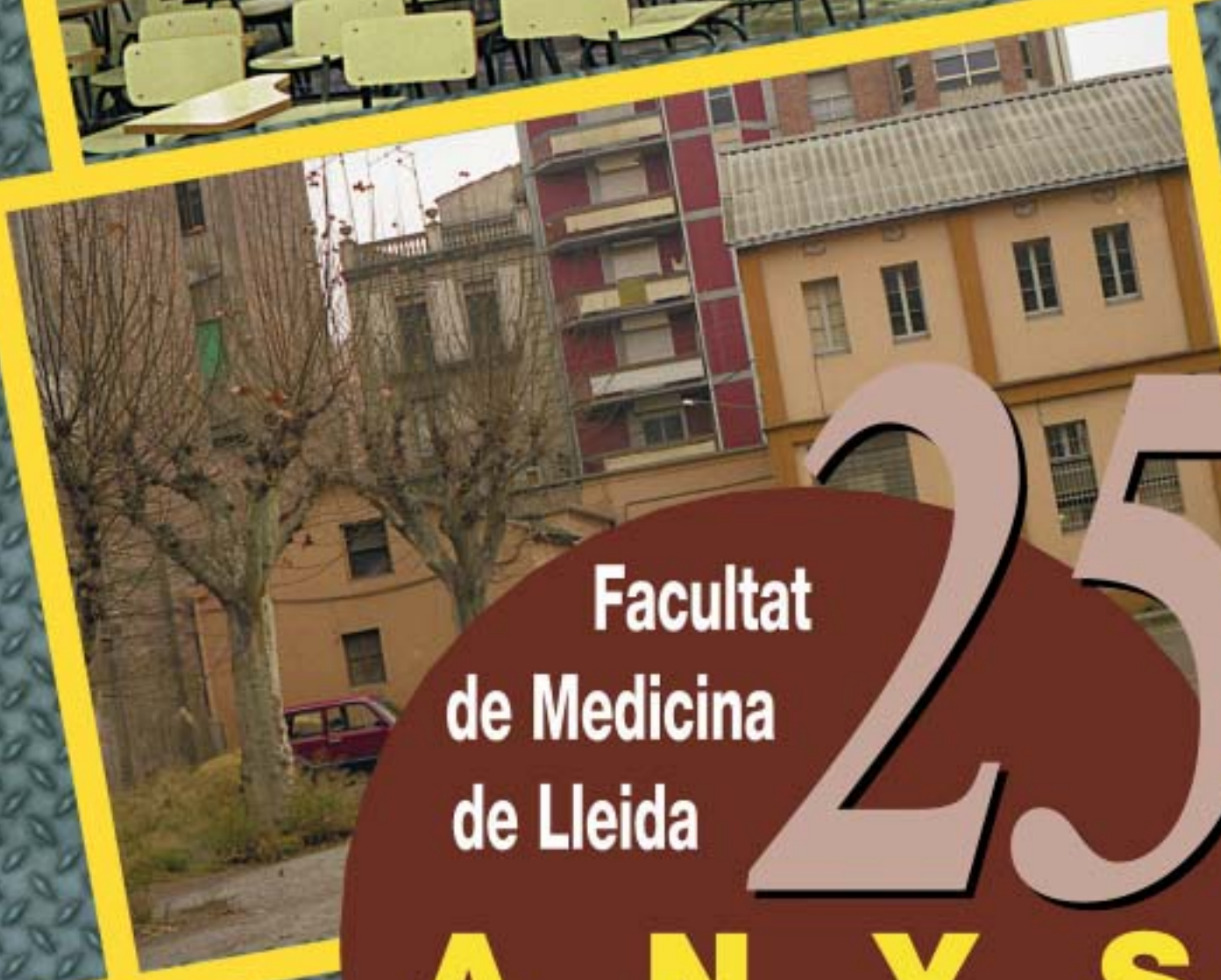


BUTLLETÍ  
**mèdic**

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 37 · Novembre de 2002



Facultat  
de Medicina  
de Lleida

25

**A N Y S**

# Especialitzats en equips endoscòpics

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



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

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

AL SEU SERVEI A:

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

Número 37, novembre de 2002

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

**Consell de Redacció:**  
Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Ignasi Casado Zuriguera  
Joan Clotet Solsona  
Elena Franco González  
Josep M. Greoles Solé  
Albert Lorda Rosinach  
Emili Ortoneda Mayoral  
Àngel Pedra Camats  
Eduard Peñascol Pujol  
Ferran Pifarré San Agustín  
Joan Prat Corominas  
Carles Roca Burillo  
Àngel Rodríguez Pozo  
Plácido Santafé Soler  
Teresa Utgés Nogués  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González  
**Edició a cura de:** Magda Ballester. Comunicació  
**Disseny i maquetació:** Baldo Corderroure  
**Correcció:** Dolors Pont  
**Publicitat:** COML  
**Fotomecànica:** Euroscript, SL  
**Impressió:** Artgràfic 2010, SL  
Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

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

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

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

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

## 25 aniversari de la Facultat de Medicina

Los estudios de medicina se instauraron en Lleida, en 1300, por la óptima situación geográfica de la ciudad en el territorio de la Corona de Aragón y, en 1977, por el exceso de estudiantes en la Universitat de Barcelona. Esto no hubiera sido posible, en ambas ocasiones, sin el esfuerzo y la ilusión de nuestra gente y de nuestras instituciones.

Hace 25 años, sin ninguna solemnidad, con mucha improvisación y, sobretodo, con mucho esfuerzo y mucha ilusión se iniciaron los estudios de medicina en Lleida en distintos locales (Magisterio y Maristas de Claver) hasta llegar a la actual ubicación de la facultad. Durante estos años no han faltado problemas y no todo ha sido un camino de rosas, pero el éxito de la empresa lo demuestra la presente celebración.

A pesar de ser Lleida el núcleo más pequeño de España que cuenta con una facultad de medicina, a pesar de tener la plantilla más reducida de la universidad española, la facultad ha estado siempre en la vanguardia tanto a nivel de investigación como de formación.

Desde que saliera la primera promoción en 1983, se han formado 800 médicos.

Podríamos pensar que ya está todo hecho, estar satisfechos por el trabajo desarrollado y dejar que la facultad navegue siguiendo la corriente, pero hoy en día los cambios son muy importantes y muy rápidos. Las nuevas demandas sociales modifican el papel de la universidad, por lo tanto, esta debe planificar mirando al futuro y seguir en la vanguardia igual que en los 25 últimos años.

La ilusión de 25 años atrás no debe desvanecerse de la ciudadanía de Lleida ni de sus instituciones y tampoco de su universidad. Sólo durante siglo y medio no tuvimos universidad y no fue por la voluntad de los leridanos, sino por imposición de la monarquía borbónica.



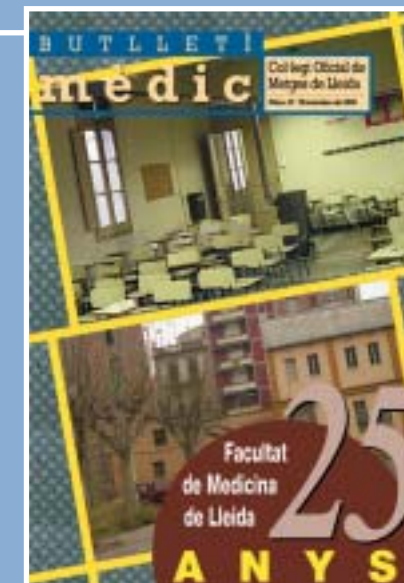
### sumari

#### 25 anys de la Facultat de Medicina

Articles dels Drs. Camps Surroca i Camps Clemente; Joan Prat, i Román Solá i Virgilio Aranda  
PÀGINA 16

#### El COML elegirà només un càrrec de la Junta

Informació sobre les candidatures  
PÀGINA 30



Fotografies facilitades per Xavier Calomarde

# El col·legi professional del s. XXI

*Les funcions dels col·legis de metges o, dit de manera més planera, per què serveix el col·legi, és el debat que planteja aquest número del Butlletí Mèdic. De la resposta de cada articulista se'n deriven altres aspectes importants, com la col·legiació obligatòria o voluntària, però destaca una afirmació comuna: la necessitat d'adequar els col·legis a les demandes actuals.*

## Col·legis de metges: futurs desitjats i futurs possibles

El mandat de l'actual Junta de Govern del COML, que va iniciar-se els darrers dies de 1998, s'acaba enguany. El creixement del Col·legi al llarg d'aquest període ha estat força notable i ara, quan el Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya vol consensuar l'avantprojecte de llei dels col·legis professionals, és un bon moment per valorar les funcions que pot arribar a tenir l'organització col·legial per convertir-la en autèntica plataforma de foment de les noves activitats. Unes activitats adreçades a garantir la qualificació dels professionals i, alhora, els drets dels ciutadans com a clients i consumidors de les seves activitats.

El Col·legi de Metges de Lleida ha elaborat i aprovat la reforma dels seus estatuts de forma autònoma, tot i que encara estan pendents de l'aprovació definitiva del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Els seus articles són la forma d'expressar què volem els metges de Lleida del nostre col·legi professional.

Avanço que la col·legiació ha de ser el requisit indispensable per exercir la professió tant en el sector públic com en el sector privat, perquè les funcions del Col·legi són:

1. Representar els drets i els interessos generals de la professió, especialment en les seves relacions amb l'Administració, per mitjà de les següents actuacions:

Promoure l'existència de condicions mínimes de tecnologia i de

qualitat de vida professional en tots els centres sanitaris.

Exigir la implantació de carrera professional homologable a tots els hospitals, centres d'atenció primària i sociosanitaris.

Sol·licitar la correcció dels defectes organitzatius laborals que afavoreixen l'aparició de la síndrome de desgast professional en els metges.

2. Defensar els drets i els interessos professionals dels col·legiats per mitjà de les següents actuacions:

Propiciar canvis en el model retributiu, amb la introducció de criteris de pagament per resultats i per qualitat de la pràctica professional amb uns honoraris dignes.

Evitar la sobrecàrrega assistencial, facilitant l'aplicació de la sentència de Luxemburg, que limita la jornada laboral a 48 hores setmanals, a tots els qui ho sol·licitin.

Vetllar perquè les necessitats específiques de les metgesses es tinguin en compte als centres sanitaris i perquè no es produeixin discriminacions per raons de gènere en la promoció profes-

nal.

Augmentar el grau d'autonomia professional per tenir capacitat d'organitzar la pròpia feina.

En definitiva, configurar un sistema de reconeixement de la qualitat professional i del rendiment dels seus metges que eviti els contractes *escombraria* i que un professional, després de 25 anys d'exercici en el nostre país, guanyi entre un 40 i un 60% del que guanya un metge amb la mateixa experiència en qualsevol país d'Europa.

3. Vetllar pel respecte dels drets dels ciutadans que, com a clients o consumidors, utilitzen els serveis professionals dels col·legiats per mitjà de les següents actuacions:

Articular de manera més eficient un sistema d'interrelació dels metges dels diferents nivells assistencials, que permeti la continuïtat assistencial dels pacients, amb un sistema d'informació adequat i aplicant tot el coneixement tecnològic actual per difondre la informació sanitària i, alhora, incrementar la confiança entre els metges dels diferents nivells.

Vetllar també per l'autoexigència ètica professional i garantir el màxim de qualitat, eficàcia i ètica en els serveis professionals als ciutadans que prestin llurs col·legiats.

4. Garantir que es compleixin els principis de defensa de la lliure competència entre els professionals d'acord amb l'ordenament jurídic per mitjà de les següents actuacions:

Reforçar la capacitat de negociació amb les companyies asseguradores privades per millorar els honoraris dels metges i metgesses, tot estimulants el creixement del sector i desenvolupant nous sistemes de pagament.

Proposar un pla de lluita contra

● **El nostre paper ha d'anar sempre lligat a l'ètica**

● **Un col·legi únic a Catalunya ens donaria més força**

la precarietat laboral.

5. Organitzar cursos formatius per a la millora de la qualificació professional, mitjançant la formació continuada, i promoure noves eines d'informació o altres sistemes per a l'excel·lència de la qualitat del servei.

Supervisar, així mateix, l'activitat professional per tal que sigui congruent amb els interessos i les necessitats generals de la societat i, per la via del professionalisme, anar cap a un nou contracte social.

6. Desenvolupar activitats i prestar serveis comuns d'interès per als col·legiats de caràcter professional, cultural, assistencial, de previsió i anàlegs per mitjà de les següents actuacions:

Donar suport a les iniciatives per constituir equips de base associativa i per a la participació dels metges en la gestió i planificació dels centres.

Facilitar al màxim l'accés al Col·legi i als seus departaments a tots els col·legiats i apropar l'organització col·legial a les comarques i als llocs de treball.

7. Visar treballs professionals impulsant activitats d'acreditació de FMC i de recertificació professional.

8. Intervindre com a mediador en els conflictes que se suscitin entre col·legiats per motius professionals i emetre informes i dictàmens en procediments judicials o administratius en els quals es discuteixin qüestions relatives a honoraris professionals.

9. Aprovar els seus pressupostos i regular i fixar les aportacions dels seus col·legiats.

Pel que fa a les potestats administratives, el Col·legi en té algunes i d'altres les demanem. Són les següents:

1. Potestat normativa per aprovar el codi ètic de la professió i d'obligat compliment per als col·legiats.

2. Potestat inspectora del conjunt de tasques i activitats dels seus col·legiats a fi de comprovar el compliment de les seves obligacions, amb ple respecte als límits constitucionals i amb una finalitat més rehabilitadora que no pas punitiva.

3. Potestat d'instrucció i resolució d'expedients administratius.

4. Potestat sancionadora disciplinària de les infraccions de les normes que regulen la professió, d'acord amb la legislació i la normativa vigent.

5. Potestat executiva dels actes de contingut jurídicoadministratiu, sempre que siguin fermes i hagin esgotat la via administrativa.

La medicina s'ha basat en un model que ensenya els metges a tractar amb els individus, no amb les organitzacions; a prendre responsabilitat personal més que a delegar-la; i a fer el millor per a cada pacient abans que a compensar els recursos obligats per l'entorn. Aquests factors resulten més durs de tractar que les càrregues de treball i els alts nivells d'estrès dels llocs de treball.

També creen un problema real, ja que les vàlues professionals i la formació basada en una orientació individual no prepara els metges per funcionar amb èxit com a membres de grans i complexes organitzacions.

El Col·legi de Metges ha de ser l'imprescindible col·laborador i cooperador amb les administracions públiques, d'acord amb els límits previstos en la legislació vigent, per dur a terme activitats orientades a la defensa de l'interès públic, en especial dels usuaris dels serveis professionals, però també dels mateixos professionals col·legiats.

Hem de saber veure el moment històric que vivim i donar el salt important perquè metges i metgesses ens convencem de tres coses:

1. Del poder que tenim, i més si impulsem iniciatives encaminades a la constitució d'un únic Col·legi de Metges de Catalunya.

2. Que el nostre paper ha d'anar lligat a l'ètica.

3. Que és necessari un compromís polític i social per obtenir més recursos per a la Sanitat, tant en el bon ús dels recursos sanitaris com en el manteniment del sistema amb l'aportació de més mitjans.

*Dr. Xavier Rodamilans de la O  
President del COML*

## Funcions dels col·legis de metges

Per a què serveixen els col·legis de metges? Aquesta pregunta surt tot sovint a la superfície i fins i tot molts metges no tenen clara la resposta. No diguem la societat en general.

Són una gestoria gràcies a la qual tenim una sèrie de rebaixes i de facilitats per comprar o una assessoria financera, que ens ajuda a invertir millor els diners o ens fa la declaració de renda més econòmica que altres? Per tenir una assegurança davant del risc de denúncies, que també pago a part de la quota col·legial?

Són un *lobby* de poder que ens defensa davant les denúncies dels malalts, o un lloc per mitjà del qual oferim a la societat una imatge corporativista, o sigui, que estem tots molt units i que ens defensem els uns als altres i, per tant, els pacients no tenen res a *pelar* si ens ataquen? O serveixen per anar a cursos de formació continuada?

Per què col·legiar-se? Si ja tinc qui em fa la declaració de la renda, si compro en una altra cooperativa i els meus diners els inverteixo amb l'assessorament d'amics o familiars, no cal que em col·legii i pagui els rebuts. Si treballa a l'empresa pública, ja em controla aquesta i el Col·legi no té prou força per defensar-me. Si sóc a la universitat i assisteixo a congressos de societats científiques, ja tinc la formació continuada. A més, els col·legis fa més de 15 anys que ja no tenen funcions sindicals i, per tant, si vull que em defensin haig de pagar un sindi-

● **Col·legiar-se ha de ser el requisit indefectible per exercir la professió de metge**

cat. Per a tot això no cal estar col·legiat. M'estalvio bastants diners.

O sigui, que és lògica la pregunta: per a què han de servir els col·legis de metges, en realitat? Quina funció social han de tenir? ¿Per a què es van crear, per a què continuen més o menys vius?, encara que hi participi una minoria dels col·legiats. Per a què, fins i tot, estan considerats a la nostra Constitució espanyola i, per aquest motiu, no van ser eliminats per altres governs que han actuat de forma anti-metges?

Crec que els col·legis de metges són del tot necessaris. Suprimir-los seria un greu error. Faria un gran mal a la societat, ja que per llei i per estatuts tenen unes funcions insubstituïbles i que no assumeix cap altra institució. A més, la col·legiació és obligatòria i crec que ho ha de continuar sent. M'explicaré:

Els col·legis de metges són els garants davant la societat de la qualitat de l'assistència mèdica que es dona a la seva demarcació. Han de defensar la qualitat de l'assistència sanitària sense caure en pressions partidistes. El malalt se sent dèbil i fàcilment es pot deixar enganyar per falses esperances de guarició o ofertes de tractaments inadequades. Per això, s'ha de dir no a l'intrusisme professional, que és el màxim descontrol. Es necessita un control intern de la professió i l'han d'exercir aquells que hi entenen.

Des de sempre –fa més de 2500 anys– els metges coneixem tot això i tenim un codi de deontologia que ens obliga per damunt de les lleis del país, ja que és més rígid. Companys que no són dignes d'estar dintre del col·legi, perquè han actuat de manera no ètica, haurien de ser castigats i, si persisteixen, expulsats, ja que desprestigi els altres i fan que la societat perdi la imprescindible confiança en el seu metge.

Els col·legis han de servir per millorar constantment la qualitat dels metges i la salut de la població. Han de tenir unes comissions de deontologia eficaces i amb prou recursos i llibertat d'actuació per exercir les seves funcions d'aixecar el nivell ètic de tots els companys. Han de procurar que tots facin formació continuada i que estiguin al dia. No cal que ells la donin, però sí que la procurin. Han de fomentar la companyonia entre els col·legues i les famílies,

## ● Els col·legis són els garants de la qualitat de l'assistència

### ● Suprimir-los provocaria un gran mal a la societat

per tal de ser una pinya treballant en equip pel bé del malalt.

Han de col·laborar amb la Facultat de Medicina per definir les competències que els estudiants han d'adquirir i el sistema sanitari per a la formació d'especialistes amb continguts adequats. Han de col·laborar amb el Departament de Sanitat i amb les institucions locals (ajuntaments, diputacions, etc.) per resoldre problemes de salut de la població a la qual serveixen, assessorant en l'elaboració de lleis i plans de salut i sobre la destinació de recursos que millor i més eficientment serveixin a la població. També han de col·laborar amb associacions de malalts i amb els malalts per conèixer i donar resposta a les seves necessitats, perquè se sentin confiats, ben tractats i amb els seus dubtes resolts. Això significa que els companys que cometen faltes o no tracten bé el malalt –que, gràcies a Déu, són molt pocs– han de ser castigats.

Si, a més, i com a element accessori i complementari, els col·legis de metges tenen assessories, botigues i altres serveis que els metges podem obtenir en altres llocs, si la majoria del col·lectiu ho vol, doncs benvinguts siguin, però aquesta no és ni molt menys la seva funció principal.

Amb la col·legiació lliure avui dia potser sí que no es notaria massa la davallada de la qualitat assistencial, ja que molts col·legis no compleixen totes les seves funcions abans esmentades com a indispensables. Però pel fet que no ho facin no vol dir que hagin desapareixent o que no siguin necessaris. El que s'ha de fer és obligar que es compleixin, no acabar de desfer el que funciona pel fet que no ho fa del tot bé.

Si se segueix així –cosa que crec que no passarà perquè l'ingrés a la UE, que estableix la lli-

bertat de circulació, ens ho exigirà– potser sí que donarem la raó als que demanen col·legiació voluntària; amb els arguments que els col·legis només deixaran ingressar els excel·lents, el fet d'estar col·legiat serà una garantia per a la societat, així els malalts ja sabran el que fan quan escullen metge particular, i en la medicina pública, com que ja tenim les comissions de qualitat i els inspectors, aquest pas no caldrà.

Però no crec que sigui bo aquest camí, perquè a la medicina pública li convé una institució neutral, de fora del sistema, per defensar la qualitat per damunt d'economicismes o d'amiguismes o de les estructures de poder intern; i en la privada, com que anar un malalt al metge no és el mateix que quan una persona sana va a comprar, aleshores el mercat no és lliure, està marcat, i els malalts, més indefensos, hi sortirien perdent molt.

Procuem entre tots els metges ajudar el nostre col·legi, col·laborar-hi perquè millori cada vegada més i compleixi les funcions socials per les quals ha estat creat.

*Dr. Joan Viñas  
Col·legiat núm. 1275 Lleida*

## Colegiación voluntaria

Un amigo mío dice que el Colegio de Médicos es la gestoría más cara que existe. Lo preocupante para una institución, que trata de preservar el orden moral de la profesión médica, no es que alguien se queje de servicios caros. Lo de verdad preocupante es considerarla meramente como gestoría. Si alguna vez la colegiación es voluntaria, mi amigo -y probablemente otros muchos- se dará de baja.

Seguramente bastantes compañeros no son tan radicales, de manera que con la libre colegiación seguirán colegiados. Pero, por mi parte, puedo decir esto: para la mayoría de quienes conozco el Colegio de Médicos no forma parte relevante del paisaje profesional. Más bien queda en la lejanía bajo la línea del horizonte. No me refiero a aquellos aspectos en los cuales el colegio médico actúa como gestor de servicios. Hablo de conflictos y situaciones críticas en nuestra vida profesional, que surgen de una deficiente política sanitaria y peor gestión, capaces de afectar a médicos y pacientes. Entonces no solemos pensar en el Colegio de Médicos como puerta a la cual llamar en busca de soluciones.

Pongamos por caso los centros hospitalarios del ICS. Los médicos que trabajan en ellos tienen motivos de peso para estar insatisfechos. Faltan recursos. No hay dinero para los gastos corrientes y los proyectos de mejorar las estructuras se eternizan. También fallan los mecanismos de participación. Cada nuevo gerente ignora cuanto puede a la Junta de Personal y cada nuevo director médico torea cuanto puede a la Junta Facultativa. En resumen, no hay dinero ni tampoco posibilidad de protagonismo para los representantes laborales y profesionales en la institución sanitaria. Y lo más grave es que esa indeseable situación tiende a perjudicar el nivel asistencial. Dicho de otra manera: pagará el pato quien está al final de la cadena, es decir, el paciente. Todos los días algún facultativo o enfermero desilusionado asegura por enésima vez que a gerentes y directores les importa un rábano el nivel de satisfacción general. Quizás no sea enteramente así, pero en la lista de prioridades el sillón de mando siempre está antes que los sentimientos del personal.

La inmensa mayoría de presidentes de los colegios médicos defienden la colegiación obligatoria como condición necesaria para enfrentarse a los abusos de la Administración. No estoy de acuerdo con eso. La fuerza reivindicativa de un colectivo nunca está mecánicamente asegurada por la incorporación obligada de sus individuos. Probablemente ocurre lo contrario. Cada vez hay más compañeros que, cansados de protestar por los pasillos, vuel-

ven los ojos al sindicato como instrumento de lucha. El método reivindicativo del Colegio de Médicos es la persuasión sosegada de despacho. Si esto falla queda, en ocasiones, la acción judicial. Bien, pero los sindicatos tienen además la movilización. Hay quienes piensan, por otra parte, que los colegios de médicos no son burbujas de gruesa pared vítrea llenas de esencias puras, angélicas e incontaminadas. Al contrario, sus paredes son de material poroso y, por eso, permeables a un entorno capaz de condicionar su actuación.

La colegiación obligatoria estaba justificada cuando la medicina se ejercía de forma mayoritariamente libre. Era necesaria entonces una institución capaz de ordenar y tutelar el ejercicio profesional. Alguien, con autoridad, procuraba, dentro de lo posible, evitar la mala praxis, los abusos o la competencia desleal. Y, de paso, ofrecer servicios a colectivos como los médicos rurales dramáticamente aislados. En resumen, hacer de la medicina un ejercicio digno y no una selva o un barracón de feria. Pero el tiempo evapora unas necesidades y las sustituye por otras. Hoy la mayoría de médicos son asalariados de la Administración. Están organizados y tutelados por ella y, cuando fir-

● Mantendría el texto actual de los estatutos del colegio de médicos, excepto lo que se refiere a la colegiación obligatoria

man el contrato, aceptan unos estatutos con deberes y derechos explícitos.

El Dr. Bruguera, presidente del COMB, defiende la colegiación obligatoria como garante de la libertad del facultativo. ¿A qué libertad se refiere el Dr. Bruguera? ¿Tal vez a la de los facultativos soportando condiciones leóninas de las mutuas aseguradoras? Que el Colegio de Médicos pueda enfrentarse con la Administración o las grandes empresas del ámbito sanitario es sólo una ilusión. ¿Está justificada la colegiación voluntaria? Miren ustedes, cuando alguien quiere obligarme a algo en nombre de sagrados principios, alargó el cuello y miro por encima de su hombro para ver qué hay detrás. Lo que nos pide el Dr. Bruguera es, en el mejor de los casos, una especie de trance de fe.

No digo que los colegios carezcan de razón de ser. Todo lo contrario; tienen un papel en el que hacer del médico y la sanidad pública. Precisamente por esto no desaparecerán con la colegiación voluntaria. Permítanme decirlo: la exigencia de colegiación obligatoria demuestra falta de confianza y temor. Temor a perder influencia y dinero. Ambas cosas serán todo lo importante que se quiera pero no forman parte esencial del colegio médico.

Claro está que la práctica médica exige un código deontológico. Igual que, por ejemplo, abogados y arquitectos. El código deontológico se hace necesario cuando la población de a pie confía y depende de la honradez y los conocimientos del profesional. En el instante de terminar sus estudios y obtener título, médico, abogado o arquitecto deberían comprometerse por escrito a respetar un código deontológico. El Estado –es decir, todos– ha pagado mayoritariamente sus estudios y debe exigirle su cumplimiento; vía judicial, si es necesario. Pero, a la vez, el Estado ha de comprometerse a que ese código prevalezca sobre las decisiones económicas de la Administración o los grupos de intereses.

Para terminar: ¿Qué cambiaría yo de los estatutos del Colegio de Médicos? Muy sencillo: mantendría el texto actual excepto lo referente a la colegiación obligatoria.

*Dr. Jordi Vilaret Vilari*

# Cirugía de la obesidad mórbida

La obesidad, o excesiva acumulación de grasa en el organismo, constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrentan las sociedades modernas. Incide con mayor frecuencia en personas con bajo índice socioeconómico y aumenta con la edad, particularmente en mujeres. Afecta sobretodo a los países desarrollados y el crecimiento económico en las zonas en vías de desarrollo también conlleva, muchas veces, un incremento de su prevalencia.

Dres. Santiago Sales Fufí, Alfred Dealbert Aguilar, Ángel Rodríguez Pozo, Amalia Zapata Rojas y Araceli Motanuy Colomina  
*Hospital Arnau de Vilanova de Lleida*

La obesidad es la manifestación de una disfunción del sistema de control del peso corporal que impide el ajuste de la masa de reservas grasas a su tamaño óptimo. En definitiva, el problema reside en un desajuste del control del balance entre la energía ingerida y la consumida en los procesos metabólicos<sup>1</sup>. En cualquier caso, "los cambios en la alimentación, e incluso los nuevos hábitos y estilo de vida de las sociedades desarrolladas, son el definitivo desencadenante, ya que el organismo no está dotado del control suficiente para hacer frente a la excesiva oferta energética y/o sedentarismo."

El análisis de los mecanismos subyacentes en el control del peso corporal es hoy día motivo de un gran número de investigaciones, entre las que la búsqueda de los genes responsables de la obesidad es un objetivo prioritario<sup>2</sup>. El término obesidad mórbida fue introducido en la literatura médica por Van Itallie<sup>3</sup> para describir un tipo de obesidad rebelde a cualquier tipo de tratamiento médico y que predispone a graves enfermedades y trastornos psicosociales con compromiso de la salud y/o el bienestar.

El obeso mórbido es "víctima" de una enfermedad muy difícil de curar. La obesidad es, generalmente, mal comprendida por el entorno del paciente y el mundo sanitario. Después del tabaco es la segunda causa de muerte evitable en Estados Unidos. Se estima que más del 25% de la población norteamericana padece obesidad con una mayor incidencia sobre las clases socioeconómicas más bajas<sup>4</sup>. En España la prevalencia

u **La prevalencia se sitúa en España en el 13%, el 11,5% en varones y el 15,3% en mujeres**

se sitúa en el 13% con una distribución según el sexo de 11,5% en varones y de un 15,3% en las mujeres<sup>5</sup>. Se calcula que la obesidad es responsable del 7% del gasto sanitario global de países como EE.UU., Francia, Suecia y Holanda<sup>6</sup> y constituye el principal problema nutricional de los países desarrollados. Su alta prevalencia, unida a un elevado coste sanitario, social y laboral, supone para éstos un auténtico problema de salud pública.

Es una enfermedad de etiología múltiple, curso crónico y cuyo tratamiento de elección en la actualidad es la cirugía<sup>8,9</sup>, dado que en los tratamientos médicos la tendencia es a recuperar el peso perdido inicialmente<sup>7</sup>. La información acerca de la cirugía de la obesidad, sus virtudes y resultados, no está reconocida por la sociedad en general y por muchos médicos en particular porque aún se piensa en los fracasos de esta cirugía en sus comienzos (técnicas malabsorbtivas) y no en los éxitos con las técnicas más recien-

tes (técnicas restrictivas). Los médicos deberían conocer las nuevas formas de tratamiento quirúrgico de la obesidad para ayudar a los individuos afectados en la decisión de operarse o no y, así mismo, poder realizar un seguimiento postoperatorio correcto de dichos pacientes.

La cirugía de la obesidad o cirugía bariátrica, ("baros" = peso y "iatrein" = tratamiento), es un campo especial dentro de la cirugía general. Los cirujanos que la practican son todos cirujanos graduados con título y miembros de la Asociación Nacional de Cirujanos, y están interesados en el cuidado de los pacientes severamente obesos. Esta cirugía no es "cirugía endocrina", porque las glándulas de secreción interna (como tiroides, paratiroides, páncreas, y suprarrenales) ni están enfermas ni se opera sobre ellas. Tampoco es, ni debe considerarse, "cirugía estética ó cosmética", ya que el fin de esta cirugía es hacer perder peso para evitar las complicaciones de la obesidad. Los beneficios estéticos son importantes pero son secundarios en esta cirugía.

## Complicaciones de la obesidad

Los pacientes con obesidad tienen, con cierta frecuencia, complicaciones que pueden afectar a gran número de órganos y sistemas del cuerpo humano (tabla 1). Además de los problemas relacionados con la salud, los individuos obesos sufren importantes problemas de relación, puesto que muchas veces experimentan rechazo social.

Esta discriminación, causada por infundados prejuicios, atribuye a los obesos una nula capacidad de autocontrol sobre sus impulsos, en particular sobre la ingesta, de modo que se les culpabiliza de su obesidad al considerar que ésta es debida a su falta de voluntad y a su glotonería.

A todo ello ha contribuido la ineficacia de los tratamientos médicos de la obesidad. Este rechazo se hace sentir desde la infancia y, con ello, se provoca una incidencia muy elevada de pérdida de autoestima y un número considerable de situaciones conflictivas que en jóvenes pueden conllevar un mayor fracaso escolar<sup>11</sup>.

Además, los obesos se ven discriminados en las relaciones laborales, especialmente para trabajos directivos y de trato directo con el público. Hay que tener en cuenta que las dificultades de movimiento y la falta de espacios acondicionados en los lugares y/o transportes públicos aumentan la sensación de discriminación y rechazo que sufre el obeso.

## Complicaciones sociales

Limitaciones con la ropa; limitaciones en la actividad diaria, en la higiene y limpieza; acceso limitado a sillas,

Tabla 1. Complicaciones de la obesidad

<b>Metabólicas</b>	Diabetes tipo II, dislipemias
<b>Cardiovasculares</b>	Patología coronaria, HTA, cor pulmonale, fracaso cardiaco izquierdo, incremento del intervalo Q-T, varices, flebitis
<b>Digestivas</b>	Esteatosis hepática, cirrosis, colestasis, reflujo G-E, hernia de hiato, cáncer de colon, pancreatitis necrotizante
<b>Respiratorias</b>	Síndrome de hipoventilación-obesidad, síndrome de apnea obstructiva del sueño, tromboembolismo pulmonar
<b>Ginecológicas</b>	Amenorrea, hipermenorrea, Stein-Leventhal, preeclampsia, cáncer de mama y de endometrio
<b>Traumatológicas</b>	Procesos degenerativos osteoarticulares, artritis
<b>Dermatológicas</b>	Infección de heridas, celulitis necrotizante, úlceras varicosas, intertrigo
<b>Otras complicaciones</b>	Hipertensión intracraneal idiopática, hernias (incisional, de pared), cáncer de riñón y próstata, incontinencia urinaria

asientos, pasajes en medios de comunicación; limitaciones al caminar y subir escaleras y limitaciones sexuales.

## Complicaciones económicas

Aumento del coste por el exceso de comida ingerida, coste especial de ropa y de otros utensilios, dificultades para obtener buenos trabajos, alto índice de abandono escolar y de fracaso escolar, coste de regímenes inútiles, coste de problemas médicos causados por la obesidad, negativa de los seguros médicos a cubrir a la persona obesa, etc.

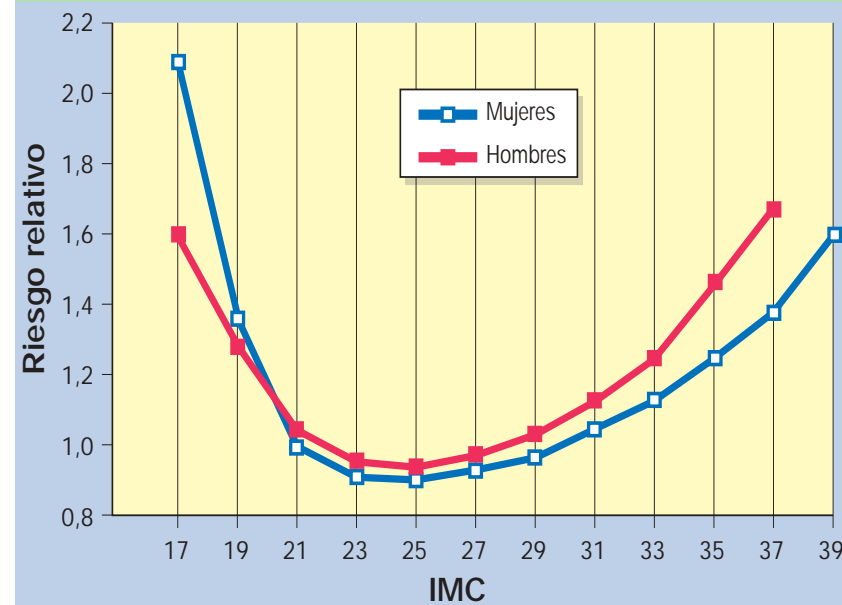
## Complicaciones psiquiátricas

Sentido de culpa e incapacidad en general, rechazo social, depresión y neurosis

Además, los grados muy marcados de obesidad acortan la esperanza de vida de los pacientes, mientras que en los aumentos moderados de peso producen evidentes repercusiones negativas para la salud.

En un estudio hecho por Waaler en Noruega, realizado en 1988 sobre una población de 1.700.000 habitantes con un seguimiento de 10 años, demostró la relación entre mortalidad y el Índice de Masa Corporal (IMC), según se ve

Figura 1. Mortalidad según el IMC



en la gráfica adjunta. Dicha gráfica tiene una forma de U, donde la mortalidad aumenta en cifras de IMC inferiores a 21, por problemas respiratorios, y superiores a 29, por problemas cardiovasculares.

El incremento de riesgo de mortalidad está, en parte, asociado a las complicaciones metabólicas y circulatorias, que constituyen el denominado síndrome plurimetabólico propio de la obesidad central, de modo que, incluso en grados muy ligeros de acumulación adiposa se han descrito aumentos de la morbilidad cardiovascular<sup>10</sup>. El número y la gravedad de las complicaciones dependen de la severidad de la obesidad y del tiempo de evolución.

## Epidemiología

Los datos epidemiológicos de los que disponemos indican un aumento de la prevalencia de la enfermedad en la mayor parte de países del mundo, hecho que comporta un aumento de la morbi-mortalidad asociada<sup>12</sup>. Los costes económicos generados por la obesidad son los derivados de los tratamientos de las enfermedades asociadas y los derivados de su adaptación social. Es difícil evaluarlos todos de un modo objetivo, aunque existen datos referentes al coste sanitario de la obesidad.

Las cifras que se citan en los países industrializados indican que el coste de la obesidad en un país oscila entre un 2 y un 8% del gasto sanitario<sup>5</sup>.

En España, los datos del estudio Delphi cifran el coste económico de la obesidad en un 6,9% del gasto sanitario (341.000 millones anuales)<sup>13</sup>. En la actualidad, disponemos de datos de gran fiabilidad relativos a la prevalencia de obesidad en nuestro país. La

## PASSA A LA PÀGINA SEGUENT

Tabla 2. Grados de severidad de la obesidad

Según el índice de masa corporal (kg/m<sup>2</sup>)

CATEGORÍA	VALORES DE IMC
A: Normal	< 25
B: Sobrepeso	25-27
C: Leve	27-30
D: Moderada	30-35
E: Severa	35-40
F: Mórbida	40-50
G: Superobesidad	50-60
H: Super/super obesidad	>60

VE DE LA PÁGINA ANTERIOR

prevalencia de la obesidad (IMC >30) en la población española entre 25 y 60 años es de 13,4% (11,5 en varones y 15,2 en mujeres). El estudio fue auspiciado por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) 5 y estuvo basado en las encuestas nutricionales realizadas en el País Vasco (1989-1990), en la Comunidad de Madrid (1992-1993), en Cataluña (1992-1993) y en la Comunidad Valenciana (1994).

Grado de obesidad

¿Cómo conocer el grado de obesidad? La forma más práctica es mediante el índice de masa corporal, que es la relación entre peso y la altura. Se obtiene al dividir el peso en kilos por el cuadrado de la altura en metros:  $IMC = \text{kg} / \text{m}^2$

Según el Comité de Standard de la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (Obes. Surg. 7:523, 1997), la obesidad se correlaciona muy bien con el IMC. La obesidad grave está relacionada con una mortalidad temprana elevada. Los obesos de ambos sexos, especialmente los jóvenes, mueren mucho antes que los delgados de su misma edad.

Tratamiento de la obesidad

El objetivo de la pérdida de peso debe ser la reducción de la morbilidad asociada actual o futura, principalmente las de tipo cardiovascular que comportan un riesgo vital en lugar del alcance de un resultado estético. Los principios del control del peso corporal son sencillos:

- 1) Disminuir la ingesta calórica.
- 2) Aumentar el gasto calórico.

Las opciones de tratamiento de la obesidad hoy en día son:

1. Dieta hipocalórica
2. Aumentar la actividad física
3. Modificación del comportamiento alimentario
4. Farmacoterapia
5. Cirugía

Existe un acuerdo general que una reducción de 10 a 15% del peso corporal es suficiente para permitir a la mayoría de las personas obesas, que padecen enfermedades asociadas a la obesidad, atenuen sus síntomas, mejoren su calidad de vida, y reduzcan sus necesidades de fármacos sin intentar llegar a un supuesto peso ideal que es prácticamente imposible de alcanzar.

Los tratamientos médicos de reducción de peso<sup>37</sup> son decepcionantes tanto para el enfermo como para el médico. Suelen ser eficaces, en general, los 6 ó 12 primeros meses después de iniciado el tratamiento. Las dos terceras partes de las personas recuperarán el peso perdido al año, y casi todas las personas que han perdido

**Tabla 3. Criterios para el tratamiento quirúrgico de la obesidad**

1. Historia de obesidad grave de más de 5 años de evolución.
2. Edad entre los 18 y 65 años (indicación relativa).
3. Que la obesidad no sea secundaria a otras enfermedades como hipotiroidismo, síndrome de Cushing, síndrome de Turner, síndrome de Down, tratamiento con esteroides, hipogonadismo, etc.
4. Índices de masa corporal de 40 o más.
5. IMC > 35 con co-morbilidades asociadas o limitaciones físicas graves. Ejemplos: hipertensión arterial, diabetes, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca o respiratoria, daño de columna o articulaciones, etc.
6. Que la persona obesa haya sido capaz de seguir un régimen dietético de adelgazamiento, aunque no haya podido conseguir mantener el peso adecuado (de interés sobretudo en las técnicas restrictivas o mixtas).
7. Comprometerse a seguir plenamente las recomendaciones dietéticas y aceptar un seguimiento médico y dietético durante al menos cinco años después de la cirugía.
8. Estar plenamente motivado y decidido a someterse a cirugía con la finalidad de mantener un peso adecuado. Ser plenamente consciente de los riesgos de la cirugía. Firmar el consentimiento informado.

peso con dieta lo recobrarán en los cinco años siguientes. Así mismo la cirugía de la obesidad<sup>16,17,18,19</sup> ha demostrado ser muy efectiva en el control de las co-morbilidades asociadas (hipertensión, diabetes, etc.) en comparación con los tratamientos médicos<sup>14,15</sup> de la obesidad, al ser poco eficaces en el control del peso a largo plazo.

El desafío principal en el tratamiento de la obesidad es, por consiguiente, el mantenimiento del peso. Por tal motivo, son esenciales las modificaciones de los hábitos de vida que permitan lograr una pérdida de peso permanente.

Hoy en día se realizan terapias de modificación del comportamiento alimentario utilizando técnicas cognitivas que pueden ser realizadas de forma individualizada o bien en forma de terapias de grupo por el mismo médico, por dietistas o mejor aún por psicólogos o psiquiatras especializados en estos tipos de tratamientos. Por tal causa, a las terapias médicas habituales de dieta, educación sanitaria, ejercicio físico y fármacos se han añadido técnicas psicológicas, sobre todo las de tipo cognitivo. Las técnicas de psicoterapia o psicoanalíticas no se utilizan en la actualidad en la obesidad, pues han fracasado.

Tratamiento quirúrgico

¿Quién debe someterse a cirugía de la obesidad? Se deberán seguir las

recomendaciones del National Institute of Health en la conferencia de consenso del año 1991<sup>8,9</sup>.

No hay una técnica única para tratar la obesidad mórbida, sin embargo la técnica más segura, utilizada sobretudo en EE.UU., el país de los obesos, y efectiva se considera que es el by-pass gástrico. Las condiciones que debe reunir la cirugía bariátrica son las siguientes:

1- La intervención debe ser segura con una morbilidad inferior al 10% y una mortalidad inferior al 1%. La causa más frecuente de muerte no está relacionada con la técnica, sino con el embolismo pulmonar y las co-morbilidades (pulmón, corazón, etc.) y es más frecuente cuando el grado de obesidad es alto.

2- La intervención debe ser muy efectiva, es decir debe conseguir reducir el 50 % del exceso de peso y mantener el peso perdido (sus efectos deben durar de por vida) en más del 75% de los pacientes. La obesidad mórbida es muy difícil de curar y el tiempo ha demostrado que con medicinas e incluso con la cirugía es una enfermedad muy "resistente" a todos los tratamientos.

3- El índice de reoperaciones por fracaso de la técnica debe ser bajo, por fallo de la efectividad de la técnica en la pérdida o mantenimiento del peso. Otras veces la reintervención será por complicaciones precoces o tardías, o por excesivos efectos secundarios.

4-Generalmente las intervenciones

sencillas tienen un alto índice de fracaso a largo plazo. Muchos cirujanos que utilizan operaciones simples, luego con el paso de los años descubrirán su fracaso.

5- No deberán afectar a la calidad de vida del operado, no debiendo haber problemas con la ingesta, pudiendo comer aceptablemente bien, sin tener vómitos, pirosis, etc., deberán tener buenas digestiones de los alimentos y un ritmo deposicional adecuado.

6- Deberán tener pocos efectos secundarios (trastornos nutricionales, cuadros carenciales, etc.). Así mismo, el control postoperatorio deberá ser sencillo, sin tener que realizar pruebas complementarias ni análisis frecuentes y/o costosos así como reingresos.

7- La operación es de por vida por lo que deben ser técnicas reversibles, es decir que se puedan deshacer.

8- Es importante la existencia de un equipo multidisciplinario (cirujano, médico nutricionista, anestésista, dietista y psicólogo) para el manejo de estos enfermos.

9- El by-pass gástrico es la operación considerada "gold standard" u operación de referencia siempre que se habla de cirugía de la obesidad. Es la que más se realiza por los cirujanos expertos en obesidad, dando una progresiva y duradera pérdida de peso, con poca morbilidad asociada y un índice de reoperaciones por fracaso de la técnica muy bajo.

Clasificación de las intervenciones

Las intervenciones para la cirugía de la obesidad se clasifican en :

- a) Técnicas malabsortivas.
- b) técnicas restrictivas.

**A - Técnicas malabsortivas**

Las técnicas de malabsorción pretenden eliminar el exceso de peso

u *Las técnicas de psicoterapia no se utilizan actualmente en la obesidad porque han fracasado*

u *La técnica quirúrgica más segura y efectiva es el by-pass gástrico*

modificando la absorción normal de los alimentos en el tubo digestivo. Estas técnicas iniciaron el tratamiento quirúrgico de la obesidad y hoy en día se reservan para los casos graves de obesidad. Deben ser realizadas por cirujanos muy expertos en obesidad. Existen tres tipos fundamentales de técnicas malabsortivas:

- 1) El by-pass yeyunoileal.
- 2) La diversión o derivación biliopancreática (BPD).
- 3) La diversión biliopancreática con Switch duodenal.

La cirugía de la obesidad se inicia en la década de los 50 con la introducción del by-pass yeyunoileal por Payne and DeWind en 1956<sup>20</sup>. La intervención consistía en hacer una anastomosis

entre el yeyuno proximal (a 14 pulgadas del ángulo de Treitz) con el íleon (a 4 pulgadas de la válvula ileocecal). Con esta técnica hay una importante pérdida de la superficie absorbente intestinal por lo que se conseguían pérdidas sostenidas de peso en los pacientes con obesidad mórbida. Fue realizada durante más de 20 años como técnica exclusiva en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Sin embargo estuvo asociada con múltiples complicaciones precoces y tardías. La más grave fue la cirrosis hepática y la insuficiencia hepática grave, debida a la desnutrición calórico-proteica severa que frecuentemente padecían estos pacientes y a la masiva absorción de endotoxinas procedentes de las bacterias que proliferaban excesivamente en el asa ciega by-paseada.

Otras complicaciones fueron: cálculos renales, nefritis intersticial, artritis reumatoide, cuadros carenciales, déficit de vitamina K, vitamina B12, vitamina D, anemia, fósforo, calcio, etc. La mala información que se tiene en la actualidad acerca de la cirugía de la obesidad está influenciada por los malos resultados obtenidos en sus comienzos por esta técnica, dadas las complicaciones graves que produjeron. El by-pass yeyunoileal está abandonado en la actualidad como opción terapéutica debido a sus complicaciones.

En 1979, Scopinaro introdujo la diversión o derivación biliopancreática (BPD) como una combinación entre las técnicas de resección gástrica y las de malabsorción<sup>21</sup>. Esta operación representa una mejora del by-pass yeyunoileal al permitir el flujo biliar y pancreático sobre el asa by-paseada, evitando

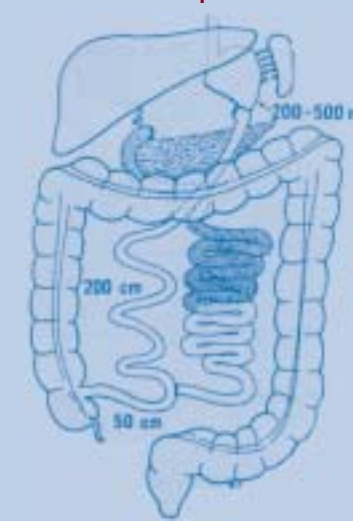
PASSA A LA PÁGINA SEGÜENT

**Figura 3. Tipos de técnicas malabsortivas**

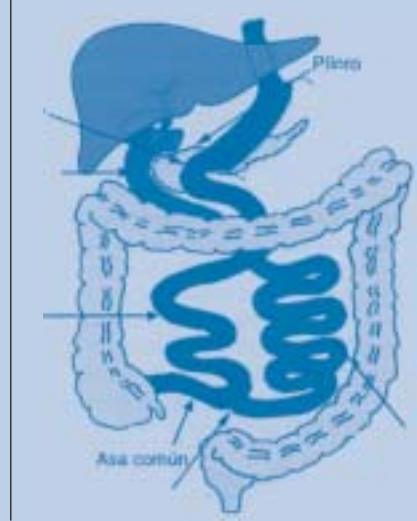
**By-pass yeyunoileal de Payne**



**Diversión biliopancreática de Scopinaro**



**Switch duodenal**



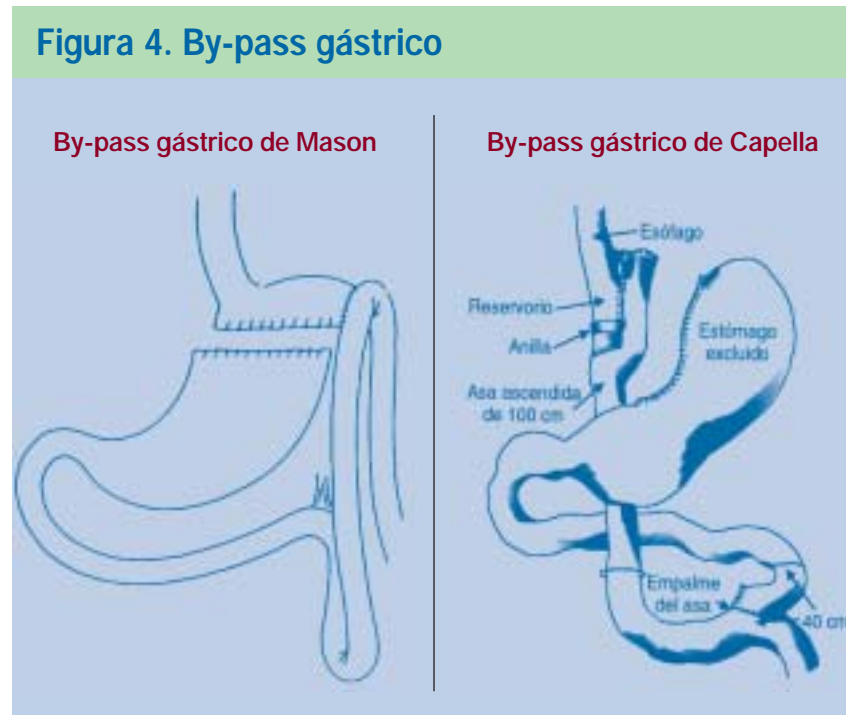
así los fenómenos de estasis en el asa ciega y la proliferación bacteriana asociada en la misma. Consiste en realizar una gastrectomía distal, una sección a la mitad del intestino delgado, una anastomosis gastro-ileal y una anastomosis yeyuno-ileal a 50 cm de la válvula ileocecal, by-paseando todo el yeyuno y parte del ileon proximal. Ha supuesto una rehabilitación de las técnicas malabsortivas para tratamiento de la obesidad al conseguir que los efectos secundarios de este tipo de intervenciones se mantuvieran en un nivel aceptable.

Sin embargo, estos enfermos deben seguir unos controles estrechos desde un punto de vista metabólico, tratando déficits nutricionales y carenciales posibles, como déficit de hierro que se traduce como anemia, complicación muy frecuente. A veces, la anemia es debida a déficit de absorción de folatos. Los pacientes necesitarán suplementos en la dieta de hierro y de folatos. Otra complicación es la desmineralización ósea, por lo que todos los pacientes deben tomar suplementos diarios de calcio y mensuales de vitamina D. También deberán darse suplementos de Tiamina para evitar complicaciones neurológicas. La desnutrición calórico-proteica constituye la más grave complicación de esta operación que aparece sobretodo en los primeros meses después de la intervención. Su corrección requiere la instauración de NPT durante un período de 2-3 semanas. Esta complicación se reduce disminuyendo la longitud del by-pass intestinal y aumentando el volumen del remanente gástrico adaptándolo a las necesidades de cada enfermo de una forma individualizada.

Otras complicaciones son úlceras de boca anastomótica, fácilmente tratadas con bloqueadores anti-H2 y dieta. Se trata de una operación muy efectiva<sup>22</sup>, consiguiéndose una reducción del 75 % del exceso de peso inicial así como una normalización de los niveles de glucosa y de colesterol bajo un tipo de dieta totalmente libre con un nivel de satisfacción alto, pues no hay restricciones de la dieta, principal inconveniente de las técnicas restrictivas gástricas.

Nuestra conclusión es que debe reservarse para los pacientes superobesos rebeldes al tratamiento con by-pass gástrico. Debería ser realizada por grupos de trabajo muy expertos en estos tipos de operaciones, dada la dificultad de seguimiento y manejo de las complicaciones. No todos los autores<sup>24</sup> son capaces de reproducir los resultados de Scopinaro, que advierte que su método es muy efectivo pero potencialmente peligroso si es usado incorrectamente<sup>23</sup>.

En 1994 Marceau y cols<sup>26</sup> introducen una modificación de la técnica de Scopinaro con el concepto Diversión bilio-



pancreática con Switch duodenal o cruce duodenal. En 1998, Hess and Hess<sup>25</sup> hacen una modificación de la misma. Se realiza una resección de la curvatura mayor gástrica o gastrectomía parietal tubular (65 %) y una sección duodenal a 5 cm por debajo del piloro. Se combina con una sección a la mitad del intestino delgado, una anastomosis duodeno-ileal y una anastomosis yeyuno-ileal a 100 cm de la válvula ileocecal. De esta forma se mantiene la continencia antropilórica.

Desde hace poco la operación se hace por laparoscopia<sup>21,22</sup>. Con este procedimiento se conserva la efectividad de la intervención de Scopinaro, pero disminuyendo sus efectos secundarios. Se limita el número de deposiciones diarias mejorando también la

consistencia de las heces. Los cambios metabólicos y carenciales del tipo de anemia, déficit de hierro, calcio y vitamina D, al parecer son menores.

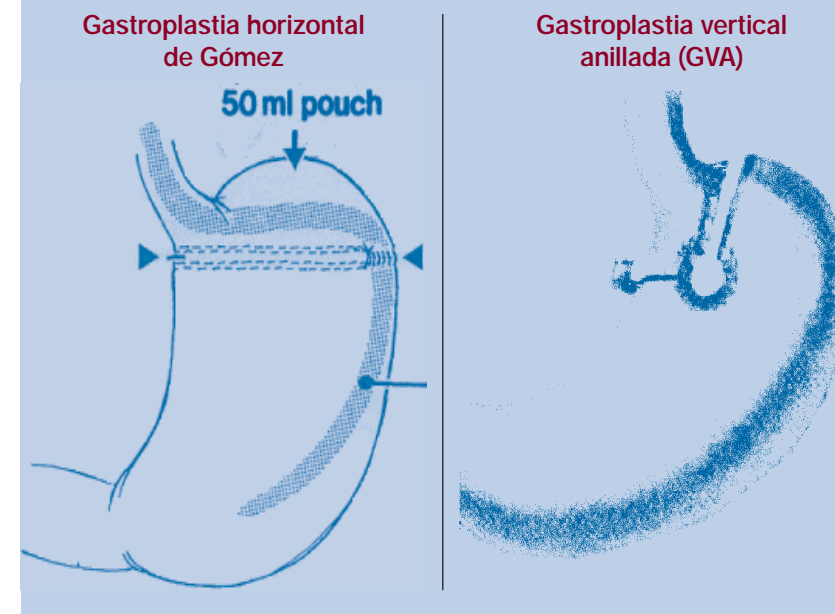
La intervención de Scopinaro o su variante de Switch duodenal están indicadas en los pacientes superobesos graves en los cuales el by-pass gástrico podría ser insuficiente. En realidad es la operación más efectiva para tratar la obesidad. "Cura" a más del 90-95% de los pacientes, y el resto mejoran ostensiblemente. Es la más indicada en los pacientes muy obesos que necesitan perder más peso de forma permanente. No se debe operar un paciente que no esté dispuesto a ser revisado y controlado. La razón principal es porque hasta los 3 años pueden perder tanto peso que las posibles complicaciones del hierro, calcio o vitaminas deben ser corregidas. Da mejor calidad de vida que el by-pass gástrico, pues pueden ingerir todo tipo de comidas sin restricciones en la mayoría de los casos. El índice de reoperaciones no supera el 2%. La complicación más frecuente es la anemia, sobretodo en las mujeres con menstruación, y requiere aporte de hierro adicional. En un 34% de los pacientes las heces tienen muy mal olor.

#### B - Técnicas restrictivas

Son las más empleadas en la actualidad. Consisten en disminuir considerablemente el tamaño del estómago y la capacidad gástrica. La distensión inmediata de la bolsa gástrica que se produce al entrar el alimento provoca una sensación de saciedad que elimina la sensación de apetito. Estas técnicas permiten al paciente tomar todo tipo de alimentos, aunque en pequeñas cantidades.

Restrictivas mixtas. Restrictiva gástrica y malabsortiva intestinal parcial, cuyo ejemplo más claro es el by-pass

Figura 5. Gastroplastias



gástrico. Su fisiopatología es fundamentalmente una restricción gástrica, a la que se le añade un componente de malabsorción al by-pasear las primeras asas yeyunales. Es la intervención más utilizada en EE.UU. y por los expertos en cirugía de la obesidad.

Restrictivas puras. La operación se realiza sólo sobre el estómago, sin actuar para nada con el intestino o el resto del tubo digestivo.

#### El by-pass gástrico

Después de más de 20 años de fracasos con el bypass yeyuno-ileal, a finales de la década de los 60 se iniciaron las técnicas restrictivas gástricas con Mason & Ito, de la Universidad de Iowa, que en 1967 introducen el "By-pass gástrico"<sup>30</sup>.

Esta operación se basaba en la observación frecuente de que los enfermos gastrectomizados tenían pérdidas significativas de peso. La operación consistía en hacer una división del estómago en dos partes: un 10% proximal, a nivel cardiofúndico, y un 90% distal.

El segmento proximal era drenado por una gastro-yeyunostomía lateral retrocólica amplia con un estoma amplio de unos 2-3 cm. Con el tiempo sufrió diversas modificaciones como la división gástrica total, con sutura mecánica por Alden y cols<sup>31</sup>. Griffen y cols introducen posteriormente la gastroyeyunostomía en Y de Roux con lo que se disminuye el reflujo biliar. La técnica ha seguido teniendo modificaciones continuas por diversos autores para resolver las complicaciones que han ido apareciendo con los años. Así, inicialmente, la bolsa gástrica era de unos 100 cc, y actualmente es de 10-30 cc y el diámetro del estoma de unos 12 mm. Con el tiempo la bolsa del

La principal complicación postoperatoria del by-pass gástrico es la dehiscencia de la anastomosis

estómago se dilatará.

Posteriormente Fobi, Witting y Torres, influenciados por los trabajos de Scopinaro, en 1986, introducen el concepto de by-pass gástrico distal, a una distancia variable del ángulo de Treitz. En 1991, Fobi introdujo la transección total gástrica para disminuir la incidencia de dehiscencia de anastomosis a través de las grapas del stapler. Y finalmente algunos autores como Fobi<sup>32</sup> o Capella<sup>33</sup> le añaden una banda en anillo vertical ajustable con lo que se consigue un mejor control del vaciamiento gástrico.

Actualmente, la técnica consiste en dividir el estómago con un stapler en dos partes, haciendo una bolsa gástrica "muy pequeña" sobre la línea de partición, que puede contener entre 10-30 mL. Se le añade una anastomosis gastro-yeyunal, generalmente transmesocólica. Finalmente se realiza una anastomosis yeyuno-ileal a una distancia variable (100 cm). Se consigue así una derivación de la parte superior del estómago al intestino, by-paseando las primeras asas de yeyuno. El diámetro de la anastomosis gastro-yeyunal es de 1-2 cm aproximadamente, por lo que se retarda la tasa de alimento que se vacía del estómago al intestino delgado. La pérdida de peso se debe fundamentalmente a la disminución de la ingesta debido al hecho de que no tolerará demasiada comida de una vez. La sensación de saciedad

aparecerá precozmente ayudando a sentirse satisfecho después de cada ingesta. Además induce anorexia por el paso de la saliva directamente en el intestino, que hace segregar enterocinasas que inhiben el centro cerebral del hambre. Los pacientes no pueden boicotear la intervención tomando alimentos azucarados porque les aparece un síndrome de dumping que se lo impide. Existe un componente de disabsorción por el by-pass yeyunal. El by-pass es proximal cuando tiene una longitud de 100 cm (indicado en IMC < 45%) o distal, con una longitud de 150-200 cm (en superobesos con IMC > 50). El by-pass gástrico es, por tanto, una técnica mixta, restrictiva gástrica y malabsortiva intestinal.

La principal complicación postoperatoria es la dehiscencia de la anastomosis. La aparición de una taquicardia mayor a 120 /min en el postoperatorio es altamente sugestiva de fallo de anastomosis<sup>34</sup>. La presencia de atelectasias basales izquierdas o derrames también puede indicar dehiscencia. La

incidencia de disrupción por la línea de Stapler ha disminuido y es en la actualidad de 2%<sup>33</sup>. El radiólogo tiene un papel preponderante en estas complicaciones precoces debiendo realizar estudios de contraste<sup>35,36</sup> y TAC, pudiendo realizarse incluso punciones por TAC. Otra complicación es la dilatación aguda gástrica por obstrucción proximal o distal del asa eferente. También han sido descritas úlceras marginales y gastritis<sup>37</sup>.

Dentro de las complicaciones tardías tenemos el déficit de pérdida de peso. Sus causas pueden ser bolsón inicial gástrico grande (> 30 cc), o estoma inicial amplio (> 14 mm), dilatación excesiva del bolsón gástrico, dilatación excesiva del estoma, disrupción de la línea de grapas y fístula gastrogástrica<sup>32</sup>. También puede ser debido a factores ligados al paciente en el seguimiento de las dietas o que el enfermo es un superobeso (IMC > 50) y en estos casos está indicado hacer un by-pass distal. Otras complicaciones tardías son la obstrucción proximal de la anastomosis gastro-yeyunal, que se suelen resolver con dilataciones endoscópicas. La obstrucción también puede ser distal del asa eferente por causas funcionales o anatómicas y la obstrucción intestinal por adherencias. También son complicaciones tardías las úlceras pépticas y las fístulas gas-





# La nova Facultat de Medicina de Lleida i els seus orígens

Els estudis de medicina a Lleida tenen dues dates fonamentals: l'any 1300, quan Jaume II fundà la Universitat, i l'any 1977, quan la ciutat recuperà els estudis. Per tant, han passat 25 anys des de la creació, primer, d'una extensió universitària de la Universitat Central i, després, de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. Butlletí Mèdic s'afegeix a la celebració del 25è aniversari de la moderna facultat.

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

Deixem escrites en aquest treball, especialment encomanat pel degà de Medicina, el Dr. Joan Prat i Corominas (2001) –i que vol contribuir i sumar-se a la celebració enguany del 25è aniversari dels estudis de medicina–, unes quantes notes i apunts al·lusius als primers passos que van fer realitat la nova Facultat de Medicina de Lleida, així com als seus antics orígens.

Com veurem a través d'aquestes línies, la gènesi de l'antiga facultat del 1300 i la de la nova del 1977 va ser aparentment diferent. La primera va néixer gràcies a l'òptima situació topogràfica de Lleida dins el territori de la Corona d'Aragó; en canvi, la Facultat actual s'originà a causa de la plètor de la de Barcelona, on l'excés d'estudiants feia inviable un correcte ensenyament. En el fons, però, un germen d'equilibri territorial –en aquest cas acadèmic– palpitava en ambdós orígens, salvades naturalment les possibilitats de comunicació geogràfica d'una i altra època.

Hi hagué, no obstant això, un punt en comú en els inicis de les dues facultats que podem deixar perfectament anotat en aquest escrit, sense por d'equivocar-nos, i és que les institucions locals, encara que separades per un lapse de gairebé set segles, tenien les mateixes ganes i desigs d'acollir els estudis universitaris a la ciutat.

Una primera prova fefaent de l'anhel lleidatà d'acolliment universitari, la tenim en el privilegi confirmat pel rei Alfons III el Benigne l'any 1327 en atenció a l'oferiment de la ciutat a donar llocs concedents als estudiants per habitar-hi'.

Sense altres preludis, dividim l'escrit en tres parts: la nova facultat vista des de Lleida i des de Barcelona; i els seus antics orígens, amb especial menció i memòria d'alguns dels primers mestres.

La nova Facultat. Com es veia des de Lleida

Al cap de poc temps de ser inaugurat el nou edifici col·legial de la rambla d'Aragó el 21 d'abril de 1974, i essent president del Col·legi el Dr. Tomàs Infante Arias, la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona li proposà el desenvolupament d'uns temes en forma de col·loqui sota el títol genèric de *El Colegio de Médicos de Lérida y su directriz académica*. Un dels quatre assumptes que es van llegir a l'Acadèmia el 18 de març de 1975 fou el títolat *Deseo y necesidad de una facultad de medicina llerdense*, a càrrec dels doctors Lorenzo



III Congrés d'Història de la Medicina Catalana. Conferència inaugural a càrrec del professor Jacint Corbella al palau de la Paeria de Lleida.

Díaz-Prieto i Ernest Pérez Lladós.

En aquesta comunicació exposaren els motius principals que al seu criteri justificaven la creació d'una facultat de medicina a Lleida.

Per una part, el 27% dels professionals de l'Escola d'Infermeria de l'Hospital Provincial posseïen la titulació de batxillerat superior, fet que els hagués decantat cap als estudis de medicina si la ciutat hagués estat seu d'una facultat.

Existia també en aquell temps una forta empena

local –un *patronat provincial*– en pro dels estudis universitaris, que havia aconseguit mecenatges generosos per part de lleidatans de diferents condicions i oficis. Els autors assignaven que, àdhuc els mateixos botiguers de Lleida, hi havien contribuït crematísticament.

Per altra part, ja feia tres anys que s'aconsellava als lleidatans que demanessin la creació d'un col·legi universitari de medicina amb la finalitat de col·laborar i absorbir el superàvit de l'alumnat de Barcelona, amb la idea també que en una segona etapa, i si ho fessin aconsellable les circumstàncies, es dugués a terme l'autèntica facultat.

Seguint el fil cronològic, pocs anys abans una ordre ministerial de 31 d'octubre de 1968 ja havia reconegut l'Estudi General de Lleida com a centre universitari adscrit a la Universitat de Barcelona, amb capacitat per impartir els ensenyaments corresponents a la carrera de Dret.

Un dels punts que podia posar en entredit la creació de la facultat era,

com és natural, la insuficiència del nombre d'alumnes locals per emplenar-la, cosa que Díaz-Prieto i Pérez Lladós veïen corregible amb la utilització factible d'estudiants de territoris limítrofs de Lleida.

Volent entrar ja en l'aspecte més tècnic de la qüestió, els autors argumentaren que els estudis que oferirien unes dificultats més grans serien els preclínic, tant per la manca de mitjans com de personal qualificat, encara que comptaven amb un catedràtic que sentint nostàlgia de la seva terra s'havia ofert a organitzar-los. Es referien, encara que sense dir-ho, al per mi volgut i enyorat professor René Serrat Torreguitart, de Gimènells, al qual li dec les beceroles de l'anatomia humana a Saragossa, que tant m'havien de servir després per comprendre en profunditat molts secrets de l'autòpsia judicial.

Seguint aquest pensament, i com és lògic, la solució inicial que proposaren per ensenyar les assignatures dels tres primers cursos de la carrera, fou el desplaçament de professors de

Barcelona.

En canvi, els estudis clínics no oferirien aquestes dificultats. Hi havia un fet molt concret que van voler ressaltar. Era que, en els darrers 20 anys importants metges de Barcelona havien passat els estius fent pràctiques a l'Hospital Provincial de Lleida, fins al punt que cap estudiant lleidatà es preuaria de ser-ho si no hagués desfilat llargues hores de les seves vacances per les sales del Santa Maria.

Per altra part, la capital de Lleida disposava de 600 llits hospitalaris i, a més, existia el projecte d'augmentar la xifra fins a 1.000 amb la construcció d'un nou Hospital Provincial i l'ampliació de la Residència de la Seguretat Social.

Una altra raó de molt pes i que en aquell temps bullia en els caps organitzadors de l'ensenyament de la medicina, aquí i fora d'aquí, era la nul·la utilització que es feia dels llits hospitalaris per a la docència clínica, fins al punt que les tendències mundials més avançades –encapçalades per l'OMS– optaven per utilitzar tots els recursos disponibles.

En aquest sentit, Díaz-Prieto i Pérez Lladós posaren com a exemple la Universitat de Yale, adduint que la seva Facultat de Medicina havia implantat com a norma que els estudiants es distribuïssin pels hospitals i centres mèdics de la regió, amb la finalitat d'estar en contacte amb els malalts des del primer moment dels seus estudis.

Fins aquí hem vist les idees que s'argumentaven des de Lleida, sobretot des de la classe mèdica, en pro de la necessitat de la creació a la ciutat d'uns estudis de medicina.

La nova facultat als ulls de Barcelona

L'altre aspecte de la qüestió, com és natural, l'hem de buscar a Barcelona i en concret a la seva Facultat de Medicina de la Universitat Central. Com s'albiraven des d'allí tots aquests problemes? Ens ho explica un *informe sobre l'estat de la Facultat de Medicina de Barcelona i la gestió del deganat (febrer 1979 - febrer 1982)*, escrit en forma d'apunts pel seu degà Jacint Corbella.

Si ens centrem en el temps, la direcció principal dels estudis de medicina a Catalunya era portada aleshores per l'equip deganal del professor Obiols (1972-1979); i després, a partir del 19 de febrer de 1979, pel nou degà Jacint Corbella, el qual havia exercit de vicedegà des de 1977 i, per tant, coneixia el problema.

Un dels punts del programa del nou equip fou la docència a les extensions (delegacions de Mataró, Tarragona i Lleida), el vicedegà de les quals era el

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



professor lleidatà Xavier Iglesias Guiu, càrrec que deixà el mes de maig de 1981 en ser nomenat vicerector de l'equip encapçalat pel professor Badia Margarit, precisament per encarregar-se també de les extensions.

Una de les tasques que es va proposar Corbella va ser la limitació d'accés d'estudiants de primer curs a la facultat, ja des del proper curs 1979-80, atenent sobretot al fet que l'ensenyament que es donava era purament teòric i l'exercici de la medicina és un fet pràctic.

Per altra banda, les extensions ja eren una realitat des del temps d'Obiols, que fou el primer a impulsar-les. A la seva habilitat i decisió es deu l'empenta inicial d'aquest procés descentralitzador dels estudis de medicina a Barcelona. La delegació de Mataró era la més antiga; i l'any 1977 es decidí l'ensenyament del primer curs a Tarragona i Lleida, malgrat que el Ministeri negava de dret l'existència d'aquestes delegacions, sobretot adduint que la qualitat de l'ensenyament no era bona.

Però malgrat les dificultats i els dubtes de tota mena, Corbella i el seu equip decidiren tirar-les endavant, aprofitant també l'obtenció per via política de la dotació per part del Ministeri d'Educació i Ciència de dues places de professor adjunt (una destinada a bioquímica, a Lleida, i l'altra a anatomia, a Tarragona).

Aleshores, el primer que es plantejaren fou l'aclariment de la relació entre la facultat i les extensions, ja que no hi havia res escrit en aquest sentit. Després veurem com es decidí fer-ho. Però abans direm que Corbella, coneixedor a fons del pla del degà Obiols pel fet d'haver-ne estat el seu vicedegà, volia continuar el camí iniciat per aquell, sobretot perquè pensava que hi havia alguns motius concrets que justificaven la lluita per a la consolidació d'ambdues extensions perifèriques.

El primer era que, malgrat la limitació d'accés d'alumnes a Barcelona, el seu nombre continuava sent molt alt i només amb els recursos del Clínic no era possible garantir un ensenyament correcte. Calia disposar d'altres hospitals. A Bellvitge, el nivell assistencial era prou bo, però a Tarragona i Lleida les residències de la Seguretat Social encara no tenien l'altura que l'equip deganal desitjava. Calia, doncs, ajudar a elevar.

El segon argument era que s'havia de potenciar també el desenvolupament cultural de les comarques catalanes, i la potenciació de centres de caràcter universitari es veia com un dels mecanismes més útils. Amb la mateixa intenció, Corbella va portar i

u **L'impuls dels degans Obiols i Corbella va ser decisiu per descentralitzar els estudis de Barcelona**

u **El III Congrés d'Història de la Medicina Catalana va celebrar-se a Lleida**

va presidir a Lleida el III Congrés d'Història de la Medicina Catalana, el qual se celebrà del 4 al 6 de juny de 1981 amb gran èxit i participació de les institucions locals i també de l'Ajuntament de Cervera, on tingué lloc la cloenda en record de la facultat del segle XVIII.

Tornant a allò que dèiem –que preocupava molt el degà–, no existia cap acord escrit i ben signat que regulés

la relació dels departaments de la Facultat de Barcelona amb l'ensenyament a Tarragona i Lleida. Es decidí discutir el tema en junta de facultat i l'opinió general dels seus membres va ser que els departaments no volien responsabilitzar-se d'un ensenyament respecte a la iniciació del qual gairebé no havien estat consultats.

Però com que ambdós extensions eren un fet, l'equip deganal, valorant els punts positius que tenien, elaborà un text que presentà a la Junta de Facultat del 13 de juny de 1979, segons el qual les extensions dependrien directament del degà i de l'equip deganal, sense dependència directa dels departaments. Es decidí, gairebé per unanimitat, que Tarragona i Lleida funcionessin en règim d'autonomia i sota la dependència directa del degà fins que arribessin a ser facultats independents.

Aquests van ser els orígens i primers passos documentats de la nova Facultat de Medicina de Lleida.

#### Els antics orígens de la facultat

El Consell de la Paeria, en sessió municipal del mes de març de 1293, acordà demanar al rei Jaume II el Just (1291-1327) la fundació d'un estudi general.

El papa Bonifaci VIII en una butlla de l'1 d'abril de 1297 aprovà la idea, i va prometre concedir a la projectada universitat tots els privilegis de què gaudia l'Estudi de Tolosa.



Amb el camí lliure, i tenint en compte que Lleida ocupava una posició geogràfica òptima dins el seu regne, Jaume II fundà la Universitat amb el famós privilegi atorgat a Saragossa l'1 de setembre de 1300.

S'ha dit que el seu regnat representa el moment culminant de la política catalanoaragonesa i, segons Ferran Soldevila, va ser un rei envoltat de legistes i escriptors, prosista i poeta ell mateix, àvid de política religiosa, afeccionat a la medicina i excel·lent orador.

El 28 de setembre de 1300 es van promulgar els seus estatuts, sobre els quals Denifle, historiador del segle XIX i estudiós de la nostra universitat, va dir que són uns dels més antics i bells que es coneixen en el món, encara no superats per cap universitat medieval espanyola.

Amb aquests estatuts fundacionals s'organitzaren des del principi els

estudis de gramàtica, arts (humanitats i filosofia), Medicina i, sobretot, les càtedres de dret civil i Canònic. La Facultat de Teologia començà més tard, el 1430. Jaume II s'interessà molt pels estudis de medicina, tenint com a consellers principals per a la seva creació Arnau de Vilanova (un dels seus metges de capçalera), el canonge de Lleida Ramon de Vilalta i el canonge i metge Ramon

Desvallés.

Durant el seu regnat s'encunyaren a Lleida les conegudes monedes pugeses d'origen francès, el valor de les quals corresponia a un quart de diner barceloní.

L'Estudi va tenir una durada de quatre segles, en el decurs dels quals tingueren lloc reformes importants l'any 1399 (de Martí l'Humà), el 1432 (de Maria d'Aragó, muller d'Alfons el Magnànim), el 1447 (del bisbe Garcia Aznárez d'Anyon), el 1575 (de Felip II), el 1613 (del bisbe Francesc Virgili) i el 1662 (del bisbe Miquel Escartín).

En els privilegis de reforma de l'Estudi donats per Felip II a Madrid el 27 de juliol de 1575, el monarca deia que l'Estudi de Lleida era dels principals d'Espanya i que l'Audiència d'Aragó i Catalunya es componia gairebé únicament de doctors graduats a Lleida. Disposava també la forma de proveir les càtedres i assignava els salaris corresponents, així com la manera de vestir els estudiants. Feia per tot això comissió al bisbe Miquel Puig i després de la seva mort al bisbe Antoni Agustín<sup>2</sup>.

Durant aquests 400 anys van passar per Lleida i el seu Estudi personatges famosos, com ara el papa Calixt III, Sant Vicenç Ferrer, Vicent Garcia (rector de Vallfogona), Josep de Calasanz, Pere Cerbuna i del Negro, etc.

També es dugueren a terme dos fets mèdics pioners en el món d'aleshores, tals com la publicació per Jaume d'Agramunt del primer Regiment per a la prevenció de la pesta de 1348, i la primera autòpsia judicial feta el 26 de febrer de 1385 descoberta i publicada per nosaltres en altres treballs.

Cal dir que Jaume d'Agramunt era originari d'una família de Cappel de la nostra ciutat i inicià la seva càtedra de medicina el 1345, gairebé de manera coetània a la del mestre Anglons (1344), i morí al cap de tres anys, precisament de la pesta que ell mateix havia ensenyat a prevenir amb el seu famós escrit.

Hi ha un succés relacionat amb el personatge que incloem en aquesta ressenya històrica pel fet de relacionar-se amb la medicina legal del seu temps. Tres anys després de la seva mort, l'any 1351, la seva vídua Isabel va ser imputada d'un crim –creiem que d'una criatura–, probablement

dut a terme per asfíxia. La dona, ja traspasat el mestre, tingué un fill amb el rector de Palau de l'Horta, Peyrot, el qual sembla que participà també en aquest assassinat<sup>3</sup>.

Amb la guerra de Successió (1705-1714) acabà la Universitat lleidatana. Es convenien assenyalar, però, que ja el 1700, amb l'inici del regnat de Felip V, els paers i l'Estudi General s'adreçaren al monarca per sol·licitar-li la seva continuïtat. Però atès que Catalunya va ser partidària de l'arxiduc Carles d'Àustria, el rei optà per traslladar-la a Cervera. L'11 de maig de 1717, el corregidor d'aquesta ciutat ordenà al darrer rector de l'Estudi, Josep Voltes, que lliurés les masses i insignies de la seva dignitat, però aquest no obedi i se les emportà com a protesta de la injusta espoliació.

Si anem als orígens de l'Estudi lleidatà, l'any 1300, veurem com durant els seus 25 primers anys, corresponents al regnat de Jaume II el Just (+ 1327), van destacar alguns metges que han quedat com els iniciadors de la docència mèdica aquí; i particularment un d'ells, Pere Gavet, a més de ser dels primers docents fou amb molta probabilitat originari de Lleida, igual que Jaume d'Agramunt, encara que més desconegut fins ara en l'àmbit popular.

L'any 1302, i recomanat per Jaume II, la Paeria contractà el catedràtic de Montpel·lier i resident aleshores a Avinyó, Guillem Gaubert de Beziers (+ 1323). Era casat, pertanyia a la diòcesi de Magalona i assistí el papa Joan XXII. Va ser també metge de capçalera del monarca des del 1302 fins al 1323. A Lleida duagué a terme una important tasca de traducció i correcció de textos àrabs o hebraics destinats a la docència.

Hem de tenir en compte que el món dels llibres gaudia d'una gran importància i fins i tot de privilegis. Així, de la mateixa manera que els estudiants de la Universitat de Lleida, els que portessin llibres a vendre eren eximits de lleuda i peatge<sup>4</sup>.

Gaubert tingué problemes pel cobrament d'honoraris per part de la Paeria a causa de la manca de diners. De Lleida estant, es desplaçà a Jaca per visitar el rei malalt, i va rebre pels seus serveis 193 sous jaquesos i 9 diners pel lloguer de tres mules.

Els tres últims anys de la seva vida (1321-1323) fou canceller a Montpel·lier, la universitat de provinença. Entre els seus escrits originals es coneix el *De informatio scholaris suis*, manuscrit que es troba a la Biblioteca Nacional de París.

Un altre dels primers professors va ser el probablement lleidatà Pere Gavet. Creiem que va néixer a Tabac, petit poble situat a la frontera de la Lleida sarraina, corresponent a l'ac-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Assistents al III Congrés d'Història de la Medicina Catalana, a la Paeria de Lleida.

tual terme d'Alguaire en els seus límits amb el de Rosselló.

El 13 de novembre de 1209, Arnau de Cervera i la seva muller Agnès donaren el castell i terme de Tabac al seu fill Pere Arnau, amb la condició que mentre visqués el pare, el fill li hauria de pagar un cafís anual de forment<sup>5</sup>.

El 7 de març de 1237 els habitants de Tabac juraren fidelitat i vassallatge a Arnau de Sanahuja<sup>6</sup>. En el segle XIV aquest llinatge continuava senyorejant el lloc, fins que el 5 de març de 1344 els marmessors de Pere Sanahuja el van vendre a Pere de Cescomes per 8.000 sous jaquesos<sup>7</sup>. El 29 d'abril de 1399, la ciutat de Lleida, que havia adquirit el castell i lloc de Tabac, els vengué a la Seu de la ciutat per 6.500 sous jaquesos<sup>8</sup>.

La vida de Gavet, com veurem seguidament, va transcórrer entre Barcelona i Lleida i sempre en el camp de l'ensenyament de la medicina. Té l'honor d'haver estat el primer professor de medicina probablement d'origen lleidatà que serví a l'Estudi General de la nostra ciutat.

El personatge, ignorem com i per què, però sobretot ens sorprèn si considerem el seu humil lloc d'origen –en el fogatge de 1365-67, Tabac tenia 7 focs, és a dir uns 30 habitants–

Un dels primers professors de l'Estudi General va ser el probablement originari de Lleida Pere Gavet

es llicencià en medicina a París i féu cap després a Barcelona, on exercí com a professor a l'Estudi General del Convent de Frares Predicadors o de Santa Caterina (situat en el lloc que ocupa actualment la plaça Reial), centre d'ensenyament subvencionat per Jaume II amb 2.000 sous anuals, a partir de 1297.

Després, el 1311, el rei li oferí llegir medicina a l'Estudi de Lleida, atesa la petició del bisbe Ponç d'Aguilaniu i del Consell de la Paeria en creure que el seu magisteri seria molt important per a la nostra ciutat. És molt probable que tinguessin en compte les arrels lleidatanes de Gavet, car, de fet,

potser havia nascut a les mateixes rodalies de la capital i el devien conèixer directament o indirecta. El mateix any el monarca també escriví al mestre Bernat de Bonhora per llegir medicina a l'Estudi General de Lleida.

Un cop a Lleida, Gavet va tenir problemes econòmics, fet freqüent en el decurs de la vida universitària i dels seus antics professors. Segons Cardoner, el sou concordat per fer la feina docent en realitat devia ser molt insegur si pensem que els anys 1318 i 1319 el rei ordenava als paers el pagament dels diners que se li devien.

De la seva estada a Lleida en sabem algunes coses, encara que esparses i poc abundants. Però del que no ens queda cap dubte, i això és important, és que Gavet gaudia de l'estima i protecció de Jaume II, el qual l'any 1315 ordenà als seus funcionaris que li permetessin treure del Regne un rossí de pèl rullat, no sabem amb quina destinació ni per quin motiu; al mateix temps obligava la comunitat jueva de Lleida que li paguessin –malgrat la moratòria que els havia concedit per retribuir altres creditors– uns deutes possiblement relacionats amb els exàmens que Gavet feia als metges jueus per poder obtenir l'autorització reial per a l'exercici de la medicina.

També ordenà al batlle de Lleida que no impedís a Gavet treure de la ciutat per trametre a Barcelona 200 bassagues de forment i 500 d'ordi o avena, mesura de Lleida. Tampoc no sabem el motiu d'aquesta operació.

En aquell temps els llibres eren un bé molt preuat i no fàcil d'adquirir. Però Gavet devia estar ben connectat amb el món cultural de l'època i sobretot amb el de la medicina. Prova d'això és que l'any 1319, Jaume II li escrigué una carta en què li demanava una *Cirurgia Nova* que el mestre havia rebut feia poc de París. És possible que es tracti de la cirurgia de Lanfranc, com ha apuntat Cardoner, o bé de la de Tederic de Lucca, ambdues amb traduccions al català<sup>9</sup>.

La confiança que li tenia dipositada

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

## ACRÒNIMS

ACL: Arxiu Capitular de Lleida

## NOTES

- (1) ACL. Caixa 151, núm. 7 182
- (2) ACL. Caixa 51, núm. 7178-9(3)
- CAMPS CLEMENTE, M.: Anàlisi dels aspectes mèdics de la mort violenta a Lleida a la Baixa Edat Mitjana. Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona, vol. I, Barcelona, 2001, 106.
- (4) ACL. Caixa 151, núm. 7178-9
- (5) ACL. Caixa 163, núm. 4569.
- (6) ACL. Caixa 163, núm. 4561.
- (7) ACL. Caixa 163, núm. 4556.
- (8) ACL. Caixa 163, núm. 4550.
- (9) CAMPS SURROCA, M.: Inventaris de metges i cirurgians a Catalunya (segles XIV-XVIII). Discurs llegit en l'acte de recepció d'acadèmic numerari electe, Barcelona, 2001, 104-105 i 108-109.

## BIBLIOGRAFIA

- MESTRES PINTÓ, F.: Contribución al estudio histórico de la Farmacia y de la Higiene en Lérida y su comarca. Lérida, 1951.
- POCH, J.: Estado actual de las investigaciones críticas sobre la antigua Universidad de Lérida. Instituto de Estudios Ilerdenses. Lérida, 1968.
- LLADONOSA PUJOL, J.: La facultat de

medicina de l'antiga Universitat de Lleida. R. Dalmau, Ed. Episodis de la Història, Barcelona, 1969.

LLADONOSA PUJOL, J.: Comentarís i aportacions documentals per a la Història de la Medicina de Lleida. Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 1977.

LLADONOSA PUJOL, J.: Notícia Històrica sobre el desenvolupament de la Medicina en Lérida. Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Lérida, 1974.

CARDONER PLANAS, A.: Història de la Medicina a la Corona d'Aragó (1162-1479). Editorial Scientia, Barcelona, 1973.

CARDONER PLANAS, A.: Pedro Gavet, maestro en medicina del siglo XIV. Medicina Clínica, Tomo XLIV, N° 6, 1965, 425-426.

ROCA, Joseph M.: L'Estudi General de Lleyda, Barcelona. Conferència llegida fragmentàriament en la Sala d'Actes de la Paeria de Lleyda, ab motiu del Congrés de Metges de Llengua Catalana celebrat en dita ciutat.

CALBET CAMARASA, J.M.; CORBELLÀ CORBELLÀ, J.: Diccionari Biogràfic de Metges Catalans. Fundació Salvador Vives Casajuana i Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona, Barcelona, 1981.

Facultat de Medicina de Lleida  
25 ANYS

# CLÍNICA MONTSERRAT



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



### NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

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

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



### HABITACIONS INDIVIDUALS

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

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

el monarca féu que Gavet es desplaçés al monestir de Sixena a visitar la infanta Maria, i la visita li va ser pagada amb 200 sous barcelonesos.

Se sap que després del 1320, amb més de nou anys de docència a Lleida en el seu currículum, retornà a Barcelona com a professor un altre cop de l'Estudi General, on havia iniciat la tasca docent. Segons el llibre de deliberacions del Consell barcelonès se li assignà un sou de 30 lliures anuals els anys 1321 i 1322.

En aquesta ciutat també examinà jueus per concedir-los la llicència necessària per a l'exercici de la medicina. Com a exemple citarem un cas de 1333 descrit per Josep Maria Roca en el seu treball sobre l'Estudi de Lleida, on parla de l'examen fet a Vidal Abid, en el qual Gavet inclogué algunes condicions lligades a la concessió de la llicència. Unes eren de caràcter pràctic, com ara la necessitat d'informar sobre el laxant i de mostrar-lo al malalt abans d'administrar-li; altres de tipus ètic, encaminades a tractar els indigents d'una forma exquisida: aconsellar-los bé, tractar-los amb medicines provades a consciència i sense experimentar, i atendre'ls també amb ciència i sense deixar d'estudiar un cop superat l'examen. En aquest sentit recomanava llegir llibres d'art durant un període de dos anys posteriors a l'examen.

Gavet va morir a la Ciutat Comtal l'any 1345 o 1346, a la seva casa del carrer d'en Lladó de la parroquia de Sant Just. Deixà vidua i dues filles i per pròpia voluntat fou soterrat en el cementiri del monestir dels frares menors, amortallat amb l'hàbit de menoret.

L'any 1346, probablement ja mort, els consellers de Barcelona escrigueren als paers de Lleida per elogiar les tasques dutes a terme per Gavet a l'Estudi d'aquella ciutat.

Gavet havia fet testament el 4 de juny de 1345 i se sap que tenia dues filles, Saurina (muller del notari de Barcelona Bernat Despuig) i Blanqueta (casada amb el llicenciat en lleis Pere de Plana), un germà i una germana, ambdós morts, i diversos nebots. Deixà també –i això ens interessa des del punt de vista de la seva relació amb la nostra ciutat– un llegat a l'apotecari de Lleida Francesc Folquer, fill d'una germana de la seva muller; un altre a la seva neboda Ramoneta, casada amb el perpunter de Lleida Martí de Ripoll; un altre als seus nebots directes, habitants de Tabac, i als de la seva muller de Torrebesses.



La Diputació de Lleida va cedir l'antic col·legi dels germans Maristes.



## La primera pàgina de su historia

Román Solá Martí y Virgilio Aranda Rodrigo

Como consecuencia de la guerra de Sucesión habida en España a principios del siglo XVIII, la ciudad de Lleida vio suprimido su antiquísimo Estudio General, que databa nada menos que de 1300, cuando se constituyó como la primera universidad creada en Cataluña. En aquel contexto de derrota, y con unos estudios universitarios en franca decadencia en casi toda Cataluña, las nuevas autoridades borbónicas decidieron realizar un experimento reformista, que buscaba reavivar la precaria y deficiente situación de la universidad. Puestos a centralizar los estudios universitarios, las ciudades de Lleida y Cervera se consideraron como sedes para ubicarlos. Posiblemente, la reciente resistencia austracista de la primera decantó la decisión de situar la única universidad del Principado en la ciudad cervecense. Con esta decisión, Lleida perdió su universidad y con ella su facultad de medicina.

Hubo que esperar dos siglos y medio para que aquella decisión pasara a mejor vida. Aunque a veces se ha argumentado que la restauración de los estudios universitarios en Lleida res-

pondió a una consciente política de reequilibrio territorial, discurso válido para las autoridades locales de la década de 1960, parece más ajustado a la verdad decir que fue el exceso de demanda de plazas en las facultades de las universidades de Barcelona lo que motivó dicha decisión de las autoridades universitarias. En efecto, el rector de la Universidad de Barcelona, Joan Obiols i Vié, el decano de la Facultad de Medicina, Josep Carreras i Barnés, y los presidentes de los colegios de médicos de Cataluña dispusieron, el 7 de septiembre de 1977, la apertura de delegaciones de la facultad de medicina en Tarragona y en Lleida. De este modo intentaban resolver los problemas de matrícula de aquel mismo curso. Como telón de fondo de esta resolución se encontraba, así mismo, el movimiento de estudiantes, que se oponía al establecimiento de la norma de "numerus clausus" acordada dos años antes para los estudios de medicina.

A partir de aquella decisión, los acontecimientos se sucedieron de forma vertiginosa. El ministerio autorizaba el 14 de octubre la puesta en funciona-

miento de las extensiones de la Facultad de Medicina en Tarragona y en Lleida. El escrito únicamente ponía como condición que los costes de dicha instauración fuesen sufragados por la Universidad de Barcelona o por las instituciones públicas ilerdenses. En el caso de Lleida se optó por la creación de un Centro de Formación de Medicina dedicado a impartir tres cursos. Esta unidad docente se constituyó, jurídicamente, como una delegación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona en el Estudio General de Lleida, centro que dependía de aquella universidad y que se encontraba acogido, de forma provisional, a la regulación de Colegios Universitarios prevista en la Ley de Reforma Universitaria de 1970. Una semana más tarde, se ordenaba a los servicios administrativos del Estudio General la apertura de una preinscripción de matrícula y se nombraba director del centro a Romà Solà i Martí, que desempeñó su cargo desde ese año hasta 1984.

El intento de limitar la matrícula por parte de la Universitat de Barcelona, previsto en la preinscripción, suscitó la fuerte

oposición del alumnado, que pronto se organizaría en una asociación de padres, tutores y alumnos. Finalmente, las negociaciones culminaron con el acuerdo de matricular a todos los preinscritos, quedando así cerrada la matrícula en 154 alumnos. Dicho acuerdo comportaba aportaciones económicas de la asociación para contribuir al mantenimiento de los nuevos estudios, dado que dicho gasto no estaba previsto en los presupuestos de la universidad barcelonesa en aquellos momentos.

Las primeras labores del recién nombrado director fueron las de buscar un profesorado adecuado y una correcta ubicación para impartir las clases. Ambas tareas tenían, inicialmente, una difícil solución. A finales de octubre, el responsable de los servicios administrativos del Estudio General, Virgilio Aranda, visitaba Barcelona para informarse de la situación e iniciar el proceso de puesta en marcha. Y el Colegio de Médicos en Lleida, presidido por Buenaventura Lladonosa i Gallart, convocaba una reunión urgente de su junta a la que asistieron Solá y Aranda. El objeto central de la misma fue intentar encontrar solución a los dos temas más perentorios: profesorado y espacios.

La organización académica: una apuesta por la calidad docente

Mientras se daban los primeros pasos para la ubicación provisional, se concretaba con el rectorado de la Universidad de Barcelona las plazas de profesores dedicadas a impartir la docencia: una plaza de adjunto interino para el director y nueve contratos de nivel B sería la dotación final para el curso 1977-78. La formación de la plantilla de profesores no estuvo exenta de dificultades. Primero, porque la creación de plazas para Lleida disminuía las de Barcelona y, segundo, por la presión ejercida por los responsables de los servicios médicos de los hospitales ilerdenses. Estos problemas de provisión subsistieron hasta 1981. No obstante, con la elección como rector de Antoni Maria Badia i Margarit, el 19 de enero de 1978, la situación mejoraría notablemente. Las visitas cursadas a Lleida por

los diferentes miembros de su equipo permitieron tomar conciencia de la situación de penuria de estos centros. De hecho, el propio rector y los vicerrectores Josep Lluís Sureda, Enric Casasses, Miguel Siguan i Eulalia Vintró, que provenían de facultades con delegación en Lleida, fueron los mejores avales de la continuidad y potenciación de las delegaciones. Las dificultades de los tres primeros años se resolvieron a veces con el apoyo del resto de los centros de Lleida, Derecho y Letras, que permitían la utilización de fondos de sus respecti-

vas plantillas para completar la de Medicina.

La universidad había tomado durante el curso 1979-80 la decisión de impartir el segundo ciclo de la especialidad de medicina en las delegaciones de Lleida y Tarragona a partir del curso 1980-81. Sin embargo, para aplicar dicha medida se precisaba la aprobación del ministerio, que era quién debía dotar la plantilla docente y el presupuesto general. El acuerdo con el ministerio, concretado en septiembre de 1980 con el entonces ministro Luis González Seara, contenía la dotación de plazas y de presupuestos para medicina y para todos los estudios de la delegación de Lleida, acuerdo que se hacía extensivo a la delegación de Tarragona. La concreción de dicho acuerdo para medicina se haría efectiva a finales de 1981. En medio de la elaboración de la plantilla docente de la Universidad de Barcelona, así como de su reestructuración académica, incluida la que afectaba a las delegaciones ahora consideradas centros a todos los efectos, los estudios de medicina conseguirían dotarse por fin de una plantilla de 63 profesores a finales de 1985 (1 catedrático, 9 adjuntos, 4 ayudantes, 31 encargados de curso de nivel B y 18 encargados de curso de nivel A).

La ubicación: diez años de provisionalidad

Los edificios de que disponía el Estudio General no podían acoger los nuevos estudios por falta de espacio. Esta precaria situación fue el motivo de que hubiera de solicitarse al Instituto de Bachillerato Gili i Gaya la cesión de aulas en horario de tarde con el objeto de impartir las clases de medicina, para lo cual Solá tuvo que ponerse en contacto con su director, Josep Varela i Serra. Las conversaciones con la dirección fueron satisfactorias, pero el resultado no fue el esperado por la oposición de la junta del Instituto. Ante esa falta de entendimiento, sería la Escuela Universitaria de Formación del Profesorado, antigua Escuela de Magisterio, dirigida entonces por Maria Rúbies, la que cedería el salón de actos para impartir las clases. De hecho, en la práctica, ésta fue la primera colaboración académica entre dos centros de Lleida pertenecientes a dos universidades distintas.

La provisionalidad en la Escuela de Magisterio obligaba a buscar una ubicación estable para los estudios de medicina. Para dicha solución se pensó en solicitar la colaboración de las instituciones locales. En esta ocasión, la Diputación de Lleida fue la que ofrecería el antiguo edificio de los hermanos maristas situado en la calle Anselm Clavé. Dicho edificio requería una adaptación para los nuevos usos, proyecto que representaba un coste de cuatro millones y medio de pesetas destinados

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



a habilitar tres aulas, dos seminarios, tres laboratorios de prácticas, una sala de profesores, un despacho de dirección, una pequeña biblioteca y una secretaría administrativa. En la remodelación se implicaron la Diputación, el Ayuntamiento de Lleida y la asociación de padres, tutores y alumnos. A principios del curso 1979-1980, Jaume Culleré, entonces presidente de la Diputación, cedería en uso estas instalaciones a la universidad. La recién inaugurada provisionalidad duraría hasta 1989.

En el contexto de estos modestos pero significativos avances, la Universitat de Barcelona había tomado la decisión de potenciar las delegaciones territoriales de Lleida y Tarragona. Con esta finalidad, la junta de gobierno de dicha institución había aprobado un protocolo de relaciones entre el rectorado, las facultades de Barcelona y sus delegaciones en Lleida. El reglamento dispo-

explicó a Mayor Zaragoza el proyecto de la remodelación del edificio que debería ubicar los estudios de Derecho, Letras, Medicina y los servicios administrativos de la delegación y se abrieron finalmente las negociaciones para la financiación de las obras.

En ese mismo año de 1982 se estaba impartiendo el quinto curso de medicina. La consecuencia de esa ampliación a segundo ciclo era una notoria falta de espacio, cuestión que se resolvió mediante un nuevo acuerdo con la Diputación para incorporar a las dependencias del centro un edificio situado en el mismo recinto, inmueble que debía ser adecuado para las nuevas funciones. Las obras de acondicionamiento permitieron crear tres laboratorios de investigación, trasladar la biblioteca, montar un estabulario y acondicionar una sala de disección, remodelación que se haría en colaboración con las dos instituciones locales, Diputación y Ayuntamiento. El 6 de julio de este mis-

mo año, la Junta de Gobierno de la Universidad de Barcelona aprobaría la condición de Centro Consolidado para los estudios de medicina, estatuto que significaba su autonomía con respecto a la Facultad de Medicina de Barcelona.

El 9 de abril de 1984, el rector Badia i Margarit, en compañía del vicerector de asuntos económicos, Ramon Torrent, y del gerente, Josep Maria Farrando, vinieron a Lleida para el acto de entrega del anexo del edificio de la Facultat de Medicina, acto inaugural que se realizaría con la presencia de Ramon Vilalta y Antoni Siurana, presidente de la Diputación y alcalde, respectivamente. En dicha sesión, Vilalta expuso la intención de remodelar a fondo el Hospital Provincial y ofreció a la Universitat de Barcelona la posibilidad de instalar la Facultat de Medicina en su recinto. Aunque en la respuesta del rector no hubo un compromiso firme, la idea fue recogida por Víctor Siurana desde la dirección del Estudi General y por Román Solá y, posteriormente, Joan Fernández desde el decanato de la Facultat de Medicina. En los tiempos sucesivos se siguió trabajando para alcanzar un acuerdo institucional al respecto. Sería a principios de diciembre de 1985 cuando la idea y los esfuerzos realizados cristalizarían en un principio de acuerdo entre Antoni Badia i Margarit y el vicerector Xavier Iglesias por parte de la Universitat de Barcelona, y Ramon Vilalta por parte de la Diputación. El 13 de diciembre de 1985 se firmaba el convenio entre la Diputación y la Universidad para la ubicación de los estudios de medicina en un edificio de nueva planta a construir en el Hospital de Santa María. Dicha decisión permitía, por un lado, la descongestión del seminario y, por otro, la integración de la Facultat de Medicina en la red de hospitales públicos de Lleida.

El proceso estatutario de la Universitat de Barcelona, culminado en el último trimestre de 1985, consolidaba definitivamente como división VI de la Universitat de Barcelona al Estudi General de Lleida. Este hecho facilitaría la firma del convenio con la Diputación. En su proceso político intervinieron directamente Ramon Torrent y Amadeo Petitbó, subdirector de la delegación de Lleida; mientras que la redacción técnica estuvo a cargo de Francisco Xavier Pomés, director del Área de Sanidad de la Diputación, y Virgilio Aranda, jefe de los servicios administrativos del Estudi General. El pacto entre las dos instituciones implicaba, entre otros, el compromiso de la Diputación para construir un edificio en el Hospital Santa María como sede de la Facultat de Medicina en Lleida y, por parte de la Universitat de Barcelona, el de integrar en su seno a la Escuela de Enfermería, que era de titularidad de la Diputación.

Las obras de la facultad terminarían a principios de 1989, procediéndose a su equipamiento por la universidad con un presupuesto de 70 millones de pesetas. El 16 de marzo de ese mismo año tuvo lugar el primer acto académico en la nueva sede, la lectura de la tesis doctoral del profesor Jordi Calderó i Pardo, y un mes más tarde de la inauguración, el 14 de diciembre, defendía la suya el profesor Joan Prat i Corominas, pruebas inequívocas ambas de que la falta de medios no había representado un obstáculo insalvable para el desarrollo de la actividad científica médica en Lleida. El 2 de noviembre, Josep Maria Bricall i Masip, a la sazón rector de la Universitat de Barcelona; Ramon Companys, presidente de la Diputación de Lleida, y Josep Laporte, conseller competente en materia de universidades, inauguraban el edificio, lo cual representó la consolidación definitiva de la docencia y la investigación del área de sanidad del Estudi General de Lleida.

Al mismo tiempo, se había iniciado la "operación seminario", es decir, la compra del antiguo Seminario Conciliar de Lleida al objeto de convertirlo en la sede del Estudi General, salvando de este modo la paupérrima situación de las facultades de Derecho y Letras, situadas en el histórico edificio del Roser, y la de Medicina, en el de Anselm Clavé. Con la colaboración de la Diputación, el seminario fue adquirido por el Ayuntamiento, y el 1 de junio de 1982 era definitivamente cedido a la Universitat de Barcelona. No obstante, antes de proceder a la firma de dicho acuerdo, hubieron de resolverse algunos problemas de inversión, lo cual debía hacerse en Madrid. La casualidad quiso que el entonces ministro competente en materia universitaria, Federico Mayor Zaragoza, viniese a Lleida a una reunión de su partido (UCD), circunstancia que fue aprovechada por las autoridades locales para facilitar una entrevista con el rector Badia i Margarit, reunión que motivó incluso un cambio en la agenda ministerial al efecto de girar una visita al Seminario. Durante el recorrido se le

mo año, la Junta de Gobierno de la Universidad de Barcelona aprobaría la condición de Centro Consolidado para los estudios de medicina, estatuto que significaba su autonomía con respecto a la Facultad de Medicina de Barcelona.

El 9 de abril de 1984, el rector Badia i Margarit, en compañía del vicerector de asuntos económicos, Ramon Torrent, y del gerente, Josep Maria Farrando, vinieron a Lleida para el acto de entrega del anexo del edificio de la Facultat de Medicina, acto inaugural que se realizaría con la presencia de Ramon Vilalta y Antoni Siurana, presidente de la Diputación y alcalde, respectivamente. En dicha sesión, Vilalta expuso la intención de remodelar a fondo el Hospital Provincial y ofreció a la Universitat de Barcelona la posibilidad de instalar la Facultat de Medicina en su recinto.

Aunque en la respuesta del rector no hubo un compromiso firme, la idea fue recogida por Víctor Siurana desde la dirección del Estudi General y por Román Solá y, posteriormente, Joan Fernández desde el decanato de la Facultat de Medicina. En los tiempos sucesivos se siguió trabajando para alcanzar un acuerdo institucional al respecto. Sería a principios de diciembre de 1985 cuando la idea y los esfuerzos realizados cristalizarían en un principio de acuerdo entre Antoni Badia i Margarit y el vicerector Xavier Iglesias por parte de la Universitat de Barcelona, y Ramon Vilalta por parte de la Diputación. El 13 de diciembre de 1985 se firmaba el convenio entre



Per què el seu futur estigui ben clar

## La Diputación construyó el edificio de la actual facultat en el Hospital de Santa María

## MediPlan

### PLANS DE PENSIONS 2002

El Col·legi posa a la seva disposició un Pla de Pensions especialment avantatjós per estalviar i obtenir un capital en el moment de la seva jubilació.

#### Amb Flexibilitat

Pot triar la fórmula que millor s'adapti a les seves necessitats.

Pot determinar anualment la composició del seu pla.

Pot realitzar les aportacions de forma periòdica o única.

#### Amb Adaptabilitat

Adequació de la inversió en funció de l'evolució del mercat i de l'actitud enfront al risc.

#### Amb Total Garantia

Una gestió avalada per 13 anys de rendibilitats elevades.

Amb una comissió de control integrada per metges.

Un patrimoni de 26,4 milions de euros.

Informi-se'n al Col·legi o trucant al 902 197 261



# La Facultat mirant al futur

Lleida, novembre de 1977. Dos anys després del final (més o menys) de la dictadura heretada de la Guerra Civil. Sense actes solemnes, i d'una forma improvisada, sense la més mínima planificació ni previsió de futur, s'inicia la primera classe del primer curs de Medicina a l'escola de Magisteri (poc després tancada per aluminosi). L'estudiantat és una barreja de lleidatans que han vist l'oportunitat d'esdevenir metges sense marxar de casa, i altres desplaçats, no sempre de bon grat, des de l'ànima *mater* del carrer Casanova, on el degà Obiols i el seu equip han arribat a una única conclusió: els estudiants no hi caben.

Resulta difícil pensar que l'inici de curs l'any 1300, en plena edat mitjana, de l'única facultat de medicina de la corona d'Aragó, a la capital del Segrià, hagués pogut ser més improvisada.

Tanmateix, aquest novembre de 1977, sense recursos ni planificació, un grup de professionals de la medicina joves i motivats varen posar sobre la taula allò que calia perquè l'experiència no donés lloc a l'experiència efímera que l'entorn i les circumstàncies podien augurar: un entusiasme sense límits, una confiança absoluta en els resultats d'un treball en què es posa tota la voluntat i un objectiu comú per damunt d'altres prioritats més immediates en l'àmbit personal. Que el repte es va superar ho demostra aquesta celebració. No podem deixar d'esmentar, amb gratitud, l'actitud entusiasta d'aquest petit grup inicial i l'ajuda de les principals institucions ciutadanes i de moltes persones que, amb confiança en la iniciativa i les persones, van "jugar fort". Al cap i a la fi, Lleida i els lleidatans van decidir ser el nucli poblacional més petit de l'Estat que compta amb una facultat de medicina.

De llavors ençà, l'evolució, tant en recursos com en resultats, ha estat lenta però constant, amb algunes fites remarcables.

## Els recursos

Pel que fa a espais, la construcció de l'edifici de la facultat en terrenys cedits per la Diputació de Lleida, la cessió d'una torre de la part antiga de l'Hospital Arnau, i en l'actualitat, la inclusió en el III Pla d'Infraestructures de la Direcció General d'Universitats de finançament per a la dotació d'espais de la facultat completaran, si bé amb el problema de la dispersió, les infraestructures que la facultat necessita per fer una docència de qualitat. I serviran, almenys, per atenuar les estretors amb què els departaments desenvolupen la recerca en l'actualitat.

Pel que fa al professorat, amb tots

## Dr. Joan Prat · Degà de la Facultat de Medicina de la UdL

els condicionants que un entorn sanitari de dimensions reduïdes suposa per a l'estabilització d'una plantilla alhora assistencial i amb ambicions universitàries, ha anat creixent amb una lentitud preocupant, particularment d'ençà de la constitució de la Universitat de Lleida i ara és, de molt, la més reduïda de totes les facultats de medicina de l'Estat. No cal dir fins a quin punt això és motiu de preocupació per a aquest deganat. El professorat de ciències bàsiques, tot i ser també limitat, ho és menys escandalosament.

Pel que fa als recursos d'aprenentatge, la de Lleida, potser perquè la mida reduïda facilita els acords, és una facultat que ha anat sempre al capdavant en l'àmbit estatal: l'excel·lent dotació inicial del laboratori de morfologia, la creació del primer laboratori d'habilitats clíniques de l'Estat, l'excel·lent dotació en recursos audiovisuals de les aules (actualment cada aula compta, a més dels mitjans tradicionals, amb ordinador, canó de projecció i connexió a Internet...).

També en l'estructuració de la docència hem anat pel davant de la majoria: ja gairebé des del principi, fins i tot amb el Pla d'estudis del 74, hi havia integració horitzontal d'àrees de coneixement a segon curs. El Pla d'estudis 93 va aportar nous coneixements a la formació que, a poc a poc, van incorporant altres facultats: genètica, anatomia clínica, gestió sanitària, antropologia i, sobretot, medicina primària. A més, l'elevat nivell de coordinació de la docència gràcies a l'existència de l'Oficina Docent, única al país, representa un pas intermedi entre la inexistència de coordinació de moltes facultats de l'Estat i l'exhaustiva planificació de l'aprenentatge des de les unitats d'educació mèdica de les facultats estrangeres més avançades. Aquests darrers anys moltes assignatures incorporen experiències formatives que inclouen l'ensenyament per problemes en els seus programes.

## Els resultats

La llicenciatura de la primera promoció, el 1983, i de les 19 que ininterrompudament l'han seguit –amb més de 800 metges formats–, i la seva tasca professional a Lleida (on constitueixen un 40% dels col·legiats) o en altres indrets, evidencien la com-

petència formativa de la facultat. Per altra banda, l'arribada el 1982 dels primers universitaris amb tradició investigadora al Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques va suposar l'inici de la creació d'un nucli de recerca que ha anat creixent i diversificant-se en aquests 20 anys i que ha fructificat espectacularment.

En aquests inicis del segle XXI podem afirmar, amb dades comparatives a la mà, que la producció científica mitjana dels equips del departament és, en l'àmbit estatal, molt destacada des del punt de vista quantitatiu, però, a més, és amb diferència la més publicada en les revistes més citades (considerat per molts l'índex més fiable de qualitat en la publicació científica) entre tots els nuclis universitaris de recerca biomèdica de l'Estat.

Aquestes dades palesen no només que la de Lleida és una bona facultat en el context nacional, sinó a més que, si utilitzem el quocient resultats/recursos com un indicador d'eficiència, malgrat no tenir les dades numèriques per fer el càlcul, tot fa suposar que és la més eficient.

## De cara al futur

Amb aquestes dades a la mà hom podria tenir la imatge d'una facultat satisfeta de si mateixa, que aspira a mantenir el seu estatus actual en el context de les facultats de medicina espanyoles. Però, una facultat que miri endavant ha de tenir en compte que en el segle XXI el futur s'acosta molt més ràpidament que en el segle anterior i els canvis són cada cop més profunds i accelerats. L'evolució tecnològica i social trasbalsa l'exercici de la professió, es reclamen noves competències al graduat, alhora que noves demandes socials modifiquen el paper de la universitat. La informació esdevé un dels béns més fàcils d'assolir per a qualsevol. El profund canvi cultural que caracteritza les noves generacions, juntament amb els

canvis educatius en les etapes prèvies, porten a la facultat estudiants amb capacitats diferents. Aquest fet, juntament amb els anteriors, obliga a revisar els indicadors d'excel·lència acadèmica, marca de qualitat de la universitat i els universitaris, i en resposta a aquest entorn, noves tendències formatives avancen per l'Europa unida.

En aquest context, la Facultat de Medicina del 2002 està planificant (ara sí) la del 2010. El Pla estratègic 2002-2010, que està a punt de tancar-se, posarà una vegada més (i ara en una concepció global) la facultat a l'avantguarda estatal en la formació de metges. Durant aquest període, diverses accions en gran part dissenyades ja, transformaran radicalment l'aprenentatge de la medicina a la facultat de Lleida. Accions com l'orientació de la formació cap a l'adquisició de competència professional per davant dels coneixements purs (la llista provisional està ja acabada); la integració, coordinació temporal en alguns casos en una primera fase, dels coneixements bàsics i clínics en un nou pla d'estudis; les metodologies d'aprenentatge actiu per part dels estudiants, amb l'ús de casos clínics per motivar l'aprenentatge per part de l'estudiant; un elevat nivell de planificació i coordinació de totes les activitats de formació entorn

de l'Oficina Docent i la seva Unitat d'Educació Mèdica; i obertura de la facultat a tota la professió del territori com a centre de provisió de recursos de formació més enllà de la fase de pregrau, en estreta cooperació amb les estructures sanitàries i professionals, són accions que comprometen la facultat i tots els seus membres en aquest futur immediat, en què la facultat vol continuar sent un motiu d'orgull per als lleidatans. I també servir amb molta més eficiència la salut en aquest territori en què està situada.

No s'escapa a ningú que una transformació d'aquest nivell ha de ser "energèticament" molt costosa. Tant pel que fa als recursos necessaris, i no només per tancar els forats actuals, com pel que fa al canvi cultural que suposa en tots els actors del canvi. Caldrà que, una vegada més, el major nombre d'implicats possible torni a posar sobre la taula un entusiasme sense límits, una confiança absoluta en els resultats d'un treball en el qual es posa tota la voluntat i un objectiu comú per damunt d'altres prioritats més immediates en l'àmbit personal per assolir la fita del 50è aniversari amb la mateixa sensació d'estar en una facultat on hem deixat de sentir de professionals d'altres facultats: "Ah!, però a Lleida hi ha una facultat de medicina?", per sentir sovint... "i a Lleida, com us ho feu això?!"

## Programa d'actes

Una taula rodona sobre "Recerca a les facultats de medicina: realitat i perspectives" iniciarà el 16 de desembre vinent el programa d'actes que ha organitzat la Facultat de Medicina de la UdL amb motiu del seu 25è aniversari. El Dr. Josep Enric Esquerda, catedràtic de la facultat lleidatana, moderarà aquesta taula rodona en la qual participaran el Dr. Joan Rodés, catedràtic de la Universitat de Barcelona, cap del servei de Patologia de l'Hospital Clínic i director de l'Institut d'Investigació Biomèdica August Pi i Sunyer; el Dr. Carlos Belmonte, catedràtic de la Universitat Miguel Hernández d'Elche, i la Dra. Elvira Fernández, cap del servei de Nefrologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. La taula rodona se celebrarà a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina a les 20 hores. El mateix dia 16, a la tarda, s'inaugurarà al vestibul de la facultat una exposició de panells sobre la recerca mèdica que duen a terme els equips de la facultat.



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

Som experts en veure la vessant informàtica de la medicina

**SALUS**

Software de gestió integral per a Centres Sanitaris

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

C. Taquígraf Martí, 16 • Tel. 973 223 185 • 25008 LLEIDA  
[www.q-soft.net](http://www.q-soft.net)

## Acords de la Junta de Govern del COML

La Junta de Govern del COML ha adoptat els següents acords en les sessions ordinàries celebrades els dies 5 de setembre i 10 d'octubre d'enguany.

- Nomenar el Dr. Joan Clotet Solsona representant de la Junta de Govern a l'Associació Mèdicoquirúrgica, que presideix el Dr. Abert Lorda Rosinach.
- Col·laborar en la sessió tècnica de maltractaments a la gent gran que tindrà lloc en el marc del saló Gerontàlia, que organitza l'Ajuntament de Lleida.
- Adherir-se al conveni sig-

nat pel Consell General de Col·legis de Metges i Telefònica, Telyco i Telefonía Mòviles que preveu importants avantatges econòmics i tecnològics per als col·legiats i col·legiades. Entre aquests avantatges hi ha contractar a través del COML les línies ADSL d'alta velocitat per navegar per Internet i obtenir els següents descomptes en la facturació telefònica:

- Telefonia fixa: 15%
- Telefonia mòbil (nacional): 8%
- Telefonia mòbil (internacional): 30%

### ELECCIONS COML

#### Presentació d'una candidatura conjunta i una d'individual

Una candidatura conjunta i una d'individual al càrrec de vocal de la secció de metges titulars s'han presentat a les eleccions a la Junta de Govern del COML. Els candidats són els següents:

#### Candidatura conjunta:

President: Dr. Xavier Rodamilans i de la O  
 Vicepresidenta: Dra. Rosa Maria Pérez i Pérez  
 Secretari: Dr. Carles Querol i Vela  
 Vicesecretari: Dr. Ramon Mur i Garcés  
 Tresorer comptador: Dr. Sebastià Barranco i Tomàs  
 Vocal secció metges titulars: Dr. Gonzalo Marión i Navasa  
 Vocal secció medicina rural: Dra. Mercè Pallerola i Planes  
 Vocal secció metges hospitals: Dr. Manuel Piqué i Gilart  
 Vocal secció metges assistència col·lectiva: Dr. Josep de Bèrgua i Llop  
 Vocal secció metges graduats els darrers cinc anys i/o en formació: Dr. Ricard E. López i Ortega  
 Vocal secció metges jubilats: Dr. Jordi Planella i Potrony  
**Candidatura individual:**  
 Vocal secció metges titulars: Dr. José A. Morales del Río

La junta electoral, que presidia el Dr. Jordi Vilaret, després de comprovar la documentació lliurada pels candidats, ha declarat electes tots els candidats de la candidatura conjunta a excepció del Dr. Gonzalo Marión, que, com el Dr. José A. Morales, concorria al càrrec de vocal de la secció de metges titulars. La junta va declarar deserta la presentació de candidatures a la vocalia de metges en atur, que quedarà vacant.

L'elecció del càrrec de vocal de la secció de metges titulars se celebrarà el 18 de desembre d'enguany a partir de les 11 hores.

## Uns 150 professionals assisteixen a la IV Jornada d'Atenció Primària de Salut

Uns 150 professionals de la salut van assistir a la IV Jornada d'Atenció Primària de Salut a les Terres de Ponent, que va celebrar-se el 5 d'octubre passat al centre cívic del barri de Balàfia, a la ciutat de Lleida. La jornada plantejava enguany el tema "L'atenció primària en crisi: nous temps, nous valors".

Els ponents van oferir un ventall d'opinions i d'opcions, fruit de la seva llarga experiència, a una audiència preocupada pels alts nivells d'exigència professional, la poca participació en els processos de presa de decisions, la progressiva burocratització del sistema sanitari, la pèrdua de prestigi social i la vigència d'un sistema retributiu desfasat.

#### Causas de la crisi

El professor Salvador García, del Departament de Psicologia Social de la Universitat de Barcelona, va tractar les causes de la crisi i va fer una proposta de millora en la ponència inaugural de la jornada. Per ell, la insatisfacció és el motor del canvi, ja que els canvis no sorgeixen d'una situació de satisfacció i, per tant, la insatis-

facció pot ser necessària.

El ponent va criticar amb duresa el discurs tecnocràtic i "les creences de l'eficientisme", perquè són sistemes que augmenten la burocratització i la desmoralització del personal. I va defensar una estratègia de progrés per a les relacions laborals i institucionals: l'enfocament humà. Així que s'hauria d'afegir la confiança, l'afectivitat, la sensibilitat i l'aprenentatge, entre d'altres, a valors actuals com l'eficiència, la qualitat, la responsabilitat, etc.

#### Expectatives i desànim

Després de la intervenció del Dr. Josep M. Sagrera, que va parlar sobre "Noves demandes, contenció de la despesa i satisfacció del personal... com pot encaixar", el Dr. Juan Gervas, professor de la Universitat John Hopkins d'EUA, va desenvolupar la ponència "La medicina general de família a Espanya el 2002: de les expectatives excessives al desànim". Segons el ponent, hi ha dotze errors capitals que expliquen l'afonia dels metges de capçalera: l'oblit històric, la debilitat de l'alternativa

#### Moviment col·legial

##### ALTES

Maria Pilar Acín Pérez, reingrés  
 Laura Trullols Tarragó, nova  
 Maria Dolors Viles Bertran, procedent de Barcelona  
 Maria Dolores Martínez Gracia, reingrés  
 Maria Àngeles Madariaga Ruiz, nova  
 Otto Gunar Wiedermann, nou  
 Llorenç Ramon March Sanjuan, procedent de Tarragona

##### BAIXES

Pau Ribó Jordana  
 Ramon Jovellar Santamaría  
 Juan Antonio García de Oteyza  
 Antoni Sanuy Canela

##### CANVIS DE SITUACIÓ

Jordi Planella Potrony, passa a col·legiat honorífic



La IV Jornada d'Atenció Primària a les Terres de Ponent va congrega prop de 150 professionals.



escollida en els centres de salut, el predomini de la burocràcia enfront de l'activitat clínica, la manca de personal auxiliar de qualitat, la selecció negativa dels metges de capçalera, la

debilitat del pensament científic, l'excessiu protagonisme de la indústria farmacèutica, l'endogàmia, la baixa qualitat científica i humana del treball clínic, la pèrdua d'autoestima, la

desestructuració de la resposta col·lectiva i la debilitat de les gerències. El Dr. Gervas va assegurar que la manca d'expectatives i el desànim que afecta els metges preocupa poc els

polítics i la societat en general. Per tant, el futur només és a les mans dels professionals de la salut, la qual cosa fa que el treball

PASSA A LA P. SEGÜENT

# Joies úniques

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

**PERE TENA**  
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

**Adéu a Jaume Cardona**

En el moment de tancar l'edició del *Butlletí Mèdic*, s'ha produït el traspàs del Dr. Jaume Cardona, col·legiat d'honor del COML. El Col·legi ha perdut una persona que, des de la pràctica de la medicina i des de la política, va dedicar la seva vida a servir la ciutadania de les terres de Ponent.

**VE DE LA P. ANTERIOR**

diari sigui una font de satisfacció i orgull, perquè els metges ho necessiten, però, sobretot, ho necessiten els pacients.

**Trobar solucions**

Després de la intervenció del Dr. Jaume Morató, director d'EAP del Raval sud de Barcelona, que va mostrar gràficament la realitat de la vida diària d'alguns pacients, el Dr. Josep Casajuana, metge de l'EAP del Gòtic i director del SAP Ciutat Vella de Barcelona, va abordar el tema "Serveis de qualitat amb satisfacció dels professionals i a un cost assumible? On dius que treballes?".

La ponència del Dr. Casajuana defensava que, en lloc de buscar culpables dels problemes, s'haurien d'invertir més esforços a trobar solucions. Aquest ponent va afirmar que els interessos de l'empresa sintonitzen teòricament amb els interessos dels professionals, però a la pràctica els gestors prioritzen el pressupost davant de qualsevol altre argument. I els professionals sovint s'instal·len en la cultura de la queixa.

**Crisi i descomposició**

El Dr. Jaume Capdevila, gerent de l'àmbit d'atenció primària de Lleida de l'ICS, va referir-se al tema central de la jornada: la crisi. Per al Dr. Capdevila no hi ha lloc per parlar de crisi, ja que l'actual model funciona des de fa poc i, per tant, la

perspectiva no és prou àmplia per jutjar-lo. En tot cas, els avenços aconseguits són eloqüents i verificables. Es va referir també al procés de modernització de l'ICS en el qual els professionals tenen un paper estel·lar.

Posteriorment, la ponència del Dr. Àngel Ruiz Téllez, metge de l'EAP Santomendí de Vitòria, va sorprendre força el públic. El ponent va argumentar que els mals que afecten el sistema no són deguts als professionals, ni als gestors, ni als pacients, sinó a la descomposició natural que pateix l'organització sanitària. Una descomposició que afecta qualsevol ser viu i tota l'organització social.

El procés de descomposició es produeix perquè els agents que conformen el sistema estan sota la influència de la llei del mínim esforç. Així, mentre la tendència de la població sigui desitjar-ho "tot per res", la tendència de la classe política sigui donar al client electoral "més per menys", i els professionals vulguin "menys per més", serà difícil posar-se d'acord i aturar el procés de descomposició.

**Pòsters guanyadors**

La jornada va finalitzar amb unes paraules elogioses per als comitès científic i d'organització del Dr. Ramon Morera, que va fer públics els noms i els autors dels pòsters guanyadors:

- "Seguiment d'una cohort de fumadors d'alt

risc amb espirometria", dels Drs. J. Clotet, J. M. Albalat i C. Ciria, del CAP de Ponts.

- "Causas del estrès en Atención Primaria", dels Drs. V. Sánchez, J. Duran, B. Fontecha, J. L. García i J. Pascual, de l'EAP Pla d'Urgell i de l'EAP de les Borges Blanques.

Text: **Dr. Joan Clotet**  
Fotografies: **Dr. Carles Roca**

**Beca de La Caixa a la investigació dirigida pel Dr. Comella**

La Fundació La Caixa ha becat la investigació sobre malalties neurovegetatives que desenvolupa el grup de Neurobiologia Molecular de la Facultat de Medicina de Lleida dirigit pel Dr. Joan Comella. La beca està dotada amb 147.442 euros (24,5 milions de pessetes).

L'equip investiga la degeneració de les cèl·lules del sistema neuronal, que és la base de malalties com l'Alzheimer, l'esclerosi múltiple, l'esclerosi lateral amiotròfica i el Parkinson. El grup col·labora amb altres equips d'investigació internacionals i de la resta de l'Estat.

El grup de Neurobiologia Molecular va publicar el juliol del 2000 una síntesi de la seva investigació en el número 23 del *Butlletí Mèdic*.

**El Dr. Jaume Capdevila, nou gerent de l'Hospital Arnau de Vilanova**

El Dr. Jaume Capdevila, gerent d'Atenció Primària de l'àmbit de Lleida, ha estat nomenat gerent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova en substitució del Dr. Ramon Pla. D'altra banda, el Dr. Josep Ramon Casas és el nou titular de la gerència d'Atenció Primària de Lleida.

**Curs d'acupuntura i homeopatia**

La secció col·legial de metges acupuntors, homeopates i naturistes del COML i la Facultat de Medicina de

la UdL organitzen un curs d'acupuntura i homeopatia, que tindrà lloc del 3 de febrer al 6 de març de l'any 2003. El curs, que es desenvoluparà a l'Hospital Arnau de Vilanova, s'adreça a llicenciats i doctors en medicina i cirurgia, i a estudiants de segon cicle de medicina. El termini de matriculació estarà obert del 7 al 24 de gener. Els coordinadors del curs són els Drs. Josep M. Meler i Antoni Sainz.

**9a edició del curs de postgrau Nutrició i dietètica clíniques**

La novena edició del curs de postgrau Nutrició i dietètica clíniques s'impartirà els mesos de març i abril del proper any 2003. Aquest curs s'adreça a postgraduats en matèries biosanitàries i afins (licenciats en medicina, farmàcia, biologia, tecnologia d'aliments i diplomats en infermeria, enginyeria agroalimentària, etc.) i consta de 16 crèdits computables distribuïts en 5 mòduls.

El termini de matriculació va començar el 16 de desembre de 2002 i finalitza el 31 de gener de 2003. Per a més informació, cal adreçar-se a: Secretaria del Departament de Medicina Avinguda Rovira Roure, 80 (Unitat Docent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova). 25198 Lleida  
Telèfon: 973 70 24 33  
E-mail: [teresa@medicina.udl.es](mailto:teresa@medicina.udl.es)



MUTUAL MÈDICA  
de Catalunya i Balears

5,25%

Ningú té més interès  
**que nosaltres**  
per vetllar pel seu futur

TIPUS FIX GARANTIT  
EXCLUSIU PER METGES

JUBILACIÓ **105**

PLA D'ESTALVI I JUBILACIÓ

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE  
LLEIDA

COML

mm

MEDICORASSE

CORREDORIA D'ASSEGURANCES  
del Col·legi Oficial de Metges



Per a més informació:  
Catalunya 902 13 36 67 (Medicorasse)  
Balears 93 319 78 00  
<http://www.mmcb.es>









# 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**  
ASSEGUANCES DE SALUT

