

Lliurament de la Creu de Sant Jordi al COML





Perquè gaudiu de la vida sense preocupacions

MediVida Sana és l'assegurança de vida dissenyada especialment per protegir-vos dels riscos derivats de la detecció d'alguna malaltia de les considerades greus, per pal·liar, en la mesura del possible, el daltabaix, no tant sols físic i psíquic, sinó també l'econòmic, derivat d'una situació d'aquesta mena.

Amb MediVida Sana podeu disposar lliurement, en cas de diagnòstic d'una malaltia greu, de l'avançament de fins al 100 % del capital assegurat. I a més disposeu d'altres garanties:

- Avançament del capital bàsic contractat en cas d'Incapacitat Professional o Invalidesa Absoluta i Permanent.

- Pagament del capital assegurat en cas de mort per qualsevol causa.

Si ja teniu una pólissa de vida:
Sense compromís i gratuïtament us fem una anàlisi de la pólissa i les seves cobertures -i clàusules- vigents, perquè en tingueu una informació completa.

MediVida Sana és una assegurança de vida especialment concebuda per a la vostra tranquil·litat i la dels vostres familiars.



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

MEDICORASSE, corredora de segurs del COML S.A. L. NIF A-5849020. DGS, clau J-536. Polítiques de responsabilitat civil i fiança d'actes amb el lloc 91992, de 30 d'abril.

BUTLLETÍ mèdic

Número 50, gener del 2005

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 Peñascol Pujol
Josep Pifarré Paradero
Joan Prat Corominas
Jesús Pujol Salud
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 €
Preu total insercions:	2.404,06 €
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	1.803,06 €
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
Preu total insercions	901,50 €

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

Societat del benestar?

Una distribució injusta de la riquesa deixa la major part dels habitants de la terra fora de l'illa del benestar. Uns pocs elegits vivim en una societat opulenta, que cobreix sobradament les nostres necessitats d'alimentació, salut, educació. Aquests pocs també tenim règims parlamentaris que ens permeten elegir el nostre present i futur, però, malgrat això, es percep un descontentament cada vegada més evident. La societat s'ha infantilitzat i ha delegat les seves responsabilitats en les institucions, en els altres, i no accepta el fracàs ni sap acceptar-se ella mateixa tal com és.



Això comporta, a part d'altres problemes, una major demanda sanitària de tipus psiquiàtric que busca en el professional, en les teràpies i, sobretot, en els fàrmacs la solució als seus problemes en comptes d'afrontar la realitat.

La resta del món continua morint de gana, de set, de disenteria, de sida, de pobresa. Però, els desenvolupats hem oblidat que l'important és viure. Podríem canalitzar el descontentament dels opulents cap a la lluita contra un sistema que divideix el món en dos hemisferis: els pobres i els rics.

Tenim por de perdre alguna cosa en aquesta lluita?

sumari

Lliurament de la Creu de Sant Jordi al COML

Una àmplia representació lleidatana va acompanyar el president del COML, Xavier Rodamilans, en l'acte de lliurament.

PÀGINA 4

Premi del COML a la Solidaritat

PÀGINA 5



Pasqual Maragall entrega la Creu de Sant Jordi



Lliurament de la Creu de Sant Jordi al COML

La Generalitat de Catalunya va atorgar la Creu de Sant Jordi al Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML), tal com va informar la darrera edició del *Butlletí Mèdic*.

Una àmplia representació col·legial, que presidia Xavier Rodamilans i que comptava amb l'acompanyament de l'alcalde de Lleida, Àngel Ros, va desplaçar-se a l'Auditori de Barcelona per assistir a l'acte de lliurament dels premis.

El president del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, Xavier Rodamilans, va recollir de mans del president de la Generalitat, Pasqual Maragall, el preuat guardó que reconeix la dedicació i els serveis prestats a les comarques lleidatanes pels professionals de la medicina.



Xavier Rodamilans rep de mans del president de la Generalitat, Pasqual Maragall, la Creu de Sant Jordi i ho celebra amb autoritats lleidatanes i amb la representació col·legial

Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del COML ha acordat i ha tractat els següents temes en les sessions ordinàries de l'1 de desembre passat i de l'1 de gener:

- Declaració de la seu del Col·legi de Metges de Lleida com a zona lliure de fums.
- Obertura fins al dia 28 del proper mes de febrer del període de sol·licituds de col·laboració del Col·legi en congressos, cursos, jornades i similars.
- Informació sobre l'atorgament al COML de la Creu de Sant Jordi de la Generalitat de Catalunya. La cerimònia de lliurament va tenir lloc el passat dia 14 de desembre a l'Auditori de Barcelona.
- Informació sobre el lliurament a l'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis del IV Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari, el dia 2 de desembre de 2004 a l'Auditori Enric Granados de Lleida.
- Celebració de l'assemblea de la secció col·legial de metges jubilats el dia 16 de desembre.

Moviment de col·legiats

ALTES

- Eugeni Joan Paredes Costa
- Esther Udi Campo
- Carmen María Holgado Pascual
- Abel Salas Carrascón
- Patricia Walter
- Ximena Ortega
- M. Jesús Saura Aventín
- Luisa María Canto Rivera
- José E. Baquedano Baquedano
- Evelyn María Manga Domínguez
- Núria Matilde López Claverol
- Marta Susana Muñoz

BAIXES

- Mes de novembre: 2
- Mes de desembre: 6

CANVIS DE SITUACIÓ

- Passen a col·legiats honorífics: José Carlos Jiménez Blasco



Francesc Sopenya, en el discurs de l'agraïment pel Premi del COML a la Solidaritat

Lliurament del Premi del COML a la Solidaritat

El president del COML, Xavier Rodamilans, acompanyat de la tesorera de la junta, Mercè Pallerola, va lliurar el passat 22 de desembre el IV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari al doctor Francesc Sopenya, president de l'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis. L'acte, que va celebrar-se a l'Auditori Enric Granados de Lleida, va

comptar amb la participació de l'alcalde de Lleida, Àngel Ros.

Posteriorment, els prop de 800 col·legiats i col·legiades assistents van gaudir d'un concert ofert per l'Orquestra Simfònica Julià Carbonell. L'orquestra, sota la direcció d'Alfons Reverté, va interpretar peces de Mozart, Granados, Falla, Turina i Hindemith.



Alfons Reverté dirigeix el concert ofert per l'Orquestra Simfònica Julià Carbonell

Participació de Lleida en el Congrés de la Profesió Mèdica

Una representació del Col·legi de Metges de Lleida va participar els dies 19 i 20 de novembre en el Congrés de la Profesió Mèdica que va celebrar-se a la localitat de Sitges.

A les imatges que acompanyen aquest text es pot veure la taula de presidència, amb la consellera de Salut, Marina Geli, i el president del COML, Xavier Rodamilans; una instantània de la delegació lleidatana i un moment de la intervenció de Rosa Pérez, vicepresidenta del COML, davant dels congressistes.



Premis a l'excel·lència professional

En el marc del Congrés de la Profesió Mèdica es van atorgar els premis a l'excel·lència professional, que en aquesta primera edició van reconèixer públicament els mèrits de 60 professionals de Catalunya. Entre els premiats, figuraven els següents col·legiats i col·legiades de Lleida:

Assistència sanitària: hospitalària

José M. Porcel Pérez. Professional que uneix la capacitat d'investigació a la bona praxi mèdica.

Assistència sanitària: atenció primària

Ramón Soriano de la Rosa.

Exemple a seguir del que hauria de continuar sent la figura d'un metge de capçalera dedicat sempre al seu poble i als seus malalts.

Assistència sanitària: altres

Maria Nabal Vicuña. Una basca arrelada amb força a casa nostra i que ha



Anna M. Aragonés Eroles



Maria Nabal Vicuña

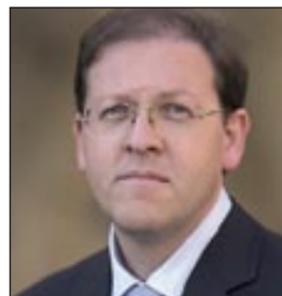
estat la iniciadora i potenciadora de les activitats socio-sanitàries a les terres de ponent.

Recerca biomèdica

Anna M. Aragonés Eroles. Especialista en anàlisis clíniques, està treballant en un projecte, innovador a les contrades lleidatanes, que permetrà un avenç qualitatiu en l'estudi de la medica-



Francesc Domingo Salvany



José M. Porcel Pérez

ció antiretroviral en malalts VIH positius.

Educació mèdica

Jaume Mor Sancho. Cap dels serveis socioeducatius de l'Ajuntament de Lleida. Ha aconseguit reunir en les tasques que ha dut a terme (drogodependències, educació a l'escola, ajuda als malalts amb sida) el vessant bio-psico-social de la



Jaume Mor Sancho



Ramón Soriano de la Rosa

medicina.

Humanitats mèdiques

Francesc Domingo Salvany.

Pediatra d'assistència primària. De manera altruista desenvolupa una gran tasca en el camp de la protecció maternoinfantil, burn-out professional i en el camp del maltractament físic i psicològic a la infància.

Comitè d'Ètica Assistencial d'atenció primària

La creació del Comitè d'Ètica Assistencial d'APS de Catalunya és fruit d'un procés de debat envers la manca de representació formal de l'ètica a l'atenció primària de salut. El comitè s'ha posat en marxa per donar resposta a la necessitat d'un espai de reflexió i de comunicació multidisciplinària en l'àmbit de l'APS.

El procés es va iniciar l'any 2001, aprofitant la coincidència d'interessos entre els professionals sanitaris i l'Institut Català de la Salut. La Fundació Jordi Gol i Gorina va rebre l'encàrrec de conduir el projecte.

Al setembre de l'any 2003, dos anys després de l'inici dels seus treballs, el comitè va ser, finalment, acreditat després d'un seguit de diferents passos com l'estudi i recull bibliogràfic inicial, un període de formació, una posterior distribució de les tasques i càrrecs dintre del comitè i un període de difusió.

Els professionals que formen el comitè són sanitaris assistencials, directius, professionals del dret i experts en ètica. Amb posterioritat, l'abast del comitè es va estendre a tots els proveïdors d'APS de Catalunya

El comitè es defineix de caràcter consultiu i proactiu. Els objectius i funcions que té encomanades són:

- Vetllar per la protecció i el respecte de la carta de drets i deures dels usuaris i dels professionals tot evitant situacions o procediments que, directament o indirectament, puguin atemptar o lesionar els seus drets.
- Assessorar en el vessant ètic i facilitar, si escau, documentació, orientacions o recomanacions en casos de conflicte ètic en les decisions de la pràctica clínica assistencial o organitzativa per iniciativa o petició dels usuaris, professionals, institucions o bé de forma preventiva.
- Organitzar o promoure programes i activitats de formació i sensibilització en l'àmbit de la bioètica adreçats a l'APS, institucions, professionals i usuaris.
- Contribuir a millorar la qualitat assistencial.

Les activitats desenvolupades pel comitè han estat centrades en dos eixos a banda de la seva tasca de reflexió, debat i recomanacions. Un primer eix, el formatiu, organitza cursos bàsics de bioètica i de for-

madors de formadors. Un segon eix, el de difusió, publica *Eticaps* (butlletí del Comitè d'Ètica Assistencial) així com una modesta pàgina web.

Eticaps informa directament els professionals, amb periodicitat trimestral i a través de la xarxa, de tot allò que fa el comitè: convocatòries de cursos, temes debatuts, recomanacions, deliberacions o alertes de gestió, documents d'interès, etc. La pàgina web fa un recull de recomanacions i dictàmens, temes de debat, temes d'opinió, conceptes bàsics de bioètica, activitats i cursos, bibliografia i enllaços a altres webs d'interès com, per exemple, la pàgina web www.fundaciojgol.org.

Aquest segon eix de difusió es complementa amb la participació activa del comitè en congressos i jornades.

La tasca de reflexió, debat o recomanació ha tractat temes com la incapacitat temporal, la immigració, la confidencialitat, les voluntats anticipades, el consentiment informat, la seguretat i custòdia de les dades informatitzades, l'encryptació de dades, la nutrició enteral i els circuits preferents.

L'aposta de futur del comitè és seguir treballant per l'ètica des de l'atenció primària.

Carles Roca i Burillo
CEA APS FJGiG

Reptes de la cirurgia al segle XXI

Resum del discurs d'ingrés del Dr. Joan Viñas Sala a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Barcelona, 28 de novembre de 2004

Succeeix amb massa freqüència, en el món actual dominat pels especialistes, que l'assistència, la docència i la recerca estan en mans de professionals que cada vegada coneixen amb més i més profunditat el seu camp, però que manifesten limitacions a l'hora d'establir connexions amb el conjunt de la persona i la societat.

Crec que en l'actualitat l'exercici de la cirurgia s'ha de fer combinant coneixements genèrics i amplis del metge i cirurgia generalista amb habilitats especialitzades. El cirurgià no pot oblidar que el malalt és una persona i no un cos robòtic que té una peça espatllada que s'ha d'arreglar i, per tant, com a metge, el cirurgià ha de tenir coneixements, habilitats i actituds pròpies del metge generalista o de capçalera.

L'exercici de la medicina ha estat, és i crec que serà sempre una profes-

sió, tal com etimològicament descriu aquest mot: un compromís públic amb la ciutadania d'ajut al malalt, abocant-hi les millors qualitats que hom té. Per això, tot metge ha d'estar preparat per a aquest compromís. Ha de disposar d'aquestes qualitats pròpies d'un bon metge, que és al mateix temps una persona madura, formada com a tal. Aquestes qualitats, que no s'improvisen, s'han d'haver convertit en hàbits de vida que surtin quasi espontàniament en moments d'actuació urgent, imprevista o de crisi.

El metge no solament ha de pensar a guarir malalts com a única finalitat de la seva professió. Des de fa alguns anys, diferents estudiosos han posat en relleu el polifacetisme de la medicina: guarir, tenir cura, procurar una bona mort, acompanyar, prevenir, gestionar els recursos, dirigir equips i educar.

Les habilitats de comunicació amb el malalt i la seva família són molt importants, ja que el malalt és una persona amb la seva pròpia biografia, pors, valors i manera d'entendre la vida, per això tots els coneixements científicomedics, totes les habilitats quirúrgiques i totes les de comunicació han d'anar lligats a les actituds de servei al malalt concret, subjecte únic. Una ètica mèdica o bioètica és essencial, i aquesta tampoc s'improvisa.

Tot metge gestiona uns recursos, i el cirurgià encara més. Començant pel seu temps, seguint per les instal·lacions, que són cares: quiròfans, habitacions, consultes i unitats de cures intensives, sense oblidar el material fungible: medicaments, materials i pròtesis i sutures, entre d'altres. Gestionem llistes d'espera i establim prioritats.

L'exercici de la medicina a finals del segle XX i a començaments del segle XXI comporta, per tant, diversos reptes igualment importants: científicotècnics, docents, de recerca, de gestió, bioètics i professionals en general.

He tractat de l'exercici de la cirurgia en connexió amb el conjunt de la cultura mèdica i social, amb el canvi de paradigma que s'està produint en la societat del segle XXI, que ha modificat la concepció que tenia de la medicina i que formula noves demandes als professionals.

La cirurgia del primer terç del segle



El Dr. Joan Viñas Sala en l'acte d'ingrés

XXI serà un saber, un saber fer, un saber ser, una dialèctica entre l'especialització necessària i la visió holística, humana i ètica del malalt.

L'habilitat tècnica és essencial i nuclear per al cirurgià, però sola pot fer caure en aberracions. Ha d'anar acompanyada dels coneixements previs, amb la qual cosa es transforma en una forma elevada d'expressió intel·lectual. La cirurgia és cosa mental: "Les mans són els ulls del cirurgià", com s'expressa en l'emblema de la Societat Catalana de Cirurgia i, a més, són les servidores de la ment. La tècnica està amarada de pensament, com deia Marañón.

La confiança metge-malalt és nucle-

ar en la relació clínica i no decebre-la és la gran responsabilitat nostra. La formació i el tracte humà són imprescindibles.

La investigació ha fet avançar la medicina i la cirurgia. Avui multidisciplinària, amb els avenços biotecnològics i informàtics estan fent que aparegui la cirurgia robòtica i que la cirurgia laparoscòpica cada vegada tingui més indicacions. En el futur, la informàtica, unida a la robòtica, donarà lloc a nous canvis revolucionaris en la pràctica quirúrgica. Les intervencions es programaran i primer s'assajaran virtualment, gràcies a la integració dels multimèdia i la multiinterdisciplinarietat. L'enginyeria biogenètica ens permetrà l'elaboració de medicaments especialitzats per cada malalt, així com la dosi que necessita, de manera que estarà millor controlat en el postoperatori. S'obriran noves portes a la cirurgia del trasplantament i a la modulació en el postoperatori de l'agressió quirúrgica.

L'especialització, necessària per la complexitat de les tècniques, ha d'anar acompanyada per una visió holística del malalt i, per tant, és necessari primer una formació general.

Els reptes de la formació estan: en el pregrau, en què s'han de definir les competències del llicenciat, com han fet les facultats de Medicina de Lleida i Barcelona, amb millores metodològiques docents, tant en l'avaluació com

en l'aplicació del *problem based learning*, tenint en compte l'ensenyament basat en l'evidència; en el postgrau, en què la formació dels residents s'ha d'avaluar i s'han d'establir xarxes entre hospitals amb rotacions; i també en la necessària formació continuada per a tota vida dels professionals de la medicina.

L'aprenentatge de noves tècniques ha de fer-se sense que la corba d'aprenentatge perjudiqui el malalt. Es fan diferents propostes sobre aquest tema i el cirurgià ha de tenir una actitud d'humilitat i estar centrat en el malalt. Això és especialment actual en la posada en marxa de la cirurgia laparoscòpica, que no pot aprendre's si no s'assisteix a cursos pràctics i es compta amb l'ajuda d'experts, moltes vegades més joves.

La professionalitat del metge i cirurgià del segle XXI és un altre aspecte que he estudiat. Tenim la responsabilitat de fer-nos mereixedors de la confiança social per la qualitat del nostre treball i el respecte als pacients. Hem de procurar que al complir la nostra obligació de retre comptes a la societat, ho fem de manera entenedora i donem totes les satisfaccions que aquesta espera i més, si cal. Som professionals i tenim uns béns interns i un codi deontològic més exigent que la legislació ordinària. Per això la societat ens dóna uns privilegis, com el de l'autonomia per controlar el contingut tècnic del nostre treball i el monopoli per exercir-lo.

El Llibre Blanc de les professions sanitàries del 2003 és una bona eina per ajudar els professionals de la salut a actualitzar el professionalisme i augmentar el prestigi social.

Per demostrar de manera periòdica que el metge manté els coneixements i les habilitats al dia en l'especialitat que exerceix és fonamental la revalidació, de manera que cal un canvi de cultura del metge. Podem estar acreditats per realitzar unes intervencions determinades i no per unes altres. El nombre d'operacions que hom fa al mes i la seva formació continuada tenen molt a veure amb la qualitat del resultat. La carrera professional ha de tenir en compte tots aquests aspectes.

La qualitat assistencial és una fita de tot professional de la salut i de la institució sanitària i considero que és el resultat d'aplicar correctament el conjunt dels:

- coneixements científics
- habilitats tècniques
- actituds d'humanisme, empatia, assertivitat i treball en equip
- ètica
- i aconseguir la satisfacció del malalt i de la família.

Els resultats quirúrgics han de ser revisats de manera regular per un departament intern independent, que comparará morbiditat i mortalitat entre

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Nova junta de l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida

L'assemblea general de socis de l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida (AMQ) va renovar el passat 25 de novembre els càrrecs de la seva junta directiva. Una vegada constituïda la mesa electoral i realitzades les eleccions, van ser proclamats els següents candidats:

Tresorera:	Dra. Gisela Galindo Ortego
Vocals:	Dr. María José Panadés Siurana Dr. Sergi Ordóñez Palau

Per consegüent, la junta directiva actual de l'AMQ ha quedat constituïda de la següent manera:

President:	Dr. Albert Lorda Rosinach
Vicepresident:	Dr. Eduard Peñascal Pujol
Secretària:	Dra. Montserrat Esquerda Aresté
Tresorera:	Dra. Gisela Galindo Ortego
Vocals:	Dra. María José Panadés Siurana Dr. Joan Clotet Solsona Dr. Sergi Ordóñez Palau

L'Associació Medicoquirúrgica de Lleida és l'entitat encarregada d'organitzar la formació continuada del Col·legi Oficial de Metges de Lleida i programa els cursos adients que sol·liciten els col·legiats. L'Associació sol·licita la declaració d'interès sanitari d'aquests cursos a l'Institut d'Estudis de la Salut i la valoració al Consell Coordinador de la Formació Continuada.

Fotografia de la nova junta directiva de l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida, presidida pel Dr. Albert Lorda Rosinach



individus, equips i procediments. S'utilitzaran sistemes d'informació sanitària informatitzats per fer aquestes avaluacions de qualitat, que han d'incloure estudis sistemàtics de dades, tant extrems dels arxius com dels malalts ingressats.

Aquests controls no només s'han de fer en l'organització del sistema de qualitat que tot centre sanitari ha de tenir, sinó que també un petit grup d'experts *peer reviews* s'haurien de desplaçar pels hospitals, revisar les històries clíniques i els malalts seleccionats i assistir al quiròfan en algunes intervencions. Per la millora de la qualitat de la medicina i de la cirurgia crec que les societats científiques hi haurien de tenir un paper més actiu. La mateixa Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, com a institució de màxim prestigi i amb funcions assessores, podria oferir aquest servei al govern de la Generalitat.

Les reacreditacions i avaluacions de la qualitat no han de fer-se contra els metges, sinó que han de ser aliats per aconseguir disminuir al màxim els errors mèdics; per la qual cosa s'han d'analitzar en sessions internes i establir mecanismes de prevenció, que poden disminuir-los fins a una setena part. Ja que la jubilació dels cirurgians és als 65 anys, els sèniors poden ser contractats per fer aquests controls i així millorar molt la qualitat de l'assistència. No són lògiques guàrdies de 24 hores (als conductors de camions el tacòmetre els obliga a no treballar més de 8 hores seguides). El cansament s'ha demostrat que fa augmentar els errors mèdics.

La qualitat de l'assistència depèn en gran manera de la satisfacció del malalt i del familiar, que es basarà en la seva percepció. Si està content i confia en el cirurgià hi ha molt de guanyat. Per això és necessària la personalització de l'assistència, aconseguida en la medicina privada, però escassament en la medicina pública, en què l'organització dels serveis quirúrgics hauria d'adaptar-se a fer-ho possible. És perfectament factible combinar la ciència amb l'humanisme.

La gestió dels recursos humans, tècnics i econòmics formen part de la responsabilitat del metge i cirurgià en el seu treball. S'anomena microgestió, i també s'ha d'aprendre. La medicina ja no és solament a dos: malalt i metge, sinó que hi intervé la societat, que la paga, com les instal·lacions, altres professionals, etc. S'ha de ser eficient i utilitzar els recursos necessaris, però no més. Si podem guarir una infecció amb un antibiòtic més barat no hem de fer servir el més car. Gestionem llistes d'espera i programem intervencions: hem de tenir uns criteris ètics i transparents, controlats per la institució per la prioritització de les llistes d'espera i evitar que en un quiròfan

sobrin hores, ja que malbarataríem recursos molt cars.

Amb relació a la bioètica, ja hem descrit abans que un bon professional no és solament un bon tècnic, sinó algú que actua segons els valors propis de la seva professió. El nostre món canvia ràpidament i aquesta s'ha tornat complexa. Els cirurgians ens hem d'enfrontar amb nous reptes ètics i canvis legislatius i polítics, pels quals no tenim la preparació ni l'entrenament adequats. L'exercici de la llibertat va, doncs, ineludiblement unit a la responsabilitat, ja que la llibertat d'elecció no està lliure de conseqüències, sigui per la sostenibilitat del sistema sanitari del país, per l'ecosistema planetari o per les noves generacions. Els aspectes ètics de l'exercici de la cirurgia també requereixen formació bàsica i continuada, i no es poden considerar coneixedors de bioètica ni de biodret i/o medicina legal els estudiants de medicina ni els residents de cirurgia ni tan sols els ja especialistes sense l'adequada posada al dia.

En el nostre treball clínic i de recerca noves i potents tecnologies demanen la nostra atenció. Creix el paper que els cirurgians hem de tenir en aquest nou món. Els errors mèdics preocupen el públic cada vegada més. També hi ha poderosos conflictes d'interès, per exemple, amb la indústria farmacèutica. S'han de formar cirurgians adaptats a aquests reptes.

Hi ha molts aspectes ètics que cal tenir en compte: l'atenció a la immigració, l'abans esmentada autonomia i protagonisme del malalt, el necessari procés d'aprenentatge de noves tècniques quirúrgiques, els aspectes econòmics de l'exercici de la medicina, tant en el sector públic com en el privat, la consecució del necessari equilibri en l'eficiència dels recursos escassos en sanitat i cada vegada més cars, la necessària justícia social i el reequilibri del desfasament entre el Primer i el Tercer Món, les indicacions de la cirurgia d'alt risc o molt mutilant davant patologies greus, o la cirurgia en el pacient d'edat avançada i la cirurgia paliativa, la disminució del sofriment del malalt, les seves voluntats anticipades, etc.

Els comitès d'ètica assistencial són una bona eina que cada vegada es farà servir més en el futur, ja que són interdisciplinaris i orienten el metge –no substitueixen la seva responsabilitat– sobre decisions difícils. La confiança del malalt és essencial. La medicina defensiva no és ètica, pel mal que fa al malalt, i dona una falsa sensació de seguretat al metge.

Acabo l'assaig sobre l'exercici de la cirurgia al començament del segle XXI referint-me al Tercer Món, més present entre nosaltres gràcies a la globalització amb Internet i els mitjans de comunicació, on hi ha persones tan dignes com nosaltres però que no tenen el més essencial per viure ni la

possibilitat de l'assistència sanitària més elemental. També cal adonar-se de la vital importància de la sostenibilitat del planeta, amenaçada per a futures generacions si ara nosaltres dilapidem els seus recursos.

Així doncs, hem de ser solidaris amb el Tercer Món, i crec èticament necessari dedicar part dels nostres recursos a ajudar-lo. Els habitants que hem tingut el privilegi d'haver nascut i de viure en el món ric hem de reconèixer que hem de rebaixar l'actual nivell de benestar basat en materialismes externs i hem d'enfocar els nostres esforços a cercar la felicitat personal i de la comunitat en allò que veritablement la pot donar, l'obertura als altres, l'estimació i el fet de ser estimats. Per tant, hem de saber deixar anar llast de poder i compartir-lo amb els menys poderosos, cercar la justícia social i evitar la mort de tants milers de nens i nenes i adults. Al món manca l'essencial, que és justament el que nosaltres llencem a les escombraries: aigua, aliment, o cultura bàsica. Solament compartint, que vol dir desprendre's de coses, podem ajudar el Tercer i el Quart Món.

Proposem un nou professionalisme dins d'un nou pacte social, per anar aproximant el sistema de valors del ciutadà i del professional, que a casa nostra ha estat definit en l'esmentat Llibre Blanc de les professions sanitàries. Dur-lo a la pràctica és una tasca difícil, en la qual tots, individualment i col·lectivament en les nostres organitzacions, professionals i sindicals, Universitat i Acadèmia, i administració sanitària, estem implicats.

Epíleg

En aquest discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya he pretès fer una anàlisi de l'exercici de la cirurgia al primer terç del segle XXI, ja que no m'atreveixo a aventurar el que pot succeir més endavant, atesos els ràpids avenços de la medicina i de la tecnologia.

Hi ha elements i valors que no canvien i que s'han de salvaguardar, ja que l'home i la dona malalts, que justifiquen la nostra existència, són éssers humans i tenen unes mateixes necessitats físiques, psicològiques, socials i espirituals mínimes constitutives de l'espècie humana: estimar i ser estimat és i serà la principal font de felicitat i, per tant, de salut per a tota persona. La medicina i la cirurgia han de servir a aquesta fita de millora de la qualitat de vida de les persones. La tècnica ha d'estar al servei del malalt, que és el centre de la nostra actuació. Estic convençut que sabrem defensar aquests principis.

He analitzat diferents aspectes de l'exercici de la cirurgia i he fet propostes de millora. Sóc conscient que deixo molts altres temes, impossibles de tractar en aquest breu espai.



Moment de la taula rodona presentada pel representant territorial de l'Esport a Lleida, Antoni Costes

Taula rodona: 'Aplicació de l'oftalmologia a l'esport'

El dia 14 de desembre, dins de les activitats de formació continuada que organitza el Centre de Medicina de l'Esport a Lleida del Consell Català de l'Esport, va tenir lloc la taula rodona: *Aplicació de l'oftalmologia a l'esport*, amb la col·laboració de la Clínica ILO (Institut Lleidatà d'Oftalmologia).

Aquest acte es va realitzar a la Biblioteca Pública de Lleida i va ser presentat pel representant territorial de l'Esport a Lleida, Antoni Costes.

A la taula rodona hi van intervenir els oftalmòlegs Rafael Ferreruela i Abel Salas i l'òptic optometrista Salvador Vidal. La moderació de l'acte va anar a càrrec de Fernando Pifarré.

El doctor Pifarré va iniciar l'acte dient que els metges especialistes en medicina de l'educació física i de l'esport no donen gaire importància als ulls i només solen incidir-hi quan es tracta d'un esportista que practica tir olímpic o tir amb arc. Això és un gran error, ja que pràcticament en tots els esports la visió té una importància vital. Si la vista està perfectament tractada i entrenada hi haurà una millora dels resultats i és aquí on s'inicia un camp pràcticament verge en el nostre país.

El doctor Pifarré va centrar en aquests dos camps els eixos de la taula rodona, és a dir, en el de la teràpia visual i en el de l'entrenament visual.

El doctor Salas va presentar patologies oftalmològiques que poden influir negativament en el rendiment esportiu i també lesions oculars produïdes durant la pràctica esportiva.

El percentatge de lesions oftalmològiques que es produeixen fent esport respecte al total de les lesions esportives és d'un 1%. Els esports que tenen més possibilitats de produir lesions són l'hoquei i els esports de raqueta.

En el cas de la boxa i l'automobilisme, la pràctica esportiva pot ser contraproduent si hi ha una disminució important de la visió.

La cirurgia refractiva i la utilització d'ulleres i de lents de contacte són els tractaments que poden millorar la visió quan es practica esport. Les ulleres proporcionen una millor protecció ocular, però les lents de contacte donen una visió més clara amb absència de fums i faciliten una millor visió perifèrica.

Salvador Vidal va parlar de les grans possibilitats que té l'entrenament visual per millorar el rendiment esportiu. Les tècniques d'entrenament visual que fan els òptics es podrien equiparar als entrenaments psicològics que fan els psicòlegs de l'esport. No es consideren dopatge i podrien ser com una mena d'ajuts ergogènics sense necessitat de cap tipus d'ingestió de

substància estranya per part de l'esportista.

Entre les tècniques d'entrenament visual més importants hi ha la coordinació ull-mà, la millora del temps de reacció, la percepció de la profunditat, l'agudesa visual dinàmica, la flexibilitat de l'enfocament i la visió perifèrica.

Cada esport té les seves habilitats visuals específiques i, per tant, entrenables. Si es treballen de forma correcta pot augmentar el rendiment esportiu. En cas d'esports d'equip s'ha de treballar l'agudesa visual dinàmica, en el tennis és bàsica la coordinació ull-mà i la flexibilitat de l'enfocament és important en el tir olímpic i en el tir amb arc.

Totes aquestes tècniques estan molt desenvolupades als Estats Units, on s'ha treballat molt en el camp del bàsquet. Als equips de la NBA els percentatges d'esmaixades, tir de la línia de 6,25, han millorat molt després d'utilitzar aquestes tècniques.

Salvador Vidal va acabar la seva exposició presentant diversos tipus d'ulleres per prevenir lesions esportives. Les ulleres de policarbonat se solen utilitzar en els esports de raqueta i el policarbonat modelat en els que utilitzen lents de contacte.

La taula rodona va acabar amb un col·loqui en què van participar esportistes de la federació de tir olímpic i tir amb arc.

Dr. Fernando Pifarré San Agustín
Director Centre de Medicina de l'Esport de Lleida

Guardó al servei ORL de l'Hospital de Santa Maria

La Societat Espanyola d'ORL i Patologia Cervicofacial ha guardonat amb un accésit els membres del Servei d'ORL de l'Hospital Santa Maria pel pòster *Síndrome del agüero toràcico superior por costilla cervical*. El premi va ser entregat el passat 19 de novembre de 2004, durant el 55 Congrés Nacional ORL i PCF (I Congrés Hispanomarroquí - II Congrés Hispanoargentí).

Els doctors Begoña García i Xavier Galindo van recollir el premi, lliurat pel cap de màrqueting dels laboratoris Cantabria. L'entrega pública del guardó es durà a terme en el transcurs dels actes d'inauguració i benvinguda del 56 Congrés de la Societat Espanyola d'ORL, que tindrà lloc a Madrid el mes de novembre del 2005.



La Dra. Begoña García i el Dr. Xavier Galindo recullen el guardó

Reflexions sobre un nou pla d'estudis

Dr. Manel Portero · Cap d'estudis de la Facultat de Medicina

La Junta de la Facultat de Medicina ha delegat a la Comissió de Dinamització del Pla Estratègic la tasca de proposar mesures i activitats encaminades a l'aprovació del Pla Estratègic de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. La comissió també s'encarrega de la selecció de la facultat dins del programa Pla Pilot per adaptar els estudis a l'Espai Europeu d'Educació Superior del Departament d'Universitats i de la Societat de la Informació de la Generalitat de Catalunya. La Universitat interpreta aquests projectes com una oportunitat per introduir mesures que permetin assolir amb majors garanties d'èxit la missió de la facultat: formar, des d'una perspectiva científica, professionals en l'exercici de la medicina.

Entre els objectius, hi consta la missió d'estructurar la constitució d'una oficina docent i encetar el debat sobre l'elaboració d'un nou pla d'estudis homologable a la normativa comunitària. Les raons que justifiquen una revisió del pla d'estudis actual ja han estat sobradament tractades i, breument, es poden situar en dues dimensions diferenciades: la distribució dels continguts curriculars i la metodologia docent adequada a aquests continguts. És avinent fer aquesta separació amb la intenció d'aclarir les limitacions que es poden detectar en el procés i abordar-les de forma ordenada i, així, evitar el risc del rebuig al tot per discordança amb una part.

Pel que fa a l'apartat de distribució de continguts, el problema subjacent esdevé una derivació d'una situació de tipus general en l'àmbit mèdic, en què l'increment exponencial de la informació i de coneixements biomèdics i clínics disponibles, així com els reptes que un adequat maneig d'aquesta situació suposen, obliguen a una nova tasca del professional mèdic. Avui esdevé gairebé imprescindible per tenir els coneixements al dia saber com recollir, resumir i triar-los del magma diari de dades. Esdevé fonamental, doncs, racionalitzar la distribució temporal dels continguts i les eines de maneig de la informació que els estudiants reben a la facultat. En

aquest sentit, caldrà reconsiderar per part de tots els professionals implicats fins a quin punt allò demanat als estudiants per assolir el títol s'avé a aquestes característiques o si, com creiem en l'equip deganal, pot existir una distribució més racional i menys repetitiva dels continguts del currículum.

Pel que fa al vessant metodològic, cal fer una reflexió informada sobre els resultats del procés docent present. Cal preguntar-se si la metodologia preferencialment emprada actualment, arrelada a l'escolàstica medieval, pot complementar-se o fins i tot superar-se per altres mètodes pedagògics. Esdevé rellevant i il·lustratiu que, mentre la nostra activitat de pràctica assistencial i de recerca pateix sotragades de forma periòdica vers la millora de la qualitat i força la innovació i l'avaluació diàries, la nostra tasca docent, al marge de canvis gairebé cosmètics, estigui ancorada en models predecimonònics. No sempre tota innovació durà a una millora i cal, abans de res, reconèixer els avantatges de la metodologia actual aplicada en el nostre context. Però això no hauria de validar un tancament aferrissat en posicions preconcebudes sense reflexió sobre les mesures potencials del canvi metodològic, sobretot si aquestes van encaminades a assolir la missió institucional, la formació mèdica.

Com és saludable i desitjable, la nostra societat exigeix una millora en la qualitat de tots els serveis als quals té accés, no defugint i constituint un dels referents: els sistemes que vetllen pel manteniment i la promoció de la salut. Com a part indeslligable d'aquesta millora de la qualitat, la formació dels metges pot comptar com a peça clau. El paper de la facultat, en aquest sentit, és altament rellevant. En el nostre context legal, el llicenciat en medicina i cirurgia passa d'ésser aquell amb prou coneixements per accedir a la formació postgraduada en algú competent en uns àmbits predeterminats en responsabilitats d'actes mèdics. Així, introduïm com un paràmetre essencial de la formació i l'aprenentatge mèdics, el concepte de competència o conjunt de coneixements, habilitats i contin-

guts necessaris per a la capacitat professional.

En aquest sentit, la nostra facultat ha esdevingut una de les primeres a aprovar un catàleg, sempre perfectible, de competències per al llicenciat. Així, doncs, una de les premisses previstes en l'elaboració del nou pla d'estudis és la d'emprar les competències com a referent estructural, metodològic i avaluatiu. La mateixa declaració de Bolonya i subsegüents, al marge de les conseqüències sobre lliure mobilitat dels estudiants entre països de la Unió Europea, estableix implícitament la necessitat d'un canvi en l'orientació procedimental dels estudis universitaris i desplaça el centre de gravetat de les actuacions des d'una docència basada en la transmissió de coneixements i que fonamenta gran part de la percepció de la qualitat en la figura del professor i la seva empatia fins a un procés en què es posi èmfasi en l'aprenentatge del mateix estudiant. Amb aquestes coordenades, la Comissió de Dinamització, amb la col·laboració imprescindible dels departaments de Ciències Mèdiques Bàsiques, de Medicina i de Cirurgia, ha recollit els objectius d'aprenentatge que el professorat entén com a rellevants amb relació a l'assoliment competencial. Aquest és el marc a partir del qual s'està generant el pla d'estudis.

Cal entendre la següent proposta com una idea sorgida en un continu moviment i, com a tal, només esdevé una declaració d'intencions per referendar i millorar per part de la comunitat universitària. La proposta, basada en allò que recull el Pla Estratègic i l'anomenat Pla 2000, és la d'una estructura del currículum adreçada a l'obtenció de les competències.

De forma successiva en el temps, es poden preveure tres blocs amb finalitats distintes però harmonitzades a la missió institucional. En un primer moment, els estudiants seguirien amb matèries destinades a l'assoliment i l'homogeneïtzació dels fonaments científics de la medicina, matèries de introducció a la praxi mèdica i al contacte amb tecnologies de la informació i comunicació que s'han d'aplicar des d'aquest moment en la seva vida formativa i professional. En aquest primer segment, tots els estudiants adquiririen la part comuna de llenguatge i conceptual de matèries bàsiques i fonaments de la patologia, emprant la introducció a la praxi mèdica com a primer contacte amb el món professional sanitari. Amb aquest canvi, els inconvenients derivats de les limitacions en el bagatge, la formació i la preparació dels estudiants poden superar-se pel suplement de motivació que pot implicar un contacte amb el malalt i el seu context de forma tan inicial. Metodològicament, es pot

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

V Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular

L'Hospital de Santa Maria i Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) organitzen la V Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular a l'Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut. El curs, que tindrà lloc el dia 5 de març d'enguany, s'adreça a metges d'assistència primària, infermers i estudiants de medicina.

La jornada obrirà les portes amb quatre tallers especialitzats sobre casos clínics, diabetis, tabaquisme i efectes dels nutrients i malaltia. Una sessió de pòsters i una taula rodona sobre la monitorització ambulatoria PA, HTA i ICTUS i Síndrom metabòlic, tancaran el simposi.

Les ponències aniran a càrrec d'especialistes de diferents organismes sanitaris:

Dr. F. Abella, psicòleg de l'Hospital Santa Maria i professor de la Facultat de Medicina de la UdL; Dr. P. Armario, internista del Consorci Sanitari i de la

Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat i professor de medicina de la UB; Dr. J. Bargés, especialista en medicina familiar i comunitària de l'ABS de Balaguer; Dr. D. Bartolomé, especialista en medicina familiar i comunitària de l'ABS del Pla d'Urgell; Dr. J. Cabau, cardiòleg de l'Hospital Santa Maria i professor de la Facultat de Medicina de la UdL; Dr. R. Hernández del Rey del Consorci Sanitari i de la Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat i professor de la Facultat de Medicina de la UB; Dr. M. Pena, especialista en medicina familiar i comunitària de l'ABS del Pla d'Urgell i professor de la Facultat de Medicina de la UdL; Dr. C. Roca, director



d'atenció primària de salut, GGS, CAP Lleida Rural Nord; P. Rubio, dietista de l'Hospital Santa Maria i Dr. G. Torres, internista de l'Hospital Santa Maria.

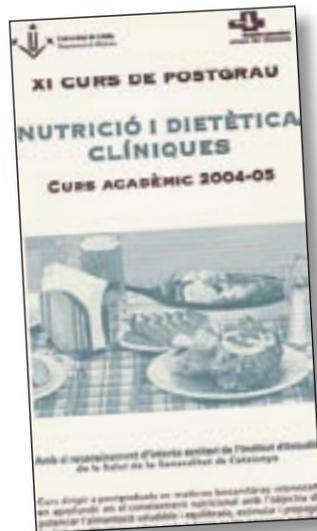
La data límit de la inscripció en la jornada és el dia 1 de març de 2005. Els professionals que desitgin realitzar la inscripció o obtenir més informació poden adreçar-se a Mfillat@gss.scs.es.

XI edició del curs de postgrau Nutrició i Dietètica Clíniques

El curs de postgrau Nutrició i Dietètica Clínica torna a estar present, com en anys anteriors, en aquest curs acadèmic de la Facultat de Medicina.

En l'onzena edició s'ha aconseguit que sigui reconegut d'interès sanitari per part de l'Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya.

Aquest curs s'adreça a postgraduats en titulacions relacionades amb l'àmbit biosanitari. Consta de 16 crèdits computables i serà impartit durant els mesos de març i abril del 2005. El període de matriculació és del 7 al 31 de gener de 2005.



La Universitat de Lleida ha sol·licitat de nou, enguany, la impartició de la diplomatura en Nutrició Humana i Dietètica ja que, al llarg d'aquests anys, les edicions dels cursos relacionats amb la nutrició han tingut una excel·lent acceptació a les nostres comarques.

Un total de 326 alumnes s'han matriculat en les deu edicions anteriors. Tanmateix, 324 alumnes més han realitzat altres cursos relacionats amb la nutrició.

Àngel Rodríguez
Director del curs de
postgrau Nutrició i
Dietètica Clínica



Estudiants a la biblioteca de la Facultat de Medicina

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

proposar, en la mesura que hi ha un grau important d'assoliment de coneixements arrel, que es mantingui com a eina docent i d'avaluació la utilització de la lliçó magistral, de forma oberta, i la utilització del treball personal i també en grups.

En un segon bloc, que constituïria el gruix del procés d'aprenentatge de la llicenciatura, es proposa la inclusió de forma integrada i racional de les bases biològiques fonamentals de la medicina, ordenada per matèries relacionades amb especialitats i àmbits d'actuació mèdics. Aquí s'inclouen coneixements morfològics, fisiopatològics, substrats anatomopatològics, clínica i terapèutica. En aquest segon bloc, la metodologia essencial passaria de la lliçó magistral a l'anomenada presentació clínica, assimilable a un cas clínic que serveixi com a estímul, motivació i guia per a l'aprenentatge. Aquesta metodologia esdevé emprada de forma creixent internacionalment, amb èxit no inferior al de la lliçó magistral, ja que supera el rol de l'estudiant com a recollidor d'apunts.

En un desenvolupament típic de presentació, els estudiants, amb la tutorització estreta per part de col·laboradors docents, rebrien l'exposició, de forma adequada als coneixements, les experiències i les competències prèvies, d'un cas o context clínic que els permetés desenvolupar les estructures cognitives relacionades amb les que

utilitzen els professionals en la seva pràctica diària, a través de treball en petits grups, lliçons conferència, pràctiques clíniques i amb aules d'habilitats, entre d'altres.

Es pretén que l'estudiant tingui curiositat científica sobre les respostes a una demanda clínica de forma marcadament diferent a l'actual, ja que sovint l'estudiant ha de memoritzar respostes a preguntes o situacions encara no plantejades. En aquest context és on se situarien gran part dels continguts de disciplines sobre normalitat morfològica i funcional, així com de patologia, diagnòstic i terapèutica. Entre els avantatges d'aquesta sistemàtica de treball, hi ha la capacitat de donar responsabilitat de l'aprenentatge a l'estudiant, de forma més o menys dirigida, optimitzant els recursos temporals i que aquesta tasca estarà dirigida per la multidisciplinarietat del grup docent que prepara el desenvolupament de la presentació. Així mateix, com s'ha esmentat, es pretén que aquests processos d'aprenentatge, avançant allò que succeeix en la formació postgraduada, emulin els mecanismes cognitius i pràctics de presa de decisions en un context professional de forma arrelada en l'evidència científica.

En un tercer bloc, s'avançaria en la pràctica d'aquestes competències a través d'un rotatori que augmentaria l'aprofitament dels recursos sanitaris amb capacitat de suport a l'aprenentatge de l'àmbit de la facultat. És voluntat del nostre equip que tots tres

blocs comptin amb l'adequació dels sistemes d'avaluació a l'assoliment i certificació d'aquestes competències professionals com a eina imprescindible. És coneguda la percepció i la seva importància per part de l'estudiantat d'aquesta part de l'acte formatiu. Es pretén aprofitar aquesta circumstància i no permetre que l'avaluació de l'estudiant s'allunyi dels criteris que hom defineix com a característiques descriptives de la bona praxi mèdica. Així, esdevé evident que es fa necessari un esforç per superar, bo i aprofitant les seves capacitats en el context adequat, la utilització de les proves escrites com a eina fonamental d'avaluació certificativa i es tendeixi cap a l'ús d'eines com l'avaluació competencial com a mètode certificant i formatiu.

Som conscients de les limitacions estructurals, materials i de personal que tenim per afrontar el repte del canvi. Entenem que la possibilitat del seu èxit esdevé directament proporcional amb el grau de col·laboració de tota la facultat i de tots els actors institucionals que hi participen. Assumim les crítiques al procés com una expressió de la preocupació i la responsabilitat que es té sobre els estudis i els estudiants de medicina a Lleida. Tanmateix, jutgem la present com una excel·lent oportunitat, tant de bo no de les darreres, per potenciar la nostra facultat i, per extensió, l'aportació de la Universitat de Lleida a la nostra societat.

El malestar de la societat del benestar

El malestar de la societat del benestar pot semblar una contradicció 'in termine', però realment reflecteix la doble cara d'una mateixa moneda, d'una complexa situació contemporània. La salut, que ja no és únicament l'absència de malaltia sinó que té més a veure amb la qualitat de vida, és un exemple paradigmàtic –i, en aquest sentit, el sistema sanitari– d'aquesta situació ambivalent. Vivim en una societat amb un teòric augment de la qualitat de vida. Això no obstant, els beneficiaris d'aquest sistema detecten un cert malestar que s'està traduint en una exagerada demanda sanitària, sobretot en l'àmbit psicològic i psiquiàtric.

Aquest és el nucli del tema del debat que ha generat la participació dels diferents col·laboradors i col·laboradores en aquest número del 'Butlletí Mèdic'. Els autors presenten una sèrie de reflexions, anàlisis i propostes des de diversos punts de vista i des de diverses disciplines de les ciències mèdiques i de les ciències socials. Aquesta interdisciplinarietat sembla que és molt pertinent per un enfocament més global i holístic del tema en qüestió.

Entre les diverses col·laboracions, es parla d'aquest malestar fent esment a l'ansietat que provoca la por a la llibertat, i de vegades no estem preparats per a aquesta responsabilitat i se'ns fa molt difícil dotar de sentit la pròpia existència. L'autoengany d'anar tirant i no pensar gaire en les sensacions de buidor que hom pot tenir, planegen per sobre dels individus i d'aquesta societat. Una societat a la qual hem de posar un interrogant quan l'adjectivem com de 'benestar'. Aquest

interrogant també té molt a veure amb un augment de la feblesa social i cultural –i per tant, individual–, ja que suportem menys el dolor mental derivat de la frustració lligada a la ràpida evolució dels costums. Fins i tot, hi ha qui parla d'estats 'infantils' de la ment, per la falta d'idees sòlides en la mateixa societat. Així mateix, el canvi en el paper de la dona ha estat molt rellevant per aquesta situació complexa, ja que ha significat canvis en el paper de l'home, de la família, etc. Les incomoditats i les injustícies ja no tenen el coixí femení que hom tenia a costa del sacrifici de la dona. De vegades, les dificultats i el malestar en l'Estat del benestar, quan ho circumscriuim més concretament a l'àmbit de la salut i del sistema sanitari, sorgeixen de la "voracitat d'un usuari insaciable" que demana cada vegada més en quantitat i en qualitat. Però també és cert que l'Estat del benestar que tenim és més deficitari del que creiem. La clau de volta rau en una distribució racional dels recursos i la cerca d'una veritable igualtat en una societat que, d'una manera o una altra, segueix sent una societat de classes i, moltes vegades, 'anòmica'. Aquest "no tenir nom" de persones que no estan integrades en la societat o la mateixa societat que amb un consumisme exponencial 'despista' les mateixes persones que finalment es poden trobar desorientades i fora de lloc, no ajuda a la integració. En definitiva, hi ha un cert malestar que acompanya aquesta opulenta societat del benestar: ansietat, estrès, depressió, solitud i aïllament. Necessitem noves reconsideracions d'abast global i holístic: educació, polítiques sostenibles i noves, idees de pau, solidaritat, austeritat i comunicació humana. Paraules i conceptes molt bonics, però molt complexos i difícils d'aplicar a les nostres vides, en l'àmbit individual, familiar, grupal i social.

Dr. Fidel Molina
Universitat de Lleida

El malestar en el Estado del bienestar

A algunos profesionales de la salud podría parecerles que el Estado del bienestar (EB) es algo que les toca de lejos y que no tiene relación con su profesión o con su vida de ciudadano. Por otra parte, el título puede sugerir que, con la bonanza y el bienestar que hoy día disfrutamos, muchas de las exigencias que se nos plantean cotidianamente a los profesionales y que a menudo nos desbordan no tienen sentido, son desmesuradas y surgen más de la voracidad de un usuario insaciable que de situaciones reales. En mi opinión, existe un malestar generalizado y creciente. Pero el EB que tenemos es mucho más deficitario de lo que creemos y está en la base de ese malestar y de muchas de las exigencias que nos abruman como servicio público que somos.

En España, el nivel de vida se ha incrementado notablemente en las dos últimas décadas. Desde el año 1985 hasta el 2001, la diferencia del PIB per cápita respecto a la media europea se ha reducido en 15 puntos porcentuales y en el 2003 el PIB español estaba ya en un 98%, casi igualado con el PIB medio de la UE. La sociedad ha evolucionado de forma evidente y el mercado laboral también, pero ¿lo ha hecho en la misma medida el EB? ¿Es tan competente el EB que debemos creernoslo? ¿Cómo afecta todo ese entramado administrativo-legal a nuestro trabajo?

Un retrato poco agraciado

Es interesante que entremos a dar unas cuantas cifras que ilustran perfectamente nuestra situación actual. En 1999, en España, el 19% de la población estaba por debajo del umbral de pobreza (en Europa, el 15%), y en Catalunya el porcentaje se situaba en el 18,6%. De la población total, un 60% se agrupa muy cerca de dicho umbral y un tercio está en riesgo de caer en la marginación social. La pensión mínima es de 385 euros, doscientos menos que la pensión mínima media europea. 1.700.000 personas sufren discapacidades que generan dependencia y,

desde 1986 hasta 1999, el incremento de siete importantes discapacidades fue del 43%, en un país en que éstas no se resuelven por la vía de la reinserción laboral, sino a través de las pensiones de invalidez. Más del 60% de la población española no tiene capacidad de ahorro y la hipoteca de la vivienda sobrepasa el 70% de la renta familiar disponible. Los estudios en desigualdades soci-

ales y económicas muestran que en todo el mundo, y España no es una excepción, las desigualdades sociales van en aumento.

Nuestro Estado del bienestar

El EB es un entramado administrativo-normativo-institucional que interviene para mejorar la calidad de vida y el bienestar social de sus ciudadanos. Los cuatro pilares

más importantes son:

- 1- Servicios públicos (sanidad, educación, servicios sociales, etc.).
- 2- Las transferencias sociales (pensiones de vejez, de viudedad, de discapacidad).
- 3- Las intervenciones normativas: encaminadas a proteger al ciudadano como trabajador (salud e higiene en el trabajo), consumidor (protección del consumidor, higi-

ene alimentaria, etc.) o residente (salud ambiental).

4- Las intervenciones públicas: un ejemplo es la creación de las condiciones necesarias para que el sector privado genere buenos puestos de trabajo.

En todos esos apartados España está notablemente por debajo de la media europea, si tenemos en cuenta la relación PIB España / PIB medio europeo. Ese déficit

ha ido aumentando sin pausa desde 1993 hasta la fecha. Por este motivo, todos los expertos afirman rotundamente que en España el verdadero EB es la familia y, sobretudo, la mujer que afronta todas las cargas que el EB no cubre aquí y sí que lo hace en otros países: cuidado de familiares dependientes, tardanza en la

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

emancipación de los hijos, ayudas a los hijos emancipados, cuidado de nietos, etc. Por lo tanto, tenemos una situación donde ha aumentado la producción de riqueza en el país, pero no la distribución de esa riqueza, con el consiguiente aumento de la pobreza y de las desigualdades sociales.

¿Cómo le afecta al profesional?

La falta de recursos dedicados a sanidad pública –España es el antepenúltimo país de Europa– hace que las infraestructuras y el personal sean insuficientes y la calidad asistencial caiga a pesar de los esfuerzos de los profesionales. En asistencia primaria, España, de entre los países de modelo similar, es el de mayor carga de trabajo y con mayores ratios de pacientes por profesional. Todo ello se traduce en masificación, a pesar de que la media de visitas/paciente y año es similar a la media europea, y en que es el que menos tiempo por visita puede dedicar a sus pacientes. La consecuencia más evidente es el consiguiente desgaste profesional.

La escasez de recursos para los servicios sociales hace que infinidad de demandas, que no son estrictamente médicas recaigan sobre el sistema sanitario y que desborden al profesional. Esto es fácil de percibir por el terrible impacto que suele tener la enfermedad en el frágil núcleo familiar y por la facilidad con que desmonta el precario entramado de horarios, relaciones laborales, escolares, etc. ¿Cómo podemos aumentar la capacidad de autocuidados higiénico-dietéticos a pacientes analfabetos y/o con deterioros cognitivos que viven solos?

¿Cómo saber si siguen bien o no las prescripciones? Los estudios realizados sobre pacientes hiperfrecuentadores demuestran con contumacia que suelen ser portadores de importantes problemas sociales y económicos. La falta de centros sociosanitarios impide el ingreso de ancianos incapaces de cuidarse a sí mismos o cuidados por otros ancianos frágiles y genera, con frecuencia, situaciones irresolubles que se traducen en numerosas demandas de visitas domiciliarias a los sanitarios sin que la causa sea propiamente médica. Las presiones de la familia, cuando la hay, son acuciantes,

y si no la hay, es el sentido ético y el sentido de la responsabilidad profesional los que nos apremian. Relacionados con este tema son los certificados de salud que exigen otros departamentos de la propia Administración sin atender los requisitos técnicos y derivando en el profesional la responsabilidad de su firma. Los justificantes por enfermedad para los que cobran el PIRMI es otro de los temas derivado de la misma problemática y podemos encontrar muchos más. Por todos estos motivos, ¿queda claro en qué repercute en nuestro trabajo?

Como vemos, la situación no es tan optimista como para pensar que el malestar pueda estar generado por una insaciable búsqueda de satisfacciones infinitas. Esto, en nuestro país, sólo puede afirmarse desde una perspectiva de clase social favorecida que niegue la realidad social. Las familias viven en la actualidad un proceso de endeudamiento intenso y a largo plazo, así como de incertidumbre por las condiciones del mercado laboral (precariedad, inestabilidad, subempleo, etc.), que genera una fuerte inestabilidad en los hogares. Frecuentemente, los dos cónyuges tienen que entrar en ese mercado aunque sea de forma precaria. Es necesario apuntar que el hecho de contar con dos ocupados en el hogar no es una garantía ante el riesgo de privación material si el segundo perceptor trabaja con un contrato temporal y su riesgo de privación es superior a la media de Catalunya. Muchos pacientes se niegan a coger la baja laboral, o la acortan, porque no pueden soportar económicamente la disminución del salario que ello comporta, interfiriendo de esta manera en el curso de la enfermedad. Numerosos estudios demuestran que una de las causas de la afluencia espontánea a servicios de urgencias se realiza para no perder horas de trabajo y su consiguiente descuento. El mercado laboral, desde hace décadas, está generando unas condiciones de trabajo

que ponen en fuertes tensiones, incluso en crisis, el modelo familiar tradicional y debilitan su función de verdadero Estado del bienestar *de facto*. Es injusto e incorrecto decir que la familia se está destruyendo por la incorporación de la mujer al mercado laboral, ya que son las exigencias de dicho mercado las que merman las funciones tradicionales de la familia e imposibilitan a ambos miembros para ejercerlas so pena de caer en grave riesgo de privación material e incluso de pobreza.

Por su parte, el EB no ha evolucionado en la dirección y en la medida adecuadas para poder disolver esas tensiones y facilitar a los ciudadanos una mayor calidad de vida y bienestar social. Su función real se limita a hacer de cojín amortiguador del sector productivo, incluso con pérdidas de derechos laborales del personal sanitario y de los pacientes. Desde 1993, los sucesivos gobiernos han empobrecido el EB para poder mantener el equilibrio presupuestario. Las consecuencias sobre la población y sobre los servicios públicos han sido severas. Las quejas recibidas no son infundadas ni producto de una insatisfacción voraz, pero se dirigen al lugar equivocado, donde tienen mayor accesibilidad y, además, es fácil objeto de demagogias electoralistas: el sector sanitario. También habría que ver las expectativas que generan las huestes políticas en épocas electorales y cómo repercuten en el imaginario colectivo, pero esa es ya otra historia. Recordemos la frase de aquel salubrista británico: “Los políticos utilizan la salud pública como los borrachos las farolas, para apoyarse, no para iluminarse.”

El primer sistema de seguridad social nació en la Prusia de Bismark para frenar los crecientes conflictos sociales con las clases obreras. Ahora el conflicto sigue existiendo, micronizado y expresado en el ámbito microsociológico, en múltiples estancias y el servicio

sanitario público es una de ellas. Por otra parte, el EB de los países nórdicos surgió de un pacto entre las clases medias y las clases trabajadoras, lo que les llevó a mayores cotas de coberturas sociales. En los países mediterráneos, jamás se dio esa alianza y se parte con menores coberturas y con un más que probable sesgo clasista, por ejemplo: una persona con poder adquisitivo medio-alto, si tiene que elegir, preferirá tener cubiertos los altos dispendios hospitalarios que los de un médico de familia, mucho más asequible. Los que ocupan lugares de decisión pertenecen a ese espectro social. ¿Está eso en la base de la irracional distribución interna de recursos en nuestro sistema sanitario, que prima con contumacia y desmesura el ámbito hospitalario en detrimento del primario, a pesar de estar ampliamente demostrado que es el de mayor repercusión positiva sobre la salud de la población en general y de ser el ámbito más eficiente?

Por último, una frase para meditar: “Resulta preocupante que para tener una economía saneada debamos tener individuos enfermos.”

Dr. Luis Capacete Novo

BIBLIOGRAFÍA

- La pobreza a Catalunya. Informe 2003. Fund. Un Sol Món Caixa Catalunya
- Informe La Caixa sobre marginación social 2003
- La inserció laboral de les persones amb discapacitat. Colectivo Ióé. La Caixa, 2003
- INE
- OMS 2000
- El Estado de bienestar en España. V. Navarro. Ed. Tecnos, 2004

El malestar de la sociedad del bienestar o la continua cerca de la felicidad

Després de la Segona Guerra Mundial i, sobretot, a les societats occidentals, les possibilitats de creixement i de desenvolupament van deslligar una eufòria inusitada.

En medicina del treball, es reconeix que el fet de sentir-se útil ajuda a la salut mental

L'Estat del benestar va ser una realitat sòlida principalment a l'Europa occidental. La universalització de l'educació i de la salut eren els seus pilars. Educació i salut per a tothom, i treball per a la majoria, mentre l'atur no superés el 10% de la població activa. Es buscava la democratització i la igualtat d'oportunitats. Els problemes econòmics, després de la crisi del petroli, i les noves reorientacions polítiques properes al neoliberalisme han derivat en una certa crisi de l'Estat del benestar i han provocat, de retruc, una resposta de la societat civil. La participació d'aquesta societat civil ha desvetllat la consciència ciutadana a través de les associacions, del voluntariat, del tercer sector, tot anant reconduint la idea de l'Estat del benestar vers una societat del benestar.

Aquesta idea de la societat del benestar s'ha fonamentat bàsicament en èxits materials, de consum, que han millorat la qualitat de vida. De fet, la modernitat, des de la Il·lustració, la Revolució Industrial i el triomf de la raó, ha anat presidint un desenvolupament continu en aspectes tecnològics, d'higiene i salut, d'educació, de la comunicació, etc. La globalització té possibilitats d'interconnectar tot el món i de facilitar l'ajut i la solidaritat a tothom, però comporta una gran desigualtat de poder econòmic, polític i també cultural. Això fa que a l'anomenada societat xarxa, s'oposi l'anomenada societat del risc. Hi ha un sentiment generalitzat que plana sobre els nostres caps de manera poc concreta, amb relació a percepcions de solitud, de desesperança, de buit... de risc. Un excés d'individualització i de competitivitat –que no competència– ens està deixant sols i sense el coixí de la xarxa familiar i social tradicional de la comunitat.

Del capitalisme de producció

s'ha passat al capitalisme de consum, que ha generat una ansietat gairebé contínua per anar assolint noves cotes de productes i objectes de consum. Aquests poden ser béns materials, però també idees, mites, creences religioses, modes, etc. Fem una ficció de tot plegat: és una realitat fictícia esperant vertiginosos canvis que ens catapulten al futur i no ens deixen viure un present relaxat. La nostra vida esdevé com un cavall desbocat, al qual no podem posar fre ni controler.

Evidentment, aquest panorama no pot ser gaire prometedor: hem avançat molt tecnològicament, amb béns materials, però no tant en l'àmbit espiritual i de pensament. La filosofia i l'art de viure se'ns escapoleixen entre les mans sobtadament. Tant és així que hi ha qui recomana més Plató que Prozac o qui recorda que l'ansietat per l'estatus no s'havia donat tant com fins ara, precisament per la possessió de tants béns i de l'anomenada qualitat de vida en una societat que aparentment dona igualtat d'oportunitats. Això provoca el que en sociologia anomenem *anomia*. Aquest “no tenir nom” de persones que no estan integrades en la societat i/o la mateixa societat que no ajuda a integrar les persones. Si aparentment tots tenim les mateixes oportunitats i l'èxit o el fracàs social i econòmic ens el llauem nosaltres mateixos, la responsabilitat és solament nostra. És el costat fosc de la meritocràcia, la culpabilització individual del fracàs. Però és que aquest no és un valor absolut, és un concepte que es relativitza continuament en funció dels nostres iguals, que segurament tenen coses que nosaltres no tenim... i ens podem frustrar.

D'altra banda, també és cert que objectivament tenim, en termes generals i per a la majoria de la població –que no per a tothom–, una qualitat de vida molt més elevada que en altres èpoques històriques. Tenim més i millors recursos, més i millors electrodomèstics, més vacunes i millor sanitat, més i millors vies i aparells de comunicació... Tot això ens pot fer la vida més plaent i més llarga.

En el camp de la salut, precisament, es dona el doble objectiu de donar més anys a la vida i de donar més vida als anys... I és que cada vegada som més exigents i tenim més informació i més edu-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

cació: hi ha una pràctica unànimitat a reconèixer que la salut ja no és solament l'absència de malaltia, sinó que té a veure amb allò que entenem per qualitat de vida. A més a més, la malaltia no se circumscriu a una dolença física més o menys evident, sinó que també té a veure amb la psique o amb l'ànima o amb el cor simbòlic. Aquest últim permet alhora representar paradigmàticament la unitat de cos i ment, de la somatització. A més de trobar-nos malament quan alguna part del cos no ens funciona bé, els mals de l'esperit o del cor també poden comportar dolences físiques. El cor diuen que no fa mal, però el mal del cor pot acabar implicant un infart de miocardi, un augment de tensió, etc.

En aquest sentit, i en un nivell més o menys d'objectivitat –i podem dir que també subjectivament, com a subjectes–, hi ha un cert malestar que acompanya aquesta opulenta societat del benestar: ansietat, estrès, depressió, solitud i aïllament... Necessitem noves reconsideracions d'abast global i holístic: educació, polítiques sostenibles i noves i velles idees de pau, solidaritat, austeritat i comunicació humana. Paraules i conceptes molt bonics, però molt complexos i difícils d'aplicar a les nostres vides, en l'àmbit individual, familiar, grupal i social.

Sembla, segons estudis sociològics realitzats sobre aquest tema, que un dels elixirs de la felicitat i de la salut com a qualitat de vida és la xarxa afectiva i social de relacions. És més important comptar amb una bona relació (intensa i extensa) amb amics i familiars que posseir, consumir i ser ric. Si les relacions socials, d'amistat, són satisfactòries, la vida és més saludable. Dit en altres paraules, la salut i la felicitat tenen més a veure amb el cercle de relacions socials que es tenen que amb altres elements com riquesa, possessió d'objectes de consum, prestigi, etc. Per tant, hem de treballar en habilitats socials, en comunicació humana. En medicina del treball es reconeix que el fet de sentir-se útil ajuda la salut mental. En aquesta línia, hem d'educar i potenciar la capacitat empàtica que tenim els éssers humans, és a dir, la capacitat de posar-nos en la pell de l'altre, de comprendre'l, de dialogar-hi. L'empatia, alhora, ens fa més humans i més propers.

La comprensió de l'altre no significa que no tinguem les nostres pròpies idees o que justifiquem les seves accions, sinó que ens permet comprendre'ns a nosaltres mateixos i no justificar-nos innecessàriament. L'amor benentès comença per un mateix, per poder donar i donar-se als altres. I, finalment, sembla que parlar d'amor està passat de moda, però és el fonament del benestar, és la resposta a la pregunta que un sociòleg francès es planteja sobre si és possible viure junts, en aquest món multicultural i intercultural del segle XXI. La resposta està en el vent, és la construcció i l'educació del subjecte com a membre actiu i participatiu de la comunitat, de la societat, d'una renovada societat del benestar.

Dr. Fidel Molina
Professor de sociologia
(Universitat de Lleida)

Crònica d'un malestar

"Estem condemnats a ser lliures."
Aquesta frase paradoxal de Sartre –el filòsof francès més important del segle XX–, potser podria explicar en part el perquè d'aquest neguit, d'aquest malestar, d'aquesta ansietat que paralitza les persones del primer món, de les societats del benestar, les persones acomodades i ben instal·lades en el nucli del sistema, en el cor del poder del consum.

Certament, des del Renaixement, al segle XV, i des de la Revolució Industrial, al segle XIX –anys 60 a casa nostra–, aquesta civilització ha atorgat a l'ésser humà del Primer Món quotes inimaginables d'individualitat i de llibertat: allò que sempre, al llarg de la història, havia estat tan sol·licitat. A través de diferents episodis de lluita

- **La solució a**
- **la buidor de la**
- **llibertat es pot**
- **trobar en l'ètica**
- **del compromís**

–pensem en la Revolució Francesa i la proclamació de la Declaració dels Drets de l'Home i del Ciutadà, per exemple–, qüestions com el treball per a la pura subsistència o el classisme determinant han estat suprimits per part de moltes persones. La llibertat i el desig individual són, en aquest primer món, més possibles i reals que en cap època de la història. A què ve, doncs, ara, aquest malestar dins la nostra societat?

Aquesta diferenciació individual i aquest exercici de la llibertat en espais cada vegada més amplis i per a més persones tenen un preu molt alt: impliquen, rigorosament, que l'home és, en darrer terme, responsable absolut d'allò que fa. Sense llibertat no hi ha responsabilitat. Així com en el medi ambient animal tot està prefixat i determinat, en el món de l'ésser humà tot s'ha de construir i, cadascú, i més en el primer món, ha de prendre decisions que el duren a viure la seva biografia d'una determinada forma, de la qual és responsable últim, de la qual ha de respondre en darrer terme.

Aquesta plasticitat humana del desig i de la llibertat tan gran és la raó que en certs moments infantils, el desig i la necessitat fan que la llibertat i el desenvolupament harmoniós restin nuats en xarxes, en un garbuix de fils que provoquen que l'individu s'entrebanqui a cada moment. Si anem a l'extrem, com deia Nietzsche, l'home és l'únic animal que és capaç de cometre actes perversos. Però, curiosament, sempre suposem certa llibertat en tots els actes humans per molts atenuants que els vulguem trobar.

L'ésser humà, per tant, ha de dotar la seva existència de sentit en cada moment i en relació amb un sentit personal últim, darrer, volgut rotundament. Quina càrrega més feixuga! El preu que l'individu ha de pagar per la seva llibertat és molt alt. Aquest preu tan elevat hom intenta eludir-lo. Una de les formes de fer-ho és amb la dimissió de la llibertat, tot dient: "Jo no era responsable del que feia", o "jo no sóc responsable de tot el que passa en el meu món". Una altra forma d'evitar la llibertat és la frivolitat: "Mengem i bevem, que això són quatre dies i ja n'han passat dos." Una altra forma és "anar tirant". Els psicòlegs i psiquiatres coneixen molt bé aquestes formes d'autoengany.

La dona paga un alt preu en la recerca d'una nova identitat femenina

Aquest autoengany, però, genera una sospita en el mateix individu. Una sospita que, com el cuc dins la poma, s'instal·la com un rosec que dona neguit, com la pedra a la sabata que dona malestar. Aquest ciutadà d'aquest primer món que, paradoxalment, des de la Revolució Industrial ho té gairebé tot, sospita que li manca el més important: el sentit darrer de la seva llibertat adquirida. La seva buidor és com el forat de l'estàtua de l'home de davant de l'antic Govern Civil de Lleida que es mira el propi forat.

Potser les persones més conscients d'aquesta manca de sentit de finalitat de la llibertat siguin les més afectades per aquest neguit, per aquest malestar. Quan diem conscients, no volem pas dir més intel·ligents. Volem dir els entossudits a no cercar excuses, ni autoengany, per plantejar-se qüestions com: quin sentit té aquest pretès benestar? Realment sento satisfet el meu desig? Cap a on caminem quan veiem persones que pateixen les necessitats materials més bàsiques i moren absurdament? Per què hem de viure consumint tants succedanis? Com és que la meua existència és tan poc autèntica?

Podem inventar analgèsics per evitar aquestes formes de consciència, com si fossin mal de queixal, apaivagar aquest neguit, aconseguir una ataràxia, com una dolça impertorbabilitat per als ciutadans més lliures del Primer Món. És així com tota una farmacologia pretén anestesiar aquest cuc que rosegua per dins. La buidor, però, continua.

La solució a la buidor de la llibertat sense finalitat només es pot trobar en l'ètica del compromís, del deure de la compassió o de la compassió com a deure i com a esperança d'un món més just. Però això ja és un altre tema per tal que el malestar en la societat del benestar no esdevingui crònic.

Dr. Carles Sió
Professor de filosofia
(Universitat de Lleida)

Estat del benestar?

Vivim una situació paradoxal que ens neguiteja i fa que ens preguntem què està passant a la nostra societat. Cada vegada hi ha més elements materials al nostre abast per aconseguir més benestar: més nivell de vida per a més gent, més avenços per a la salut, més vacances i possibilitats de gaudir-les, més facilitats per a l'educació, etc. Malgrat tot, només cal mirar al nostre entorn per trobar fàcilment tot el contrari: més infelicitat, més depressions, més ansietat i més vulnerabilitat davant les inevitables frustracions de la vida. Cada vegada hi ha més patiment emocional i augmenta la demanda de psiquiatres, psicòlegs i fàrmacs de tipus ansiolític i antidepressiu. Les previsions mostren l'increment de l'estadística de les persones que patiran depressions en un futur immediat.

Podríem pensar en una doble resposta, segurament complementària. Hi ha autors que diuen que la gent cada cop és més feble. Avui en dia se suporta cada cop menys el dolor mental derivat de la frustració i de les dificultats, com poden ser les exigències de la vida moderna, la ràpida evolució dels costums, etc. Tanmateix, s'estableix un paral·lelisme amb el pensament feble de la postmodernitat: "Tot és possible", "tot es qüestió d'opcions"... Però la persona es troba perduda, sense unes idees sòlides en què recolzar-se i amb sensacions de buidor i de soledat.

La falta d'idees sòlides, que la mateixa societat promou, fomenta i anima allò que Meltzer (1983) anomena "els estats infantils de la ment". Amb aquesta expressió l'autor descriu un determinat funcionament mental lligat a les sensacions del cos, als impulsos, a la vida instintiva que predomina sobre la reflexió i la maduresa. La sensualitat i l'acció són les formes

més característiques que tenen les persones per experimentar i participar en el món.

Per als estats infantils de la ment, els problemes de plaer i de dolor de cada moment tendeixen a fer-se prioritaris respecte a objectius i plans de futur. Es prioritza l'immediat. L'acció i l'èxit són el més cobejat i s'equiparen al triomf. Diferents factors d'avidesa, plaer de la competició i sensualitat es combinen per crear un gran set d'informació i d'habilitats, que tenen més a veure amb un joc que no pas amb la capacitat de creixement i d'aptitud que té l'adult.

És característic dels aspectes infantils de la ment rebel·lar-se contra el patiment i, com que aquest és inevitable, en algun moment o altre de la vida es busquen tota una sèrie de subterfugis per eludir-lo, especialment a través de conductes addictives, que no són altra cosa que substituir les persones per coses materials, ja sigui el treball, l'èxit professional, la riquesa, el poder o també l'alcohol i les altres drogues.

L'altra resposta complementària seria el canvi de paradigma respecte al paper tradicionalment exercit per la dona, que arossegua el funcionament de la família, i les respostes que obliga a trobar als homes. Això es fa evident en el paper de la dona educada tradicionalment per suportar les incommunitats i injustícies i fer de coixí a la llar perquè les dificultats no repercuteixin en els fills. Aquestes dones sacrifiquen el seu benestar per protegir el seu entorn. Darrerament, les dones es neguen cada cop més a seguir fent aquesta funció amortidora a costa de la seva salut física i mental. Per tant, les estructures se'n ressenteixen. I no sembla factible que les coses tornin enrere. Les dones van abandonant gradualment aquest paper apaivagador, tot pagant un alt preu en la recerca d'una nova identitat femenina. Però, els homes també es veuen obligats a resituarse, amb més o menys resistències, però en un procés imparable. Tot això obliga a trobar altres fórmules de funcionament que ara generen molt dolor, però que, a la llarga, potser suposaran un pas endavant en l'evolució de la societat.

Doctora Marta Trepal
Psicòloga de l'Hospital
Santa Maria

Anciano frágil: dependencia evitable

Dr. Marcos Serrano Godoy i Dra. Ana Vena Martínez · Servei de Geriatria i Atenció Sociosanitària. Gestió de Serveis Sanitaris. Hospital Santa Maria

En el año 2005 aparecerá la esperada ley de atención a la dependencia que regulará la asistencia sanitaria y social de las personas con estas características. Dentro del concepto del Estado de bienestar es un aspecto que estaba sin resolver. Es uno de los principales puntos que nos diferencian de las naciones europeas más avanzadas. Países como Alemania, Francia, Holanda, Suiza, Finlandia, Suecia y Noruega han desarrollado un sistema de cobertura que ya lleva años de evolución. La atención a la dependencia se puede considerar como uno de los indicadores principales del desarrollo económico y social de un país. En España la asistencia a la dependencia se ha desarrollado únicamente desde el punto de vista de cobertura de necesidades sociales, basándose principalmente en la creación de plazas residenciales, de centros de día y ayudas domiciliarias. Este sistema de atención, además de ser totalmente insuficiente para cubrir las necesidades reales de la población, se ha visto cuestionado por dos hechos fundamentales:

1. La dependencia física y psicológica no es resultado de un problema social, sino de un problema de salud.
2. En España la asistencia a la dependencia, a diferencia de la sanitaria, no es gratuita ni tiene cobertura universal.

Los motivos principales que condicionan algunos de los problemas del sistema sanitario son:

- Estancia inadecuada en hospitales de agudos por procesos que podrían ser atendidos en otros ámbitos asistenciales.

- Imposibilidad de continuar en el domicilio cuando un paciente requiere una elevada asistencia sanitaria.
- La asistencia sanitaria en residencias privadas. Con la puesta en marcha de la ley de la dependencia se pretende cubrir las necesidades de los pacientes, ya sean médicas o sociales, coordinar los recursos de la comunidad y desarrollar aquellos que sean insuficientes. A partir de este momento el problema será puramente económico ya que, dependiendo del sistema de financiación, se podrá determinar el nivel de dependencia que se pueda cubrir y las prestaciones de

la cartera de servicios.

Teniendo en cuenta que la dependencia siempre va a ser el resultado de un proceso patológico, el abordaje de la dependencia como un problema de salud pasará siempre por intentar evitar su aparición.

Recientemente en el Parlamento europeo se debatió sobre la necesidad de desarrollar sistemas de cobertura a la dependencia, pero se hizo especial énfasis en que los países europeos invirtieran lo necesario para evitar su aparición. El sistema debe invertir en prevenir la aparición de la dependencia para que pueda ser eficiente.

Las características demo-

gráficas de la población europea, con un alto índice de sobrevejecimiento y una elevada comorbilidad, hacen que los sistemas sanitarios no puedan basarse en los antiguos modelos de los años 60, centrados en la "curación" de las enfermedades, sino que deben orientarse hacia la prevención primaria y la prevención de la incapacidad que provocan la mayoría de las enfermedades crónicas. La población exige que, además de recibir un trato correcto ante una enfermedad, pueda permanecer el mayor tiempo de su vida libre de incapacidad.

En este contexto, la geriatría como especialidad médica, clasifica a la población anciana en tres grupos, dependiendo de aspectos clínicos y funcionales: anciano sano, anciano frágil y anciano con alta dependencia. (Figura 1)

El objetivo principal de la prevención a la dependencia



Figura 1. Distribución de la población anciana



Figura 2. Concepto de fragilidad



es el anciano frágil, ya que todavía se mantiene en una situación clínica o funcional que le permite residir en su entorno con supervisión

de una persona o ayuda ocasional. Es el paciente perfecto para desarrollar el concepto de "dependencia evitable". El sistema sani-

tario debe detectar y tratar correctamente a los pacientes frágiles de alto riesgo para retardar en lo posible la aparición de incapacidad

funcional y mental.

Concepto de anciano frágil

El concepto de anciano frágil viene definido fundamentalmente por una situación de riesgo asociada a una pérdida de la capacidad física o psíquica. Los factores que pueden provocar esta situación pueden ser medioambientales, físicos, sociales y psicológicos (ver figura 2). El fenotipo del paciente frágil se caracteriza por un deterioro cognitivo de inicio, una malnutrición, debilidad (disminución de masa muscular, fuerza y resistencia), disminución de la velocidad y estabilidad de la marcha (balance muscular y coordinación) y retardo (actividad física). El resultado final de cualquier modificación en un estado de salud va a ser siempre una alteración de la fun-

- ♦ Aquel cuya reserva fisiológica esta disminuida, provocando un aumento de RIESGO DE INCAPACIDAD (Buchner).
- ♦ Población con un alto RIESGO DE PERDIDA DE AUTONOMIA, suele ser dependiente para las AVDI pero no para las AVDB. (Vellas).
- ♦ Pérdida global de reserva fisiológica, debilidad y vulnerabilidad (Verbrugge).
- ♦ Incapacidad preclínica (Fried).

Figura 3. Concepto de paciente frágil

PASSA A LA P. SEGÜENT

ción física. Por lo tanto, ante cualquier anciano que presente una pérdida de función habrá que hacer un diagnóstico lo más rápido posible que explique esa pérdida. Cuanto antes se pueda intervenir, mayor será la probabilidad de que la pérdida funcional sea reversible.

Modelo de atención al paciente frágil: nuevas necesidades

El modelo tradicional está centrado en la "enfermedad" (intención curativa). Sigue el siguiente proceso:

Prevención primaria, proceso de enfermar (síntomas y signos, diagnóstico, tratamiento y alta) y rehabilitación.

El modelo asistencial que requiere el paciente frágil está centrado en el individuo y orientado fundamentalmente a cuidar. Esto no significa que no se tenga en cuenta el proceso diagnóstico-tratamiento, al contrario. Para poder elaborar un plan de cuidados es necesario conocer previamente las causas que están motivando la incapacidad y aplicar el tratamiento más adecuado. Las herramientas fundamentales serán:

- La valoración geriátrica integral que estudia aspectos biológicos, psíquicos y sociales del individuo. (Ver figura 6)
- La elaboración de un plan de cuidados interdisciplinar.

El ámbito asistencial que atiende a mayor número de pacientes frágiles es atención primaria, seguido de las unidades de hospitalización de agudos. Es fundamental que exista un plan de detección y manejo del anciano frágil en estos dos ámbitos basado en los conceptos anteriormente expuestos (valoración geriátrica y plan de cuidados).

La asistencia programada en atención primaria, una vez realizado el cribaje del paciente frágil, ha presentado unos beneficios evidentes. En un estudio multicéntrico elaborado con 13.447 pacientes, *Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly*

FENOTIPO DE FRAGILIDAD

- Edad > 80 a.
- Bajo nivel cultural.
- Comorbilidad.
- Déficit visual / auditivo (Sd. geriátricos)
- Polifarmacia.
- Depresión.
- Grado de autonomía para las ABVDs.
- Función cognitiva / Delirium.
- Pérdida de peso / malnutrición
- Alteración del balance y movilidad (fuerza / resistencia s/t EEII)
- Pérdida de masa muscular / debilidad.
- Inactividad física (caídas, etc)
- Grado de autopercepción de salud.
- Soporte social.

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol.56A.No.3.M146-M156

Figura 4. Fenotipo de fragilidad

People Systematic Review and Meta-regression Analysis (Andreas E. Stuck, MD; JAMA. 2002;287:1022-1028), se observaba un descenso de los ingresos en residencias cuando se realizaban más de 9 visitas domiciliarias por parte del equipo. Además, hubo un menor declive funcional en la población de riesgo y un descenso de la mortalidad en los pacientes con edades comprendidas entre 72 y 77 años, pero no en los mayores de 82 años. Esta diferencia se explica precisamente por el resultado de la intervención en los

pacientes más frágiles.

En otro, *Fit for the future: the prevention of dependency in later life*. (Prophet H., ed. Continuing Care Conference; 1998, Londres), se describe cómo la intervención programada en pacientes frágiles mejora la sensación de calidad de vida, ya que logra una disminución y un retardo en la aparición de la dependencia.

Modelo de intervención en el anciano frágil: coordinación entre atención primaria y geriatría

La mayoría de la población anciana frágil está ubicada en el domicilio y por lo tanto la responsabilidad de la asistencia recae sobre los equipos de atención primaria. Hasta hace poco, y en muchos lugares todavía persiste, la asistencia al paciente frágil de alto riesgo no estaba estructurada y no aparecía en su historia clínica ninguna referencia a la situación funcional, cognitiva o social. En la actualidad no se puede permitir, desde el punto de vista de una correcta praxis clínica, la ausencia de una valoración geriátrica básica en la histo-

PACIENTE FRÁGIL: NUEVAS NECESIDADES

Objetivo terapéutico centrado en la persona (no en la enfermedad) "centrado en el resultado obtenible".

Atención especial al plan de curas: centrado en objetivos terapéuticos y no solo en problemas activos.

Atención especial a la dependencia: Concepto de "dependencia evitable"

- o Prevención en atención primaria (cribaje y atención programada)
- o Prevención en Agudos (cribaje y RHB terciaria)
- o Tratamiento específico de la persona dependiente.

Figura 5. Paciente frágil: nuevas necesidades

ria clínica de un anciano. Es necesaria una descripción de los aspectos de dependencia física, deterioro cognitivo y situación social de riesgo. Pero la asistencia no queda cubierta con la descripción de la dependencia de un paciente, con esto únicamente conseguimos detectar a los pacientes de riesgo. Un error frecuente es la utilización de escalas y cuestionarios que posteriormente quedan olvidados dentro de la historia clínica. La pregunta que suelen hacernos entonces es: "Y con estos datos, ¿qué hacemos?"

El paso siguiente es la elaboración de un plan de cuidados elaborado de forma conjunta (interdisciplinar). La asistencia al anciano frágil y de alta dependencia se basa en la asistencia programada para atender los problemas activos que presente el paciente. Es fundamental que cada uno de los miembros del equipo asuma una parte en ese plan de cuidados. La labor independiente de enfermería en este tipo de atención es crucial. La realidad, sin embargo, es otra. La asistencia que se realiza en atención primaria es fundamentalmente a demanda ante una situación de descompensación o de urgencia. Existe muy poco tiempo para poder realizar labores de cribado, planes de cuidados o trabajo interdisciplinar. La atención a este tipo de pacientes necesita tiempo para poder realizar una asistencia pro-



Figura 7. Protocolo de intervención y derivación del paciente frágil.

gramada y evitar, en lo posible, las intervenciones en situación de descompensación o de crisis. ¿En qué momento se debe derivar un anciano a una unidad de valoración especializada? Desde el año 1998 el Hospital Santa María de Lleida cuenta con una unidad de valoración geriátrica integral ambulatoria integrada dentro del Hospital de Día de Geriatría. Allí pueden ser

derivados todos los pacientes geriátricos que precisen una valoración exhaustiva de una patología que esté condicionando un deterioro funcional o cognitivo: delirium, caídas, inestabilidad, alteración de la marcha, alteración de la memoria y demencia, incontinencia reciente, desnutrición no filiada y pérdida de la capacidad para las actividades de la vida diaria no explicada. Desde ese momento se recomienda que, previamente a la derivación del paciente, se realice una valoración geriátrica básica que incluya un plan de cuidados. En caso de mala respuesta al plan propuesto o la falta de un diagnóstico que explique la pérdida funcional o cognitiva recomendamos su derivación a esta unidad (Ver figura 7).

Uno de los puntos más complicados es definir cómo se realizará el cribaje de los pacientes para saber en qué momento se incluirán dentro del protocolo de paciente frágil. Nosotros proponemos el siguiente esquema, aunque está claro que debería adaptarse a la situación particular de cada equipo y al perfil de la

población que se atiende:

Mayor de 75 años

- Riesgo social:
- Vivir solo.
- Viudedad reciente.
- Cuidador no válido.
- Pérdida de una función básica o instrumentada de la vida diaria en los últimos 15 días.
- Pérdida de memoria con repercusión en la vida cotidiana o empeoramiento de un deterioro cognitivo ya diagnosticado.
- Alta hospitalaria reciente en los últimos 15 días.
- Acudir a urgencias por una patología no identificada previamente.
- Acudir al centro de salud de forma no programada en 2 ocasiones en los últimos 15 días.

Una vez el paciente es clasificado como paciente frágil, se incluiría dentro del protocolo de atención y se seguiría el árbol de decisión propuesto. De esta forma, con el paso del tiempo, se conseguiría definir toda la población de riesgo de un sector, lo que permitiría establecer políticas de prevención adecuadas.

Valoración geriátrica integral Resultados significativos :

- Mejora de la **función cognitiva.**
- Mejora de la **capacidad física.**
- Disminuye la tasa de **institucionalización.**
- Disminución del número de **ingresos hospitalarios.**
- disminución de la **mortalidad**

A.E. Stuck, Lancet.1993; 342: 1032-36

Figura 6. Valoración geriátrica integral

Orígens de les ferides per arma de foc a Lleida

De les ferides per armes de foc se n'han fet càrrec els cirurgians a partir de l'invent d'aquests instruments lesius. L'eminent historiador de la medicina Francisco Guerra diu que, en realitat, els cirurgians espanyols gairebé no arribaren a veure ferits de bala fins al segle XVII. Si bé això pot ser veritat quant a la pràctica quirúrgica, la realitat és que els cirurgians del segle anterior ja havien escrit molt i havien creat doctrina sobre aquestes ferides.

Dr. Manuel Camps Surroca i Dr. Manuel Camps Clemente

Sembla que va ser el cirurgià militar Heinrich von Pflsperndt qui el 1460 va incloure en el seu text sobre ferides de guerra les produïdes per arma de foc i explica el mètode per extreure les bales.

L'any 1514, el cirurgià italià Giovanni de Vigo (1450-1525) descrivia les característiques d'aquestes ferides: contuses per la rodonesa de la bala, cremades pel foc de l'explosiu i enverinades pels productes de la pólvora, característica, aquesta última, que va introduir l'ús del cauteri sobre la superfície de la ferida i de l'oli bullent a l'interior del trajecte amb la finalitat de neutralitzar el verí.

Però ben aviat, cap al 1544, el cirurgià espanyol Dionisio Daza Chacón (Valladolid, 1513-1595) va abandonar aquesta pràctica. Un any després, el 1545, el cirurgià francès Ambroise Paré (1510-1590), en el seu *Méthode de traicter les playes faictes par hacquebuttes*, va explicar que als ferits que no se'ls aplicava l'oli bullent no mostraven signes d'enverinament, sinó que evolucionaven millor. Malgrat això, Alfons Ferri (1515-1595), en el seu llibre *De sclopetorum sive archibusorum vulneribus* (1552), seguia mantenint les idees de Vigo sobre l'enverinament i l'ús de l'oli bullent. En canvi, n'era contrari Lleonard Botalli (c. 1519-1587) en la seva obra *De curandis vulneribus sclopetorum* (1560), i també el catequè de Montpeller Laurent Joubert (1529-1583) en el seu *Traicté des arcabusades* (1570).

Fins a aquesta última data del 1570, solament trobem al·lusions a les ferides per arma de foc des d'un punt de vista quirúrgic, amb finalitat estric-

tament terapèutica. No hem vist, a través de les investigacions dutes a terme, cap referència als aspectes medicolegals del tema fins a l'any 1581, data de l'obra *Chirurgia Universal de Juan Frago* (Toledo, c. 1530-1597), en la qual inclou el *Tratado de las declaraciones que han de hacer los cirujanos acerca de muchas enfermedades y muchas maneras de muertes que suceden*. La intenció principal d'aquest escrit, entre altres qüestions que també tracta, com la de la diferenciació del caràcter vital o postmortal de les lesions, és la d'ensenyar als cirurgians a pronosticar-les per poder informar adequadament i amb prudència els jutges. No hem d'oblidar la gran importància històrica que ha tingut el pronòstic mèdic de les ferides com a base de la seva qualificació penal per part dels jutges¹.

Quant al tema de les armes de foc, Frago no ensenya a identificar-les: no ho fa, segurament, perquè en la seva època no calia discernir sobre l'orifici d'entrada i, eventualment, de sortida, tan bàsics actualment en qualsevol peritatge. En el seu temps no calia fer aquestes disquisicions. Els tribunals de justícia no preguntaven tantes coses. Ja es veia directament quan un moria per arma de foc. Explica, en canvi, alguns signes de caràcter identificador quan tracta, per exemple, de la mort pel llamp, la marca del qual es coneix, entre altres detalls que descriu, perquè "el rayo siempre dexa algun rastro de fuego por la parte por donde entró, dexandola como chamuscada, o denegrida", signes aquests que ens recorden, des de la perspectiva actual, algunes de les particularitats que els



Arcabuser del segle XVII (Libre de Passanties. AHCB)

metges forenses utilitzen a diari per identificar una ferida d'entrada per arma de foc a curta distància.

Frago, en les *Declaracions*, solament esmenta les ferides per arma de foc en dues ocasions i sempre referint-se al pronòstic. Una, quan relaciona el pronòstic amb els diferents instruments lesius –pedres, armes blanques, armes de foc, etc.– de manera que quan la causa ha estat per l'acció de "pelotas de escopetas, y arcabuzes", la ferida és greu i perillosa, i fins

tema. Solament en descriu un cas pràctic de declaració judicial en el qual emet un pronòstic greu de la ferida del lesionat i descriu les seves característiques: "Una herida redonda con pérdida de substancia entre los cuerpos y apófices transversas de las dos últimas vértebras dorsales, cuyos bordes hallándose contusos y dilacerados; inferimos con evidencia, que dicha herida ha sido hecha por cuerpo impelido por arma de fuego."

Altres cirurgians catalans del segle XVIII van escriure sobre ferides per arma de foc, però solament enfocades al seu tractament. Francisco Puig, ben estudiat pel doctor Josep Maria Massons, compta entre les seves obres amb el *Tratado teórico-práctico de las heridas de arma de fuego* (1782); Francisco Canivell i Vila (Barcelona, 1721-1797), estudiant d'humanitats a Cervera, va escriure per als alumnes del Col·legi de Cirurgia de Cadis el *Tratado de las heridas de armas de fuego* (1789), etc.

En canvi, ja en el segle XIX, el també lleidatà i fill d'Aitona Ramon Ferrer i Garcés catedràtic de medicina legal de Barcelona, ja tracta del tema en els capítols de les ferides i del suïcidi. Descriu els orificis d'entrada i de sortida produïts per les bales de fusell. El d'entrada, més petit, més regular, generalment circular i enfonsat cap a les carns; el de sortida, de major diàmetre, desigual en la seva circumferència, més o menys irregular i amb els marges dirigits cap enfora. Estudia també el pronòstic quan la bala es queda dins. En el capítol del suïcidi comenta el diagnòstic diferencial amb l'homicidi, i es fixa en la direcció del tret, amb les característiques dels tacs, amb les taques negres de pólvora i els granets d'aquesta substància que queden a la pell, més freqüents en els casos de suïcidi, etc. Quant a la troballa dels tacs diu: "Pues acaso fácil será reconocer, después de haberlos mojado y desdoblado, si están formados de papel impreso o manuscrito, que perteneciese a la víctima."

La investigació del crim de la plaça de la Cadena

La nit del 26 d'agost de 1589 va ser assassinat, amb tirs de pedrenyal, l'oficial reial de Lleida Andreu Calaf, en la seva pròpia casa situada a la plaça de la Cadena, la qual formava part del veïnat del carreró de la Galera, de l'Ereta, del carreró del Forn, de l'Estudi, etc.².

El 19 de juliol, uns dies abans de produir-se aquesta mort violenta, havien arrencat el pany i havien entrat a la torre que el doctor en arts i medicina de Lleida Agustí Calaf posseïa a la partida de Granyena. Aquest metge –no sabem si era parent o germà d'Andreu Calaf– va denunciar al veguer Onofre de Merles que mossèn Ortiga (pare de Jaume Ortiga) li havia demanat la

clau de l'esmentada torre, però no li va voler deixar aduïnt que la tenia reservada per poder-s'hi aixoplugar en el cas que el "morbo", que estava atacant altres llocs de Catalunya, arribés a la ciutat de Lleida. A més, atès que la torre estava plena de llenya, li feia por el risc d'incendi. Però malgrat la seva negativa a deixar la clau, li van arrencar el pany i s'hi van instal·lar durant dos o tres dies, introduint-hi la roba que portaven, així com les selles de les mules. Es veu que els Ortiga venien de parts sospitoses de pesta i com era norma no els deixaven entrar a l'interior de la ciutat³.

La pesta, que com deïem delmava diverses parts del Principat, continuava. A meitats de setembre, el metge de l'Estudi General de Lleida Mateu Aguda, procedent de Barcelona, es deturà en una torre de la seva propietat del terme de Bell-lloc per fer l'obligada quarantena, lloc on va ser capturat i assassinat per uns bandolers armats amb alfanges i pedrenyals. No era solament la pesta el flagell que punia el país aquell any, era un altre, i no menys greu: el bandolerisme⁴.

Pocs dies després, l'1 d'octubre, hi hagué protestes al portal de Sant Gili de Lleida també per motius de la pesta. El doctor en drets Gaspar de Segarra feia la preceptiva guarda a l'esmentat portal juntament amb altres per evitar la sortida de la gent amb animals per anar a fer herba. La multitud, amotinada, la formaven pagesos i gascons que volien eixir i protestaven contra la rígida actitud dels guardes⁵.

El crim de la plaça de la Cadena –que com veiem succeí en una època de pesta, de protestes, de bandolerisme, de robatoris, etc.–, es va investigar mitjançant el corresponent examen extern de cadàver dut a terme per les autoritats en el mateix lloc del fet, amb l'ajuda de les dades complementàries posteriors obtingudes de les declaracions de vuit dels testimonis que van presenciar, gairebé en directe, l'acció criminal. Aquests testimonis, tots veïns de la víctima, es trobaven molt a prop d'aquesta i amb l'avantatge que el crim succeí un capvespre del mes d'agost, quan encara la claror permet entreveure les accions, les actituds, els moviments i les característiques externes dels criminals que poder ajudar a identificar-los.

Examen extern del cadàver

El van dur a terme el cort i veguer Onofre de Merles acompanyat dels dos paers Hieronim de Castro i Hieronim Calaf, i com a testimonis el notari mossèn Francesc Guiu i el calceter mestre Antoni la Cort, els quals es desplaçaren a la casa del cadàver, en una cambra de la qual van trobar "lo cors de dit mossèn Andreu Calaf en un lliit ferit de dues pilotades que

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

lahuna travesse lo bras esquerre y l'altra lo cors”.

Com era costum, i per dur a terme el diagnòstic de la mort, el veguer, amb el bastó a la mà com a insígnia del seu ofici reial, va cridar tres vegades seguides al cadàver pronunciant el seu nom i concloent que “per faltari los spirits vitals no ha respost ans be apareix esser mort de dites pilotades”. Acte seguit, i com també era costum, les esmentades autoritats van donar llicència a la muller i als parents del mort per soterrar-lo.

A través de l'examen extern de les ferides es donà com a fet que aquestes van ser produïdes per l'acció traumàtica de dos projectils (pilotes), però no es descriu cap detall identificador de la causa de les lesions: ni la troballa de les pilotes, ni les empremtes externes corporals pròpies de les lesions per arma de foc. La causa de la mort es justificà, simplement, atenent les declaracions dels testimonis.

En aquest cas se segueix l'antic costum del peritatge mèdic dut a terme pel mateix veguer (jutge) i dos paers, i no es procedeix, com ja era preceptiu en el segle XVI, al peritatge científic realitzat per metges i cirurgians.

Hem comprovat aquest precepte en un cas succeït cap al final de la centúria. Així, el 29 de juliol de 1595, el

◆ **Fins al 1570 només trobem al·lusions a les ferides per arma de foc des d'un punt de vista quirúrgic i amb finalitat terapèutica**

tribunal de Coltellades inicià la investigació de la mort, uns anys abans, del fill de Domingo Tapiés de la localitat d'Ontinyena (conegut amb el nom de Domingo Garler), atribuïda al jove pagès, de 22 anys, Vicent Lluís Balles-ter del lloc d'Alcolea de Cinca, empresonat a Lleida. Una carta redactada pel seu advocat defensor, de data 9 de novembre, exposà que no es podia dir que la víctima hagués mort a causa de la “pretesa ferida de pedrenyal”; ni tampoc que hagués estat verificat que “sie stat mort per la pretesa ferida”, ja que per poder-ho afirmar “ere neces-

sari constas per persones expertes i perites pera indicar si dit Garler es mort de la ferida lo que tant solament es permes a metges y chilurgians”⁶.

Identificació dels criminals

Els testimonis, que es van expressar cadascun a la seva manera per dir el que havien vist, eren el notari Pere Castelló, el calceter Gaspar Tarròs, Sebastià Llopis, el doctor en drets Francesc Pastor, Montserrada Morena (muller del pagès Antoni Moreno), Joana Fava (vídua de Pere Fava) i el seu fill de 14 anys Josep Fava, i Maria Saydina (muller del pagès Tomàs Saydi).

“La flama del polbori” produïda pel tret mortal va enlluernar i va torbar el notari Pere Castelló moments després d'haver estat xerrant amb la víctima i amb Gaspar Tarròs. Però un cop disparats els pedrenyals, encara va tenir temps de veure tres homes vestits amb capes negres que fugien en direcció a l'Estudi. Sense perdre temps, entrà a la casa d'Andreu Calaf mentre aquest agonitzava, amb la intenció de “valerli en lo que haguere pogut”. Però malgrat el socors prestat no el va poder salvar.

Gaspar Tarròs va aportar el detall que els tres criminals anaven boçats i que els tirs també el van ferir a ell mateix a la caixa.

Segons Sebastià Llopis, la víctima, coincidint amb el soroll del primer tret, va exclamar: “Jesús mort me has!”. I el fill d'aquesta, Josep, sortí de casa del pare ferit de mort perseguint els criminals i cridant: “Als lladres, als lladres!”, els quals es van aturar al carreró de la Galera.

L'abans esmentat doctor en drets Francesc Pastor ja s'havia posat la camisa per anar-se'n a dormir quan es va adonar, a través d'una de les “ventalles de la gelosia de sa cambra” que donaven al carreró de la Galera, de la presència dels tres criminals i dels dos o tres trets que es van produir, així com del gran avalot que es va generar al carrer de la Galera com a conseqüència del crim. Davant de tot això i com a salvaguarda personal es va posar al llit sense sortir de casa.

Abans, però, la veïna de la víctima, Montserrada Morena, va poder veure algunes accions que ens permeten retrocedir una mica i complementar la reconstrucció de l'escena del crim. Va declarar el següent:

“Poc abans que mataren a m^o Andreu Calaf isqui jo a la porta de ma casa y viu al canto de la casa solie esser de m^o Josep Oro notari vers lo carreró que diuen de la Galera dos homens arrimats a dit canto lahu tras laltre y poch apres men torni dins casa y estant dins casa senti tirs de pedrenyals y correigui a tancar la porta y sent passats dits tirs torni a obrir la porta per veure que ere estat y viu tres homens ab capes negres que sen anaven havent passat per davant casa de dit m^o Calaf vers lo estudi y a la que passaren per davant dit canto los dos que allí eren se juntaren ab los tres que tinch dit y tots sinch senanaren vers lo estudi pasapas que no corrien.”

Això ens pot indicar que, a part de l'actor o actors materials del crim, hi participaren o hi col·laboraren dues persones més, una de les quals, com veurem després, probablement s'encarregà de vigilar la víctima per tenir-la perfectament a tir l'encarregat o els encarregats de disparar el pedrenyal.

Joana Fava, des de casa seva del carrer de la Galera, va veure quatre homes, tres dels quals, abillats amb capes negres, parlaven entre ells. Aleshores, el seu fill li digué: “Mare entremnos ne que aquestos homens porten pedrenyals.” Una veïna, na Saydina, que es trobava en aquells moments a la porta de la casa de Joana fent-li companyia, li digué, referint-se als esmentats homes: “Quens han de fer stigamnos assi quens han de fer a nosaltres que nols devem res.”

La persona que probablement vigilava la víctima era de mitjana estatura, portava una capa de color “terrillo” i rodant vers el Forn pels carrerons situats darrere de la plaça de la Cadena anà i tornà tres vegades cap al grup dels esmentats homes. A la tercera vegada, un d'aquests se n'anà de



Pistola de pedrenyal del segle XVI fabricada a Ripoll

BIBLIOGRAFIA

- GUERRA, F.: *Las heridas de guerra. Contribución de los cirujanos españoles en la evolución de su tratamiento*. Universidad de Santander. Facultad de Medicina. Cátedra de Historia de la Medicina. Santander, 1981.
- FERRER GARCÉS, R.: *Tratado de Medicina legal o exposición razonada de las cuestiones jurídico-médicas que se suscitan en los tribunales de justicia*. Barcelona, 1847.
- MASSONS, J.M.: *Francesc Puig (1720-1797) i els cirurgians del seu temps*. PPU (Promociones y Publicaciones Universitarias). Barcelona, 1993.
- CORBELLÀ, J.: *Juan Frago. Tratado de las declaraciones que han de hacer los cirujanos acerca de muchas enfermedades y muchas maneras de muerte que suceden*. PPU (Promociones y Publicaciones Universitarias). Barcelona, 1988.
- VIDAL, D.: *Cirugía Forense, o arte de hacer las relaciones quirúrgico-legales*. Barcelona, 1783.

NOTES

- (1) CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: “Origen i evolució del pronòstic de les lesions”. *Butlletí Mèdic del Col·legi Oficial de Metges de Lleida*, núm. 32, gener del 2002, 16-20.
- (2) AML (Arxiu Municipal de Lleida). Reg. 828, fol. 148-151v.
- (3) AML. Reg. 828, fol. 40.
- (4) CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: “La mort violenta del metge de l'Estudi General de Lleida, Dr. Mateu Aguda”. *Butlletí Mèdic del Col·legi de Metges de Lleida*, núm. 12, maig - juny 1998, p.6.
- (5) AML. Reg. 828, fol. 208.
- (6) AML. Reg. 830, fol. 213.

pressa i encorbat pel carreró del Forn i molt aviat na Joana va sentir els tirs de pedrenyal.

Aquest home escapat del grup, que devia ser el primer autor material del crim, era el més alt de tots. Anava abillat amb una “capassa” negra llarga que li arribava fins a la cara dels peus, amb un capell molt “calat” i sense mostrar “pollaynes algunes”.

El testimoni Josep Fava va puntualitzar que li va veure les cames blanques, però sense poder assegurar si el que portava eren mitges blanques o bé si anava sense mitges, i que la capa llarga li semblà que era un “manteu”. Va afegir també el detall que, un cop escapat del grup vers el carreró del Forn, hi retornà per creuar unes paraules amb ells i tornà a marxar de pressa pel mateix trajecte, i quan va passar per davant de la casa del pagès Ramon Rius va rellicar i va estar a punt de caure, i moments després va sentir els tirs de pedrenyal a la plaça de la Cadena. Els altres dos de capa negra es van dirigir cap a la plaça de la Cadena i el de la capa de color “terrillo” va anar cap a casa de Montagut i la del mestre Jaume de la Boja. Totes aquestes declaracions solament van servir, com en altres casos de crims, per esbrinar dades que tendeixen a identificar els criminals. Però, malauradament, la investigació duta a terme en el crim de la plaça de la Cadena no aconseguí capturar i punir els assassins.

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

DERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

Concursos Artístics per a Metges

Cinquena edició

Poesia | Narrativa breu | Dibuix i pintura | Fotografia

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

El veredictes el farà públic el Jurat Qualificador de cada especialitat, el dia 17 de maig de 2005 a les 18 h, a la Sala d'Actes del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

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

Tritó de Plata
a les obres guanyadores
Tritó de Bronze
a les obres finalistes

El premi que s'atorga, *Tritó de Plata* i *Tritó de Bronze*, són obra d'Eusebi Arnau -escultor- i Lluís Masriera -joier-, grans artistes representatius del Modernisme català.

Llocs de lliurament d'obres i informació

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

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

Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Tel. 973 27 08 11

Col·legi Oficial de Metges de Girona
Tel. 972 20 88 00

Col·legi Oficial de Metges de Tarragona
Tel. 977 23 20 12

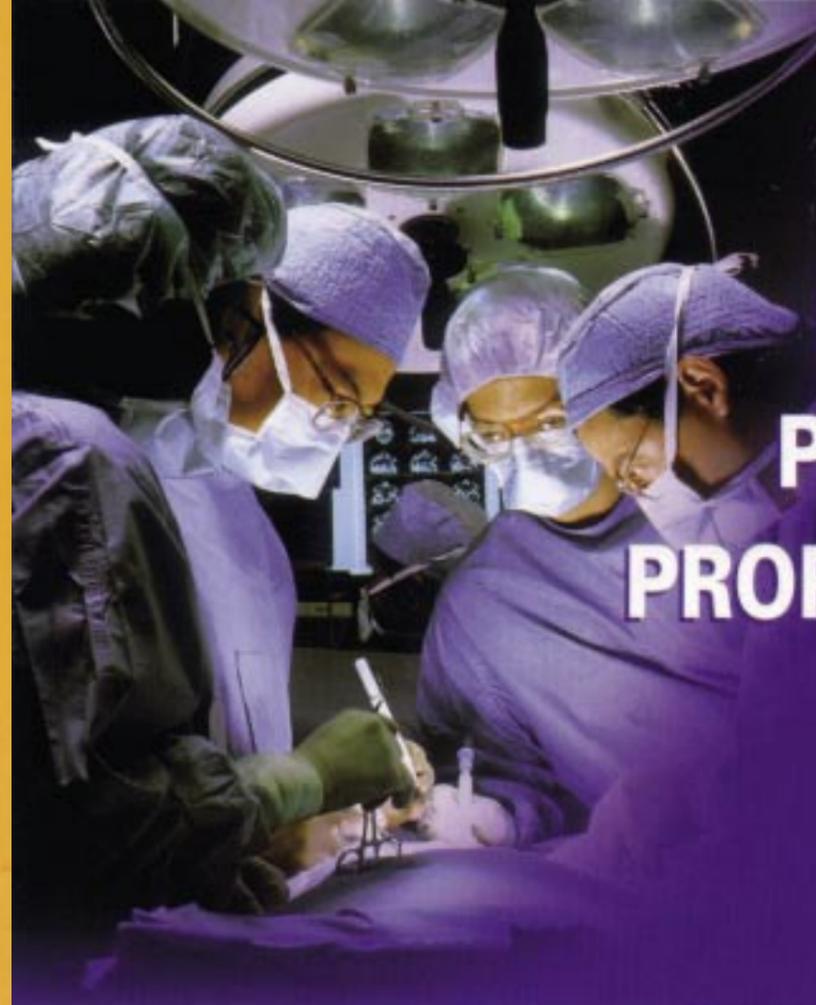
<http://webs.comb.es/concursos2005>

Organitza:
Secció Col·legial de Metges Jubilats del COMB

Promou:



CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES
DE CATALUNYA



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som
eficaços

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

Servei d'Atenció
al Client 24 hores:

902 200 200

www.adeslas.es

DELEGACIÓ A LLEIDA

Vallcalent, 1-2^a edif. Trading-Balmes
Tel.: 973 26 92 11

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT



canvi per naturalesa

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



MutualMédica

COL·LABORACIÓ PER NATURALES A AMB EL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA

901 215 216

www.mmcb.es

infomutual@mmcb.es