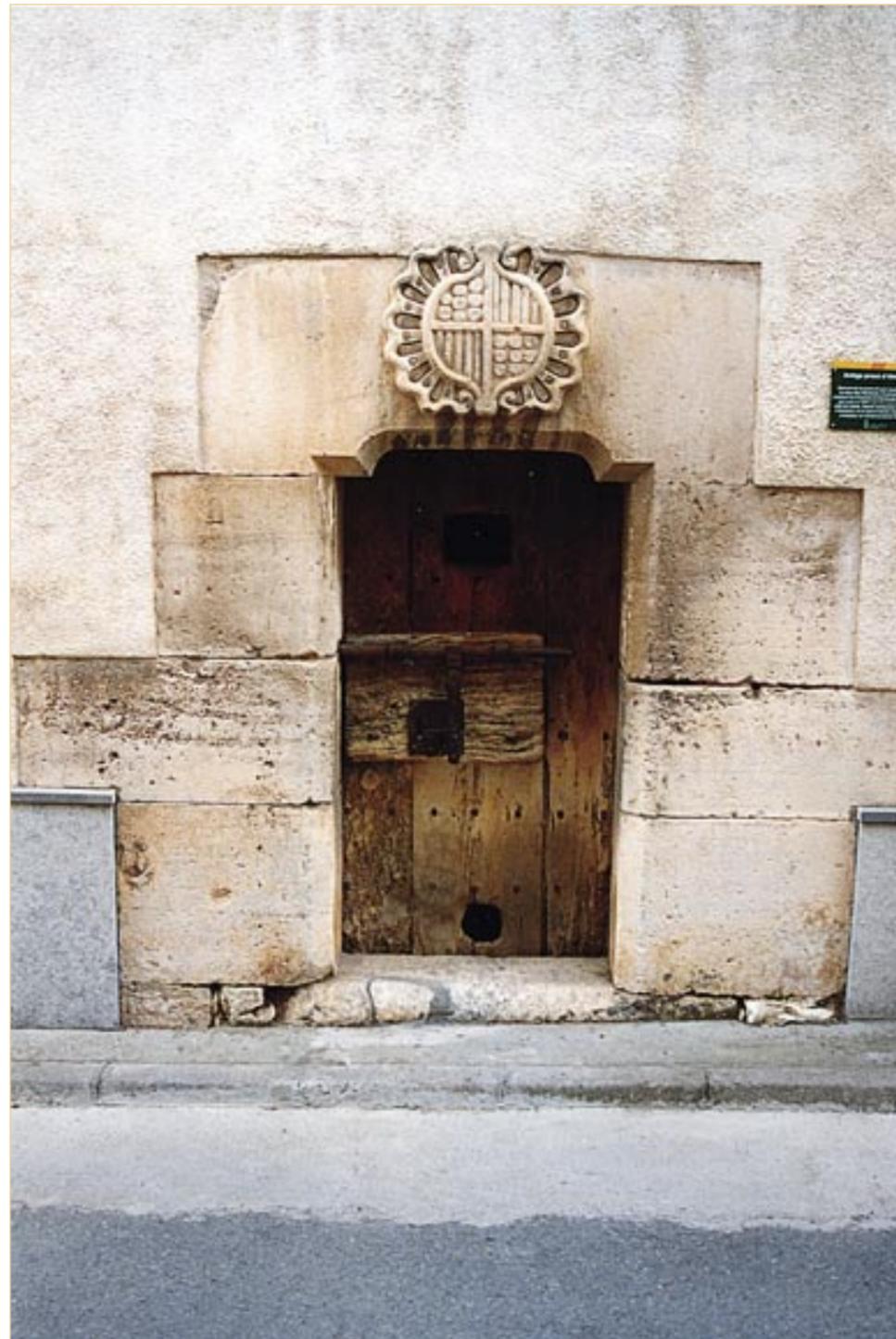
## Penúria i extrema necessitat dels empresonats

Un altre procés del 1452 reflecteix la penúria i l'extrema necessitat dels empresonats, en aquest cas de la reclusa Caterina Castella:

"Stave en la presó e havie tres jorns que no havie menjat e en altre apartament stave Francí de Gràcia e mestre Lorenç, sastre, e ella los digué que li donasen a menjar, que tres jorns havie que no havie menjat e mostra ls hun forat que havie en la paret e una rajola que s movie e que levassen la rajola allí e per allí li porien donar a menjar. I així ho feren<sup>5</sup>."

Els diners per a les despeses dels reclusos es lliuraven al carceller. En un procés de l'any 1456 es fa constar que a un esclau que es lesionà a la presó li trobaren una bossa amb 17 diners, els quals van ser donats al carceller per a aquesta finalitat.

Quan el reu tenia parents o amics a la població, eren aquests els que solien fer-se càrrec de la seva alimentació. Així, Berenguer Roig testimonià:



A la imatge de l'esquerra es pot veure la porta de la presó del segle XVI, que està situada al carrer Major d'Almatret. A la dreta, interior de la presó.

◆ Els reus havien de fer-se càrrec de la seva manutenció i pagar, a més, el carceller

"Dijous ara pus prop passat pujà al palau per pujar vianda a un moço que havie haüt brega ab un jueu. Els que viures els hi donaven des del pati de la presó a través de les reixes."

Amb el temps es permeté que les dones, que eren les que acostumaven a subministrar els aliments als empresonats, accedissin a l'interior de la presó. Aquesta circumstància, en algun cas propicià l'evasió d'algun reu.

En un procés de l'any 1485, dos homes aconseguiren fugir. Detinguts una altra vegada, un d'ells declarà: "Ere ja uberta la porta de bat en bat e

axí se son anats quan los haguessen tret a dinar fora la porta scura." El carceller afegí que havien fugit aprofitant la sortida de les dones quan els portaren el dinar i que els presoners no estaven degudament encadenats.

L'única circumstància en què el reu rebia l'alimentació adequada era quan havia de ser torturat, amb la finalitat que pogués resistir, sense defallir, els turments a què havia de ser sotmès. En aquesta circumstància s'acostumava a subministrar-li pa, ous i vi.

A partir de mitjans del segle XVI va ser obligatori que un metge o un cirurgià, o tots dos a la vegada, reconeguessin el

reu el dia abans d'aplicar-li el turment per dictaminar si estava físicament en condicions de suportar-lo. A més, hi haurien de ser mentre s'apliqués per aconsellar deturar-lo si creien que era excessiu i perillava la seva vida.

El 1437, a la presó del castell d'Alcarràs hi havia tres delinqüents acusats de robatori que foren condemnats a morir a la forca. Van alimentar-los prou bé, segurament perquè tinguessin prou força per arribar fins al dia de l'execució<sup>6</sup>.

No va ser fins molt avançat el segle

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

XIX que l'Estat i els municipis es farien càrrec de la manutenció dels presos, els quals fins aleshores havien de sobreviure pel seu compte d'almoines.

### Condicions de vida deplorables dels reclusos

Les condicions en què vivien els reclusos les reflecteixen prou bé molts dels documents de l'època, els quals donen constància de les deplorables i inhumanes condicions higienico-sanitàries en què transcorria la vida dels presoners, amb grillons als peus i encadenats, condemnats a la fam en una cambra fosca i sense cap mena de ventilació, per la qual cosa no eren infreqüents els intents d'evasió, els de suïcidi o la mort per malaltia dins del mateix recinte.

Bardaxí, jurista aragonès del segle XVI, diu en el seu llibre *Comentari in quatuor aragonesium forum libros* que la presó és mala mansió, comparable amb la mort.

És molt demostratiu d'aquestes inhumanes condicions de les presons el que diu el jutge, l'any 1520, en alliberar dos reus acusats d'haver mort el metge Mateu Aguda quan es trobava aïllat en una cabana de Bell-lloc, on complia l'obligada quarantena a causa de la pesta que assolava el país.

L'esmentat jutge va sentenciar: "No mereixen més càstich del que ja han patit en lo temps que estan presos, que ha quaranta dies, en unes presons tan cruells com són la Volta Nova".

En un procés del gener del 1456, Gerard de la Llana, empresonat a Lleida per haver mort el seu germà, intentà evadir-se, però no ho aconseguí. Assabentats del fet, el cort i els paers anaren al palau i "lavors entraren dins la casa scura hon lo dit Gallart stava pres e ab cadenes i grillons ligat, lo qual present mi lo qual fonch trobat que no tenie cadena neguna ni grillons, ans stava tot descalç, sens calces ni çabates".

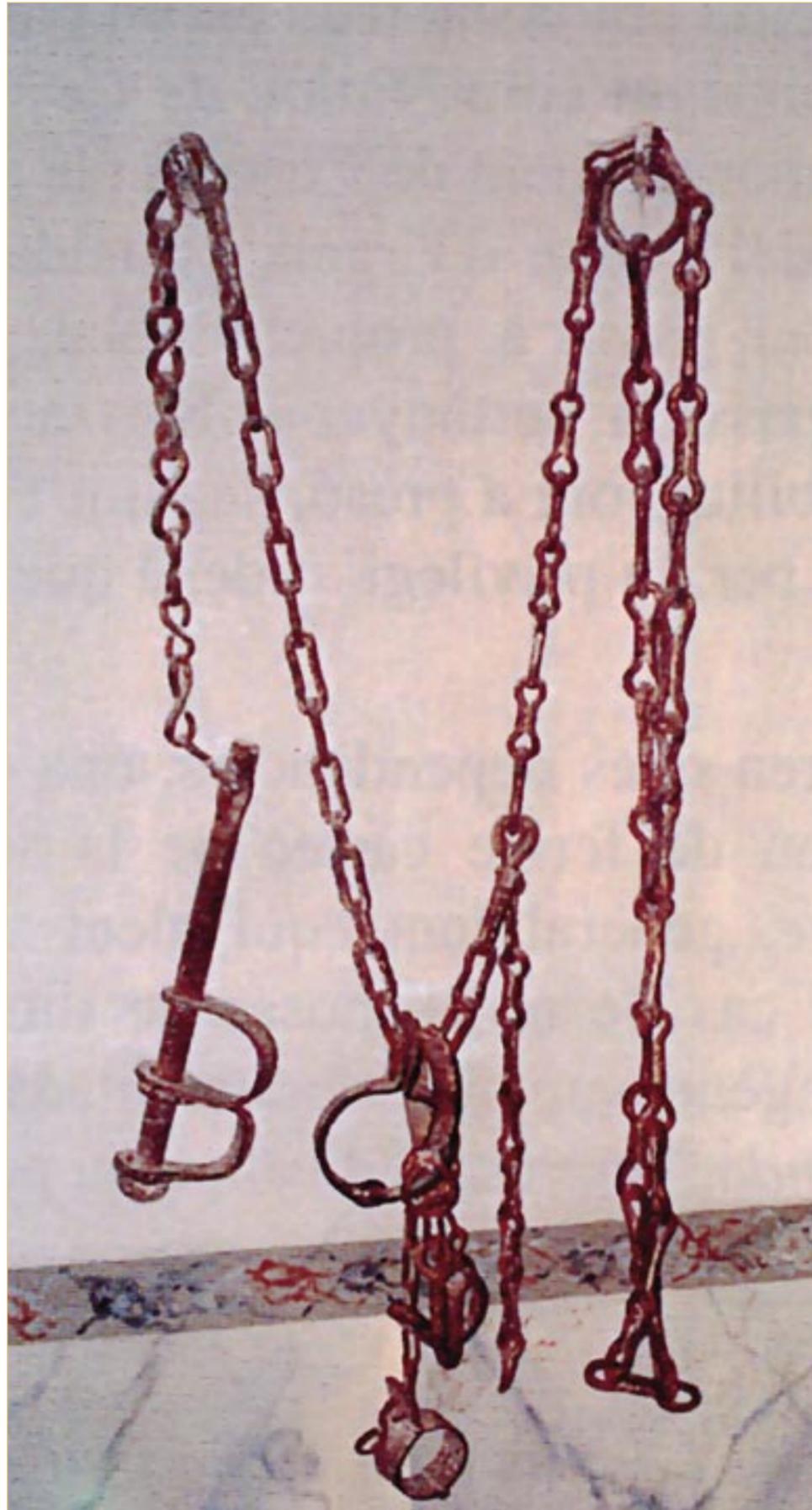
"E primerament fon interrogat per què hi com se ere desferrat. Qui respòs e dix que per tant com stava molt fort pres, que tenia cadena al coll e en los peus estava que nos podia moure e gran pudor que havia en la casa hon stava e axí mateix per què un aucell com stà pres ha desig de fugir."

Afegia que s'havia desferrat amb una pedra, que va fer servir com una llima. D'aquesta manera, aconseguí desfer-se de les cadenes.

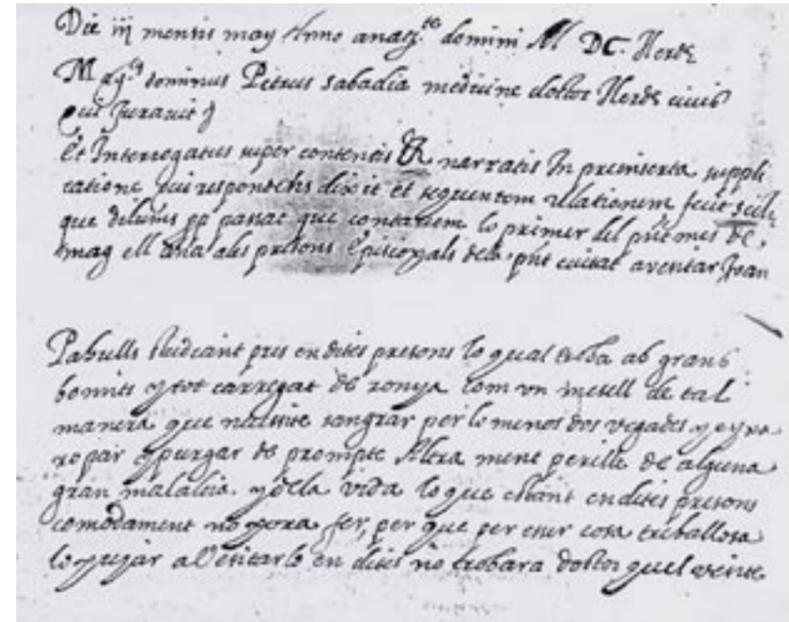
Posteriorment, va fer un forat a la paret per poder fugir, aprofitant una part del mur on "stava molt menjada la paret". Però va ser descobert i encadenat un altre cop.

L'aliment se li subministrava una vegada al dia: "Li daven a dinar entre VIII e VIIIH ores ans de mig jorn".

Aquesta repetida al·lusió a la foscor



Fotografia d'unes cadenes que s'utilitzaven per lligar els peus, les mans i el coll dels reus. A la imatge superior de la dreta, declaració del Dr. Sabadía.



de les cambres o casa scura destinades als empresonats fa referència al fet que estaven ubicades als cellers del casal.

Aquest és també el cas de les presons dels senyors jurisdiccionals, que estaven situades generalment en un soterrani o en una torre dels seus castells o, fins i tot, en una simple sitja, però sempre sense cap mena de ventilació.

### Intent d'evasió de la metgessa Borredana

Un altre curiós i complicat cas d'intent d'evasió fou el de la metgessa Borredana, empresonada l'octubre del 1389 per haver estat la provocadora d'una baralla mentre rebia lliçons de medicina (*aprenia de metgies*) d'una altra metgessa de Barcelona, traslladada a un hostel de Lleida per aquest motiu. Tancada a la presó, se l'acusà de fer conjurs al diable per aconseguir fugir juntament amb altres empresonats<sup>9</sup>.

En el decurs del procés s'hi afegia que havia demanat uns llibres de conjurs a la vídua d'un metge castellà, que els hi volia comprar i que tot seguit pretenia evadir-se.

La vídua respongué que ja no els tenia, perquè "tot ho havia cremat son marit car havia por que fos dexelat<sup>10</sup>, tantost ho cremava"<sup>11</sup>.

En escorcollar-la, se li trobà un aguller amb un tros de per-

gamí amb conjurs escrits. Fou lliurada al tribunal de la Inquisició com tots els heretges.

Suposem que va ser cremada, com era la norma en els delictes d'heretgia.

En cas de malaltia, era també l'empresonat qui havia de fer-se càrrec de les despeses ocasionades.

El 14 de juliol de 1598, quan Caterina Ferraguda era reclosa i ferida a les presons reials de Lleida, hagueren de visitar-la el doctor en medicina Guillem Tarragó i els cirurgians Josep Puig i Miquel Garcia, després que l'esmentada malalta s'oferís a pagar els salaris corresponents.



Durant els primers anys de la creació de la mestrescolia, el seu titular feia valer la força que li donava el càrrec des de l'àmbit de la jurisdicció criminal en el terreny universitari. Un cas interessant és el de l'any 1600, en què intervingué el primer mestrescola, el canonge Maties Ferrer.

L'estudiant Joan Pahuls, empresonat a les presons episcopals per manament de Maties Ferrer, presentà a l'esmentat mestrescola una cèdula de súplica, on li explicava que a causa de les pèssimes condicions d'higiene que havia hagut de suportar a la presó caigué malalt amb febre i amb manifestacions cutànies, fins al punt que fàcilment podia morir a la mateixa cel·la si no se li concedia la llibertat per poder rebre tractament en millors condicions.

El metge que el visità a la presó, el doctor Pere Sabadía, informà que el trobà, "ab grans bòmits y tot carregat de ronya, com un mesell, de tal manera que necessite sangrar per lo menos dos vegades y eyxaropar y purgar de prompte"<sup>12</sup>.

Continuava la declaració emetent un mal pronòstic, fins al punt que segons el seu criteri perillava la vida del reclus i, sobretot, considerava que si estava a la presó no se li podia administrar el tractament prescrit, adduint que per "esser cosa treballosa lo pujar a visitar-lo en dites presons, no trobarà doctor quel vesite".

Finalment, el mestrescola va deslliurar-lo de la presó i li va commutar la pena pel pagament de 25 lliures.

L'any 1764, Beccaria, en l'obra *Dei delitti e delle pene*, encara defineix la porqueria, l'horror i la fam de les presons.

### NOTES

- 1 Tot i no ser l'usual, l'any 1486, l'apotecari Joan Montgai va ser condemnat a un mes de presó per intrusisme mèdic, ja que va subministrar medicines sense l'obligada prescripció mèdica a un pacient, que li van provocar la mort.
- 2 Camps i Clemente, M: *El turment a Lleida (segles XIV-XVII)*, UdL-Ajuntament d'Alcarràs, 1998. 53.
- 3 Camps i Clemente, M: Ob. cit., 53.
- 4 *Ibidem*
- 5 Camps i Clemente, M. *El turment ...* pàg. 54.
- 6 Camps i Clemente, M. *Història de la vila d'Alcarràs*, Ajuntament d'Alcarràs, 2003, pàg. 235.
- 7 Camps i Clemente, Manuel, *De Castellpagès a Vilanova de la Barca*, Lleida, 1990, pàg. 57-8.
- 8 AML. Crims. Reg. 818.
- 9 Camps i Clemente, M. *El turment ....* pàg. 55.
- 10 Dexelar: descobrir un secret.
- 11 Camps i Clemente, M. *El turment .....* pàg. 55.
- 12 ACL. Estudi General. C-151, núm. 7174.

# Actualitzacions en el tractament del dolor crònic



El dolor no és només un problema individual o familiar, sinó també un problema de salut pública important, perquè afecta un gran nombre de persones i genera una important demanda assistencial. Estudis epidemiològics fets a països anglosaxons<sup>1-3</sup> i escandinaus<sup>4,5</sup> indiquen una elevada prevalença del dolor en la població general, malgrat que els resultats variaven si es tractava d'una estimació puntual del dolor en el moment de l'entrevista (17% a Anglaterra)<sup>2</sup> o d'una estimació d'un curs temporal (82% durant un període d'1 any a Nova Zelanda)<sup>3</sup>.

Un estudi recent fet en una mostra representativa de la població catalana va constatar que un 78,6% de les persones entrevistades manifestaven tenir algun tipus de dolor en els darres

Dra. M. Dolores del Pozo, Dra. Reís Drudis, Dra. Rosa Urgell, Dra. Montserrat Torra, Dr. Gregorio Marco i Dr. José J. Marrodan · *Servei d'Anestèsia. Hospital de Santa Maria. Lleida*

6 mesos. Segons les característiques sociodemogràfiques, van manifestar més dolor les dones, els joves i les persones amb un nivell educatiu inferior. Pel que fa a les localitzacions, els dolors més freqüents van ser els d'esquena (més d'un 50% de les persones entrevistades), els de cap (42%) i els de les extremitats inferiors (36,8%)<sup>6</sup>. Els resultats d'aquest estudi indiquen que el dolor és un problema rellevant en la població catalana i que les seves

característiques són similars a les descrites prèviament en els estudis fets en països anglosaxons i escandinaus.

Els pacients amb dolor poden ser atesos en els diferents àmbits assistencials, ja sigui en l'atenció primària o en l'atenció especialitzada hospitalària. Fa uns anys, un estudi realitzat en centres d'atenció primària de Catalunya va revelar que un nombre important de pacients demanaven atenció mèdica per dolor<sup>7</sup>.

Per millorar el problema del tractament inadequat del dolor s'han proposat diverses guies del maneig del dolor agut i del dolor oncològic (*American Pain Society -APS-* i *Agency for Health Care Policy and Research AHCCR*)<sup>8-10</sup>.

En la darrera dècada diversos estudis

han mostrat la importància d'avaluar l'opinió dels pacients amb el tractament analgèsic rebut, atesa la subjectivitat de l'experiència dolorosa<sup>11-12</sup>. En aquest sentit, l'*American Pain Society* ha publicat un qüestionari d'avaluació de satisfacció dels pacients, que ha estat reconegut com l'eina valuosa per obtenir aquesta finalitat<sup>13</sup>. Al nostre país, hi ha dades preliminars d'una versió espanyola del qüestionari esmentat que revelen la presència d'una prevalença elevada de dolor amb una satisfacció paradoxalment elevada respecte al tractament<sup>14</sup>.

La variabilitat de la prevalença i del maneig del dolor tant en els pacients hospitalitzats com en pacients ambulitoris, i d'una proporció rellevant de tractaments inadequats suggereix la

## Taula I. Diferències entre el dolor nociceptiu i el dolor neuropàtic

DOLOR NOCICEPTIU
1. Dolor produït per lesió al cos mitjançant nociceptors mecànics, tèrmics o químics.
2. Descripció del dolor variable.
3. Si no es repeteix l'estímul la intensitat del dolor disminueix ràpidament.
4. Resposta parcial als AINE.
5. Bona resposta als opiacis.
6. Freqüentment compleix una missió de protecció.
DOLOR NEUROPÀTIC
1. Es produeix per lesió o canvis en els mecanismes d'informació-transmissió d'aquestes estructures nervioses.
2. Dolor descrit freqüentment com a lancinant, com una cremor.
3. L'anodínia mecànica es freqüent, fins i tot en absència de lesió a la pell.
4. El dolor persisteix o s'intensifica durant setmanes o mesos després de la lesió.
5. Freqüentment, respon bé als antidepressius, antiepilèptics i anestèsics locals.
6. Rarament té missió de protecció.

necessitat d'establir una estratègia d'intervenció. Seguidament, analitzarem el tipus de dolor crònic que més freqüentment atenem a les consultes d'atenció primària i del dolor.

### I. Dolor neuropàtic

El dolor neuropàtic és aquell que s'associa amb lesió, disfunció o alteració en l'excitabilitat del SNC o SNP. És el tipus de dolor que més sovint observem en les consultes mèdiques.

El dolor neuropàtic té unes característiques que el diferencien del dolor nociceptiu (taula I).

El tractament farmacològic pot ser el següent:

- AINE: ibuprofè 600 mg/8-12 h, diclofenac retard 75-100 mg/24h, ketorolaco 10 mg/8h durant 10 dies ±, paracetamol 1 gr/8-12h ± codeïna.
- Antidepressius (amitriptilina 10 mg a la nit). El seu efecte analgèsic s'atribueix a l'augment de norepinefrina i serotonina en la sinapsi neuronal.
- Antiepilèptics (gabapentina 300 mg/12h durant 1 setmana i augmentar a 300 mg/8 h segons tole-

rància). El mecanisme del dolor en l'àmbit central és el mateix que té lloc en l'epilèpsia, són molt útils en els quadres de dolor acompanyats de descàrregues espontànies i crisis lancinants.

- Anestèsics locals (crema EMLA-*eutetic mixture of local anesthetics*). És una barreja de lidocaina i prilocaïna i produeix anestèsia cutània efectiva. La dosi recomanada es 2,5 g per 10 cm<sup>2</sup> de superfície cutània a analgesiar.
- Capsaicina (depletor de la substància P- neuropèptic endogen que actua sobre les fibres C amielíniques). S'aplica de 4 a 5 vegades al dia. S'utilitza en la neuràlgia postherpètica i en la neuropatia diabètica. També en la neuràlgia del trigemin, l'artritis i el dolor inflamatori, i la cefalea tipus Clúster.
- Tècniques locoregionals (peridural, intradural), plexual (clínica del dolor). En patologia del raquis (lumbàlgies, ciatàlgies), de l'espatlla o l'extremitat superior i inferior.

### II. Neuràlgies

Una neuràlgia és un dolor (neuropàtic) en la distribució d'un o més nervis.

És un dolor en el territori de la zona afectada, que té característiques de cremor o descàrrega (*trigger*) i es pot acompanyar d'anodínia i/o disestèsia.

#### Neuràlgies perifèriques:

Tractament de la causa:

El dolor associat a la neuropatia diabètica disminueix amb un bon control de les glicèmies, mentre que el neuropàtic secundari en mieloma pot respondre a la quimioteràpia o radioteràpia.

La reparació quirúrgica d'un atrapament nerviós pot millorar la clínica.

El dolor secundari en la neuropatia alcohòlica pot respondre a l'abstinència completa, dieta adequada i administració diària de tiamina (100 mg oral).

#### Tractament farmacològic:

Neuràlgia postherpètica:

Aciclovir oral 800 mg 5 vegades al dia durant 7 dies +

Amitriptilina 10-25 mg/dia +

Paracetamol o metamizol. Si no respon als analgèsics menors es pot donar Adolonta 50 mg /12h.

Clonazepam (5-10 gotes/nit) o gabapentina si el dolor és intens.

Capsaicina si hi ha disestèsies importants, TENS (estimulació elèctrica transcutània) o bloqueigs simpàtics (1/2 setmanes, de 6 a 8 en total).

#### Neuràlgia del trigemin:

Carbamacepina és el fàrmac d'elecció. Hi ha pacients que poden presentar taquifilàxia i, aleshores, es pot recórrer al baclofèn (5mg/8h i augmentar cada 3 dies de 5 en 5 fins a 30-50

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

mg/dia) o gabapentina.  
Paracetamol o metamizol.  
Ibuprofè 800 retard (1600 mg/nit).  
Quan el tractament farmacològic és insuficient recórrerem a les tècniques neuroquirúrgiques.

### III. Fibromiàlgia

Es tracta d'un dolor musculoesquelètic difús associat a molts punts de dolor moderat (tender points) i rigidesa. L'estrès i la fatiga física o mental condueixen a una disfunció fisiopatològica (isquèmia dels músculs). En el tractament d'aquesta entitat han de participar-hi diferents disciplines mèdiques (metge de primària, psicòleg, reumatòleg, clínica del dolor), ja que la causa és multifactorial.

Cal explicar al pacient la naturalesa de la malaltia perquè la pugui entendre i acceptar. Cal tractar els símptomes dolorosos amb calor, massatge i exercici aeròbic.

Com a tractament farmacològic l' amitriptilina (50 mg/dia), sola o combinada amb ibuprofè 800 mg retard (1600 mg/nit), ha produït una millora de la qualitat del dolor, del son i la fatiga. També hi ha protocols que utilitzen Adolonta 100, 150 mg retard/ 12h i antagonistes del Ca<sup>2+</sup> (Diltiazem).

### IV. Dolor crònic maligne

El dolor neoplàsic és un problema de primer ordre. Més del 70% dels pacients oncològics pateixen dolor moderat-intens, que requereix analgèsics potents, exigeix un enfocament multidisciplinari i col·laboració amb el metge de capçalera.

Bàsicament, hi ha dos modalitats de dolor: agut i crònic, segons la

seva presentació. L'agut s'associa a signes físics, està ben definit i hi ha una hiperactivitat del sistema nerviós autònom (SNA). El crònic presenta una adaptació del SNA i canvis en la personalitat, la qualitat de vida i la funcionalitat.

El maneig del dolor crònic maligne s'inicia amb una acurada avaluació clinicodiagnòstica: estudi clínic complet, història clínica del dolor (inici, qualitat-neuropàtic, nociceptiu, mixt, severitat, localització, factors precipitants i símptomes associats; examen neurològic i història farmacològica).

Per tot això, el maneig multidisciplinari és fonamental per a la consecució de l'èxit del tractament.

L'estratègia del tractament consta de les següents premisses:

-Tractament primari: antineoplàsic, psicològic.

-Tractament simptomàtic: analgèsic:

AINE: AAS±codeïna, ibuprofè 800 mg retard (1.600 mg/nit), ketorolaco 10 mg/8h durant 10 dies ±, paracetamol 1 g/8-12h ± codeïna  
Amitriptilina 25 mg/nit.

Opiaci: Adolonta 100, 150 mg retard/ 12h; pegat de fentanil 25, 50, 75 i 100 g; MST per via oral 10, 30, 60 i 100 mg, dividida en 2 dosis/12h (cal consultar la dosi amb l'oncòleg o la clínica del dolor).

Corticoide: Dexametasona 10-12 mg/im versus prednisona via oral.

Antiepilèptic: gabapentina 300 mg/8-12h.

-Tractament rehabilitador i psicològic.

-Tractament del dolor persistent: cal consultar amb la clínica del dolor per valorar la realització de tècniques locoregionals (bloqueig troncular o analgèsia epidural), segons la localització i la intensitat del dolor.

## Dolor intrahospitalari: el podem evitar?

Dra. Reis Drudis, Dra. M. Dolors del Pozo, Dra. Rosa Urgell, Dra. Montserrat Torra, Dr. Gregorio Marco i Dr. José J. Marrodan · Servei d'Anestèsia. Hospital de Santa Maria. Lleida

La realització d'una medicina d'alta qualitat assistencial està lligada amb un bon control del dolor.

Actualment, disposem de fàrmacs i tècniques suficients per tractar-lo de manera eficaç i segura, i tots coneixem el efectes nocius tant fisiològics (augment del consum d'oxigen, disminució del peristaltisme intestinal, hipoventilació, alliberació de catecolamines...) com psicològics (ansietat, por, agitació, insomni...) del dolor agut. Tot i això la prevalença del dolor hospitalari continua sent alta. Tot i que les xifres varien segons les sèries, entre un 20 i un 40% dels pacients postquirúrgics encara presenten avui dia dolor sever i entre un 50-70% dolor moderat. El dolor postquirúrgic ha estat el més estudiat en l'àmbit intrahospitalari. No hi ha dades sobre la prevalença de dolor en altres àrees hospitalàries com la d'urgències.

Hi ha alguns errors conceptuals que expliquen aquests resultats:

- Sovint es considera que el dolor és només quelcom desafortunat, però normal en el context d'una malaltia més important i que no cal tractar-lo.

### BIBLIOGRAFIA

- 1-Stenbach, R.A. "Survey of pain in the United States; the Nuprin pain report". *Clin J Pain*, 1986;2:49-53.
- 2-Browner, D.; Rigge, M.; Sopp, L. "Prevalence of acute and chronic pain in the British population: a telephone survey of 1036 households". *Pain*, 1993; 4: 223-30.
- 3-James, F.R.; Large, R.G.; Busnell, J.A.; Weells, J.E. "Epidemiology of pain in New Zealand". *Pain*, 1991; 44: 279-83.
- 4-Andersen, S.; Worm-Pedersen, J. "The prevalence of persistent pain in a Danish population". *Pain*, suppl. 1987; 4: S332.
- 5-Brattberg, G.; Parker, M.G.; Thorslund, M. "The prevalence of pain in general population. The results of a postal survey in a county of Sweden". *Pain*, 1989; 37:215-22.
- 6-Bassols, A.; Bosch, F.; Campillo, M.; Cañellas, M.; Baños, J.E. "An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain)". *Pain*, 1999; 83: 9-16.
- 7-Bosch, F.; Toranzo, I.; Baños, J.E. "A survey of pain complaints and treatment by

general practitioners in the Spanish public health organization". *Clin. J. Pain*, 1990;6: 206-11.

8-American Pain Society Quality of Care Committee. "Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain". *JAMA*, 1995; 274:1874-80.

9-Agency for Health Care Policy and Research. "Acute pain management: operative or medical procedures and trauma", part 1. *Clinical Pharmacy*, 1992: 11: 309-31.

10-Agency for Health Care Policy and Research. "Acute pain management: operative or medical procedures and trauma", part 2. *Clinical Pharmacy*, 1992: 11: 391-411.

11-McQuay, H.J.; Moore, R.A. *An evidence-based resource for pain relief*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

12-Miaskowski, J.; Nichols, R. "Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's quality assurance standards on acute and cancer-related pain". *J. Pain Symptom Manage*. 1994; 9:5-11.

13-Ward, S.E.; Gordon, D.B. *Patients satisfaction and pain severity as outcomes in*

*Symptom Manage*, 1996; 11:242-51.

14-Malouf, J.; Cañellas, M.; Torrubia, R.; Baños, J.E. "Evaluación de la satisfacción del tratamiento del dolor mediante la versión española del cuestionario de la American Pain Society". *Congreso sobre Mecanismos y Tratamiento del Dolor*. Barcelona, 2001.

### LECTURES RECOMANADES:

-*Actualizaciones en el tratamiento del dolor*. Ed.: Aliaga, L.; Castro, M.A.; Català, E. Protocolos de la Unidad de Terapia del Dolor del Hospital Universitario de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 1995, Editorial MCR, S.A.

-*Dolor y utilización clínica de los analgésicos*. Ed.: Aliaga, L.; Baños, J.E. Barcelona, 1996, Menarini y Editorial MCR.

-*El dolor crónico en oncología*. Ed.: Franco de Conno. Laboratorios Dr. Esteve. S.A.

-*Dolor agudo postoperatorio*. Ed.: Chabás, E.; Gomar, C. Protocolos analgésicos del Hospital Clínic. Laboratorios UPSA, 2000.

-*The Pain Drugs Handbook*. Ed.: Omoigui Sota. Editorial Mosby.

- Encara hi ha professionals que pensen que l'analgèsia dificulta el diagnòstic. Les característiques d'un dolor agut ens ajuden a conèixer la patologia que el produeix, però això no justifica que un cop observat i etiquetat no es tracti.
- És té por de l'addicció d'opiacis i dels seus efectes secundaris: depressió respiratòria, nàusees, vòmits...
- Hi ha desconeixement de la farmacocinètica dels fàrmacs utilitzats.
- En absència d'un control documentat del dolor hi ha personal hospitalari que continua pensant que els pacients que no es queixen de dolor és que no en tenen i això sovint no es així.

Per millorar el maneig del dolor podem:

Facilitar la participació dels serveis d'anestèsia i de les seves unitats de dolor agut en el maneig i seguiment d'aquests pacients.

Participació multidisciplinària en l'elaboració de guies i protocols que millorin el maneig del dolor en pacients hospitalitzats, en l'àrea sociosanitària i en l'atenció domiciliària.

Educació del personal hospitalari. Cal recordar la importància de realitzar una bona analgèsia i difondre l'ús de nous fàrmacs i tècniques eficaçes.

Educació i participació dels pacients en el control del dolor. La informació

és fonamental. Encara molts pacients pensen que el dolor és inevitable dintre d'un procés quirúrgic o una determinada patologia.

### Recomanacions generals

1- Generalitzar l'ús de les escales d'avaluació del dolor. La intensitat del dolor s'ha de registrar periòdicament com una constant més en el pacient postquirúrgic i en pacients amb patologies que cursen amb dolors moderats-severs. L'escala més utilitzada és l'analgèsica visual (EVA) associada a una escala numèrica que va des del 0 (no dolor) fins al 10 (dolor insuportable). Es considera dolor lleu el que es troba entre 2 i 4 de l'EVA, moderat entre 4 i 6, i sever superior a 6.

2- Utilitzar la via oral o endovenosa (segons necessitats) quan sigui possible. Les administracions subcutània i intramuscular són doloroses i tenen una absorció erràtica.

3- La medicació analgèsica ha de ser pautaada a intervals de dosificació fixos, sense esperar l'aparició del dolor. Hem d'evitar utilitzar "analgèsia sense dolor".

4- Prescriure un analgèsic de rescat a més a més de l'analgèsia pautaada que s'administrarà si l'EVA és superior a 4, ja que no tots el pacients presenten el mateix llindar de dolor.

5- Evitar l'associació de dos analgè-

sics del mateix grup (ex. associació de dos AINE) perquè augmenten els efectes secundaris sense aconseguir més analgèsia.

6- Estandarditzar els tractaments. La utilització de protocols consensuats entre diferents serveis augmenta l'eficàcia i disminueix els efectes secundaris.

Com a norma general tractarem el dolor lleu amb un AINE (diclofenac, paracetamol, metamizol). La via d'elecció és l'administració oral. El dolor moderat es tractarà amb un opiaci dèbil com el tramadol sol o associat amb un AINE. La via d'elecció en aquest cas és l'endovenosa, ja sigui en bols, perfusió contínua o PCA (analgèsia controlada pel pacient). El dolor sever s'ha de tractar amb opiacis per via endovenosa o amb tècniques d'analgèsia regional.

Cal recordar que els pacients amb insuficiència renal o hepàtica, alteracions hematològiques o patologia ulcerosa no han de tractar-se amb AINE. En pacients d'edat superior a 70 anys s'ha de reduir la dosi.

Realitzar una analgèsia correcta és responsabilitat de tots el professionals implicats. Hem de fer un esforç conjunt per fer-ho adequadament. Millorarem de forma evident la qualitat dels nostres hospitals, augmentarem la satisfacció dels pacients i disminuïrem els temps d'ingrés.

**Joies úniques**

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

**DERE TENA**  
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

# Reglament marc de les seccions col·legials del COML

L'assemblea del Col·legi Oficial de Metges de Lleida va aprovar el mes de desembre passat el reglament de les seccions col·legials que poden constituir-se en el marc del COML. Atès l'interès que aquest reglament pot desvetllar entre els col·legiats i col·legiades, 'Butlletí Mèdic' el publica de manera íntegra. El reglament, que ja està vigent, ofereix noves possibilitats d'organització.

## A. CONSTITUCIÓ

**Art. 1.-** D'acord amb els estatuts del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, com a òrgan d'agrupament sectorial voluntari dins el Col·legi i amb la finalitat de complir les funcions que es preveuen en aquest reglament, es constitueix la secció col·legial de metges .....

## B. FINALITAT I FUNCIONS

**Art. 2.-** La secció col·legial de metges té com a finalitat primordial la defensa dels interessos professionals dels metges que practiquen \_\_\_\_\_, en l'àmbit territorial del COML d'acord amb els estatuts col·legials, el codi de deontologia mèdica i la legislació vigent. Per això:

a) Incrementarà el coneixement de \_\_\_\_\_ entre els professionals de la medicina.

b) Elevarà el nivell científic de \_\_\_\_\_ i procurarà la seva divulgació en mitjans oficials, universitaris i hospitalaris.

c) Vetllarà perquè la \_\_\_\_\_ sigui practicada en el context mèdic adequat i proporcioni als pacients tots els recursos terapèutics de què disposa la ciència mèdica.

d) Assessorarà tots els col·legiats interessats en aquest tipus d'exercici professional.

d) Assessorarà la junta de govern del COML i l'assemblea general de col·legiats en tots els aspectes i problemàtiques que es deriven de la pràctica professional de la matèria específica de la secció col·legial,

així com efectuarà estudis i presentarà propostes als problemes plantejats dins la seva competència.

f) Col·laborarà amb la societat científica equivalent de la seva especialitat i amb l'àrea de formació del COML en qüestions de caràcter professional i procurarà la coordinació en la realització d'activitats formatives o científiques.

g) Portarà a terme altres funcions que consideri l'assemblea general de la secció col·legial.

## C. MEMBRES DE LA SECCIÓ

**Art. 3.-** Seran membres de la secció col·legial tots aquells col·legiats que, exercint professionalment la \_\_\_\_\_ i

que estiguin en possessió del títol de metge especialista en \_\_\_\_\_, si es cau, manifestin el seu desig de pertànyer a la secció col·legial corresponent, sempre que estiguin al corrent de totes les quotes i obligacions col·legials i de la mateixa secció.

En el supòsit que no resultés automàtica la comprovació de les circumstàncies especificades, la junta de govern, d'acord amb la comissió gestora, determinarà les formes d'acreditació.

## D. ÒRGANS DE GOVERN

**Art. 4.-** Els òrgans de govern de la secció col·legial seran, com a mínim, l'assemblea general i la junta de govern de la secció col·legial.

### 1) L'assemblea general:

L'assemblea general estarà constituïda per tots els membres de la secció col·legial. La periodicitat de la convocatòria ordinària de l'assemblea general serà, almenys, d'una vegada a l'any i podrà ser convocada de forma extraordinària a proposta de la junta de govern de la secció col·legial o d'un 10% dels seus membres. Seran tractats tots els temes que siguin presentats per escrit i firmats per dos membres de la junta de govern de la secció col·legial, si és ordinària, i per cinc membres de la secció col·legial, si és extraordinària.

La convocatòria, en què constarà l'ordre del dia, es farà, com a mínim, amb deu dies d'antelació i el termini de presentació dels temes a tractar serà d'una setmana abans de ser tramesa la convocatòria.

Els acords es prendran per majoria simple i seran executius en el cas d'assistir-hi un 40% dels membres de la secció en la primera convocatòria o un 25% en la segona. Els acords de la secció col·legial només vincularan la junta de govern del COML quan hagin estat assumits explícitament per aquesta.

### 2) La junta de govern de la secció col·legial estarà constituïda per: president, secretari, tresorer i dos vocals

Les funcions de cada membre de la junta de govern seran les corresponents al càrrec.

La periodicitat de les reunions de la junta de govern serà, com a mínim, bimensual, tot i que es podran reunir les vegades que ho consideren oportú, a la seu col·legial, si ho posen en coneixement del president del COML, amb 48 hores d'antelació.

Perquè els acords adoptats tinguin validesa serà necessària la concurrència de la majoria dels membres de la junta de govern.

En cap cas podrà ocupar cap càrrec en la junta de govern de la secció col·legial un col·legiat que hagi estat objecte de sanció disciplinària per falta greu o molt greu.

La junta de govern serà l'encarregada de convocar el procés electoral, excepte en l'elecció de la primera junta de govern de la secció col·legial, en què la convocatòria serà realitzada per la comissió gestora o per l'assemblea constituent.

La junta de govern o el membre de la secció en què aquesta delegui serà el seu representant davant els òrgans de govern del COML i serà necessària l'autorització de la junta de govern del COML per a la representació fora de l'àmbit col·legial, tant en l'àmbit autonòmic com en l'estatal o l'internacional.

Durant el mes de gener i amb caràcter anual, la junta de govern

de la secció col·legial elaborarà una memòria de les activitats realitzades l'any anterior i la facilitarà a la junta de govern del COML.

El secretari aixecarà acta, en un llibre adaptat per a aquesta finalitat, dels acords adoptats en les reunions de la junta de govern i dels acords de les assemblees generals que se celebrin.

El tresorer anotarà en un llibre de comptabilitat els moviments comptables de la secció col·legial.

## E. PROCEDIMENT ELECTORAL DE LA JUNTA DE GOVERN

**Art. 5.-** Els membres de la junta de govern de la secció col·legial seran elegits per sufragi universal i directe entre els membres de la secció.

La convocatòria d'eleccions tindrà com a requisits:

- Convocatòria per escrit i tramesa per correu amb quinze dies d'antelació com a mínim.
- Seràn candidats i electors tots els membres de la secció col·legial amb, almenys, dos mesos d'antiguitat en la secció i que reuneixin els requisits establerts en aquest reglament i en els estatuts col·legials.
- El termini de presentació de candidats i/o candidatures finalitzarà 48 hores abans de la data de les eleccions i s'hauran de presentar per escrit a les oficines col·legials.
- La presentació de candidats es podrà efectuar per càrrecs individuals i, també, per candidatures completes o parcials.
- El sistema d'elecció serà majoritari per a cada càrrec, considerat individualment.
- La duració del mandat serà de quatre anys i seran renovables la meitat dels membres de la junta de govern cada dos. La primera vegada seran renovats els càrrecs de secretari i un vocal i, la resta, ho seran dos anys més tard.
- Les vacants produïdes abans de finalitzar el termini reglamentari seran cobertes provisionalment per la junta de govern fins a l'elecció per votació en la primera convocatòria de l'assemblea general que es produeixi.

## F. RÈGIM ECONÒMIC

**Art. 6.-** La junta de govern de la secció col·legial elaborarà un pressupost anual que, després de ser aprovat per l'assemblea general ordinària de la secció col·legial, juntament amb la liquidació de l'exercici pres-

supostari de l'any anterior, si n'hi ha, haurà de ser ratificat per la junta de govern del COML, que l'haurà de tenir, almenys, dos mesos abans de la celebració de l'assemblea general ordinària dels col·legiats del COML.

Aquest pressupost serà incorporat al pressupost general del COML per ser presentat per a la seva aprovació, si escau, a l'esmentada assemblea general ordinària del COML.

Cada secció col·legial disposarà d'una partida pressupostària pròpia als pressupostos generals del COML i d'un compte corrent a la secció administrativa, la titularitat de la qual serà compartida per la mateixa secció col·legial i el COML.

Per a la disponibilitat dels fons d'aquest compte corrent caldrà que els xecs emesos siguin firmats per un membre de la junta de govern de la secció col·legial (president, secretari i/o tresorer, indistintament) i per un membre de la junta de govern del COML (president, secretari i/o tresorer, indistintament).

Semestralment, es reuniran els tresorers d'ambdues juntes de govern per avaluar el compliment pressupostari.

Com a ingressos de la secció col·legial hi constaran els següents:

- Assignació econòmica del COML, en metàl·lic i/o espècie.
- Quotes dels membres de la secció, si s'han establert.
- Subvencions de l'àrea de formació del COML, de la ACMCB, de la AMQ, etc., per al desenvolupament de les seves activitats docents.
- Subvencions de tercers.
- Inscripcions de cursos, màsters, etc., organitzats per la secció col·legial.
- Altres.

Com a despeses de la secció col·legial hi constaran les següents:

- Les pròpies de l'activitat de la secció col·legial.

La junta de govern del COML fixarà i incorporarà anualment als pressupostos col·legials l'assignació econòmica de cada secció col·legial, d'acord amb la memòria d'activitats de l'any anterior i de la seva situació financera.

## G. DISSOLUCIÓ DE LA SECCIÓ COL·LEGIAL

**Art. 7.-** La dissolució de la secció col·legial es farà per acord de la seva assemblea general extraordinària, convocada amb aquesta finalitat, i s'haurà de comunicar la seva dissolució a la junta de govern del COML en el termini de tres dies.

## H. MODIFICACIÓ DEL REGLAMENT DE LA SECCIÓ COL·LEGIAL

**Art. 8.-** El reglament de la secció col·legial, una vegada aprovat per l'assemblea general de col·legiats del COML, podrà ser modificat per acord de l'assemblea general extraordinària de la secció convocada amb aquesta finalitat i la modificació s'haurà de comunicar a la junta de govern del COML en el termini de tres dies.

## NORMES GENERALS

Sent les seccions òrgans de participació col·legial minoritaris i d'afiliació voluntària, malgrat l'autonomia de funcionament intern que els atorguen els estatuts del COML, no constitueixen ens jurídics independents, per la qual cosa, en tot moment, han de mantenir una vinculació estructural al COML i, per tant, a la seva junta de govern com a òrgan de govern directe dels col·legiats i l'única que té la representativitat col·legial i pot pronunciar-se com a portaveu de la col·legiació.

La junta de govern del COML no admetrà a tràmit cap reglament que no s'ajusti a aquest reglament marc. La no presa en consideració, de forma argumentada, serà presentada a debat en la primera assemblea general que se celebri.

Si la junta de govern del COML no accepta algun dels reglaments presentats, impedirà al col·lectiu sol·licitant actuar com a secció col·legial, ni tan sols de forma provisional.

La junta de govern del COML podrà acordar la suspensió provisional d'activitats d'una secció col·legial quan interpreti que s'aparta de les finalitats per a les quals va ser constituïda o davant la seva flagrant inoperància, i s'haurà de sotmetre la seva decisió a debat en la primera assemblea general de col·legiats que se celebri, que, si escau, podrà considerar la suspensió com a definitiva.

La suspensió provisional d'una secció col·legial comporta la pèrdua dels drets que preveuen els estatuts col·legials.

Els presidents de les seccions col·legials, degudament constituïdes i aprovades per l'assemblea general, formaran el consell assessor de la junta de govern del COML. Aquest consell assessor mantindrà, almenys cada sis mesos, una reunió amb la junta de govern i haurà d'emetre un informe sobre tots aquells assumptes de les seccions que vulguin que siguin assumits per la junta de govern, atesa la seva importància general.

# La fotografia digital a la consulta (I)

Es podria dir que gairebé tots disposem d'un ordinador a la nostra consulta. La computadora ens facilita la tasca assistencial: ens ajuda amb les receptes i en el control dels malalts crònics, entre d'altres. Així doncs, la informatització i la instauració progressiva de les noves tecnologies ens pot ser de molta utilitat per a tots aquells que ens dediquem diàriament a atendre pacients, ja que, en definitiva, millora la qualitat assistencial, sense que això suposi una pèrdua o inversió excessiva del nostre temps, que cada vegada més és un bé és molt cobejat.

En aquest article, amb l'objectiu de contribuir en aquest camp, ens proposem explicar què és la fotografia digital, les diferències que presenta respecte a la fotografia convencional i tots aquells tecnicismes (sense entrar gaire en detalls) que ens puguin ajudar a decidir si ens interessa endinsar-nos en aquest nou món.

Així, en els propers números d'aquesta revista, aportarem les nostres idees per treure el màxim partit de les càmeres digitals a la consulta, ja que podem obtenir un gran nombre d'aplicacions.

Per últim, presentarem les nostres idees sobre la realització de l'acte mèdic a distància, és a dir, explicarem



Figura 1. Equip informàtic

què és la teleassistència, incloent-hi la teledermatologia, la teleradiologia i les càmeres de retina, entre d'altres.

Com sempre, en l'art de la medicina, la ciència avança amb celeritat i nosaltres, els metges, ineludiblement hem de deixar-nos endur per aquest corrent.

## Estructura de la càmera digital

Per començar amb aquest tema explicarem les diferències que hi ha entre la fotografia tradicional i la digital, i posteriorment les seves característiques específiques (taula 1). Sabem que

## TAULA 1. Avantatges i inconvenients de la fotografia digital versus la convencional

**TEMPS:** Amb la tecnologia digital ens estalviem el temps que invertiríem a revelar rodets i la dependència d'altres professionals.

**PREUS:** Hi ha càmeres amb molt bona relació qualitat-preu, sempre que no siguin els últims models. Inicialment, la tecnologia digital pot suposar una despesa inicial superior, però s'amortitza a mig termini al no haver de pagar rodets ni revelatges.

**CONSUM:** Les càmeres digitals gasten moltíssimes piles o bateries més que les convencionals, sobretot si mantenim el visor LCD encès. Ens hem d'assegurar de portar subministraments de recanvi, sempre tenint en compte els avantatges que les bateries de liti aporten en aquest sentit.

**RAPIDESA:** Les càmeres digitals mostren la imatge al moment. Si no ens agrada la fotografia, la podem esborrar i tornar-la a fer.

**QUALITAT:** Solament les càmeres digitals de gamma més alta poden competir amb les tradicionals. No obstant, les de gamma mitjana (que són les que tenen un preu assequible), tenen qualitat més que suficient per al destí final de la majoria de les nostres fotos.

**REUTILITZABLE:** Les targetes que guarden les fotografies es poden esborrar i reutilitzar sense cap pèrdua de qualitat.

**ORGANITZACIÓ:** L'emmagatzematge es realitza a l'ordinador, que permet una organització del material fàcil.

**REPRODUCCIÓ:** La possibilitat de fer còpies és infinita i immediata. No dependrem necessàriament d'un laboratori extern de fotografia.



Figura 2. Targetes de memòria



Figures 3 i 4. Realització d'una fotografia a la consulta

les càmeres tradicionals disposen d'una pel·lícula o rodets. Les digitals, en canvi, disposen d'un xip informàtic sensible a la llum anomenat CCD. Aquest xip és un sensor que està constituït per múltiples cel·les individuals disposades en forma de graella, que recullen informació sobre la imatge i guarden un píxel per a cadascuna. Així, una graella de 1.600 x 1.200 cel·les generaria una imatge total de 2 megapíxels o de milions de punts.

En definitiva, la llum entra per l'objectiu, arriba al CCD i cadascun dels múltiples píxels de què es compon el xip és capaç d'enregistrar aquests canvis de llum, tal com ho fa la pel·lícula tradicional amb els múltiples grans de plata. Una vegada realitzat això, el CCD passa la informació al microprocessador de la màquina en forma de càrregues elèctriques. La imatge llavors s'ha transformat en un fragment digital i és guardada a la targeta de memòria (taula 2).

## Resolució

La qualitat d'una imatge depèn del nombre de píxels

que té. Així, com més en tingui, més definició tindrà la fotografia. Per aquest motiu, quan ens venen una càmera fotogràfica, se'ns indica quants píxels és capaç d'enregistrar. Com més píxels tinguem, més podem ampliar la foto a la pantalla sense perdre'n definició, o més gran

podrem ampliar la fotografia en revelar-la sense que aquesta es vegi amb quadrets o píxelada.

Habitualment, s'expressa sota el terme de resolució el nombre total de píxels que dona la càmera. En realitat, la resolució representa la quantitat de detall que la càmera és capaç

## TAULA 2. Definicions

**PÍXEL:** Les fotografies digitals es componen de milers de quadrets anomenats píxels. Contenen la informació digital bàsica.

**VISOR (LCD):** És una pantalla que porta incorporada la càmera, que permet observar la imatge en temps real.

**RESOLUCIÓ:** És la quantitat de detall que una càmera pot capturar. No es refereix solament al nivell de detall visible, sinó també al nombre de colors.

**COMPRESSIÓ:** Les dades duplicades o que no tenen valor dintre d'una imatge digital es guarden en format reduït, així disminueix la mida de l'arxiu final. Quan la imatge s'edita o s'ha de visualitzar, llavors el procés de compressió s'inverteix amb la descompressió.

**JPEG (JOINT PHOTOGRAPHIC EXPERTS GROUP):** És el format de compressió amb pèrdues més popular. La majoria de càmeres permeten seleccionar entre diferents nivells de compressió.

**TIFF o TIF (TAG IMAGE FILE FORMAT):** Format d'arxiu d'imatge sense compressió.

**TARGETES:** Són xips que emmagatzemen les fotografies digitals. N'hi ha de diverses capacitats i formes. Totes són reutilitzables en múltiples ocasions.

d'enregistrar. Bé és cert que a major nombre de píxels hi ha major detall, però també entren en joc altres factors com l'òptica de la càmera, el processador, etc. Això seria, intentant fer una comparació, com si classifiquéssim un cotxe

PASSA A LA P. SEGÜENT



## Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del COML ha debatut en les reunions plenàries dels mesos de novembre i desembre diferents temes, entre els quals destaquen:

Aprovar provisionalment el reglament marc i les normes generals que regulen el funcionament de les seccions col·legials del Col·legi Oficial de Metges de Lleida i sotmetre'ls a l'aprovació definitiva a la propera assemblea general de col·legiats, d'acord amb allò que estableix l'article 43.2 dels nous estatuts.

Participar per mitjà de la Dra. Mercè Pallerola i Esther Barbé en el Programa d'Intervenció Educativa en Població General sobre Tabaquisme, que

organitza la Fundació per a la formació de l'OMC, tant en la difusió com en l'execució de les activitats que se'n deriven.

Signar el conveni marc COML-UCEAC, que és el punt de sortida per negociar amb les entitats asseguradores.

Participació d'un interlocutor del Col·legi en les Jornades Internacionals d'Avaluació d'Experiències d'Implantació de Guies de Pràctica Clínica.

Extindre l'assegurança RC Winterthur, amb data 10 de novembre, per mutu dissens del contracte entre Servei Català de la Salut, Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i l'asseguradora.

### Moviment col·legial

**Altes**  
Luis D. Capacete Novo  
José R. García Gutiérrez  
Nancy A. Goicoechea Salgueiro  
M. Esther Casanova Marín  
M. Glòria Voltas Baró  
César López Viveros  
Alexander Jesús Llanos Parra  
Felisa Muriel  
José I. Moliner Marcén

**Baixes**  
Mes de novembre: 2  
Mes de desembre: 1  
Entre les baixes del mes de novembre figura la defunció del Dr. Miguel A. Liarde Vázquez.

**Canvis de situació**  
Passen a col·legiats honorífics els següents doctors: Jorge Gonfaus Currius  
Manuel García Gateu  
M. Glòria Voltas Baró  
Buin Snitslaar

### Convocatòria del quart premi del COML a la Solidaritat en l'àmbit sanitari

Per quart any consecutiu, el Col·legi de Metges de Lleida convoca el premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari. El premi té una dotació superior al 0,7% del pressupost col·legial anual, que equival a uns 6.000 euros.

Tots els col·legiats i col·legiades que ho desitgin poden presentar fins al 15 de març la candidatura d'una ONG que treballi en el món de la sanitat. Les candidatures han de presentar-se a la secretaria o a la presidència del COML.

L'ONG Milpa va guanyar l'any passat la tercera edició del premi a la Solidaritat amb el projecte de formació de llevadores i promotors de salut a les aldees indígenes del nord de Guatemala.

### IV Simposi en Salut Mental: el desgast en els professionals de la salut

"El desgast en els professionals de la salut" és el títol genèric del IV Simposi en salut mental que se celebrarà el 27 de febrer, de les 9 a les 14 hores, a l'Aula Magna del campus de Ciències de la Salut. Els professionals d'ajuda als altres i de treball en equip, com som els professionals sanitaris, els serveis socials i els educadors, ens veiem forçats a implicar-nos durant moltes hores en tots els problemes i les preocupacions de les persones, tant amb els nostres pacients i les seves famílies com amb la resta de l'equip de professionals.

Sovint, la interacció del professional amb la persona se centra en els seus problemes actuals (salut, higiene mental, relacions personals etc.). Els problemes tenen una gran càrrega de sentiments: preocupacions, pors, refús, odi i desesperació, entre d'altres.

Moltes vegades no podem donar resposta a tota aquesta demanda. De fet, no sempre és evident la solució a aquests problemes. Això pot fer que la interacció del professional amb el subjecte es faci ambigua i frustrant. En conseqüència, el professional que treballa cada dia amb aquestes persones va acumulant un estrès crònic que pot canviar-lo emocionalment.

El terme *burn-out* apareix per primer cop a la literatura mèdica el 1974 de la mà de Freudenberg, amb la finalitat de descriure el desgast i/o la sobrecàrrega professional en un col·lectiu de treballadors. Però va ser Maslach qui va donar més difusió al terme, a partir de l'observació de certs símptomes que patien aquells professionals que treballaven especialment de cara al públic.

*Estar cremat* implica, per Maslach, tres factors:

- Esgotament emocional.
- Despersonalització.
- Disminució de la realització personal.

#### Esgotament emocional

Es dona quan la força o el capital emocional es va consumint. El professional veu com la seva capacitat d'entrega als altres es queda buida tant des del punt de vista personal com psicològic.

#### Despersonalització-deshumanització

És l'aparició d'una actitud freda i distant respecte al subjecte amb qui es treballa –en el nostre cas, respecte als pacients i també respecte a la resta de companys de treball. Aquesta actitud apareix com una mena de protecció: en lloc d'implicar-se en la situació, el subjecte s'aïlla afectivament de la resta de les seves activitats per evitar entrar en una hipotètica situació d'esgotament emocional.

#### Reducció de l'autorealització personal

Implica la tendència a avaluar-se negativament, i sorgeix de manera especial quan el professional treballa amb altres persones. En aquests casos el professional pot sentir-se infeliç i descontent amb ell mateix i amb la seva tasca.

En el IV Simposi de Salut Mental ens proposem reflexionar sobre aquest tema de tanta actualitat a partir d'una taula rodona amb reconeguts experts sobre la matèria i a partir d'un treball posterior en tallers.

Es tractarà aquesta realitat des de tres vessants: el vessant personal (amb relació a mi mateix), el vessant assistencial (amb relació als pacients) i el vessant més social o laboral (amb relació a la resta de l'equip i la institució). El mètode escollit serà

el d'una taula rodona inicial, on diversos experts debatran sobre el tema en qüestió, un treball en petits grups en forma de tallers, un breu espai de plenària i una conferència magistral final.

Hem escollit diferents professionals de diferents àmbits per poder donar una visió més àmplia del tema, tant en les conferències com en els tallers.

Aquesta jornada té el reconeixement d'interès sanitari que atorga l'Institut d'Estudis de la Salut (IES).

*Comissió de docència del servei de Salut Mental i Drogodependències de l'Hospital de Santa Maria - Gestió de Serveis Sanitaris*

### Setena edició del curs d'ORL i assistència primària

La setena edició del curs d'ORL, organitzada pel servei d'ORL i la comissió de formació continuada de l'Hospital de Santa Maria, va celebrar-se el passat 29 de novembre a l'esmentat hospital. Un total de 124 professionals, entre especialistes, metges d'AP, residents en formació, estudiants de rotatori i altres professionals sanitaris, es van matricular en aquest curs, que va tractar els temes següents:

Patologia ORL en les consultes d'assistència primària, a càrrec del Dr. Carles Roca, director d'Atenció Primària de Salut del CAP Lleida rural nord-GSS. El Dr. Roca va fer un recull de la patologia ORL comuna, vista pels professionals de l'esmentada àrea bàsica en els últims mesos i van comentar la possibilitat d'iniciar protocols conjunts amb el servei d'ORL de l'Hospital de Santa Maria per a la patologia més comuna que es pot tractar desde l'AP.

El Dr. Xavier Galindo, cap de servei d'ORL de l'Hospital de Santa Maria-GSS, va parlar del tabaquisme i els problemes que se'n deriven que poden



El Fòrum de les Cultures reflexionarà sobre la diversitat

afectar les vies aerodigestives superiors. Es va fer especial esment als últims treballs de recerca científica internacional, en què queda ben palesa l'alteració de les diferents àrees del coll a causa del tabac i la seva combustió. Es va esmentar la capacitat carcinògena de les substàncies presents en el tabac i el seu mecanisme d'acció fins a produir el càncer de boca, faringe i laringe. El problema rau en la dificultat que té, per al fumador, deixar un hàbit ancestral que, a més, forma part de la mateixa cultura. S'adreçà els interessats a la web [nicotinaweb.info](http://nicotinaweb.info).

El professor Víctor Palomar, catedràtic d'ORL i cap de servei de l'Hospital Arnau de Vilanova, va recordar la importància d'un correcte diagnòstic de la sinusitis, ja que és una patologia sobrediagnosticada. Aquest tema es plantejà des d'un punt de vista pràctic a fi de reconèixer la malaltia per evitar les complicacions, que poden ser extremament greus. Es van repassar els tractaments més actuals, així com els mitjans de diagnòstic necessaris per dur a terme un diagnòstic i un tractament correctes d'una malaltia habitual, encara que no tant com semblava.

Al final de la seva intervenció, i després d'un torn de precís i preguntes, el mateix professor Palomar va tancar l'acte. El Dr. Xavier Galindo, en qualitat de representant de l'organització, va agrair als assistents, els estaments, els hospitals, els serveis i les cases comercials l'esforç realitzat per assolir l'èxit de la jornada i va recordar que l'any que ve, al mes de novembre, es durà a terme la vuitena

edició del curs d'ORL i AP.

**Dr. Xavier Galindo**  
Cap del Servei d'ORL de l'Hospital de Santa Maria

### Diàlegs al 'Fòrum 2004'

Entre el 9 de maig i el 26 de setembre del 2004, el Fòrum Universal de les Cultures serà una gran trobada internacional a la ciutat de Barcelona. Persones de tota mena i condició es reuniran per reflexionar i compartir experiències sobre la pau, la diversitat cultural i el desenvolupament sostenible, amb l'objectiu de millorar el món en què vivim.

Tallers, exposicions, espectacles, concerts, mercats, etc. formaran part de l'oferta del Fòrum. Però serà la paraula, les conferències, que nosaltres anomenem *Diàlegs*, la columna vertebral d'aquesta trobada, l'eina fonamental per construir ponts entre la diversitat.

Els *Diàlegs* aborden les diferents temàtiques que ocupen i preocupen la societat contemporània que percep un món cada cop més petit, mundialitzat i accelerat, dominat per l'economia, la tecnologia i l'intercanvi massiu d'informació. Un món on afloren amb força la diversitat, l'espiritualitat i la universalitat dels valors, però també els elements de risc, la crisi dels valors tradicionals, la consciència dels límits del progrés i l'esgotament dels recursos planetaris.

En total són 45 diàlegs agrupats en 11 blocs temàtics:

- Diàlegs introductoris sobre la situació del món avui.

- Diversitat cultural i mitjans de comunicació.
- La paraula.
- Ciència, coneixement i desenvolupament sostenible.
- Llibertat, seguretat i pau.
- Globalització i desenvolupament.
- L'espiritualitat
- Algunes veus ofegades: dona, joves, comunicació intergeneracional i cultural.
- El paper de l'educació i la cultura en el desenvolupament.
- La ciutat: entorn de convivència.
- Nous actors, noves dinàmiques.

### De quina manera s'estructuren

Al Fòrum, l'intercanvi d'idees trencarà els límits d'espai i de temps que acostumen a donar-se als congressos habituals. Durant els 141 dies de l'esdeveniment, els *Diàlegs* s'organitzen en sessions –d'entre un i set dies–, en les quals persones rellevants en els àmbits intel·lectual, acadèmic i científic, juntament amb qualsevol persona interessada, contribuiran a definir preguntes i a trobar respostes.

Cada diàleg està dirigit per un amfitrió de solvència reconeguda i es reservaran files preferents per als ciutadans i les organitzacions cíviques perquè puguin aportar de manera directa les seves propostes, opinions i preguntes.

L'expressió més oberta, popular i mediàtica dels *Diàlegs* són les 141 preguntes per a 141 nits. Cada nit, al Fòrum, la persona o persones més rellevants de les sessions dels *Diàlegs*, mantindran un debat obert amb els visitants que hi vulguin participar.

Entre els ponents confirmats, destaquen els següents:

- Gary Gardner, director d'investigació del World Watch Institute.
- Jim Garrison, president de l'State of the World Forum.

PASSA A LA P. SEGÜENT

VE DE LA P. ANTERIOR

- Arjun Appadurai, antropòleg i professor de la Universitat de Yale.
- Jacques Delors, director del centre d'investigació Nostra Europa i expresident de la Comissió Europea.
- José Saramago, escriptor i premi Nobel de literatura el 1998.
- Jorge Semprún, escriptor.
- Mikhail Gorbaxov, expresident de l'antiga Unió Soviètica.
- Federico Mayor Zaragoza, exdirector general de la UNESCO i director de la Fundació Cultura de Pau.
- Baltasar Garzón, magistrat.
- John Hume, premi Nobel de la pau el 1998.
- Gro Harlem Brundtland, exdirectora general de l'OMS i expresidenta de Noruega.
- Ruud Lubbers, de l'Alt Comissionat per als Refugiats de l'ONU - ACNUR.
- Ignacio Ramonet, director de *Le Monde Diplomatique*.
- Muhammad Yunus, director del Grameen Bank.
- Fernando Henrique Cardoso, professor de ciències polítiques de la Universitat de São Paulo i expresident del Brasil.
- Jon Juaristi, director de l'Institut Cervantes.
- Odón Elorza, alcalde de Sant Sebastià.
- Michael Walzer, catedràtic de ciències socials a l'Institut d'Estudis Avançats de Princeton.
- Joanna Weschler, de Human Rights Watch

Si vols participar a les sessions de treball dels *Diàlegs*, visita el web del Fòrum [www.barcelona2004.org](http://www.barcelona2004.org).

des d'on podràs formalitzar la inscripció.

Més informació: Departament de Premsa, C/Llull, 95-97 planta 7 08005 Barcelona

Tel.: (34) 93 489 91 58 (directe) (34) 93 489 91 55 (directe) Fax: 93 489 91 74

A/e: [media@barcelona2004.org](mailto:media@barcelona2004.org)

### Desena edició del curs de postgrau Nutrició i Dietètica Clíniques

La Facultat de Medicina impartirà la desena edició del curs de postgrau Nutrició i Dietètica Clíniques. La novetat de la present edició és que s'ha aconseguit que el curs tingui enguany el reconeixement d'interès sanitari per part de l'Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya.

El curs s'adreça a postgraduats en titulacions relacionades amb l'àmbit bio-sanitari, consta de 16 crèdits computables i serà impartit durant els mesos de març i abril del 2004.

El curs ha tingut, any rere any, una excel·lent acceptació a les comarques lleidatanes, igual que altres cursos relacionats amb la nutrició. Com es veu a la taula adjunta, durant 10 anys la resposta de l'alumnat ha estat favorable i continuada. Això demostra que hi ha una demanda important de temes relacionats amb la nutrició a les nostres comarques. Per això, la Universitat de Lleida, tenint en compte aquesta demanda, tornarà a sol·licitar la impartició d'una nova titulació, la diplomatura en nutrició humana i dietètica.

### IV Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular

L'Hospital de Santa Maria de Lleida prepara la IV Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular, que tindrà lloc el 28 de febrer a l'Aula Magna del campus de Ciències de la Salut.

El programa, encara per confirmar al tancament de l'edició del *Butlletí Mèdic*, preveu a les 9.30 hores la realització dels següents tallers:

- Casos clínics, a càrrec dels Drs. Gerard Torres, Francisco Losfablos i Carles Roca i Bargués.
- Diabetis, a càrrec dels doctors Manel Pena i David Bartolomé.
- Dieta i HTA, a càrrec de Puy Rubio.
- Tabaquisme, a càrrec de Francesc Abella.

Posteriorment, a les 11.30 hores, se celebrarà la taula rodona "Actualització en teràpia cardiovascular", que moderarà el Dr. Jacint Cabau. Hi intervindran la Dra. Joima Panisello, que parlarà sobre el tractament de les displipèmies; el Dr. Vicent Valentí, que parlarà sobre el tractament anti-agregant plaquetari, i el Dr. Pedro Armario, que informará sobre el tractament de la HTA.

Les persones interessades a participar en aquesta jornada poden adreçar-se a Maria Franch (tel. 973 727 222, ext. 644) o Montse Fillat (tel. 973 727 222, ext. 515). La matrícula és gratuïta.

### XI Congrés d'Urgències i Emergències de Catalunya

La Societat Catalana de Medicina d'Urgència i l'Associació Catalana de Medicina d'Emergències organitzen l'XI Congrés d'Urgències i Emergències de Catalunya, que se celebrarà els dies 25 i 26 de març al Teatre de l'Escorxador de Lleida.

El preprograma preveu

iniciar els actes del congrés a les 16.30 hores del dia 25 amb una taula rodona sobre "Atenció urgent al traumatisme cranial", que moderarà Pedro Valdés i comptarà amb les intervencions de Jesús Aguas, Manel Chanovas i Josep Maria Soto.

A les 18.45 hores d'aquell mateix dia, s'iniciarà una segona taula rodona sobre "Intoxicacions agudes. Ho sabem tot?", que serà moderada per Xavier Cabré i en què participaran Pere Munné, Gemma Oliu i Josep Llovet. Posteriorment, a les 20.15 hores, tindrà lloc l'assemblea de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències.

L'endemà, el dia 26, a les 09.00 hores, se celebrarà una taula rodona sobre "Joventut i adolescència. Què busquen al servei d'Urgència?". Ana Sánchez moderarà aquesta taula i hi intervindran Francesc Abella, Xavier Samper, Rosa Hidalgo i Maria Dolors Vilaplana.

A les 12.00 hores, començarà la taula rodona sobre "Immigració i urgències", que moderarà Mercè Almirall i comptarà amb les intervencions de Rafel Guayta, Carme Ollé i Josep Lluís Fernández. Paral·lelament, se celebrarà la taula rodona sobre "Evolució de la funció del tècnic d'emergències en els darrers anys", que serà moderada per Miquel Galán i comptarà amb les intervencions de Sílvia Garrido, Ramon Escudé, Rosi Maqueda i Óscar Fontde vila.

La darrera taula rodona del congrés tindrà lloc a les 16.00 hores i tractarà sobre "Atenció al malalt crític. Coordinació entre àmbits assistencials". Moderada per Ramon Nogué, comptarà amb les intervencions de Miquel Buti, Juan José Armendáriz i Ramon Ciurana. Finalment, a les 17.45 hores, es lliuraran els premis a les millors comunicacions i es clourà el congrés. Per a més informació, cal adreçar-se a la secretaria tècnica del congrés (tel. 973 2711 162 i correu electrònic [ipcongress@menta.net](mailto:ipcongress@menta.net)).



# ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som  
eficaços

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

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

902 200 200  
[www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)

#### DELEGACIÓ A LLEIDA

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

adeslas  
ASSEGURANCES DE SALUT





canvi per naturalesa

nova imatge, nous serveis, més protecció per als metges.



**MutualMèdica**



COL·LABORACIÓ PER NATURALESA AMB EL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA

901 215 216

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

[infomutual@mmcb.es](mailto:infomutual@mmcb.es)