

BUTLLETÍ  
**mèdic**


Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 40 · Maig de 2003



# Milpa, Premi del COML a la Solidaritat



INVALID  SA

# LA COBERTURA MÉS VÀLIDA


DES DE 1920 AL SERVEI DELS PROFESSIONALS DE LA MEDICINA, MUTUAL MÈDICA representa la vocació d'ajuda i protecció per a vostè i la seva família, amb els millors serveis i assegurances i l'experiència d'un excel·lent equip d'assessors. Ara MUTUAL MÈDICA li ofereix l'assegurança d'Invalidesa i 30 primers dies per a donar millor solució a les seves necessitats.

DIFERENCIACIÓ

  
**MUTUAL MÈDICA**  
de Catalunya i Balears  
dels metges i per als metges

PER A MÉS INFORMACIÓ:

902 13 36 67 (Medicorasse) <http://www.mmcbs.es>

NOVETAT  Cobertura fins als 70 anys

BUTLLETÍ  
**mèdic**

Número 40, maig del 2003

**Edició:**

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

**Consell de Redacció:**

Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Joan Clotet Solsona  
Elena Franco González  
Josep M. Greoles Solé  
Albert Lorda Rosinach  
Emili Ortoneda Mayoral  
Àngel Pedra Camats  
Eduard Peñascal Pujol  
Ferran Pifarré San Agustín  
Joan Prat Corominas  
Jesús Pujol Salut  
Carles Roca Burillo  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep M. Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Teresa Utgés Nogués  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González

**Edició a cura de:**

Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i maquetació:**

Baldo Corderroure

**Correcció:** Dolors Pont

**Publicitat:** COML

**Fotomecànica:** Euroscript, SL

**Impressió:** Artgràfic 2010, SL

Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

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

**TARIFES PUBLICITÀRIES**

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

**OPCIÓ 1**

ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21
1 Contraportada interna	480,81
4 Pàgines interiors	300,51
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06</b>

**OPCIÓ 2**

ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51
<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06</b>

**OPCIÓ 3**

ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25
<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50</b>

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

## Solidaridad

El siglo XXI, al igual que el anterior, es un escenario de genocidios, ideas totalitarias y guerras injustas como la última que ha sufrido Irak a pesar de la oposición de las Naciones Unidas y del clamor unánime en contra de la guerra de toda la población mundial. Por suerte, la raza humana no ha olvidado el significado de la palabra solidaridad –entendida como la adhesión a la causa de otros– y muchas organizaciones dedican su esfuerzo y el poco dinero de que disponen a esos menesteres.

Por ello, es necesario destacar la labor solidaria del Col·legi de Metges de Lleida que este año ha otorgado el Tercer Premio a la Solidaridad en el ámbito sanitario a la ONG Milpa. Milpa y la ONG guatemalteca Ceiba forman y organizan promotores de salud y comadronas en las aldeas indígenas de Guatemala.

Los 18.000 euros que, conjuntamente con el Ayuntamiento de Lleida, se entregan a esta ONG se unirán a la ilusión de todas las personas que la componen y añadirán un pequeño granito de arena a su trabajo.

Si los señores de la guerra, Bush, Blair y Aznar, hubieran invertido el dinero de las bombas en organizaciones de ayuda, en lugar de un granito tendríamos la montaña de arena como cantaba hace años Jorge Cafrune. Por desgracia, los intereses internacionales están muy lejos de las necesidades de la población que muere de desnutrición, fiebre y disentería, entre otras causas.



### sumari

#### 'La web de la cèl·lula'

Treball del Dr. Joan Ribera,  
guanyador del Concurs  
d'Informàtica Ciutat de Lleida

PÀGINA 26

#### El Dr. Joan Viñas, nou rector de la UdL

Informació sobre el nou equip  
rectoral

PÀGINA 29



Fotografia portada: Dr. Gascó i Dra. Serna

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE  
LLEIDA  


 **MEDICORASSE**  
COMISSIÓ D'ASSURANÇES



Milpa obté el Tercer Premi del COML a la Solidaritat en l'àmbit sanitari

# Formar promotors de salut i llevadores a Guatemala

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML) ha atorgat el Tercer Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a l'ONG Milpa, que treballa en un projecte conjunt amb l'ONG guatemalenc Ceiba per formar i organitzar promotors de salut i llevadores a les aldees indígenes del nord de Guatemala. L'import del projecte, que té una durada de dos anys, és de 18.000 €. L'Ajuntament de Lleida en subvenciona 2/3 parts i el COML 1/3 part, d'acord amb la dotació del premi, que representa el 0,6% del pressupost col·legial anual.

Text: Magda Ballester Fotos: Dra. Serna i Dr. Gascó

Milpa és el nom que les comunitats indígenes de Centreamèrica donen al blat de moro i a les terres on el cultiven. Milpa representa l'afecte i el respecte a la terra i a la gent que l'habita. Per això, l'ONG, que va néixer l'any 2000 a Burgos, té aquest nom. L'organització va establir el 2002 una delegació a Lleida i compta amb uns 42 socis econòmics i un grup més reduït que, periòdicament, es desplaça a Guatemala. La Dra. Catalina Serna i el Dr. Eduardo Gascó van iniciar les tasques de Milpa a Lleida.

Milpa, amb una majoria de cooperants professionals de la salut, col·labora amb Ceiba, una ONG de Guatemala que desenvolupa la seva feina als departaments de Huehuetenango i Quiché. Aquests departaments estan situats a la serralada del nord-oest del país, els Cuchumatanes, una regió fronterera amb Mèxic. Els habitants són majoritàriament indis maies que viuen en una situació d'extrema pobresa després d'anys de guerra civil, violència i desplaçaments.

L'assistència mèdica a aldees de Huehuetenango va ser la primera experiència el 2000 dels Drs. Gascó i Serna. I van decidir col·laborar amb Milpa perquè "treballa amb personal de la zona i evita crear futures dependències", explica Eduardo Gascó. L'objectiu últim de Milpa és

"proporcionar instruments i recursos a la població perquè pugui organitzar-se i desenvolupar-se per ella mateixa", ja que l'Estat no disposa d'una xarxa estatal sòlida ni sanitària ni educativa. Tampoc hi ha serveis bàsics.

## Promotors i llevadores

La llunyania de les aldees de les capçaleres de departament, on només s'arriba després d'hores i hores de caminar a peu, i la desconfiança dels indígenes respecte als hospitals, per males experiències prèvies, fan que sovint els malalts s'agreugin o, fins i tot, morin a casa seva abans d'anar a cercar remei. Per això, cal anar a visitar els pacients a les aldees.

Els cooperants que presten assistència sanitària viatgen acompanyats del promotor de salut de la comunitat, que els informa sobre els pacients i fa d'interpret perquè els indígenes només parlen l'idioma maia, i d'un membre de l'ONG Ceiba.

A més del promotor, una altra figura important són les llevadores, un càrrec que atorga la jerarquia de les comunitats indígenes. Els caps designen les dones que seran llevadores sense que el nivell de coneixements, tradicionals sempre, sigui un factor

PASSA A LA PÀGINA 6



A la imatge superior, la Dra. Catalina Serna ausculta una nena maia. A les imatges inferiors, dos centres assistencials.







A l'esquerra, el Dr. Eduard Gascó en una reunió de promotors de salut. A la dreta, una plantació d'herbes medicinals.



VE DE LA PÀGINA 4

decisori. Les ONG intenten informar-les i formar-les des del respecte a la seva cultura, però aquesta és una tasca difícil i complexa. Una tasca, però, fonamental, ja que cap persona aliena a la comunitat no pot desenvolupar l'atenció a la dona.

Eduardo Gascó va assistir a una reunió de llevadores acompanyat d'un traductor i de la Maria, una llevadora de Ceiba. La trobada, celebrada en una cabana, tenia l'objectiu d'explicar què cal fer davant les hemorràgies postpart, que ocasionen una elevada

◆ **Els caps maies nomenen les llevadores i el nivell de coneixements no és un factor decisori**

mortalitat.

Ell explica que "les llevadores maies, a part de pregar i fer imposicions de mans, per remeiar les hemorràgies utilitzen infusions d'una herba anomenada milfulles, que és vasoconstrictora". Els efectes de la infusió són, però, insuficients. La llevadora de Ceiba va intentar convèncer la resta de dones perquè, a més d'utilitzar milfulles, la cridessin a ella, ja que "és a la zona i podria posar sèrums, evacuar les pacients ...", recorda Gascó. La Maria va comentar-li, després de la reunió, que no esperava gaires peticions d'ajuda sanitària.

**Sensibilitzar i cooperar**

Quan Gascó i Serna van tornar l'any 2002 a Guatemala, tenien una idea més clara sobre la seva cooperació: integrar-se en una estructura d'ajuda des de Lleida, segons el metge. Ambdós consideren que cal fer una tasca de sensibilització i cooperació mitjançant l'elaboració i la recerca de finançament de projectes solidaris.

"La gent hi vol participar, però no sap com fer-ho", diu el Dr. Gascó. La família i les obligacions laborals impedeixen a molts professionals fer estades llargues a Guatemala en qualitat

◆ **Cal una tasca de sensibilització i cooperació mitjançant l'elaboració i el finançament de projectes**

de cooperants. En canvi, és possible des de Lleida treballar per la millora i el desenvolupament dels sistemes de salut, apostar per la formació d'agents locals i aconseguir-los recursos.

El projecte que ha obtingut el Premi de Solidaritat del COML i la subvenció de l'Ajuntament de Lleida es desenvoluparà a la zona Mam, que s'anomena així perquè hi predomina l'ètnia maia.

Els professionals de la sanitat o d'altres activitats que desitgin cooperar amb Milpa poden demanar informació al telèfon 973 280 010 o bé a gasco-ser@terra.es.



## Medicina contra la pobresa

Els indicadors de salut dels habitants de la serralada dels Cuchumatanes, on estan situats els departaments de Huehuetenango i Quiché a 2.500 m d'altitud, són molt dolents. De fet, cap estadística no els mesura perquè la xarxa estatal és inexistent. Bàsicament, s'hi practica "la medicina contra la pobresa", perquè les principals afeccions són la misèria, la desnutrició i la manca d'higiene i de serveis mínims (clavegueram, abastiment d'aigua potable, etc.).

Els quadres més comuns són gastrointestinals, respiratoris i parasitaris per les condicions higièniques, que afecten de forma molt important la població pediàtrica. Hi ha també una taxa elevada de desnutrició infantil i es troba amb freqüència patologia ginecològica i obstètrica pel dèficit de recursos sanitaris.



### Acte de lliurament del Premi a la Solidaritat del COML

El president del COML, Xavier Rodamilans, i la vicepresidenta, Rosa Pérez, van lliurar el Tercer Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari al Dr. Eduardo Gascó, de Milpa, en el decurs de l'acte que es va celebrar el 21 de març a l'Auditori Enric Granados de Lleida. Seguidament, l'orquestra La Locomotora Negra va oferir un concert de jazz als assistents. El Col·legi de Metges va organitzar aquesta vetllada per commemorar el 25 aniversari de la Facultat de Medicina de Lleida.



# El tractament mèdic

Dr. Joan Viñas Salas

En aquest capítol, que inclou els articles 41-48, el codi tracta alguns aspectes relacionats amb el tractament, una part essencial de l'acte mèdic.

Del 41 al 43 ens alerta sobre la necessitat de seguir els principis generals del codi: vetllar per la qualitat i l'eficiència de la pràctica mèdica (2).

La primera lleialtat del metge ha d'ésser envers la persona que atén, la seva salut ha d'interposar-se a tota altra conveniència (8), fet que s'ha de tenir en compte en la presa de decisions sobre la base de criteris mèdics i bioètics quan la demanda de mitjans terapèutics sigui superior a la disponibilitat, tal com l'article 47 ens demana.

Hem d'utilitzar tots els mitjans adequats al nostre abast que creguem conuenients per fer una medicina holística integral –profilaxi, prevenció, conservació o recuperació de la salut–. Lògicament, hem de prendre les decisions adients davant un risc immediat greu per al malalt quan no sigui possible aconseguir-ne l'autorització a causa del seu procés. Hem de saber resistir si patim excessiva pressió dels nostres gestors envers l'estalvi econò-

mic, sense evidència científica, que posa en perill el malalt o ens impedeix oferir-li l'assistència de qualitat que necessita.

L'article 43 ens demana autocrítica i

◆ **La primera lleialtat del metge ha de ser envers el malalt que atén**

◆ **Cal demanar al pacient que segueixi els tractaments validats**

humilitat suficients per conèixer les nostres limitacions i no sobrepassar-les, per no posar en perill el malalt, així com no prescriure tractaments no avalats per la ciència d'avui, encara que el malalt ho vulgui.

L'article 44 fa referència a les mal anomenades medicines complementàries. El metge està obligat a demanar al pacient que segueixi els tractaments validats necessaris i a coordinar-se amb el seu metge responsable. Es tracta d'evitar que els malalts arribin massa tard a la medicina científica amb tumors que ja no tenen possibilitats curatives, etc.

L'article 45 adverteix que és necessari que quedi clara la informació i el consentiment en la pràctica de la medicina comercial a demanda del client: estètica, esterilitzacions, operacions dentals, etc. Es tracta d'una medicina de resultats i, per tant, d'alt risc de denúncia ja que mai es pot garantir completament.

L'article 48 tracta sobre la vaga de fam. El metge no pot anar en contra de l'autonomia del malalt i si aquest, una vegada comprovada la seva capacitat i voluntat lliure, vol seguir en la vaga de fam nosaltres hem de respectar-lo. Si el jutge ens obliga a tractar-lo, l'intentarem convèncer de la nostre obligació de respectar la voluntat del pacient i li demanarem que ens eximeixi de l'obligació del tractament.

## CODI DEONTOLÒGIC Capítol V. Del tractament

41. El metge té el deure d'emprar tots els mitjans adequats al seu abast que cregui adients, dirigits a preservar el dret fonamental de l'ésser humà a la protecció de la salut i prestar-li tota l'assistència necessària per a la conservació o recuperació de la salut. Ha d'assegurar, també, la profilaxi i ha de fer valer els seus criteris respecte a les normes individuals i col·lectives d'higiene i de prevenció.

42. El metge prendrà les decisions que cregui adients quan hi hagi una situació de risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt i no sigui possible aconseguir l'autorització del pacient o de les persones que hi estiguin vin-

culades.

43. El metge no emprarà procediments ni prescriurà medicines amb les quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basades en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient hi consenteixi.

44. El metge que empri tractaments no convencionals o simptomàtics corresponents al procés que afecta el pacient està obligat a informar-lo de la necessitat de no abandonar cap tractament necessari, i l'ha d'advertir de manera clara i entenedora del caràcter no convencional ni substitutori del tractament. Així mateix, està obligat a coordinar-se amb el metge responsable del tractament bàsic.

45. El metge ha d'extremar

la informació sobre els riscos de l'acte mèdic i aconseguir el lliure consentiment del pacient, quan la seva finalitat no sigui el guariment d'una malaltia però sí perseguir un benefici per al pacient. Dins aquest concepte de medicina voluntària, s'hi inclouen, entre altres, la implantació bucal i l'esterilització i els actes mèdics amb finalitat estètica.

46. El metge ha de tenir en compte que el trasplantament d'òrgans humans de donador vivent o de cadàver exigeix que la seva necessitat hagi estat contrastada i arbitrada col·lectivament amb la participació d'experts.

47. El metge, en els casos en què la demanda de mitjans terapèutics sigui superior a la seva disponibilitat, haurà de decidir basant-se en criteris mèdics i bioè-

tics.

48. El metge, en cas de vaga de fam, ha de considerar que l'objectiu del vaguista no és la mort. El metge ha d'evitar qualsevol interferència aliena a la seva funció professional i ha d'abstenir-se d'aplicar qualsevol terapèutica quan qui fa vaga de fam, un cop ha estat degudament informat i coneix el pronòstic, hagi expressat d'una manera lliure, explícita i reiterada, la seva negativa a ésser ajudat. El metge ha de respectar en tot moment la voluntat del pacient, prescindint del seu judici sobre la vaga i la seva motivació. Quan rebi una ordre judicial de tractament mèdic ha de fer saber al jutge que èticament està obligat a respectar la voluntat del pacient i li ha de demanar que l'eximeixi de l'obligació de tractament.



# La SPECT i el seu ús en psiquiatria

Hi ha qui defineix la psiquiatria com la branca de la medicina interna que tracta sobre els trastorns mentals i del comportament. De fet, cada vegada hi ha més evidències que una gran part dels trastorns mentals, si no tots, tenen una base neurobiològica determinada. Cal dir, però, que en la majoria d'ocasions les alteracions evidenciades són tan fines que les proves clàssiques de neuroimatge no les detecten. Així, l'ús de la TAC i de la RMN en psiquiatria és més aviat per descartar altres trastorns que per objectivar alteracions en els pacients psiquiàtrics. En canvi, un nou camp apareix amb les proves de neuroimatge funcional, com són el PET, la SPECT i la RMN funcional, proves que revolucionen el camp de les neurociències, entre elles, la psiquiatria.

Dr. Josep Pifarré Paredero i Aurora Torrent Setó · Servei de Salut Mental i Drogodependències.  
Gestió de Serveis Sanitaris - Hospital de Santa Maria

Dins d'aquestes proves, la més assequible és la tomografia per emissió de fotó simple (SPECT). La SPECT consisteix en una tècnica d'imatge d'alta resolució. Comprèn una sèrie de compostos radioactius que estudien les diferències regionals en el flux sanguini cerebral. Aquesta tècnica registra la distribució de l'emissió del fotó en el torrent sanguini, segons el grau de perfusió en les diferents regions cerebrals. Ens dona informació segons el flux sanguini cerebral, que està molt relacionat amb la taxa de metabolisme de la glucosa. No mesura el metabolisme neuronal directament, però ens pot proporcionar una mesura indirecta de l'activitat neuronal.

La SPECT utilitza compostos etiquetats com a isòtops emissors d'un sol protó ( $^{123}\text{Tc}$ ,  $^{99\text{m}}\text{Tc}$ ,  $^{133}\text{Xe}$ ); a més d'utilitzar aquests compostos per mesurar el flux sanguini, es pot utilitzar lligands marcats per fàrmacs i neuroreceptors, com per exemple de receptors muscarínics, serotoninèrgics i dopaminèrgics marcats amb iode  $^{123}\text{I}$ . Una vegada els compostos emissors d'un fotó arriben al cervell, els detectors col·locats al voltant del crani del pacient detecten les seves emissions de llum. Aquesta informació passa a un ordinador, que constitueix imatges transversals de múltiples nivells del cervell i, per tant, es capaç de visualitzar el sistema nerviós central (SNC) en diferents dimensions. La informació

obtinguda es relaciona amb la localització cerebral i la quantitat relativa del radionúclid que hi ha en un lloc determinat.

Per estimular les zones específiques que cal estudiar s'utilitzen proves neuropsicològiques i farmacològiques. Aquestes proves estimulen regions específiques de l'activitat cerebral, hi ha una correspondència entre les funcions realitzades i les regions cerebrals concretes que es volen estudiar. El resultat es compara amb la funció normal. Un exemple d'alguna de les proves realitzades és el *winsconsin card sorting test* que estimula la regió frontal.

Podem trobar alteracions del flux sanguini en molts trastorns cerebrals, com ara les malalties cerebrovasculares, les demències (malaltia d'Alzheimer, malaltia de Pick...), l'epilèpsia, tumors cerebrals malignes, malalties del moviment, trastorn obsessiu compulsiu, síndrome de Gilles de la Tourette, l'esquizofrènia, alteracions de l'estat d'ànim, trastorns de la personalitat, trastorn per crisi d'angoixa i drogues d'abús, entre altres.

En la patologia psiquiàtrica es pot veure alteracions en diferents zones cerebrals del flux sanguini, segons la patologia que s'estudia:

· En els trastorns de l'estat d'ànim s'ha constatat una disminució de l'activitat metabòlica en el lòbul frontal, especialment del còrtex prefrontal

esquerre, zona que es considera en l'actualitat com a zona *diana* d'alguns tractaments experimentals, com l'estimulació magnètica transcranial.

· En el trastorn obsessiu compulsiu s'observa una activitat anormal en les estructures corticolímbiques, ganglis basals, tàlem i còrtex prefrontal. De manera molt interessant, les vies lesionades empíricament per la psicocirurgia del TOC són precisament aquestes. En aquests pacients, a més a més, hi ha estudis on s'ha vist que en els obsessius que milloren després de tractament, tant farmacològic com psicològic, apareix una normalització del metabolisme. És a dir, la millora després de tractament psicològic també s'associa a una millora funcional objectivada mitjançant la SPECT. S'obre, així, tot un nou camp d'acció, fins i tot conceptual, sobre la causa de l'eficàcia d'alguns tractaments psicològics, ja que són eficaços perquè modifiquen la funció d'algunes vies neuronals, de manera que també serien tractaments *biològics*.

· En l'esquizofrènia s'ha realitzat la SPECT mentre el pacient du a terme

proves de funcionalitat frontal i s'ha observat que hi ha una disminució del flux sanguini prefrontal en aquests pacients respecte a un grup control. El còrtex prefrontal s'ha associat per estudis neuropsicològics als símptomes negatius de l'esquizofrènia i és una zona diana per al disseny de nous antipsicòtics atípics.

Destaca, doncs, una correlació entre les alteracions funcionals trobades amb la SPECT i altres troballes, com podrien ser estudis clínics, neuropsicològics, neurofarmacològics i, fins i tot, neuroquirúrgics. S'arriba, així, al principi d'una integració de les neurociències en el món dels trastorns mentals. Tal com deia Brancusi, les coses no són difícils de fer, el que és difícil és posar-nos en condició de fer-les. Sembla que ja ens estem posant en condició de fer aquesta integració.

Amb tot, amb relació als trastorns psiquiàtrics, no hi ha suficients proves que la SPECT tingui la sensibilitat i l'especificitat necessàries requerides per qualsevol tècnica amb fins diagnòstics o pronòstics. Una de les causes que indueixen a confusió en

qualsevol intent de consolidar les troballes de la SPECT en protocols clínics significatius és que hi ha importants discrepàncies entre les capacitats d'exploració dels sistemes SPECT utilitzats actualment i, també, en la interpretació dels resultats. De fet, en clínica psiquiàtrica no s'utilitza la SPECT com a prova complementària, sinó només en el camp de la recerca i en pacients molt seleccionats, en el context de diagnòstics diferencials en processos atípics. Manca, per tant, determinar quin és el paper definitiu que ha de tenir aquesta prova dins el maneig clínic diari en els trastorns mentals.

Així, la clàssica distinció entre orgànic i funcional per diferenciar entre trastorns mediconeurològics i trastorns psiquiàtrics cobra un nou significat, entenent com a *funcional* la presència d'alteracions neurobiològiques constatades, entre altres mètodes, a través de les diferents proves de neuroimatge funcional. Desapareix, així, l'antic dualisme cos-ment, tot i que les malalties mentals es continuïn anomenant *funcionals*.

## BIBLIOGRAFIA

1. Hales R., Talbott J. A., Yudofsky S. C. "Pruebas de laboratorio y otras técnicas utilizadas en psiquiatria". *DSM IV Tratado de psiquiatria*, 3a edició, 2000, 293-293, 1665. Ed. Masson.
2. Kaplan H., Sadock B. "El cerebro y la conducta (neuroimagen)". *Sinopsis de psiquiatria*, 8a edició, 2001, 138-148, 527-528. Ed. Panamericana.
3. Brower MC, Price BH. "Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behavior: a critical review". *Journal Neurology neurosurgery Psychiatry*, 2001, des., 71 (6):720-726
4. Camargo EE. "Brain SPECT in neurology and psychiatry". *Journal Nuclear Medicine*, 2001, abr., 42 (4):611-623
5. Devous MD. *SPECT functional brain imaging. Technical considerations*. "Journal Neuroimaging", 1995, jul., suppl., 1: S2-13.





# Comissió de vacunes, un pas endavant per la millora

La comissió de vacunes del servei d'atenció primària Pla d'Urgell, Noguera, Segarra i Urgell (SA PUNSU) prepara la celebració de la II Jornada de Vacunes a l'Àmbit Lleida per a la segona quinzena d'octubre d'enguany. SA PUNSU va organitzar l'any 2002 la I Jornada, un fòrum de debat per millorar la coordinació entre els àmbits assistencials i els organismes implicats en tractaments d'immunitzacions.

Pepi Estany, Marta Miret, Maria Barqué, Teresa Pujol, Azucena Perales · *Membres de la comissió de vacunes de la SAP PUNSU*

La comissió de vacunes del servei d'atenció primària Pla d'Urgell, Noguera, Segarra i Urgell ja treballa en l'organització de la II Jornada de Vacunes a Lleida. Aquesta jornada abordarà temes com la vacunació de l'adult, l'educació sanitària dels mateixos sanitaris i de la població general, les propores novetats en el calendari vacunal i l'avaluació d'altres propostes de millora establertes en la I Jornada.

La comissió de vacunes SAP PUNSU, organitzadora l'any 2002 de la I Jornada, va néixer l'any 1996 a partir de la inquietud d'un grup de professionals interessats en el tema de les immunitzacions i motivats per les mancances en l'àmbit de la formació i la informació.

La comissió està formada per 1 o 2 professionals d'infermeria (referents) de cada àrea bàsica de salut (ABS), que actualment són: Teresa Pujol, Adelina Albana, Pepi Estany, Teresa Estrada, Maria Abelló, Azucena Perales, Xaro Mas, Rosa M. Bacardit, Maria Barqué, Mercè Pollina, Siscu Bragulat, Magda Roig i Marta Miret. Els objectius són posar en comú les inquietuds i els problemes relacionats amb les immunitzacions i la recerca de solucions.

La comissió, que celebra reunions periòdiques, recopila informació sobre

immunitzacions, treballa un programa de vacunacions amb tots els protocols de cada vacuna amb les actualitzacions corresponents i ha revisat els següents temes:

- Manteniment de la cadena de fred, detecció de les mancances (neveres, termòmetres, transport) i recerca de solucions (vehicle de transport refrigerat de Sanitat).
- Unificació de les comandes, registres i declaracions.
- Formació dels professionals, sobre-



- tot dels referents, i la seva constant actualització.
- Unificació i difusió dels protocols de vacunacions.

- Recull d'informació sobre pautes de vacunació per a immigrants i/o per a persones amb vacunacions incompletes.

## Evolució de la incidència de malalties immunopreventives a la regió de Lleida

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tètanus	2	2	1	0	1	1	0
Catarro	18	19	4	0	2	5	0
Xarampió	69	32	6	1	2	1	0
Rubèola	49	17	2	0	0	0	0
Parotiditis	18	19	4	0	2	5	0
Hepatitis A	5	21	47	11	2	7	2
Hepatitis B	3	4	4	5	1	4	7
Meningococ C	-	3	1	2	0	3	0
Haemophilus infl. B	2	1	0	0	1	0	0

Del 1980 al 2001 no s'ha notificat cap cas de diftèria ni de pòlio

## Variació en la incidència de malalties vacunables a Catalunya

MALALTIA	CASOS (1985)	2000	% DE VARIACIÓ
Diftèria	-	-	Eliminada
Tos ferina	6.576	38	-99,4
Xarampió	8.589	53	-99,4
Tètanus	20	6	-70
Poliomièlitis	-	-	Eliminada
Rubèola congènita	-	-	Eliminada
Parotiditis	11.804	213	-98,2
Rubèola	23.486	11	-99,9
Antihemophilus influenzae	14	21	+50

- Organització de campanyes vacunals.
- Avaluació de les campanyes.
- Investigació i optimització de les cobertures vacunals per edats, factors de risc per a professionals sanitaris, etc.
- Conscienciació de la importància de l'acte de vacunació: la vacunació oportunista, el registre, l'educació sanitària i la detecció i declaració de casos reals de reaccions adverses postvacunals.
- Unificació i millora dels sistemes de registre informatitzats.
- Coordinació amb altres àmbits assistencials (hospital) i altres xarxes de vacunacions (presons, mútues...) per comptar amb professionals de contacte en els diferents llocs on s'administren vacunes amb l'objectiu d'intercanviar informació.

### La I Jornada de Vacunes

La comissió va organitzar l'any 2002 la I Jornada de Vacunes a l'Àmbit Lleida com a fòrum de debat per millorar la coordinació entre els àmbits assistencials i els organismes implicats en tractaments d'immunitzacions i estimular el seu interès.

La jornada va ser un èxit i, posteriorment, s'ha comprovat que el contacte amb altres xarxes sanitàries ha permès agilitzar el traspàs de dades sobre immunitzacions.

Seguidament, oferim als lectors i lectores de *Butlletí Mèdic* un resum de les ponències i de les taules de debat.

*Canvis al calendari vacunal*, a càrrec del Dr. Joan Batalla, de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Sanitat.

El Dr. Batalla va definir el calendari vacunal com una eina sanitària que estableix l'administració sistemàtica i la cronologia de diferents vacunes a fi d'obtenir una immunització adequada de la població davant determinades malalties que es poden prevenir amb les vacunes. Les vacunes que s'han d'incloure en un calendari han de complir una sèrie de requisits: s'han d'adaptar a l'endèmia del país, han de produir immunitat de grup i han de ser eficaces, eficients i segures.

El primer calendari vacunal a Catalunya data del 1980 i s'ha modificat amb la introducció de noves vacunes i canvis en l'edat d'administració fins a l'actual calendari aprovat el maig del 2002. Tots aquests anys d'administrar vacunes han comportat una davallada de les malalties infeccioses per les quals es vacuna. Destaca l'eliminació a Catalunya de la diftèria, la pòlio i la rubèola congènita.

*Immunitzacions. Propostes de millora i de coordinació dels diferents àmbits assistencials*, taula rodona.

Intervenció del Dr. Pere Godoy, cap de la Secció d'Epidemiologia de la

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Delegació Territorial de Sanitat de Lleida, sobre *Vacunes: situació a la regió de Lleida*

El Servei d'Epidemiologia de la delegació ha integrat els diferents canvis en els calendaris vacunals i ha passat d'una distribució de 95.582 dosis de vacunes l'any 1994 a 247.344 l'any 2000, amb cobertures de prop del 100% en vacunacions infantils (DTP, DTPa-Hib, DT, Po, TV), segons el Dr. Godoy.

El departament distribueix des del 1994 la vacuna antigripal. El nombre de dosis subministrades l'any 2000 va ser de 75.994, la qual cosa suposa una cobertura del 65,7% en la població de > 65 anys.

En vacunacions internacionals, l'any 2001 es van administrar 500 dosis de vacuna de la febre groga, prop de 1.100 d'antitífoida, 1.289 d'hepatitis A, 300 d'hepatitis B i més de 300 de MCAiC

L'augment de les cobertures vacunals a la regió ha comportat la disminució de la incidència de les malalties corresponents.

Intervenció de la Dra. Ester Barbé, de la Unitat Bàsica de Prevenció de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, que descriu els diferents àmbits assistencials on s'administren vacunes (hospitalari, atenció primària, salut laboral, salut escolar...), en contextos diferents (població general, col·lectiu professional...), amb competències comunes (gestió dels programes de vacunacions, vacunar la població, seguir i completar pautes) i limitacions i dificultats comunes als diferents àmbits assistencials.

Hi ha, segons la Dra. Barbé, vacunes pròpies d'un àmbit, però no exclusives, com poden ser les vacunes sistemàtiques pròpies de l'atenció primària o pròpies de l'àmbit laboral: l'hepatitis B per als sanitaris o l'hepatitis A per als manipuladors d'aliments.

Intervenció de la Dra. Teresa Miró, de Midat Mútua, que planteja el paper que tenen les mútues d'accidents de treball i malalties professionals en la vigilància de la salut durant l'edat laboral de la persona. Destaca la tasca de les mútues en la vacunació de Td, HB i grip, per motius professionals i/o en cas d'accidents, atès que la persona en edat laboral normalment té pocs contactes amb el món sanitari.

Intervenció de la Sra. Estany, membre de la comissió de vacunes de la SAP PUNSU, que exposa el funcionament de la comissió de millora i, a partir de reptes com la dificultat per aplicar els canvis, conèixer l'estat vacunal previ i constatar que hi ha professionals poc motivats, sorgeix la necessitat de la jornada i d'aquesta taula de propostes de millora i coordinació.

Les limitacions fonamentals dels programes d'immunització són:

## Centres vacunals de la regió de Lleida

CENTRE VACUNAL	N	%
Centre ABS	136	77,3
Centre CDS	11	6,2
Centres privats	12	6,8
Hospitals	7	4,0
Institucions	4	2,3
Municipals	3	1,7
ICS no reformats	3	1,7

- Diferents xarxes sanitàries, no coordinades.
- Dificultat per conèixer l'estat vacunal previ.
- Pèrdues en el seguiment.

- Noves vacunes, nous usuaris.
- Necessitats formatives per consensuar canvis i posar-los en marxa.
- Disponibilitat de vacunes.
- Professionals antivacunes.
- Problemes organitzatius del mateix centre.

Com a propostes de millora s'acorda treballar en:

- Formació continuada dels professionals.
- Vacunació oportunista.
- Transferència dels usuaris.
- Educació sanitària dels usuaris i conscienciació de la població.
- Millorar els registres.
- Millorar les cobertures i consensuar dades.
- Comunicació telefònica, per fax i correu electrònic.
- Respondre a la incorporació de noves vacunes.

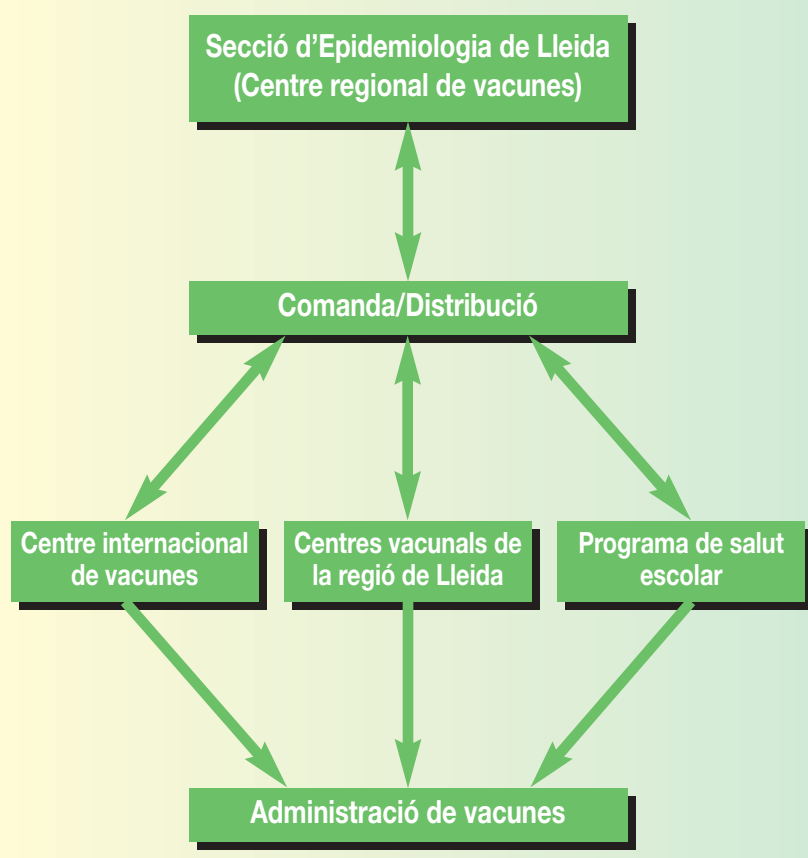
### Altres temes d'actualitat exposats:

*Immunitzacions i altres formes de*

◆ **El contacte amb altres xarxes sanitàries ha permès agilitzar el traspàs de dades**

◆ **Les vacunes han comportat una davallada de les malalties infeccioses**

### Estructura del programa



*prevenció en els viatges internacionals*, a càrrec de Teresa Mejías, coordinadora d'infermeria del Servei d'Atenció al Viatger Internacional de l'Hospital Clínic.

La ponent remarca que els riscos en els viatges internacionals depenen del país, l'itinerari, l'estació de l'any, el tipus de viatge i la conducta del viatger, entre d'altres.

Així com s'han de tenir en compte les diferents vies de transmissió de malalties infeccioses (per artròpodes, per aliments, per relacions sexuals, pel bany...), també s'han de recomanar els diferents mètodes de prevenció com les immunitzacions, les quimioprofilaxis i les conductes d'evitació a l'hora de programar un viatge perquè sigui un plaer segur.

*Immunitzacions dels treballadors sanitaris*, presentat per Rosamary López, infermera supervisora d'higiene hospitalària de l'HUAV, que assenyalava els objectius de les vacunacions dels treballadors sanitaris:

- Protegir els treballadors de les malalties infeccioses.
- Evitar la transmissió treballador-usuaris.
- Col·laborar en l'aplicació dels calendaris de vacunacions de l'adult.

La cobertura vacunal en treballadors sanitaris és baixa. En el cas de la vacuna de la grip és del 15%. Cal buscar estratègies de captació.

*La seguretat de les vacunes*, per Lluís Urbitzondo, de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Sanitat, que defineix la seguretat com la capacitat de prevenció d'un risc real. Es pot afirmar que les vacunes són segures perquè els beneficis són superiors als riscos.

Quan parlem d'una reacció adversa a una vacuna cal buscar l'evidència que estableix la relació causal.

*Grups socials antivacunes*, a càrrec de Magda Campins, del Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia de l'Hospital de la Vall d'Hebron.

L'important avenç en vacunes en les últimes dècades ha comportat una disminució significativa de malalties infeccioses per les quals vacunem, segons la ponent. D'això se'n deriva:

- Disminució de la percepció del risc de la malaltia.
- Augment del nombre de reaccions adverses a l'augmentar el nombre d'individus vacunats.
- Aparició de fonts d'informació amb opinions no contrastades científicament.
- Grups de població que no accepten ser vacunats.
- Difusió de notícies que associen determinades malalties a les vacunes, sense que hi hagi una relació causal establerta.

L'educació sanitària és el mètode per fer arribar una informació correcta a la població. També hi han de contribuir els mitjans de comunicació.

# Situació al Centre Penitenciari Ponent

Carmen Bullich Espax, Nelly Geijo Calvet, Ramon Planella Vendrell, Lluís Camí Asencio

Al Centre Penitenciari Ponent hi ha actualment un nombre aproximat de 900 interns. Les característiques de la població penitenciària en el moment de l'ingrés són freqüentment les següents:

- Nivell cultural i sociosanitari baix.
- Poca responsabilitat sanitària.
- Moltes vegades provenen de famílies desestructurades.
- Abundant població estrangera.
- Usuaris de drogues.
- Diferents escales de valors.
- Malalties relacionades amb el consum de drogues.
- En molts d'ells, l'estada a la presó és el seu primer contacte amb la sanitat.

Quan ingressa un intern, la nostra tasca és introduir-lo en els programes de vacunes que desenvolupem: vacuna antitetànica (VAT), vacuna antihepatitis B (VHB) –prèvia extracció de sang per determinar l'estat dels marcadors– i la campanya anual de la grip (VAG) a tots els interns interessats en la vacunació. Qualsevol altra vacunació específica, com poden ser l'antipneumocòccica i l'antimeningocòccica, entre d'altres, s'administren segons criteri mèdic.

Aproximadament, del 99% dels interns dispoem de marcadors d'hepatitis. D'aquests, al 100% se'ls ha ofert la possibilitat de vacunar-se. Un petit percentatge s'hi nega o bé marxa en llibertat i no sabem la continuïtat de la pauta.

Amb relació a la mobilitat intracentres, tenim una història clínica informatitzada única per a totes les presons de Catalunya, la qual cosa ens facilita el seguiment de les actuacions iniciades en qualsevol dels centres penitenciaris.

El calendari de vacunacions està adaptat a les necessitats i característiques d'aquesta població. A tots els interns se'ls entrega el carnet vacunal de Sanitat.

A més a més, des del seu ingrés tenen la possibilitat d'assistir a xerrades informatives que s'efectuen al centre. Els interns tenen a l'abast tota la informació referent a prevenció, riscos, etc., en forma de cartells i tríptics distribuïts als mòduls.

Tenint en compte que moltes vegades la seva estada a la presó és el primer contacte amb la xarxa sanitària i que no sabem quina continuïtat tindran quan estiguin en llibertat, el que ens interessa és administrar el

major nombre de dosis possibles. Així, la pauta de VAT és 0-1-6 mesos i no un any com s'acostuma a fer perquè, si la seva estada és curta, en el període de 6 mesos marxa ben vacunat. La VHB l'administrem amb pauta de 0- 1- 2- 12 mesos, perquè en tres mesos portin 3 dosis posades. Pel que fa a la VAG, cada any se'ls ofereix la possibilitat de vacunar-se en el termini que dura la campanya.

No tenim cap mena de limitació en l'administració de les vacunes que

◆ **L'estada a la presó és, moltes vegades, el primer contacte amb la xarxa sanitària**

siguin necessàries.

Tot i que l'educació sanitària de la nostra població és prioritat pels professionals que treballem en aquest medi, i no solament al llarg de l'estada sinó un cop estan en llibertat, moltes vegades ens trobem en els reingressos que la nostra tasca educativa no ha estat gaire fructífera perquè, en lloc d'aprofitar els coneixements en el seu medi habitual, l'únic que fan és adaptar-se novament al seu àmbit i perdre tot el que havíem iniciat al centre.

Creiem molt necessària la coordinació amb els altres àmbits assistencials per evitar aquests problemes mitjançant una història mèdica informatitzada única de totes les dades de la població per donar continuïtat als tractaments.

Si bé tenim un avantatge important, quan els anem a "buscar" per qualsevol motiu sanitari els tenim a l'abast –al carrer és una població de difícil accés– i els trobem al centre quan és necessari, pensem que la continuïtat és molt important i es podria aprofitar el contacte que molts d'aquests pacients tenen, per exemple, en consultoris especialitzats en sida, dispensaris de metadona, serveis socials, recursos externs, etc., on acudeixen de manera més freqüent que als CAP.





# Les immunitzacions en els nens, d'on venim i on anem

Els pediatres hem estat sempre dels metges més sensibilitzats envers les malalties infeccioses i la seva prevenció, possiblement perquè gran part de la nostra tasca assistencial està centrada en aquesta patologia.

Moltes de les malalties infeccioses, de fet, s'anomenaven "malalties pròpies de la infantesa", encara que ara ja ho han deixat de ser i són quasi un record en els llibres. Actualment, no és infreqüent que els residents de pediatria acabin la seva formació sense veure casos de xarampió, rubèola o galteres, quan fa uns anys eren malalties que patien tots els nens i es veien a les consultes dia rere dia.

La responsabilitat d'aquests canvis cal buscar-la en la millora en l'atenció pediàtrica, l'accessibilitat de tots els nens a la xarxa sanitària i la introducció de les vacunes en la població.

La universalització de les vacunes va començar l'any 1980 amb la introduc-

Eduard Solé Mir · *Pediatre*

ció del primer calendari vacunal a Catalunya. Des de llavors, molts són els canvis que ha experimentat aquest calendari, tant en les dates de vacunacions com en el nombre d'antígens per administrar.

El primer calendari preveia l'inici de les vacunacions als 3 mesos i es vacunava de 6 malalties: diftèria, tètanus, tos ferina, pòlio, xarampió i rubèola. Avui en dia l'inici és als 2 mesos i el nombre d'antígens és de 10, ja que s'afegeixen a les anteriors l'*haemophilus influenzae b*, la meningitis C, les galteres i l'hepatitis B.

En aquests calendaris actuals s'acumulen les vacunes durant els primers mesos de vida, que coincideix amb l'època en què els lactants són més visitats pel pediatre i s'assegura així el correcte seguiment del calendari. Com

a inconvenient, podríem dir que l'administració de 7 antígens en cada acte vacunal als 2, 4 i 6 mesos de vida fa que s'hagin de donar 3 injeccions en llocs separats, amb la molèstia que això suposa per al lactant.

Els efectes han estat clars, amb la pràctica desaparició de la diftèria, la pòlio, la rubèola congènita, el xarampió i, darrerament, la gran disminució de casos de malaltia invasiva per *haemophilus influenzae tipus b*, que ha provocat canvis també en l'etiologia de les infeccions respiratòries en els nens i, per tant, en l'elecció de la terapèutica antibiòtica empírica inicial.

Com es lògic, l'administració de més vacunes ha provocat un augment de reaccions adverses als nens vacunats, però cal recordar que aquests efectes són sempre molt inferiors als que provocaria la malaltia salvatge. S'ha intentat també relacionar aquest bombardeig d'antígens en els primers mesos

de la vida amb l'increment en la incidència de malalties al·lèrgiques que s'observen en els últims anys, encara que això no està suportat per cap evidència científica, ja que aquest increment també s'ha vist en zones on no s'ha produït l'increment dels actes vacunals.

Com és evident, no administrem totes les vacunes possibles, perquè apareixen noves vacunes, de nous antígens, més purificades, noves combinacions de vacunes per disminuir el nombre d'injeccions, noves vies d'administració... Tanta diversitat fa que coexisteixin calendaris diferents. Sense anar més lluny, a l'Estat espanyol cada comunitat autònoma disposa del seu propi calendari, amb petites diferències tot i compartir una base comuna. Tampoc acaba aquí el desordre: les societats científiques (Associació Espanyola de Pediatria, American Academy of Pediatrics) recomanen calendaris també discretament diferents als aprovats per les autoritats sanitàries.

Les diferències principals estan en la inclusió de dues noves vacunes, la de la varicel·la i la vacuna antipneumocòccica conjugada. La primera perquè, malgrat que la varicel·la sigui una malaltia habitualment banal, l'elevat nombre de casos provoca una incidència no menyspreable d'hospitalitzacions per complicacions, a més de l'elevat cost social que suposa, que fa que el cost econòmic de la vacuna es vegi compensat pels beneficis. En el cas de la vacuna antipneumocòccica heptavalent, la disminució de patologia invasiva greu per *streptococcus pneumoniae* en els nens vacunats fa que se n'hagi de considerar l'administració a pesar de l'elevat preu.

La coexistència d'aquests diferents calendaris, que poden derivar fins i tot en calendaris "personalitzats", podria suposar greus problemes en cas de canvis de lloc de residència. Això, afortunadament, no passa en la pràctica pediàtrica per la generalització de l'ús per part dels professionals sanitaris del carnet de salut, que tots els pares porten a les consultes, on s'anoten les dades més rellevants de la salut del nen i, evidentment, les vacunes administrades. Aquesta eina ens permet completar els calendaris en nens que els han començat de manera diferent de la que seguim en el nostre medi i així han complert perfectament la seva missió de transmissió d'informació entre professionals.

A pesar de tot, podríem considerar que la població pediàtrica en el nostre país presenta un índex de cobertura vacunal excel·lent. No hem, però, d'abaixar la guàrdia, queden problemes per resoldre:

- Nens immigrants o adoptats, dels quals podem no tenir una coneixença certa del seu estat vacunal. En aquests casos, és important actualitzar el calendari tan ràpid com sigui possible,

◆ **Hi ha grups socials, no abundants, que rebutgen les vacunes per als seus fills**

de manera que s'administra el major nombre d'antígens en el menor nombre de visites.

- Encara que, afortunadament, no són gaire abundants, també hi ha grups socials que rebutgen les vacunes per als seus fills, ja sigui per por als efectes secundaris, per no administrar tantes punxades als nens o per la creença que aquest bombardeig de vacunes pot tenir alguna cosa a veure amb l'increment d'altres malalties com les al·lèrgiques. La nostra labor com a professionals sanitaris és la d'aconsejar la vacunació de tots els nens amb l'evidència existent dels seus efectes beneficiosos, tant individuals com socials, i treure la por dels efectes secundaris que, com he dit abans, sempre són molt menys nocius que la



Últim cas de pòlio a la regió europea de l'OMS (Turquia, 26/11/98).

malaltia.

Fins ara hem comentat l'excel·lent cobertura vacunal dels nens més petits, però caldrà incidir a mantenir aquesta cobertura en nens més grans, adolescents i adults. A vegades, passem per alt les vacunes dels 4 i 6 anys, i no diguem res dels records de diftèria i tètanus cada 10 anys. Cal que mantinguem com un hàbit en la nostra pràctica la comprovació del calendari vacunal, recordar als pares les properes dosis que cal administrar i, com sempre, reflectir-ho clarament al carnet de salut.

## Quin futur ens espera?

Les vacunes segueixen evolucionant. La tendència és vacunar enfront de més malalties, amb vacunes més segures i amb la mínima molèstia per al pacient.

La troballa d'una vacuna efectiva enfront d'una de les malalties infeccioses que més por fan als pediatres, la produïda per meningococ B, és una assignatura pendent. La introducció de la vacuna antimeníngeocòccica C ha provocat una marcada disminució dels casos de malaltia per aquest microorganisme, per la qual cosa esperem que la introducció de la B tingui el mateix efecte, però encara està en fase de desenvolupament.

S'investiga també sobre altres malalties, potser no tan greus, però que provoquen elevada morbiditat en l'edat infantil, com el virus respiratori sincitial, el rotavirus o l'estreptococ B. Una de les vacunes que probablement s'inclourà també en els calendaris infantils serà la de la grip, per la morbiditat que provoca i pels seus possibles efectes beneficiosos en la disminució de patologia de vies respiratòries, com l'otitis mitjana.

L'administració de tots aquests antígens comportaria un nombre tan elevat d'injeccions que en faria inviable l'administració. Per aquest motiu, les investigacions actuals es dirigeixen cap a la combinació de vacunes en una sola injecció sense perdre capacitat immunògena i cap a la recerca de noves vies d'administració, com la nasal per a la vacuna de la grip.

Com a professionals encarregats de vetllar per la salut dels nens tenim la missió de seguir esforçant-nos per mantenir aquesta cobertura vacunal i recomanar als nostres pacients l'administració de les vacunes i mantenir el carnet de salut com a eina de transmissió d'informació.

En aquestes primeres èpoques de la vida, cal conscienciar els pares i els nens de mantenir actualitzat el calendari vacunal ja que per mantenir la immunitat correcta cal administrar les dosis de record marcades i així aconseguir que les taxes de vacunacions a l'edat adulta siguin en un futur tan bones com les que actualment tenim en la població infantil.



# La Mestrescolia de l'Estudi General de Lleida i l'intrusisme mèdic

Disposem d'un cas interessant d'intrusisme de començaments del segle XVII, corresponent a l'any 1603, que coincideix gairebé amb l'època en què tingué lloc la promulgació de les ordinacions de la Confraria o Col·legi dels Doctors en Medicina i Mestres en Cirurgia de Lleida de l'any 1600.

Drs. Manuel Camps i Surroca i Manuel Camps i Clemente

Es tracta de l'intrusisme en la Facultat de Medicina dut a terme per un practicante de cirurgia anomenat Joan Cerdà, que exercia i s'atribuïa la condició de doctor en medicina, tant de paraula com per escrit amb la signatura de receptes i altres documents, a Lleida i fora de la ciutat.

L'esmentat Col·legi no va prendre part en l'assumpte. Va ser la Mestrescolia de l'Estudi General l'encarregada de jutjar-lo.

## Funcions acadèmiques i jurisdiccionals de l'Estudi General

Lleida, com a ciutat universitària, des del 1300 disposava dels estatuts fundacionals de l'Estudi General, materialitzats en el *Liber Constitutionum et Statutorum Generalis Studii Ilerdensis*, que contenia les normes pel seu autogovern. Fou el 28 de setembre d'aquell any quan tingué lloc a l'església de Sant Martí l'aprovació d'aquests estatuts i l'elecció de Pere Cabrera com a primer rector de l'Estudi<sup>1</sup>.

Pocs dies abans, en l'anomenada *Carta Ordinationis et immunitatis Studii Generalis Ilerdensis*, atorgada pel rei el 2 de setembre, s'establien una sèrie de normes relatives a l'organització que havia de tenir l'Estudi General.

Un dels personatges importants de l'Estudi era el canceller, figura de nomenament reial que havia de recaure necessàriament en un canonge del Capítol de Lleida. El seu càrrec era vitalici, a diferència dels de rector i consellers que eren elegits per la universitat de l'Estudi (comunitat d'escolars que participaven en el govern de

l'Estudi), duraven un any i, a més, requeien sempre en estudiants forans (no naturals de Lleida) de dret canònic o de dret civil. La foranitat s'adoptà de l'Estudi General de Bolonya, on els estudiants naturals d'aquesta ciutat no podien participar en l'autogovern de l'Estudi, ja que, de fet, pertanyien a la comunitat de veïns del municipi i com a tals gaudien dels seus drets i deures.

El rector tenia potestat per resoldre els plecs entre els doctors, els mestres o els escolars de qualsevol disciplina de l'estudi, i també els que poguessin sorgir entre els servents o domèstics d'aquells (punt 1 del capítol XV dels estatuts, *De officio et potestate rectoris*). Podia també, amb l'assentiment de la majoria dels seus consellers, imposar multes als doctors, mestres i batxillers quan no respectessin els privilegis de l'Estudi o els estatuts de la Universitat, en especial en relació amb els salaris i la docència (punt 7 del capítol XV dels estatuts, *De officio et potestate rectoris*).

De la mateixa forma, gaudia de la facultat per arrestar els doctors, mestres, batxillers, escolars o altres persones de qualsevol dignitat i condició que haguessin comès un delicte, el judici del qual li pogués correspondre per privilegi reial, sobretot si el reu no disposava de fiadors, i tant si era laic com clergue. De tota manera, en ambdós casos, la custòdia del malfactor corresponia a la cúria de Lleida o al bisbe, respectivament, amb la particularitat que aquestes autoritats restaven obligades a portar el delinqüent davant el rector quan aquest ho manés (punt 8 del capítol XV dels estatuts, *De offi-*



Làpida funerària del claustre de la Seu Vella corresponent al Doctor en dret i catedràtic de la Universitat de Lleida

d'Esteve Albert Bruniquer, prior del col·legi de la Concepció de la Mare de Déu o col·legi nou<sup>2</sup>.

Van intervenir en el procés diversos testimonis. Per les seves confessions sabem que la comissió formada pel veguer Joan Baptista de Moragas, el paer Lluís Pollina i el rector de l'Estudi, s'encarregà d'inspeccionar la casa de na Spinala, on habitava l'esmentat Bover, i la de Bernat Cenar, on vivia

Rourer. En cap dels dos domicilis van poder localitzar els estudiants. Però en el de na Spinala, segons el testimoni i doctor en arts Rafel Queralt, trobaren en una caixa de Bover una pistola amb el canó una mica esclafat per la part del cap, la qual tenia un pam i mig de canó segons la confessió de l'amo de la casa, Josep Spinal.

Rafel Queralt, que acompanyà la citada comissió a casa de na Spinala, també confessà que el cos mort de Joan Soler, localitzat a la placeta de la roqueta, estava "ferit per lo costat esquerre de tir de pedrenyal". D'altra banda, l'estudiant en lleis Hieronim Areny va confessar que quan passava per davall de l'abadia de Sant Andreu va conèixer entre els tres homes responsables del crim l'estudiant en lleis Hieronim Rourer, que portava un pedrenyal de tres pams de llargària.

Deixant de banda les esmentades funcions de caràcter jurisdiccional i investigador dels crims, el rector també gaudia, com és natural, de potestats acadèmiques. En aquest sentit, volem destacar per la seva importància la facultat d'elecció, conjuntament amb la universitat, dels anomenats punts o *puncta*, és a dir, de les lliçons que havien de ser impartides pels doctors en les seves classes (punt 6 del capítol XVI dels estatuts, *De officio cancellarii*). Els docents estaven obligats a seguir completament el programa sota penes *ad hoc*.

La catedral de Lleida va tenir una relació molt important amb l'Estudi General, tal com afirma el canonge i actual director de l'Arxiu Capitular de Lleida, el doctor Melchor Bajén Español, en la presentació del *Llibre de les constitucions i estatuts de l'Estudi General de Lleida*, editat amb motiu del 700 aniversari de la UdL. A més de la figura del canonge canceller com a personatge bàsic en el lliurament de graus acadèmics, l'església lleidatana va contribuir al manteniment econòmic de l'Estudi mitjançant la donació de fons procedents dels aniversaris religiosos. Per altra part, elevà la categoria social de l'Estudi amb la cessió dels edificis eclesiàstics més emblemàtics per dur a terme els actes acadèmics i universitaris<sup>4</sup>.

Per exemple, l'examen públic per obtenir el grau de doctor es feia in *Sede Beate Marie* (punt 10 del capítol XVI dels estatuts, *De officio cancellarii*).

L'ofici de canceller consistia a autoritzar i aprovar els doctors i mestres admesos a l'honor d'una dignitat magistral. S'encarregava de controlar la fase privada de l'examen, de manera que si descobria que l'aspirant havia superat l'examen privat mitjançant suborn o amenaces, li podia prohibir la lliçó pública; de la mateixa manera, la podia prohibir si considerava insuficient l'aspirant per manca de coneixements o per ineptitud personal. Fins i tot, podia inhabilitar-lo totalment en la disciplina en què desitjés ser

acceptat (punts 1 i 2 del capítol XVI dels estatuts, *De officio cancellarii*).

El canceller, assessorat pels doctors, podia ajornar l'examen públic un cop superat el privat, amb la finalitat que l'aspirant a obtenir el grau de doctor fos més competent a còpia de temps i estudi (punt 3 del capítol XVI dels estatuts, *De officio cancellarii*).

Per tant, el canceller tenia a les seves mans el poder de la concessió de títols universitaris. Aquesta facultat li era concedida directament pel rei, i se li sumava l'autoritat apostòlica pel fet de ser canonge. Ambdues dignitats –la reial i l'apostòlica– li donaven una gran categoria formal, la qual però no concordava amb l'escassa capacitat operativa que tenia pel que fa al govern polític de l'Estudi. Aquesta discordança feia que el canceller fos una persona insatisfeta i en contínua pugna amb el rector i el seu equip de consellers, els quals gaudien d'un gran poder en el govern de l'Estudi, tal com han demostrat diversos estudiosos del tema<sup>5</sup>.

Però amb el pas dels anys, el rector de l'Estudi va perdre una part de les seves atribucions a causa de la creació de la figura del mestrescola a finals del segle XVI, la qual durà fins al tancament de la Universitat l'any 1714.

Aquesta substitució de la Cancelleria per la Mestrescolia fou acordada en les Corts de Montsó del 1585 de Felip II. El nomenament del primer mestrescola o escolàstic –el canonge Maties Ferrer– tingué lloc l'any 1597. La seva funció principal, com la dels seus respectius successors en el càrrec, era la de mantenir l'ordre i la disciplina a l'Estudi, amb plens poders en els àmbits civil i criminal; a més, seguia gaudint del dret a l'atorgament de títols de doctor en totes les facultats, tal com ho havien fet els antics cancellers.

La proposta del rei fou elevada al papa Climent VII i aquest l'aprovà mitjançant butlla amb data 22 d'agost de 1592. Des d'aleshores el rei elegia un eclesiàstic, un canonge de Lleida, el proposava al papa i aquest el nomenava mestrescola amb caràcter vitalici<sup>6</sup>.

El mestrescola va restar molta competència al rector pel que fa a les funcions judicials. Disposava d'un equip format per l'agutzil, amb capacitat per arrestar i capturar els delinqüents; l'assessor, encarregat dels assumptes jurídics; els dos notaris, un de nomenat pel mateix mestrescola amb la missió de dirigir l'escribania de la Mestrescolia, i l'altre de nomenament reial i responsable de l'oficina de la cancelleria, amb la funció de controlar l'expedició dels títols dels diferents graus acadèmics; finalment, la figura del carceller i nunci, és a dir l'encarregat de la presó i a la vegada missatger dels escrits i avisos de la Mestrescolia als destinataris<sup>7</sup>.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



**Persecució de l'intrusisme**

Tots aquests antecedents ens serviran per comprendre el procediment que se seguí per empaitar i castigar l'intrús Joan Cerdà, ja que no fou el Col·legi de Metges i Cirurgians qui va dur a terme la persecució, sinó la Mestrescolia de l'Estudi General (Apèndix documental). En aquest cas, va pesar més el caràcter acadèmic de la infracció que el purament professional. Cerdà, un simple practicant de cirurgia, feia de metge i s'atribuïa el títol de doctor en medicina. Els metges, que sapiguem, no en van fer cap cas i ningú va protestar. Però l'assumpte, ignorem com, va arribar a coneixement de la Mestrescolia, la qual engegà la seva persecució com a transgressor del títol de doctor en medicina.

Coneguda la notícia, el procurador fiscal de la Mestrescolia la traslladà per escrit el 12 de juny de 1603 al cap i president del Col·legi de Doctors de Lleida, única persona que gaudia del dret de conferir els graus de doctors en totes les facultats i de crear doctors en aquelles. Ja hem dit que el mestrescola –que coincideix amb la figura d'aquest president–, posseïa autoritat reial i apostòlica per dur a terme aquesta important tasca universitària.

En aquest escrit, el fiscal va fer un resum del cas i li va comunicar que l'intrús, sense haver estat graduat de batxiller ni menys de doctor en medicina, feia córrer la veu pertot arreu, i també ho signava, que era doctor en medicina graduat pel Col·legi de Doctors de Lleida. I l'acusava perquè aquests excessos i atreviments eren dignes de càstig; alhora, li demanava que manés rebre la informació detallada de les irregularitats de l'intrús i li apliqués la pena en proporció a la culpa. Oberta la causa, s'inicià la investigació. Foren interrogats quatre testimonis.

El primer d'ells –interrogat el 12 de juny– va ser Nicolau Marqués, de la casa de Quentana (vall de Barravés), el qual es va trobar amb Cerdà a Montanui, on practicava i s'atribuïa la condició de doctor en medicina de la Universitat de Lleida. En veure'l molt preocupat a causa d'uns diners que devia, i atès que era doctor en medicina, li va prestar 40 rals i 40 més un cirurgià de Sort anomenat Luis. L'albarà corresponent el signà com a doctor en medicina. Per altra part, aquest testimoni confessà que Cerdà havia fet moltes receptes i ordinats mèdiques; i que fins i tot li oferí fer-li una carta de presentació a Lleida per tot el que necessités, ja que segons ell gaudia de gran fama com a metge i tenia molts amics a la ciutat, com a conseqüència de les moltes cures que havia fet, fins al punt que havia anat a la vall de Barravés mig d'amagat, ja que no el deixaven reposar ni un instant.



Porta de la sala capitular del claustre de la Seu Vella de Lleida. S. XVI.

### ◆ El mestrescola Maties Ferrer va signar la sentència contra l'intrús

Els segon testimoni –interrogat el 12 de juny– va ser el vicari d'Aneto, Joan Ferras, que declarà en el mateix sentit que l'anterior, és a dir, que Cerdà s'atribuïa la condició de doctor de Lleida i signava receptes. Per altra part, i atès que Cerdà havia d'anar al monestir de Lavaix, li encarregà que manifestés a l'abat que desitjava conèixer-lo.

El 17 de juny van declarar dos metges, els doctors Francesc Ferrer i Guillem Tarragó. El primer, confessà que en els 16 anys que feia que era doctor de Lleida, mai havia vist ni sentit dir que Cerdà fos graduat de doctor ni tan sols de batxiller. El mateix declarà el doctor Tarragó, el qual en 22 anys d'exercici no havia pogut constatar que Cerdà fos graduat batxiller o doctor ni que hagués participat en cap acte literari.

La sentència, signada per l'escolàstic Ferrer un cop fetes aquestes declaracions, va ser l'empresonament de l'intrús.

Amb l'estudi d'aquest cas, no ens queda cap dubte que durant els primers anys de la creació de la Mestrescolia, el seu titular Maties Ferrer exercia amb eficàcia el seu càrrec, dins l'àmbit de la jurisdicció criminal en el terreny universitari.

**ACRÒNIMS**

AML: Arxiu Municipal de Lleida

ACL: Arxiu Capitular de Lleida

**BIBLIOGRAFIA I NOTES**

- (1) *Llibre de les constitucions i estatuts de l'Estudi General de Lleida*. Universitat de Lleida, 2000, pàg. 21
- (2) ESTEVE PERENDREU, F.: El règimen jurídic del Estudio General de Lleida (S. XIII-XVIII). Publicacions de l'Estudi General de Lleida. Col·lecció El Fil d'Ariadna. Lleida, 1992, pàg. 95 i 192.
- (3) AML. Reg. 836, fol. 80-85.
- (4) *Llibre de les constitucions i estatuts de l'Estudi General de Lleida*. Ob. cit., pàg. 19
- (5) J. POCH, S.C.H.P.: *Del Estudio General de Lérida. El Rectorado de la Universidad leridana en los años 1686-1688*. Instituto de Estudios llerdenses. Lérida, 1977.
- (6) ESTEVE PERENDREU, F.: Ob. cit., pàg. 124.
- (7) ESTEVE PERENDREU, F.: Ob. cit., pàg. 125-127.

**APÈNDIX DOCUMENTAL**

ACL. Estudi General. Procés 35/10

1. Carta del procurador fiscal de la Mestrescolia adreçada al cap i president del Col·legi de Doctors de la ciutat de Lleida. 1603.

Al marge esquerre de la carta hi ha aquestes dues anotacions:

Iº Per lo interes notori de la mestrescolia y per tuitio e defentio de la iuridictio ha dita dignitat comunicada.

IIº Com a pertorbador y usurpador e villipendiador de dita dignitat e iuridictio de aquela comunicada. Itte. y molt Rnt. Sor.

A notícia del Procurador fiscal de la mestrescolia ha novament pervingut, que en gran menyspreu de la Autoritat Apostòlica y Real, ab la qual asol .V.M. toque y pertany en la present ciutat de Leyda conferir graus de Doctors en totes facultats, y crear Doctors en aquelles, Joan Cerdà practicant qui es estat de cyrurgia, sens esser graduat en manera alguna de grau de bachiller ni menys de Doctor en la facultat de medicina, se jacte y diu en la present Ciutat, y fora de ella, y ha dit, y ab scriptura propia segons se diu de sama, que es Doctor graduat en dita facultat de medicina per lo Collegi dels Doctors de dita Ciutat del qual .V.M. es Cap y President dignisim. Y com semblants excessos y atreviments sien dignes de punitio y castich lo dit procura-

dor fiscal fehent instantia (acusació) contral dit Cerda supplique a .V.M. mane rebre infomatio dels sobredits excessos, la qual offerex ministrar, y constant de dits excessos e delictes castigue aquell condignament (en proporció a la culpa) conforme sos demerits de tal manera que al dit sia castic e punitio, e, als demes sedesca en exemple, admnistrantli en tot y per son cumpliment de justitia, los Drets del fisch sempre salvos lo officii y est licet.

Sagarra fici.

Oblata die 12 junii 1603

Reçpiatur informatio, ...

qua recepta providebitur ut juris fuerit Ferre scolasticus

2. Declaracions dels testimonis i sentència

Die 12 juny anno anativ. domini millesimo sexcentessio tertio

Nicholaus marques presbiter beneficiatus domus de quentana vallis de barrabes diocesis ilerdensis testis sitatus qui juravit

Et primo fuit interrogatus si conexia a Joan Serda

Et dixit quel conex molt be de vista per hoirlo nomenar per aqueix nom a molts

Et fuit interrogatus si sap que dit Sarda sesia intitulat de doctor de leyda

Et dixit que ell testimoni sap que sa intitulat de doctor de leyda desta

manera perque als primers de maig prop pasat vingue dit Serda en la vall de barrabes fent lo ofici de doctor en

medecina y dit Serda vingue a ell dit testimoni en lo loch de montanui hont

ell dit testimoni les hores residia ily digue Sr. joso un doctor enmedecina

de la universitat de leyda y sem offereix aver de pagar un dines a miquel St.

Marti per un tal puigvert de graus y perque a mi no sem sia feta mala obra per

Justitia niper armes que undoctor enmedecina de tal universitat no sia

afrontat ma de fer merse en dexarme dits dines que son vuit lliures y ell testi-

moni perlo que deya que era doctor de leyda y veure quel altre lo oprimia en

gran manera parli ab un cirurgia que ere ali present ques deye mº. luis lo

qual abite en la vila de sort y diguili Sr. pus est home diu es de vostra facultat

si vos li dexau quoranta reals jo lin dexare altres quoranta y aixi los ydexarem

conforme conste ab albara de sama en lo qual com se pot veure se

nomene doctor, y sap tambe ell testimoni que han fetes moltes receptes y

ordinates com ha doctor de la universitat de leyda y tambe sap ell testi se

nomena doctor de la universitat de leyda per averli dit que si ninguna cosa silli offeria pera leyda loy digues que ell

li faria una carta de favor per quei tenea grans amichs per occasio de que ab son art e tantes cures que nol dexaven reposar un punt y que casi sen ere vintug mig amagat.

Fuit sibi lectum et perseveravit.

Dicto die

Dominus Joannes ferras vicarius de aneto diocesis ilerdensis testis sitatus qui juravit.

Et pº. fuit interrogatus si conexia a dit serda

Et dixit quel conex per oirlo nomenar aixi.

Et fuit interrogatus si sap que dit serda se nomene doctor de leyda.

Et dixit que sap molt be per averloy hoit dir moltes voltes davant ell testimoni y

davant moltes altres persones fide dignes que ere doctor de leyda y averlo vist nomenar en scrits daquesta mane-

ra y aver fet algunes receptes y en particular osap per que anant ell testimoni

un dia al monastir de llavaix li digue dit sarda aell dit testimoni digues al abat

de dit monestir quei havia alli un doctor de lleyda quelis besave les mans y desi-

gave conoxel asº.

Fuit sibi lectum et perseveravit. Die 17 mensis juny 1603

Magnificus dominus franciscus ferrer medicine doctor testis sitatus qui juravit.

Et primo fuit interrogatus si conexia dit serda

Et dixit quel conex molt be.

Et fuit interrogatus ipse testis si sap ques sia pasat doctor en dita facultat.

Et dixit que ha setze anys poch mes o, manco que es doctor de dita universitat

y que mai ha vist ni ha hoit dir que sesia graduat noslos de doctor pero ni encara de bachiller

Fuit sibi lectum et perseveravit. Dicto die

Magnificus dominus Guillelmus Tarrago medicine doctor testis citatus qui juravit

Et pº. fuit interrogatus si conexia adit Joan serda.

Et dixit quel conex molt be.

Et fuit interrogatus ipse testis sisap sesia graduat de doctor en la universitat de leyda.

Et dixit que vint y dos hanyans ha esta part may aquex home ses passat doctor

ni bachiller ni dit testimoni lavist mostrar en ningun acte literari en vint y

dos hanyans que dit testimoni es doctor. Fuit sibi lectum et perseveravit.

Capiatur predictus Joannes Cerda et carçeribus mançipetur donec per nos aliter provideatur.

Ferre scolasticus.



# El sueño de los niños

Dra. Elena Franco · Cap de la Secció de Neurofisiologia Clínica (HAV)

El sueño es una de las actividades fundamentales en los primeros años de la vida y juega, probablemente, un papel importante en el desarrollo del niño. Su composición y ritmo varían rápidamente según pasan los meses.

El estudio electroencefalográfico en prematuros menores de 32 semanas nos permite registrar una actividad discontinua, que está formada por brotes de actividad que alternan con períodos de silencio eléctrico, en la que no se diferencian fases de sueño y de vigilia.

A partir de las 32 semanas, se pueden distinguir ya los estados de vigilia de los de sueño y durante éste se observan dos tipos de trazados que corresponden al llamado sueño activo (SA, similar al REM) y sueño tranquilo (ST, similar al no-REM) en una proporción que varía de forma que en el RN a término está formado por el 50% de SA y el 50% de ST. A los seis meses, la cantidad de sueño REM es del 30% y la de no-REM del 70%. A esta edad aparecen unos grafoelementos llamados *husos* del sueño o *spindels* en los registros del sueño. A los 5 o 6 años, la organización del sueño ya está próxima a la del adulto.

Estos cambios observados a nivel electroencefalográfico son tan consistentes que el registro de la actividad bioeléctrica nos permite conocer la edad gestacional del recién nacido con una gran certeza, y comprobar el desarrollo madurativo normal del niño, ya que las alteraciones neurológicas graves suelen ir acompañadas de anomalías en la estructura del sueño.

El sueño normal en el niño implica una cantidad de horas de sueño suficientes, según la edad y las necesidades individuales, y una adecuación con el ritmo vigilia-sueño y con el entorno. Y tiene como consecuencia una buena calidad de vigilia mostrándose despierto alegre y tranquilo y con buena relación con el ambiente que le rodea.

## Variaciones de sueño

El niño recién nacido duerme de forma continuada, con breves períodos de despertar durante los cuales se alimenta. Estas fases de sueño y de vigilia no están en relación con los períodos de día y noche. Hablamos, por tanto, de una organización ultradiana del sueño.

El recién nacido duerme entre 16 y 20 horas repartidas en 5 ó 6 períodos, independientemente del día y la noche. A los 3 ó 4 meses, el tiempo total de sueño es de 14 horas fraccionadas en 4 ó 5 períodos. A los 6 meses, duerme un total de 14 horas, de las cuales 12

horas son nocturnas y dos siestas, una de mañana y otra de tarde. A los 12 meses, el sueño total es de 13 horas pero con una sola siesta. A partir de los tres o cuatro años, el tiempo total de sueño nocturno es de 11 horas y empiezan a desaparecer las siestas.

Así, pues, existe todo un proceso de regulación del sueño que varía en cantidad de forma que disminuye el tiempo, pero también la ritmicidad pasando del ritmo ultradiano al circadiano.

En el período neonatal, el sueño se reparte de una forma similar entre el día y la noche. Sin embargo, a partir de los 6 meses, casi todo el sueño tiene lugar durante la noche y el niño se pasa la mayor parte del día despierto. El sueño, por tanto, pasa a sincronizarse con el ritmo de 24 horas o ritmo circadiano. Paralelamente al sueño-vigilia, se sincronizan otros procesos biológicos como la temperatura corporal, las frecuencias cardiorespiratorias y la secreción de determinadas hormonas.

En la adquisición del ritmo de 24 horas además de factores endógenos intervienen también factores exógenos. Acontecimientos que se repiten regularmente cada día, como las comidas, irse a la cama, el baño y la exposición a la luz favorecen la adecuación del sueño y la vigilia al ritmo de noches y días.

Por ello, la adaptación del sueño al ritmo de 24 horas exige un aprendizaje basado en el seguimiento de unas pautas regulares en los horarios de las actividades cotidianas, que en el lactante giran alrededor de las tomas alimentarias. Se ha visto que los niños alimentados con lactancia materna tienen más dificultad para adquirir el ritmo circadiano.

Además, es importante el reconocimiento por parte de los padres de la necesidad de sueño del niño, es decir, aprender a saber cuando el niño tiene sueño. Más adelante, otras medidas encaminadas a conseguir el control de esfínteres y el control motor favorecerán también la organización del ritmo de sueño-vigilia.

## Alteraciones más frecuentes

Parasomnias: son fenómenos que aparecen durante el sueño que a veces, no siempre, lo interrumpen. Generalmente, no tienen gran trascendencia, pero pueden crear una gran preocupación, incluso angustia, en los padres y familiares por lo llamativo y aparatoso de los cuadros.

Sonambulismo: son episodios en los cuales el niño abre los ojos, se levanta y anda por la casa, incluso es capaz de realizar alguna actividad. Si se le con-



duce a la cama obedece fácilmente y, al día siguiente, no recuerda nada. Se presentan en las primeras horas de la noche, durante las fases de sueño lento profundo. Es muy común en niños a partir de los 4 años y suele desaparecer espontáneamente hacia los 15. Aunque responde a las benzodiazepinas, en general no es necesario más tratamiento que el de la protección de situaciones de riesgo como ventanas abiertas.

Somniloquia: es un fenómeno muy frecuente. Consiste en la emisión de palabras o frases cortas sin sentido, que aparece generalmente en fases REM.

Movimientos de adormecimiento: consisten en movimientos rítmicos o golpes de la cabeza sobre la almohada y, ocasionalmente, afectan a todo el cuerpo hasta que se duermen. Desaparecen espontáneamente.

Bruxismo o rechinar de dientes durante el sueño: consiste en la aparición de movimientos laterales de las mandíbulas en cualquier fase de sueño, aunque más frecuentemente en la II. Es muy frecuente y no requiere tratamiento. Solamente en algunos casos se deberán utilizar unas protecciones para evitar erosiones en los dientes.

Terros nocturnos: son episodios que aparecen en las primeras horas de la noche, coincidiendo con las fases de sueño lento durante las cuales el

niño abre los ojos, grita, llora, se mueve, presenta taquicardia, sudoración, pupilas dilatadas y, aunque se le hable, no atiende a los padres. Ceden espontáneamente después de unos minutos y los niños, a la mañana siguiente, no recuerdan nada. No se les debe de despertar, solamente acompañarlos y vigilar. Aparecen sobretodo en niños de 5 a 12 años.

Pesadillas: no deben confundirse con los terros nocturnos descritos. En realidad, se trata de ensueños con una gran carga de angustia y miedo, aunque sin tanto componente autonómico ni de actividad motora. Aparecen durante la fase REM y, por eso, son más comunes en la segunda parte de la noche y el niño puede recordar el contenido de la ensoñación.

Hipersomnias o somnolencia diurna: la causa más frecuente es el síndrome de apnea del sueño en el que aparecen numerosas apneas obstructivas que lo fragmentan. Suelen ser debidas a una hipertrofia amigdalal y adenoidea.

Otra causa de somnolencia excesiva en adolescentes o preadolescentes es la narcolepsia.

El insomnio: se trata sin lugar a dudas de uno de los motivos de queja más frecuente de los padres cuando los niños son pequeños.

Puede tratarse de una dificultad para iniciar el sueño o por despertares fre-

cuentes y prolongados durante la noche.

La valoración del insomnio infantil ha de tener en cuenta aspectos como las necesidades del sueño. A veces se espera que duerma más tiempo del que realmente necesita. Existen, además, variaciones individuales de forma que hay niños que podríamos calificar como "muy dormidores" y otros "poco dormidores".

Los despertares nocturnos durante los primeros meses de vida son fisiológicos. Normalmente duran de diez a quince minutos y, después, el niño se vuelve a dormir espontáneamente.

En caso de insomnio, aparece irritabilidad, somnolencia, alteraciones de la conducta, en definitiva, malestar. Todo ello es un signo de privación de sueño.

En algunos casos, pocos, el insomnio responde a una causa orgánica como la otitis. En el caso de los lactantes, la alergia a la leche de vaca, el reflujo gastro-esofágico o la presencia de cólicos pueden perturbar el sueño, sin embargo, la mayoría de los problemas del dormir en el niño son de origen psicofuncional.

En primer lugar, juega un papel importante la angustia de la separación. El niño tiene miedo a quedarse solo y se resiste a ir a la cama o a dormirse cuando se despierta. Lloran hasta que los cogen en brazos si son peque-

ños y, en el caso de niños un poco mayores, requieren la presencia de los padres con múltiples excusas como pedir agua, juguetes ...

Las condiciones externas de temperatura y ruidos pueden influir también negativamente sobre el sueño.

Otras veces son factores ambientales. A veces los padres, que no ven al niño durante el día, por sentimiento de culpabilidad o porque les apetece, juegan con él a última hora antes de ir a la cama sobreestimándolo y creando así una dificultad para que se relaje y se duerma.

Muchas veces el insomnio infantil, más que de una falta de sueño, se trata de una inadecuación entre el ritmo y las propias necesidades del niño y las de su entorno familiar y social.

## Cómo tratar el insomnio infantil

En general no está indicado el tratamiento farmacológico. Una vez descartadas las causas orgánicas, las medidas a tomar son de tipo higiénico:

- Crear unas condiciones ambientales de confort y tranquilidad.
- Establecer unos horarios regulares para ir a dormir y para comer.
- A partir de los tres meses, no conviene dar biberones cuando el niño se despierta por la noche, para evitar despertares condicionados y distensión vesical que pueden reforzar también los despertares.
- Se deben crear unos rituales sencillos al acostarle, como contarle o leerle un cuento, dejarle un muñeco o una almohada preferidos para que aprenda a dormirse solo, evitando quedarse con el niño hasta que se duerma tanto al acostarle como en los despertares nocturnos.
- Y, por último, hay que tranquilizar a los padres, informándoles y desdramatizando la situación.

Se trata, en definitiva, de conseguir adecuar los horarios de sueño con los ritmos biológicos del niño. Con ello se conseguirá una mejora en el bienestar y calidad de vida y un desarrollo armonioso tanto en el orden físico como intelectual y afectivo.

## Bibliografía

- A. Culebras *La medicina del sueño*. Ed. Ancora.
- E. Estivill *El sueño ese desconocido*. Hosbon.
- El insomnio en el niño*. Cuadernos de la Fundación Sueño-Vigilia Nº 4.
- O. Benoit y J. Foret. *Le sommeil Humain. Bases expérimentales physiologiques et psychopathologiques*. Ed. Masson.
- D. Samson. *Le sommeil normal de l'enfant Le sommeil normal et pathologique*. Ed. Masson.



# Intimitat, protecció de dades personals i sanitat

J. Corbella i Duch · *Doctor en dret, advocat*

Definim la intimitat com el dret de tota persona a mantenir separats, aïllats i tancats al coneixement dels altres determinats fets, dades i actuacions personals.

La intimitat és un àmbit o espai en el qual hom desenvolupa la seva personalitat lliurement i sense intervenció dels altres.

Correspon a cada persona determinar les dades que tanca al coneixement dels altres, les que comparteix només amb unes persones concretes, amb qui té una especial relació de confiança (llavors entrem en l'àmbit de la confidencialitat, on fem una distinció entre la voluntària i la forçosa), i les que formen el conjunt de la vida social o pública.

La representació gràfica d'aquests conceptes seria un conjunt d'esferes concèntriques que comencen amb una petita esfera interior que guarda els secrets (allò que mai no es transmet a ningú, ni s'explica en cap cas), envoltada d'una esfera més gran que guarda les dades confidencials i, ambdues, envoltades d'una altra de més gran amb les dades personals que són públiques.

Atès que cada persona decideix lliurement les dades personals que vol compartir amb les persones de confiança o que vol fer públiques, també podem veure aquests àmbits com una espiral que permet passar les dades d'un nivell a l'altre.

El reconeixement i la configuració del dret a la intimitat s'ha fet en temps recents, a partir de la segona meitat del segle XIX, sobre les bases d'un breu estudi que van publicar dos juristes de Harvard (EUA), S. Warren i L. Brandeis, amb el títol de *Dret a la intimitat*.

Després, la progressiva complexitat de les relacions socials i, sobretot, l'intervencionisme de l'Estat, que es desenvolupa a través de la informàtica, han facilitat la configuració del dret a la intimitat fins a situar-lo com un dels més preuats per les persones en tant que protegeix la identitat personal i la llibertat de qualsevol ingerència no volguda.

És en aquest context que la Constitució espanyola de 1978 reconeix la intimitat com un dels drets fonamentals individuals i, posteriorment, el legislador ha promulgat les normes que ha cregut convenients per a la seva protecció.

Una d'aquestes normes és la Llei orgànica 15/99, de protecció de les

dades de caràcter personal, d'11 de desembre.

Aquesta llei de protecció de dades personals, aplicada a l'àmbit sanitari, s'ha d'interpretar i aplicar conjuntament amb la Llei general de sanitat, de 1986; amb la recent 41/02, de 14 de novembre, bàsica, reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i les obligacions en matèria d'informació i documentació clíniques (que entrarà en vigor el 16/05/03), i amb les normes sanitàries autonòmiques.

Hom pot imaginar que no és pas feina senzilla, però intentarem donar unes breus notes orientadores per recordar que les normes sobre protecció de dades personals no tenen una finalitat en si mateixes, sinó que són un instrument per protegir el dret fonamental a la intimitat personal, que hem de respectar sempre.

Així doncs, cal dir que:

- Les normes de la llei orgànica de protecció de dades afecten tots els arxius i fitxers, tant si són informàtics com manuals (electrònics o en paper), en els quals hi hagi registrades dades de persones físiques.

Només queden exclosos els fitxers domèstics (la llista de la compra o les despeses de les vacances, per exemple).

- Qui tingui un arxiu o fitxer amb dades personals ho ha de comunicar a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades. Es pot fer per Internet (<https://agenciaprotecciondatos.org>)

- Les dades personals que fan referència a la salut, entre altres, tenen una especial protecció i només poden ser recollides, registrades i guardades en els supòsits i en la forma que disposen la legislació estatal i autonòmica sobre la sanitat.

Per tant, s'hauran de registrar les dades personals dels pacients (nom, cognoms, adreça, antecedents clínics, diagnòstic, tractament, etc.), tal com disposen les normes sanitàries. I guardar aquestes dades durant tot el temps previst en la normativa sanitària.

- La Llei de protecció de dades obliga a demanar, prèviament, el consentiment dels afectats per poder tractar o comunicar les dades personals. Però aquesta norma té excepcions, especialment en l'àmbit sanitari, que inclouen la recollida de dades per a la prestació de l'assistència, el tractament mèdic o la gestió del servei sanitari, la realització d'estudis epidemiològics, la protecció de la salut pública o donar compliment a altres disposicions de les autoritats competents.

- Tampoc no cal demanar el consentiment per transmetre dades sanitàries quan l'actuació assistencial es faci en qualitat de servei mèdic de l'entitat o persona que es trameten la dades (mútua, asseguradora).

- Les dades de salut sempre es coneixen dintre d'una situació de confidencialitat forçosa, és per això que aquestes dades només es poden comunicar al mateix titular i a aquelles persones que ell autoritzi expressament.

- Pel que fa a docència i recerca, les dades sanitàries s'han de conservar i presentar dissociades, això vol dir aplicar un procediment mitjançant el qual no es pugui identificar la persona a qui corresponen.

- Aquells que tinguin un fitxer informàtic de dades han d'establir un reglament o protocol de seguretat. Sobre els fitxers manuals, les normes de protecció s'han d'implantar l'any 2007.

- Tot el personal que treballa en l'àmbit sanitari, tant el titular com l'auxiliar (inclosos administratius, auxiliars i personal de serveis), ja sigui en l'àmbit de la sanitat pública com en el de la privada, que per qualsevol motiu tingui coneixement de les dades sanitàries d'altres persones té l'obligació de no divulgar-les i de protegir la intimitat de la persona.

- El sistema jurídic ha establert mecanismes per a la protecció de la intimitat. És per això que la infracció de les normes sobre protecció de dades, la divulgació in consentida o improcedent, pot generar diferents nivells de responsabilitat, fins i tot penal, amb penes de presó i d'inhabilitació.

No es tracta de fer ara un extens comentari doctrinal, aquestes ratlles tenen només la senzilla pretensió de servir de recordatori d'un aspecte important que afecta tots els professionals de la sanitat.

◆ **Correspon a cada persona determinar les dades que tanca al coneixement dels altres i les que comparteix amb unes persones concretes i de confiança**

## SERVEIS D'ASSEGURANCES

### Assegurances d'automòbil

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

- MediMotor
- MediMotor Jove

### Atenció a sinistres

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

### Assessorament integral

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

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

## SERVEIS FINANCERS

### Serveis bancaris

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

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

### Agència de valors

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

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

### Sol·liciteu informació

**Telèfon 973 27 08 11**

Rambla d'Aragó, 14 -Pral. 25002 Lleida



# Un metge guanya per segona vegada el Concurs d'Informàtica Ciutat de Lleida

Per segon any consecutiu, una web de divulgació i informació mèdica obté un primer premi del Concurs d'Informàtica Ciutat de Lleida que organitzen l'Ajuntament i Accés-Institut Municipal d'Informàtica. Així, el jurat del concurs d'enguany ha atorgat el primer premi de la categoria d'Aplicacions al Dr. Joan Ribera Calvet pel seu treball *La web de la cèl·lula*. L'edició anterior va premiar, en la mateixa categoria, el Dr. Josep Maria Casanova per *Dermaweb*.

*La web de la cèl·lula* va sorgir amb la intenció de fer una web en català sobre la cèl·lula i per oferir i divulgar informació sobre el seu diminut món i sobre les eines i la metodologia que s'empren en el seu estudi, explica el seu autor, Dr. Joan Ribera.

Aquesta web està especialment pensada per als estudiants i professionals de la biomedicina, per als quals un bon coneixement de la cèl·lula és imprescindible per entendre el fenomen de la vida i per comprendre com funciona el cos humà i el fonament de les malalties.

Com va dir EB Wilson l'any 1925, "la clau dels problemes biològics s'ha de buscar sempre en la cèl·lula". Aquesta idea de Wilson cada cop s'ha fet més evident i, avui en dia, la cèl·lula s'ha convertit en el principal focus d'interès de les investigacions biomèdiques, de manera que els avenços en el coneixement de les causes que provoquen les malalties van, pràcticament sempre, associats al descobriment d'alteracions del funcionament cel·lular. Així, doncs, conèixer la cèl·lula i els mecanismes que governen el seu funcionament pot aportar al professional de la medicina una sòlida base per enten-



La web destina uns apartats específics a alumnes de medicina.

dre del funcionament del cos humà i la base de les malalties.

Dins de *La web de la*

*cèl·lula*, els apartats de *Cèl·lula i medicina* i *Racó dels alumnes* estan exclusivament destinats als alum-



nes de medicina. Els estudiants hi troben el programa, bibliografia, exercicis de test *on line*, dossiers



La clau dels problemes biològics s'ha de buscar sempre en la cèl·lula, segons EB Wilson.

sobre les diapositives de classe (dissenyats per poder prendre notes sobre les explicacions del professor) i eines de recerca bibliogràfica per Internet que utilitzen el Medline. Hi ha un programa d'aprenentatge, Llibres Entrez Medline/PubMed, molt pràctic per consultar *on line* els llibres més importants de biologia cel·lular.

Un altre apartat està destinat als professors i alumnes de biologia de batxillerat, els quals hi poden trobar diferents connexions a altres webs relacionades amb l'ensenyament de la biologia preuniversitària, que contenen un gran nombre de models d'exàmens de selectivitat resolts.

L'apartat d'*Imatges* conté una col·lecció de microfotografies, fetes amb el microscopi electrònic, que són dinàmiques. Al passar-hi el ratolí per damunt van apareixent el noms que identifiquen les estructures cel·lulars assenyalades i

s'obren diagrames en color d'aquestes estructures. L'apartat d'*Actualitat* s'ocupa dels fets actuals més rellevants relacionats amb la cèl·lula, com són el premi Nobel o les cèl·lules mare.

A més, *La web de la cèl·lula* pretén aprofitar l'espai de comunicació que ofereix Internet per a la producció de material docent orientat a la millora de la formació i el rendiment acadèmic de l'estudiant. En aquest sentit, inclou la creació de recursos didàctics amb suport digital, la qual cosa està relacionada amb el fet que els professionals del futur han d'aprendre a adquirir un tipus de formació modular, ja que estan sotmesos a una forta pressió per la necessitat de renovar-se d'una manera permanent i ràpida. I els formats digitals són una excel·lent eina per oferir formació continuada als professionals.

L'adreça de la web és <http://laccelula.udl.es>

# 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](http://www.peretena.com) · Pàrquing Blondel Gratuït





El dia de la trobada amb la Junta del COML, Pomés va presentar el 'Llibre Blanc' de la Sanitat.

## Dinar de treball de la Junta del COML amb el conseller de Sanitat, Dr. Xavier Pomés

Els membres de la Junta de Govern del COML van celebrar el dia 2 de maig un dinar de treball amb el conseller de Sanitat, Dr. Xavier Pomés. El motiu de la trobada era parlar en un ambient distès dels problemes que preocupen actualment la professió, per exemple, la recuperació del paper que metges i metgesses haurien de tenir dins de la societat i de les empreses on treballen com a assalariats o les possibles causes que actualment provoquen una sèrie de circumstàncies adverses. Entre d'altres, es van tractar els temes següents:



Públic assistent a la presentació del 'Llibre Blanc'.

- La situació de la sanitat a Lleida amb relació a altres demarcacions.

- L'atenció hospitalària que es preveu en un futur immediat.

- Les millores necessàries en l'àrea d'urgències.
  - Les mesures que cal prendre per fer possible l'estatut dels MIR i la normativa que s'ha de desenvolupar arran de la sentència de Luxemburg.
  - La necessitat d'atenció continuada dels metges dins l'àmbit laboral.
  - L'augment de resolució i disfuncions de l'assistència primària.
  - L'assistència mèdica als centres sociosanitaris.
  - Les actuacions previsibles en matèria de salut mental.
  - La utilització de la sanitat pública per part de les entitats d'assegurança.
  - I la projecció de futur de les entitats de base associativa (EBA) a les comarques lleidatanes.
- El conseller Pomés va escoltar al llarg de dos hores i mitja els suggeriments dels membres de la Junta de Govern del COML. Els reunits van acordar mantenir d'aquí a un mes una nova reunió per concretar els temes sobre els quals el conseller no disposava en aquells moments de suficient informació.
- La Junta valora positivament aquestes reunions mitjançant les quals es poden aconseguir compromisos individuals i col·lectius. Compromisos que ajudin a donar resposta a velles reivindicacions dels professionals de la medicina i que beneficiïn tots els ciutadans del país.



A l'esquerra, l'acte públic. A la dreta, dinar del conseller amb la Junta col·legial (Fotografies: Eduard Jové).

## El Dr. Joan Viñas, rector de la Universitat de Lleida

El Dr. Joan Viñas Salas és el nou rector de la Universitat de Lleida (UdL) després de guanyar les eleccions celebrades el 15 de maig. El Dr. Viñas va aconseguir el 55% dels vots emesos, mentre que la segona candidatura presentada, que encapçalava Roberto Fernández, en va obtenir el 38%. Dos metges més també formen part de l'equip de govern de la UdL, el Dr. Joan Prat, degà de la Facultat de Medicina, i el Dr. Xavier Gómez Arbonés, que es dedica a la investigació. El programa del nou rector vol potenciar la recerca i la innovació i proposa construir un nou edifici de recerca i docència per a la Facultat de Medicina.

El cirurgià Joan Viñas és el segon rector de la UdL gràcies a la confiança dipositada en ell i en el seu equip pel 55% dels vots emesos en les passades eleccions. El Dr. Viñas disposa d'una àmplia experiència docent i investigadora que ha combinat sempre amb la pràctica hospitalària. Així mateix, ha estat impulsor de diverses associacions solidàries, en les quals participa activament, i presideix l'Associació Antisida de Lleida. És membre del consell de redacció i col·laborador habitual de *Butlletí Mèdic*.

### Currículum

Joan Viñas Salas va néixer a Mataró l'any 1950, està casat i té 4 fills. El nou rector va cursar els estudis de medicina i cirurgia a la Universitat de Barcelona, on es va doctorar l'any 1976. Des del 1977 exerceix com a docent i investigador a la UdL.

Actualment és catedràtic de cirurgia i dirigeix aquest departament a la UdL. El Dr. Viñas és l'únic representant estatal al comitè executiu de l'Associació de Facultats de Medicina europees. Ha estat dos vegades



El nou rector, Joan Viñas, amb el president del COML, Dr. Xavier Rodamilans.

degà de la Facultat de Medicina.

En el currículum del nou rector destaca la publicació de vint treballs en revistes internacionals i seixanta en revistes espanyoles, a més de ser l'autor de diferents capítols en diverses publicacions específiques. El Dr. Viñas ha realitzat estades formatives i de recerca a la Clínica de Mayo, a la Universitat de Minnesota (EUA) i a St. Mark's Hospital de Londres, entre d'altres.

Joan Viñas és cap de la secció de Cirurgia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i ha presidit l'associació de facultatius del centre hospitalari. També presideix els comitès d'Ètica i Recerca Clínica i d'Ètica Assistencial de la regió sanitària de Lleida.

### Recerca i innovació

Els eixos del programa de l'equip de Viñas són, pel que fa a la recerca i la innovació, obtenir i gestionar fons procedents de progra-

mes competius per donar suport als grups de recerca consolidats, potenciar la formació i el manteniment de centres i instituts de recerca propis o en col·laboració amb institucions locals, nacionals, estatals i europees, i homologar la qualitat i les funcions dels serveis de suport a la recerca.

En aquesta línia, el programa preveu participar activament en la definició i potenciació del Parc Científic i Tecnològic de Lleida, que promou l'ajuntament lleidatà. Així mateix, a banda de destacar la importància de la infraestructura, planteja augmentar les sinergies del Servei de Biblioteca i Documentació amb el Consorci de Biblioteques de Catalunya. I expressa el propòsit de possibilitar l'adscripció dels serveis de la Universitat de Lleida a la Xarxa de Centres de Suport a la Innovació Tecnològica.

PASSA A LA P. SEGÜENT

## El nou equip rectoral

El nou equip de govern de la UdL, que encapçala el rector Viñas, està format per les persones següents:

- Gerent: Josep Maria Sentís Suñé
- Secretària general: Ana Romero Burillo (Facultat de Dret i Economia)
- Vicerector de Docència i Estudiantat: Carles Alsinet Mora (Facultat de Ciències de l'Educació)
- Vicerector de Recerca: Ramon Canela Garanyoa (Escola Tècnica Superior d'Enginyeria Agrària)
- Vicerector de Qualitat i Planificació: Joan Prat Coromina (Facultat de Medicina)
- Vicerector de Professorat: Joan Ramon Rosell Polo (Escola Tècnica Superior d'Enginyeria Agrària)
- Vicerector d'Acció Cultural i Projecció Universitària: Jaume Barrull Pelegrí (Facultat de Lletres)
- Vicerector d'Infraestructures i europees, i homologar la qualitat i les funcions dels serveis de suport a la recerca.
- Coordinador de Relacions Institucionals: Estanislau Fons Solé (Escola Tècnica Superior d'Enginyeria Agrària)
- Coordinadora d'Economia: Mariona Farré Perdiguier (Facultat de Dret i Economia)
- Coordinador del Rectorat: Xavier Gómez Arbonés (Facultat de Medicina)
- Adjunt al rector pel PAS: pendent









## Un compromís dels metges i per als metges

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

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

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

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



**MUTUAL MÈDICA**  
de Catalunya i Balears

Tel. 93 319 78 00 [www.mmcba.es](http://www.mmcba.es)