

CONCURSOS I ANUNC

NT
ÈNCIA
LUNYA, SA

travnicció de diverses

relació a la sol·li-
tèria de doblatge
ductes audiovisuals
contractar, pels
ien, les empre-

truck: 16%.

DEPARTAMENT DE JUSTÍCIA

EDICTE
de 30 de desembre de 2004, pel qual se sotmet a
informació pública l'Avantprojecte de llei d'exer-
ciel de professions titulades i de col·legis profes-
sionals.

El Departament de Justícia ha elaborat un
Avantprojecte de llei d'exercici de professions
titulades i de col·legis professionals.

Amb la finalitat de donar participació als ciu-
tadans en el procés d'elaboració de l'Avantpro-
jecte esmentat, se sotmet a informació pública,
d'acord amb el que disposa l'article 64 de la Llei
13/1989, de 14 de desembre, d'organització,
procediment i règim jurídic de l'Administració
de la Generalitat de Catalunya, durant el termini
de 20 dies hàbils a comptar de l'endemà de la
data de publicació d'aquest Edicte al *Diari Oficial*
de la Generalitat de Catalunya, per tal d'examinar
l'Avantprojecte esmentat i per formular-hi les
al·legacions i les observacions que es conside-
rin oportunes.

L'Avantprojecte de llei es pot examinar, en
hores d'oficina, a l'Oficina d'Atenció al Ciutadà
de la seu central del Departament de Justícia
(c. Pau Claris, 81, planta baixa, 08010 Barcelona)
i als Serveis Territorials de Girona (c. Güell, 89,
17005 Girona), Lleida (c. Sant Martí, 1, 25004
Lleida), Tarragona (c. Sant Antoni Maria Cla-
ret, 17, 43002 Tarragona) i les Terres de l'Ebre
(c. Àngel, 6, 4t, 43500 Tortosa), o bé es pot con-
sultar a la pàgina web del Departament de Jus-
tícia, <http://www.gencat.es/justicia>.

Barcelona, 30 de desembre de 2004

JOAN TURRÓ I VICENS
Secretari general

(364.096)

Recurs del COML a l'avantprojecte de llei dels col·legis professionals

(*) % Rendibilitat anual (%) obtinguda el 2004 segons dades de Morningstar. Rendibilitats passades no garanteixen rendibilitats futures.



Tenim el fons que necessita

Encerti al màxim amb els seus fons d'inversió.

Gestioni el seu estalvi de manera activa amb el seu assessor personal financer i els fons d'inversió especialment dissenyats per als metges des de Medivalor, Agència de Valors.

MEDIVALOR R.V., FIM

Categoria: Renda Variable. Tot Tipus de Companyies
Estrelles Standard & Poor's:
★★★★
Rendibilitat: 18,5 %*

Almenys el 70% del fons està invertit en Renda Variable espanyola i la resta en actius de Renda Fixa i de mercat monetari en Euros. L'objectiu de gestió consisteix a batre l'índex borsari IBEX 35 dintre d'una perspectiva a mig i llarg termini.

MEDIFOND, FIM

Categoria: Mixt Renda Fixa Global
Estrelles Standard & Poor's:
★★★★
Rendibilitat: 4,4 %*

El fons inverteix en Renda Fixa però podrà invertir, com a màxim, un 30 % de la cartera en valors

de Renda Variable. Inverteix en mercats de països membres de l'OCDE (principalment Europa, seguit d'Estats Units, Japó i la resta de països). L'índex de referència que cal batre serà un compost per 15 % IBEX 35 i 85 % en un índex de renda fixa espanyola (Serfix Demi Spain).

Informe-vos-en al vostre Col·legi o trucant al telèfon
902 36 10 11
medivalor@med.es



MEDIVALOR AV, Agència de Valors, S.A. NIF: A-78567453
Registre núm. 97 de la C.N.M.V.

BUTLLETÍ mèdic

Número 51, abril 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 Salut
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Teresa Utgés Nogués
Joan Viñas Salas

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

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

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

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
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

Posar pegats al sistema sanitari

Actualment, no hi ha una remuneració adequada a la càrrega de treball i a la responsabilitat que suporten els professionals de la medicina. Malgrat això, s'han posat en marxa sistemes d'incentivació que volen millorar, en teoria, l'eficàcia i l'eficiència dels metges. L'Administració sanitària, que és incapaç de destinar els recursos econòmics necessaris per desenvolupar la reforma, renuncia a la seva responsabilitat i la traspasa als professionals de la medicina.

Així, metges i metgesses pateixen a diari els efectes d'una desproporcionada càrrega de treball, el dèficit de recursos, la desorganització, la improvisació, l'excessiva burocratització, la multiplicació de càrrecs de gestió mentre les plantilles assistencials estan pràcticament congelades... És a dir, la bondat del sistema sanitari recau damunt les espatlles dels professionals. Conseqüentment, el desencant s'apodera dels metges, que consideren que els sistemes d'incentivació no són realistes ni suficients per solucionar aquest greu problema.

Els metges han d'ocupar de nou el seu lloc en la societat i han de participar en les decisions presents i futures que afectin la salut i la planificació d'un sistema sanitari eficient i just. Pertoca als col·legis professionals exercir de capdavanters en aquest tema. I els dirigents polítics i els gestors de l'Administració sanitària han de comprendre que la participació dels professionals desembocarà en un sistema sanitari més eficient, amb millor aprofitament i distribució dels escassos recursos, que repercutiran en la salut dels ciutadans.

El contrari és posar pegats, amagar el problema i demorar-ne la solució.



sumari

El COML presenta un recurs

La corporació col·legial mèdica presenta un recurs a l'avantprojecte de Llei dels col·legis professionals.

PÀGINA 4

El pediatre cremat

Francesc Domingo i Salvany, pediatre. Balaguer.

PÀGINA 17



El COML presenta un recurs

El DOG publica el 13 de gener de 2005 l'edicta de 30/12/2004 pel qual se sotmet a informació pública l'avantprojecte de llei d'exercici de professions titulades i de col·legis professionals. La corporació col·legial mèdica de Lleida compareix i formula les observacions següents en l'expedient per a l'elaboració de l'esmentat avantprojecte.

Al·legacions

El nostre Col·legi lamenta que no hagi tingut coneixement previ ni hagi estat consultat de cap manera, fins ara, en el procés d'elaboració de l'avantprojecte que s'ha sotmès a informació pública. Tractant-se d'una entitat directament afectada pel projecte, entenem que comptar amb la nostra opinió no hauria pogut fer més que beneficiar el procés de redacció. I més en un cas com el dels col·legis professionals, amb una naturalesa administrativa –ni que sigui parcial– tan clara, i amb una llarga tradició de funcionament que ens legitima per plantejar quines són les nostres necessitats i aspiracions.

Hem d'aprofitar, per tant, aquest tràmit general d'informació pública per fer escoltar la nostra veu, però volem deixar constància del poc temps de què hem disposat i de la manca d'atenció de què hem estat objecte en aquest sentit.

Perquè, entrant ja en la valoració de l'avantprojecte, ens sembla un projecte ambiciós i d'especial transcendència per a la nostra professió i la nostra organització col·legial. D'una banda, es tracta del primer intent d'abordar sistemàticament la regulació de l'exercici de les professions titulades i, de l'altra, pretén posar al dia la vigent legislació sobre col·legis professionals que data de l'any 1982.

Per això, precisament, es fa més necessari encara un estudi aprofundit del projecte, amb temps suficient per consultar els nostres col·legiats i contrastar el nostre parer amb el de la resta d'organitzacions professionals.

Crítica a la distinció entre professió titulada i col·legiada

L'avantprojecte defineix les professions titulades per remissió a l'exigència d'un títol acadèmic universitari per al seu exercici (art. 2). És una condició necessària però no suficient. A més

a més, poden ser necessaris altres requisits. Però només hi ha professió titulada quan s'exigeix títol universitari. En aquest sentit, l'expressió professió titulada es converteix en professió amb títol universitari.

L'avantprojecte, en canvi, no equipara professió titulada amb professió col·legiada. Només ho són aquelles que compten amb col·legi professional creat d'acord amb la llei (art. 3). Segons l'article 35.2, per a la creació del col·legi corresponent a una professió són necessaris com a mínim dos requisits que depenen discrecionalment del Govern: que concorrin motius d'interès públic que el justifiquin (apartat b) i que hi hagi un nombre suficient de professionals en exercici lliure que el justifiquin (apartat c). En definitiva, per tant, el caràcter de col·legiat d'una professió titulada depèn de criteris d'oportunitat del Govern.

No s'entén aquesta prevenció de l'avantprojecte en relació amb el caràcter col·legiat de les professions. Si totes les professions titulades comparteixen la mateixa definició general i es regula una institució específica com són els col·legis professionals per a la seva representació i control, no es justifica l'existència de professions titulades excloses d'aquesta institució. Es podria comprendre una intervenció subsidiària de l'administració de la Generalitat en aquells casos que els professionals no poguessin constituir col·legis; però és criticable que es parteixi del principi contrari i que només hi pugui haver col·legi d'una professió quan l'Administració ho cregui oportú.

Per altra banda, el caràcter col·legiat o no d'una professió té molta transcendència en tant que en aquelles que no ho siguin és l'administració de la Generalitat la que assumeix totes les competències de regulació i control del seu exercici.

Finalment, resulta del tot confusa la disposició transitòria segona que exigeix de l'obligació de col·legiar-se en

aquells col·legis existents "respecte dels quals aquest requisit no és previst". Qui ha de preveure la col·legiació obligatòria i on? L'avantprojecte no dóna un criteri objectiu, sinó que ho deixa a criteri del Govern. Caldria especificar clarament que la remissió és als mateixos estatuts de cada col·legi o de cada professió.

Sobre l'exercici professional

L'avantprojecte defineix l'exercici professional com la prestació al públic, normalment remunerada, dels serveis propis d'una activitat o professió (art.4). Aquesta definició planteja dos dubtes:

a) La justificació de l'expressió al públic que s'exigeix en la prestació dels serveis. Té una connotació d'ofertament dels serveis a qualsevol tercer, que s'adiu més amb l'exercici lliure de la professió que amb l'exercici professional en si mateix. Un professional contractat en règim d'exclusiva per prestar serveis a una sola persona continua exercint la professió. En definitiva, el nucli de l'exercici professional és "l'aplicació dels coneixements i les tècniques pròpies d'una ciència o branca del saber" (article 2) i és una simple modalitat de l'exercici professional que aquest exercici s'ofereixi al públic indiscriminadament o a un grup o una sola persona en concret.

b) La referència a l'activitat, diferent de professió, que no acaba d'entendre's en aquest context.

Sobre l'accés a l'exercici professional

L'article 5 no condiona l'accés a l'exercici professional a la col·legiació, en coherència amb la distinció entre professions col·legiades i no col·legiades. Ni tan sols s'esmenta aquesta circumstància per a les professions col·legiades, i aquest requisit resta relegat a l'article 36.1. Entenem, per contra, que la col·legiació ha d'ésser un requisit indispensable per a l'exercici professional, en tant que constitueix la garantia de control que la societat necessita i exigeix als professionals.

L'article 5 preveu l'exigència de pràctiques prèvies o acreditacions específiques per a l'accés a l'exercici. Per a aquests requisits exigeix necessàriament la intervenció de les universitats i, en canvi, només eventualment la dels col·legis professionals. Tenint en compte que l'establiment del requisit ha de fer-se per llei, és clar que podrà prescindir-se d'aquesta exigència, però no deixa de ser sorprenent aquesta relegació dels col·legis professionals en una matèria tan vinculada al seu camp d'actuació i en la qual ja han estat actuant. Entenem que cal equiparar, ni que sigui a aquest àmbit general, el paper de la universitat i el dels col·legis en aquest terreny.

Ens sembla encertada, en canvi, la definició de l'intrusisme que es conté

en l'article 11, com la realització d'actuacions professionals sense complir els requisits habilitants. També ens sembla correcta la seva tipificació com a falta molt greu (art. 16.a) i l'atribució de competència a la Generalitat per sancionar-la.

Finalment, l'article 13 tracta de l'exercici professional ocasional efectuat per professionals desplaçats de la Unió Europea. Pel que fa a la col·legiació, es remet a la regulació de l'Estat d'origen. Pel que fa a l'aplicació de les normes locals reguladores de l'exercici professional, l'avantprojecte adopta una posició molt restrictiva i estableix que només s'aplicaran les mínimes que resultin estrictament necessàries per a l'actuació de què es tracti i dins del marc general del principi de proporcionalitat. No sabem veure perquè s'ha de dispensar els professionals de fora, quan actuïn professionalment a Catalunya, del compliment de les normes que regulen l'exercici professional.

Regulació de l'exercici professional

La primera qüestió que hem de lamentar és que es reconeixin tan pocs drets als professionals –pràcticament cap, llevat dels que són drets–deures com el secret professional– i sí que, per contra, es faci una relació detallada d'obligacions i s'estableixi un règim disciplinari específic per exigir-ne responsabilitats. Som conscients que la llei ha de vetllar per l'interès públic i preocupar-se pel compliment dels deures professionals, però també hauria d'ésser un dels seus objectius garantir als professionals un exercici digne i amb uns mínims indispensables.

La regulació substantiva de l'exercici professional tracta les següents qüestions:

a) Incompatibilitats. L'avantprojecte es limita a remetre's al règim d'incompatibilitats que estableix la llei en cada cas. Es desaprovecha una bona ocasió per fixar un criteri general d'incompatibilitat des de la perspectiva professional que podria ser concretat dins de cada professió per la respectiva organització col·legial. Ben al contrari, el paràgraf 2 de l'article 7 limita el paper dels col·legis a assegurar el compliment de les incompatibilitats establertes per llei.

b) Obligació d'assegurança. Considerem que és un encert l'establiment en l'àmbit legal d'aquesta obligació. Se'n dispensa (article 9.3) els professionals al servei de l'Administració, ja que es considera que el sistema de responsabilitat administrativa garanteix a l'usuari el cobrament de les eventuais responsabilitats.

c) El secret professional. L'avantprojecte es limita a remetre's a la llei que resulti aplicable en cada cas i a les normes constitucionals que protegeixen la intimitat. També en aquest cas l'avantprojecte resulta tímid, ja que podria

establir un principi general i permetre que pogués ser precís dins de cada àmbit professional per la llei o per la normativa col·legial.

d) Les prestacions obligatòries. No posem objeccions a la referència que fa l'article 12 a les prestacions professionals obligatòries tant de caràcter ordinari com en casos d'excepció.

e) Drets i deures dels professionals en l'exercici de la professió. Només hi hem pogut trobar dos drets reconeguts, exercir amb llibertat i independència.

Pel que fa a la llibertat, seria interessant fer una referència explícita a la llibertat per acceptar l'encàrrec professional i el respecte d'aquells professionals que es neguin a fer-ho per motius de consciència. També caldria referir-se a la llibertat per apartar-se d'un encàrrec, sempre que no es perjudiqui el destinatari del servei.

Amb relació a la independència, seria bo concretar una mica més el dret, i fixar-lo positivament, de manera que el professional pugui decidir la millor manera d'aplicar els coneixements i les tècniques pròpies de la professió, dins del marc definit pel correcte exercici professional.

L'enumeració d'obligacions continguda en l'avantprojecte reconduïx a dues obligacions bàsiques, de les quals no tenim res a objectar:

a) El deure d'actuar amb la diligència deguda, que s'enuncia directament als articles 6.2, 8.1 i 11.2 i en la modalitat de formació continuada, al 8.1.

b) El deure d'actuar d'acord amb les normes de deontologia professional, que també s'enuncia directament al 6.2 i després se'n destaquen alguns aspectes particulars, com són els drets i els deures d'exercir amb llibertat i independència (art. 6.2), el deure de servir l'interès del destinatari i de la societat (art. 6.2) i el d'abstenció en cas de conflicte d'interessos (art. 7.2).

Sobre el règim disciplinari de les professions titulades

Hem d'oposar una objecció bàsica al règim competencial que s'estableix a l'article 14, paràgrafs 2 i 3 de l'avantprojecte:

a) Entenem que la competència ordinària en matèria disciplinària de les professions titulades ha de correspondre als col·legis professionals i als seus consells. Aquesta és una eina bàsica per complir les funcions essencials que el mateix avantprojecte els reconeix a l'article 34.1. Entenem, per tant, que l'article 14 ho hauria de reconèixer explícitament, col·locar en primer lloc aquesta competència col·legial i, només de manera subsidiària, atribuir-la a l'administració de la Generalitat.

b) Ens sembla correcte, en coherència amb la tesi que acabem d'exposar, que s'atribueixi a l'administració de la Generalitat la competència per sancionar aquells professionals que incompleixin l'obligació de col·legiació.

c) Objectem, en canvi, tal com hem justificat anteriorment, que hi hagi professions titulades no col·legiades per definició. Només podrien ser no col·legiades en aquells casos en què, per motius concrets del col·lectiu de què es tracti, no s'hagi pogut crear el corresponent col·legi. I només en relació amb aquests casos cabria admetre la competència disciplinària de l'administració de la Generalitat, fins que no s'hagi constituït el col·legi.

d) Ens oposem també a la competència que s'atribueix a l'administració de la Generalitat en relació amb els professionals exceptuats de col·legiació per estar al servei de l'Administració, de la mateixa manera i per les mateixes raons que no podem estar d'acord amb aquesta exclusió.

e) Finalment, i encara que l'avantprojecte no l'esmenti a l'article 14, ens oposem també a la competència que, mitjançant recurs, atorga l'avantprojecte a l'administració de la Generalitat per conèixer els recursos que s'interposin contra els acords col·legials que comportin inhabilitació per a l'exercici. No sabem veure la justificació d'aquesta desconfiança en la capacitat sancionadora dels col·legis, ni creiem que aportin cap garantia addicional per als drets de la persona sancionada que no pugui obtenir a través del recurs jurisdiccional ordinari.

No estem en condicions de fer al·legacions de detall sobre el quadre d'infraccions i sancions que preveu la llei.

Ens sembla discutible, en canvi, que l'article 22.3 de l'avantprojecte negui la força executiva de la resolució sancionadora que imposi sancions d'inhabilitació fins que hagi adquirit fermesa en via judicial. Avui en dia hi ha prou recursos a disposició dels interessats per promoure mesures cautelars en via judicial per permetre que sigui l'òrgan judicial el que valori la conveniència de suspendre l'executivitat de la mesura sancionadora. No es veu per què s'ha de suspendre aquesta executivitat per disposició legal, amb caràcter general, i privar així d'una bona part del caràcter exemplar i dissuasiu que tota sanció ha de comportar.

L'avantprojecte preveu i regula les associacions professionals exclusivament referides a aquelles professions titulades no subjectes a col·legiació

Resulta opinable que les associacions professionals se situïn en un àmbit similar –tot i que no és el mateix– que els col·legis. Les associacions són perfectament legítimes i necessàries, com una expressió del dret d'associació, però les seves funcions i naturalesa són netament diferents de les dels col·legis. Amb l'opció que fa la llei es desdibuixa la diferència, per un costat i, per l'al-

tre, es pot confondre el paper de les associacions professionals en general. Segons la llei, hi hauria col·legis professionals per a les professions titulades col·legiades, i associacions professionals per a les professions titulades no col·legiades. Però és clar que també hi podria haver un altre tipus d'associacions professionals, de caràcter ordinari, no regulades per aquesta llei sinó per la d'associacions, per a totes les professions, siguin titulades o no.

En definitiva, entenem que aquesta confusió prové directament de la distinció entre professions col·legiades i no col·legiades, a la qual ja ens hem oposat.

Naturalesa i creació dels col·legis

L'avantprojecte segueix la doctrina tradicional de la naturalesa híbrida dels col·legis, entre pública i privada, a l'article 33.

Pel que fa als requisits de creació, s'ha de tenir en compte que impliquen també la configuració d'una professió com a col·legiada i l'obligatorietat de la col·legiació. Per aquest motiu, l'article 35, quan estableix els requisits, és especialment transcendent. Els requisits són:

- Que es tracti de professions titulades amb títol oficial.
- Que el Govern consideri que han d'ésser col·legiades.
- Que hi hagi un nombre suficient de professionals.
- Que no sigui possible la integració en un altre col·legi.
- Que hi hagi un nombre representatiu de professionals que ho demanin.
- Que el Parlament emeti informe favorable a la proposta feta pel Govern.

No creiem que estigui justificada la discrecionalitat que s'atribueix al Govern a l'apartat b) en relació amb cada una de les propostes que es facin. Si el reglament que desenvolupi la llei fixa criteris objectius raonables per a la suficiència dels professionals (apartat c) i la representativitat dels peticionaris (apartat e), no hi hauria d'haver cap altre entrebanc per constituir el corresponent col·legi professional.

Sobre l'obligatorietat de la col·legiació

L'article 36 exigeix la col·legiació per exercir la professió en les professions col·legiades. Ara bé, d'aquest requisit se n'exclou la totalitat dels professionals que exerceixin la seva professió al servei i per compte de les administracions públiques de Catalunya.

Entenem que aquesta exclusió és inadmissible, atempta directament contra la mateixa raó d'ésser dels col·legis professionals i posa en perill l'adequada regulació i control de l'exercici de les professions titulades.

Efectivament, si l'exercici professional

és únic, no hi cap motiu per establir diferències de regulació i control segons la persona concreta que contracta els serveis professionals. La garantia de correcta prestació del servei professional és una exigència de l'interès públic i és tota la societat la que està interessada que es controli l'exercici d'acord amb les bones pràctiques i les normes de deontologia professional (úniques totes dues per a cada professió).

La proposta de l'avantprojecte, en canvi, crea dos menes de professionals: uns d'incorporats als col·legis professionals, subjectes a les seves normes i al seu control; i uns altres de sotmesos exclusivament a la reglamentació i control de les administracions públiques. I tot això depenent exclusivament de la persona amb la qual estiguin lligades per una relació contractual o laboral.

La qüestió resulta encara més greu, si no ho fos prou ja des del punt de vista qualitatiu, quan considerem l'evident importància quantitativa de l'Administració pública com a contractadora de professionals en tots els sectors.

En definitiva, ens oposem a la consagració de dues maneres diferents de concebre, regular i controlar l'exercici de la nostra professió. Els ciutadans saben, i hi han de continuar confiant, que la imatge, la pràctica i el contingut bàsic de la prestació professional han d'ésser idèntics amb independència de la forma de vinculació del professional i de la persona concreta que l'hagi contractat. I per tal de garantir aquesta homogeneïtat s'han creat i funcionen des de fa segles els col·legis professionals. La proposta de l'avantprojecte en contra d'aquesta tradició és un atemptat gravíssim tant als mateixos col·legis com a l'exercici professional.

Funcions dels col·legis

Els articles compresos entre el 37 i el 40 regulen les funcions i les competències dels col·legis professionals. L'article 37 enumera les funcions de naturalesa pública dels col·legis, que l'article 39 qualifica de "pròpies", mentre que el 38 es refereix a les altres de caràcter privat. Pel que fa a les funcions públiques, es troba a faltar una posició més decidida en favor del seu caràcter públic i de les potestats que solen acompanyar aquest caràcter:

a) La potestat normativa és reconeguda per l'article 40, que la regula i estableix un control de legalitat per part de la Generalitat. Aquest control resulta massa estricta i en una relació de subordinació exagerada. Es podria substituir per un deure de comunicació previ a la publicació o, si més no, regular estrictament un règim de silenci administratiu positiu.

b) L'article 64.1 conté una remissió genèrica a les potestats inherents a l'Administració pública, que corresponen als col·legis professionals. Però es troba a faltar una atribució específica de les facultats administratives més

importants. Per exemple, crec que caldria especificar clarament la possibilitat d'utilitzar la via d'apressament per al cobrament dels deutes dels col·legiats.

Sobre la possibilitat de provocar la fusió de col·legis existents en un àmbit nacional

L'avantprojecte es mostra decididament partidari dels col·legis d'àmbit català. Ho diu explícitament en l'exposició de motius:

«6.- Un aspecte important que presenta l'organització col·legial existent és la presència de diversos models territorials de col·legis, en un cas d'àmbit de tot Catalunya i, en d'altres, més fraccionat i plural. Aquesta realitat té una connexió directa amb l'agrupació dels col·legis en els consells de col·legis, en aquest cas, amb la consegüent complexitat que comporta el doble àmbit organitzatiu.

L'opció que planteja el text aposta clarament pels col·legis únics, almenys per aquells de nova creació, sense deixar tancada, però, la porta a una reforma futura que afecti els col·legis ja existents.»

Aquesta aposta es veu al llarg del text, però es fa aclaparadorament evident quan, a la disposició transitòria cinquena, es preveu un mecanisme mitjançant el qual la Generalitat pot impulsar, per ella mateixa, un procediment d'integració de tots els col·legis d'una mateixa professió en un de sol d'àmbit català. És més, aquesta possibilitat sembla que podria ser impulsada i acabada per la sola voluntat de l'Administració en cas que els col·legis afectats no hi estiguessin d'acord. Realment, la sola existència d'aquesta possibilitat és un atemptat directe a l'autonomia i llibertat dels col·legis, ja que, en definitiva, sempre es podrien veure amenaçats per l'Administració amb la desaparició.

Tenint en compte les anteriors consideracions

DEMANEM: Que em tinguem per presentat aquest escrit i per formulades les al·legacions que conté als efectes legals procedents i, estimant-les, adoptem les següents resolucions:

A) Que suspengueu la tramitació de l'avantprojecte exposat al públic i disposeu l'obertura d'un període d'audiència a tots els col·legis i consells de col·legis de Catalunya, perquè puguin fer arribar a la conselleria els suggeriments, les crítiques i les alternatives que creguin oportunes.

B) Que, en qualsevol cas, prengueu nota dels suggeriments i les objeccions que he exposat en nom de la corporació que represento i disposeu la reformulació de l'avantprojecte en els termes que les al·legacions proposen.

La Junta de Govern del COML
Informe jurídic emès
per l'assessoria jurídica col·legial,
Despatx Simeó Miquel

Diplomatura en Nutrició Humana i Dietètica, nova titulació a la UdL

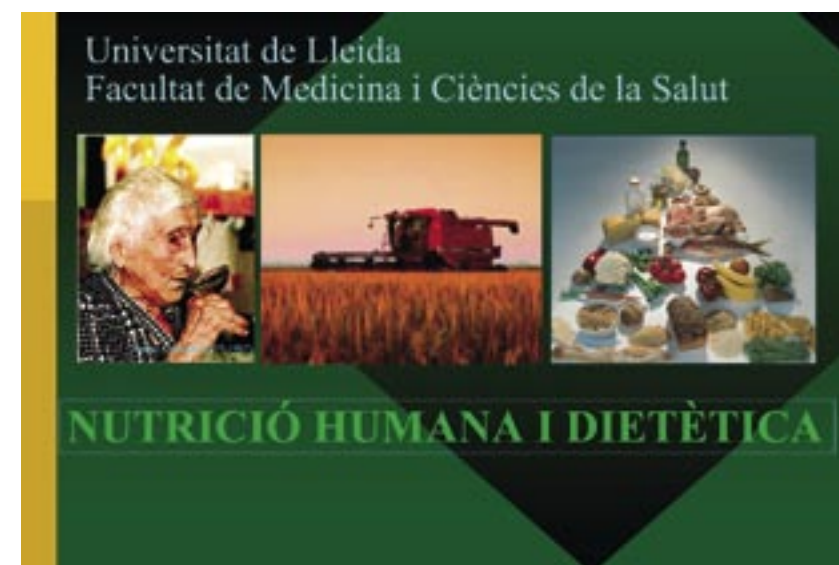
Dr. Àngel Rodríguez · *Degà de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Nutrició Humana i Dietètica*

Com ja ha estat àmpliament publicat en els diferents mitjans de comunicació de la nostra àrea, recentment el Consell Interuniversitari de Catalunya ha atorgat tres noves titulacions i dos màsters a la Universitat de Lleida, la qual cosa obre un ventall més ampli de possibilitats formatives de caràcter universitari en el nostre territori. Una d'aquestes titulacions és la diplomatura en Nutrició Humana i Dietètica (NHD).

Aquesta nova titulació connecta amb la definició de l'àrea bio-agro-alimentària, peça clau de futur de la planificació estratègica de la UdL. L'adquisició d'aquesta nova titulació ha estat la conseqüència de l'aposta de la nostra universitat per incorporar noves titulacions i del treball en què han participat membres de la UdL que desenvolupen una tasca de docència i recerca en l'àmbit de la nutrició, que pertanyen a sis departaments diferents (Ciències Mèdiques Bàsiques, Cirurgia, Infermeria, Medicina, Química i Tecnologia dels Aliments), adscrits a tres centres de la UdL: la Facultat de Medicina, l'Escola Universitària d'Infermeria (EUI) i l'Escola Tècnica Superior d'Enginyeria Agrària (ETSEA).

Què és la diplomatura en Nutrició Humana i Dietètica?

Es tracta d'una titulació molt nova, ja que va ser creada l'any 1998 arran de la publicació del Reial decret 433/1998 de 20 de març (BOE de 15 d'abril de 1998), pel qual s'estableix el títol de diplomad en Nutrició Humana i Dietètica i s'especificuen les directrius generals pròpies dels plans d'estudis que condueixen a l'obtenció del títol oficial.



◆ La nova titulació s'estableix com un primer cycle universitari de tres anys

◆ El diplomad surt capacitad com a especialista en nutrició i dietètica

rega lectiva global dels plans d'estudis oscil·len entre 180 i 217 crèdits, i el títol oficial és de diplomad en Nutrició Humana i Dietètica.

Camps d'actuació professional

Els àmbits d'actuació professional dels nutricionistes/dietistes són molt amplis i variats, tal com va definir el Consell d'Europa l'any 1986:

- Alimentació de persones malaltes: treball en hospitals i en centres d'assistència primària, centres de crònics, etc.
- Indústries alimentàries: treball en programes de recerca i en tasques d'informació i promoció de productes per assegurar l'enllaç entre màrqueting, tecnologia i investigació i desenvolupament.
- Centres d'investigació d'organismes públics i privats: treball en equips de recerca fonamental o aplicada, tant en el camp clínic com en el de la nutrició comunitària.
- Consum i educació alimentària i nutricional: treball en l'àmbit de la informació i l'educació (centres d'informació al consumidor, associacions de malalts crònics, escoles, residències, etc.).
- Activitats docents: tasca docent en ensenyaments reglamentats o no; personal sanitari; personal de serveis de restauració, etc.
- Activitats diverses: treball d'assessorament tècnic, organització de serveis en diferents àmbits (geriàtrics, centres esportius, etc.).
- Exercici lliure de la professió: confecció de dietes, comunicació i divulgació en diversos mitjans: premsa, ràdio i televisió, entre d'altres.

On s'impartirà la NHD?

La nova diplomatura serà adscrita a la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, on es coordinarà i s'impartiran les classes. Però hem de dir que hi intervindran els tres centres i els departaments de la nostra universitat esmentats anteriorment. D'igual manera, alguns tipus de pràctiques es portaran a terme en els laboratoris de l'ETSEA, en centres sanitaris i empreses de la nostra zona.

Com serà el procés docent de la NHD?

El marc legal per establir els plans d'estudi que condueixen a l'obtenció

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

del títol oficial de diplomat en Nutrició Humana i Dietètica ve determinat pel real decret del 1998 citat. No obstant això, com és conegut, la recent publicació del decret de grau i la propera publicació del catàleg de titulacions universitàries, així com les directrius generals per a la confecció dels plans d'estudis de les titulacions universitàries, implicaran nous canvis en les titulacions i en els seus plans d'estudis per adaptar les titulacions a l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES), conegut com el procés de Bolonya.

Per tal motiu, el Pla d'Estudis confectionat i el plantejament docent que estem dissenyant per a la NHD a la nostra universitat preveu el procés d'ensenyament-aprenentatge enfocat a facilitar una fàcil i ràpida adaptació a l'EEES, seguint el següents eixos formatius:

- Ensenyament-aprenentatge enfocat a l'adquisició de competències professionals.
- Procés docent centrat en l'alumne.
- Potenciació del treball en grups petits.
- Ensenyament pràctic en laboratoris i unitats clíniques.
- Utilització àmplia de problemes demostratius habituals de la pràctica professional.
- Utilització de simulacions.
- Avaluació competencial.

Les nostres singularitats

Tal com es preveu en la planificació estratègica, una de les característiques diferencials de la UdL és l'àrea bio-agro-alimentària.

Lleida i el seu territori és una àrea eminentment agrícola i productora d'aliments i l'Escola Tècnica Superior d'Enginyeria Agrària i els seus departaments –especialment el de química i tecnologia d'aliments– tenen una alta experiència docent i de recerca en aquest camp.

Al mateix temps, en el camp relacionat amb les ciències de la salut, la Facultat de Medicina, l'Escola Universitària d'Infermeria i els centres sanitaris de la nostra zona tenen una llarga experiència tant clínica com docent i investigadora en temes relacionats amb la nutrició.

Per això, i per tal de connectar íntimament amb aquestes singularitats nostres, hem volgut establir una espècie de perfils professionals diferenciadors mitjançant una àmplia oferta d'assignatures optatives.

Un primer perfil relacionat amb la tecnologia dels aliments anirà dirigit als alumnes que vulguin especialitzar-se en el control de qualitat, assessoria legal, científica i tècnica, comercialització, comunicació i màrqueting d'aliments.

El segon perfil relacionat amb l'alimentació amb relació a la salut i l'estil

Curs	Màteries Troncals	Màteries Obligatòries	Màteries Optatives	Crèdits Lliure Configuració	Totals
Primer	53	6	0	4	63
Segon	38	12	9	4	63
Tercer	27,5	15	9	10	61,5
Totals	118,5	33	18	18	187,5



de vida anirà dirigit als alumnes que es vulguin dedicar preferentment a la nutrició clínica, nutrició comunitària i salut pública, i restauració col·lectiva.

Un altre fet diferencial del nostre pla d'estudis és la realització per part dels alumnes d'un ampli i ambiciós esquema de pràctiques –una espècie de *pràcticum*– en empreses relacionades

amb la producció, distribució i comercialització de productes alimentaris i en institucions sanitàries relacionades amb la nutrició, totes elles tutelades i controlades des del centre.

Es pretén que els alumnes entrin en contacte, coneguin i interaccionin amb el teixit productiu empresarial i sanitari de les nostres comarques.

Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del Col·legi de Metges de Lleida ha adoptat els següents acords i ha tractat, entre altres, els següents temes en les sessions ordinàries dels passats 2 de febrer i 3 de març:

- Redacció d'un manifest, amb la resta de col·legis sanitaris de Lleida, i presentació, juntament amb els col·legis de metges de Catalunya, d'al·legacions a l'avantprojecte de llei d'exercici de les professions titulades i de col·legis professionals.
- S'ha iniciat l'elaboració d'un estudi de demografia mèdica amb la finalitat de conèixer i quantificar els problemes que afecten els col·legiats.
- Convocatòria de les diferents seccions col·legials que preveuen els estatuts del COML perquè es constitueixin, nomenin la comissió gestora i redactin el seu reglament.
- Sol·licitud de 35 col·legiats per constituir la secció col·legial de Metges d'Assistència Primària (estatutaris).
- Comunicat del Col·legi de Metges de Lleida sobre els esdeveniments del col·lectiu de metges de zona i contingent.
- Pròrroga per un any més del contracte de prestació de serveis d'assessoria jurídica-

ca amb el despatx Simeó Miquel Advocats Associats.

· Nomenament del doctor Josep Pifarré Paredero com a membre del grup de treball del programa d'assistència MIR, que desenvolupa la Fundació Galatea.

Moviment col·legial

ALTES

Gener: Jordi Casellas Sureda, Yolanda Blasco Lamarca i Nimio Nicolás Villalba Almirón.

Febrer: Noelia I. Purroy Zuriguel, Anna Palau Vendrell, Abdelkrim Saci, Juan J. Campus García, Montserrat Conde Seijas i Francisco J. Modrego Aranda.

BAIXES

Mes de gener: 4. Mes de febrer: 2. Entre les baixes del mes de gener figura la defunció del doctor Francesc Gañet Castellà.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passa a col·legiat honorífic: Pascual Juan Arnal.

Nomenaments

Directora del SAP Segrià-Garrigues: Dra. Alicia Aguiló i Regla

Coordinadora de Metodologia, Qualitat i Avaluació Assistencial: Dra. Gisela Galindo i Ortego

Vicepresident segon de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària: Dr. Josep M. Sagrera i Mis.



Dr. Pallisó i Dr. Cabau

V Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular

El dia 5 de març de 2005 es va celebrar la V Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular, organitzada pel Servei de Medicina de l'Hospital Santa Maria de Lleida, que va comptar amb la presència de 170 assistents.

En la jornada es va impartir un taller sobre la síndrome metabòlica, dirigit pels doctors M. Pena i D. Bartolomé; un taller de tabaquisme, a càrrec dels doctors F. Abella i J.M. Ramon; un taller de nutrició, dut a terme per la senyora P. Rubio, i un taller de casos clínics, dirigit pels doctors G. Torres, J. Bargés i C. Roca. Cal destacar que tots van comptar amb una important part pràctica.

La taula rodona va aportar nous coneixements en la cronoteràpia en HTA i es va exposar la importància de la monitorització ambulatoria de la pressió arterial de 24 hores (MAPA) en el control del malalt hipertens, realitzada per Raquel Hernández, internista del l'Hospital Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat. La síndrome metabòlica va ser l'altre tema de la taula rodona. Presidida per la doctora Yolanda Blasco, es va ressaltar la importància de la dieta i l'activitat física en el seu control. Per últim, el doctor Pedro Armario va actualitzar el tractament hipotensor en el pacient amb *ictus* i va informar que la reducció de la PA ha de ser lenta en els dies posteriors al seu ingrés per AVC, i que s'ha de mantenir entre 160/100 mm Hg durant els dies d'estada a l'hospital.

El premi dels pòsters va recaure en L. García i L. Viló, de l'ABS de les Borges Blanques, amb el pòster titulat: *Prevalença dels fumadors situats en cada grup de la classificació de Russell en atenció primària*.

La satisfacció dels participants ens encoratja a preparar la sisena jornada del proper mes de febrer del 2006. A més, s'ha creat un fòrum sobre patologia cardiovascular per millorar l'atenció dels pacients de les nostres comarques. La jornada va ser una trobada entre l'assistència primària i l'hospital que va reafirmar el camí per desenvolupar la nostra tasca i la col·laboració entre els diferents àmbits assistencials.



Inauguració del CAP Ferran

La consellera de Sanitat, Marina Geli; el delegat de Sanitat, Sebastià Barranco, i l'alcalde de Lleida, Ángel Ros, van inaugurar el passat dia 4 de febrer el nou CAP de la rambla Ferran. El centre de salut va obrir les portes el dia 31 de gener per atendre els pacients dels CAP d'Onofre Cerveró i Prat de la Riba.

19è Congrés d'Atenció Primària de la SCMFC

La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFC) organitza a la Seu d'Urgell, del 15 al 17 de juny d'enguany, el 19è Congrés d'Atenció Primària, que pren el relleu del que es va celebrar a Barcelona, on es va tractar sobre les noves demandes de la població. El congrés parteix d'una situació difícil, fruit d'una progressiva descapitalització de l'atenció

primària, on l'índex de cremats, cansats o encesos és molt alt. Es pretén transmetre als assistents estratègies i eines per a la millora personal del professional de la medicina.

A més, el congrés acollirà el lliurament dels VI Ajuts a la Recerca de la SCMFC. Tota la informació del congrés es pot trobar a la pàgina web de la societat, www.scmfic.org. Per qualsevol dubte o informació, els professionals interessats poden adreçar-se a scmfic@reunionsciencia.es.

La incentivació professional

La pressió assistencial, administrativa, laboral, social, mediàtica i judicial que pateixen els metges i les metgesses pot compensar-se amb els actuals sistemes d'incentivació? Garanteixen la millora de l'atenció als usuaris? Els doctors Ramon Pujol, Carlos Querol, Elvira Fernández, Francesc Domingo, Gregorio Marco i Teresa Puig responen a les preguntes que els ha plantejat 'Butlletí Mèdic'

Els sistemes d'incentivació de la professió mèdica són necessaris?

Dr. Ramon Pujol:

Crec que són indispensables, no solament per al personal sanitari sinó per a qualsevol col·lectiu professional.

Cal que sempre hi hagi un estímul, alguna cosa que et faci mantenir despert i evitar la monotonia i la rutina. I crec que encara són més necessaris per als professionals que fa més de quinze o vint anys que ens dediquem a aquesta professió, perquè som els que tenim més risc d'ensopir-nos.

Dr. Carlos Querol:

Creo que absolutament necessaris dado el desencanto y la frustración general con los que desarrollamos nuestra profesión.

La presión asistencial, administrativa, laboral, social, mediática y judicial que tenemos que soportar, unida a nuestra propia idiosincrasia, hacen necesario que aquello que debería ser innato en nuestro trabajo tengamos que pedirlo como incentivación. Y que debamos aceptar, en todo caso, lo que nuestros responsables deciden aplicarnos incluso en ocasiones, con rasgos de exigencias.

Gran parte de culpa es de los profesionales de la medicina por

no saber utilizar nuestra fuerza como medida de presión para negociar aquellas incentivaciones de todo tipo en las que creemos.

Dra. Elvira Fernández:

Yo haría una distinción según qué aspecto es el que se trata de incentivar:

- Colaboración en la gestión de tu propio servicio y del hospital.
- Estimular la calidad en tu práctica profesional asistencial, docente y de investigación.

Por lo tanto, considero que son necesarios, pero matizando que son útiles para incentivar, la colaboración en la gestión de tu propio servicio y del hospital. Este matiz no minimiza su utilidad, ya que esta colaboración entre Administración y servicios permite que la maquinaria no falle y prepara el terreno para que puedas realizar tus actividades profesionales en un contexto adecuado.

En otras palabras, si los números de tu servicio y hospital no funcionan no podrás desarrollar tus propios objetivos.

Los sistemas de incentivación actuales, la dirección por objetivos y la carrera profesional tienen muchas imperfecciones y también aspectos positivos.

La dirección por objetivos motiva para cumplir aspectos

concretos que son de enorme importancia, como mejorar las listas de espera, disminuir la estancia media, conseguir que se hagan más necropsias, etc.

En cuanto a la carrera profesional, es mejor disponer de esta herramienta de promoción que no tener nada. Más que incentivar diría que se premia la antigüedad, el compromiso con la Administración y el cumplimiento de los objetivos pactados con dirección —66% de la totalidad de los puntos necesarios—, etc. No creo que incentiven la investigación —14,8%— ni tampoco, de una manera directa, la calidad asistencial.

La incentivación para hacer investigación y una medicina de calidad no viene de fuera. El número de horas fuera del horario laboral que se debe invertir en formación y en investigación no puede compensarse económicamente ni proporcionando un mayor estatus.

La motivación la tiene cada profesional y obedece a motivos cuyo análisis se escapa de los objetivos de esta encuesta.

Dr. Francesc Domingo:

Si partim d'una posició idealista diria que no caldrien, atès que en l'acte de donació que *per se* suposa la nostra professió d'ajuda

el retorn ja arriba quan ens adonem que podem fer tot allò que sabem fer per a cadascun dels pacients i de les famílies que ens demanen suport.

Em sembla que el problema radica en el fet que, ara i aquí, l'estrès ètic que tenim els professionals de la medicina i la massificació de les consultes són factors desincentivadors persistents i diaris, difícils de compensar. I encara que, per assumir una càrrega més gran, s'ofereixin al metge més diners no millorarà l'atenció.

Si ens posem en una posició més pragmàtica, crec que són necessaris, encara que solament sigui per neutralitzar l'empenta dels factors desincentivadors.

Malauradament, hi ha molts companys que hem arribat a graus importants de combustió i és difícil que recuperem la il·lusió primera de quan vam sortir de la facultat. No és estrany que ens ancorem, llavors, en ports segurs i de poc compromís. Però em sembla que ens cal recordar la tasca per a la qual ens formarem.

Em ve al cap una frase de Paulo Coelho, que diu: "El lloc més segur per a un vaixell és el port, però no fou per a això per al qual fou bastit."

Dr. Gregorio Marco:

Rotundamente sí. Entiendo que el profesional sanitario, como cualquier otro que desarrolla una tarea en la sociedad, precisa de motivación para la mejor ejecución de su papel.

Dra. Teresa Puig:

Crec que són imprescindibles. En qualsevol professió, la bona qualitat del treball va lligada a la bona actitud del treballador.

És tan fàcil com dir que les coses es fan millor si es fan amb ganes.

Quan es donen determinades condicions especials de dificultat, el professional es veu sotmès a tensions afegides que li generen més estrès i que poden acabar en esgotament físic, però, sobretot, mental.

Així, és ben conegut que el fet que el personal sanitari estigui cremat va lligat, en part, a aspectes inherents i inevitables de la nostra feina (patologies greus, situacions personals molt dures dels malalts, etc.). Però, molt

sovint, també està relacionat amb exigències desproporcionades de treball, amb la desorganització, amb els recursos insuficients o mal planificats, la burocratització excessiva i moltes més raons.

En aquest marc, els metges i les metgesses ens podem arribar a sentir profundament insatisfets, sentiment, desgraciadament, palpable i molt generalitzat en els nostres hospitals.

Per aquests motius, considero tan importants tots els sistemes d'incentivació que poden reduir aquesta situació, al meu entendre, molt deteriorada.

Els sistemes d'incentivació que es basen preferentment en criteris economicistes, són ètics i deontològics?

Dr. Ramon Pujol:

Pel que fa a aquest aspecte cal ser molt cautelosos. En tot moment hem de tenir present que un sistema d'incentivació ha de tenir uns mecanismes de control per evitar perversions. Cal definir molt bé els objectius i els mecanismes de mesura.

Mai no s'hauria de perdre de vista que els incentius són un instrument per esperonar els professionals a millorar l'atenció que reben els ciutadans.

Dr. Carlos Querol:

Creo que el contexto socioeconómico en el que nos desenvolvemos y la importancia del gasto sanitario no son ajenos a nuestra actuación.

Tenemos la obligación de no malgastar los recursos que son destinados para este fin con el objetivo de poder atender una mayor cantidad de servicios y necesidades. Otra cosa

es que tengamos que aceptar aquellas medidas que puedan entrar en colisión con nuestras convicciones éticas.

Como siempre, encuentro a faltar el diálogo y el consenso entre los profesionales y la Administración.

Dr. David Bartolomé:

Ético y deontológico son dos términos muy enlazados con la conciencia y hoy las conciencias son tan elásticas que se adaptan a múltiples situaciones.

No, yo creo que no. Hoy en día todos sabemos que el principal dios que gobierna nuestra sociedad es el dinero y es fácil, amparados por ello en múltiples excusas, anteponer criterios puramente económicos a los principios de la ética, la deontología o sencillamente la conciencia humana.

Dra. Elvira Fernández:

El primer compromiso que tiene el médico es con el paciente. Mientras los sistemas de incentivación económica no entren en conflicto con los intereses del paciente no veo ninguna razón para no considerarlos éticos.

Dr. Francesc Domingo:

No em veig amb cor d'aprofundir gaire aquest vessant del tema. Torno al paràgraf anterior, en el punt de poder fer el que sabem fer. Aquí radica la veritable responsabilitat dels polítics i gestors.

És necessari possibilitar que cada metge disposi de mitjans suficients per poder fer la feina per a la qual s'ha format. Entenc que els recursos són limitats i que cal retallar d'una banda o de l'altra. Però llavors crec que fa falta una feina d'informació i justificació de les decisions, que no sempre es dóna.

És important que els responsables d'aquestes decisions no oblidin el Codi Deontològic abans d'aplicar-les.

Dr. Gregorio Marco:

En principio, sí. A mi juicio, una incentivación debe servir para motivar al desmotivado y/o mantener/aumentar la motivación de los ya motivados. Incentivar para motivar es, por tanto, un medio

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

**• Els incentius són un instrument
• per esperonar els professionals
• a millorar l'atenció al malalt**

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

legítim para un fin loable: la mejora de la atención sanitaria.

Otra cosa diferente es orientar la prestación sanitaria en función de la incentivación obtenida. No hablamos de matemáticas, y el orden de factores altera sustancialmente el producto.

Dra. Teresa Puig:

La remuneració adequada d'una feina no és immoral ni va en contra de la deontologia. Però si parlem d'incentivació parlem d'altres coses més importants: parlem de reconeixement, de sentir que s'escolten les nostres opinions, ja que, en definitiva, som els que sabem quins són els problemes dels malalts, parlem d'organització, de recursos, de temps dedicat a cada pacient, d'espais, etc. També parlem d'una carrera professional justa amb opcions de progressió professional.

Segons aquesta idea, la incentivació només econòmica no em sembla l'adequada i, probablement, no és tampoc ètica si no es consideren tots els altres aspectes.

Els sistemes d'incentivació derivats dels resultats de la prescripció farmacèutica poden caure en la perversitat?

Dr. Ramon Pujol:

Crec que no hi ha aquest perill, ja que els objectius vinculats a la prestació farmacèutica fins ara han posat més èmfasi en els aspectes qualitatius que en els quantitius. Tot i això, opino que els professionals ens hem d'implicar cada cop més en la gestió de la despesa farmacèutica i no viure-ho de lluny.

A més, opino que hem de

fer una serena reflexió sobre els darrers esdeveniments pel que fa a determinades novetats terapèutiques.

Dr. Carlos Querol:

La perversidad en la prescripción farmacéutica puede llegar por defecto y por exceso, y nosotros podemos ser los causantes de ella.

Hemos de ser responsables y defender nuestro derecho a la libre prescripción, pero también hemos de ser responsables con el gasto que ello genera y que coarta los recursos que se pudieran destinar a otras necesidades sanitarias.

La falta de valentía de nuestros dirigentes en la gestión con las empresas del ramo hacen que recaiga en nosotros la posibilidad de disminución del gasto farmacéutico.

El professional de la medicina mereix un vot de confiança vers la seva coherència

Creo que la prescripción de genéricos es un deber social, confiando en que los controles de calidad de los mismos sean análogos a los ejercidos sobre los medicamentos de marca comercial.

Dr. David Bartolomé:

En principio, no entiendo un sistema que premie las diferentes formas de prescribir. La primera tarea del médico, si no la principal, es diagnosticar. A partir de un buen diagnóstico final de toda una entrevista clínica, anamnesis, exploración, etc., llega el momento del tratamiento.

Nadie incentiva el buen hacer de la historia ni de la exploración, porque se considera parte de las funciones del médico bien formado y se sobreentiende que se hace correctamente. Y ¿qué pasa con el tratamiento? ¿Eso se hace mal y se ha de incentivar para que su desarrollo sea correcto?

Si caemos en este juego, al final recetaremos por una serie de apetitosos incentivos econó-

micos y nos quedará la duda de si ese tratamiento ha sido prescrito por necesidades terapéuticas o más bien económicas.

Estas dudas, sumadas a las que se plantean a cada profesional a lo largo de su jornada laboral, ocasionan una inestabilidad en la persona que repercute en su equilibrio personal y en su vida privada.

El médico consecuente —y se ha de tener confianza en que siempre es así— ya tiene presente en el proceder de cada día que, dentro de las diferentes ofertas que la industria farmacéutica pone en su mano, debe utilizar aquellas que en ese momento se ajustan más a las necesidades del enfermo y a las necesidades de la entidad para la que está trabajando.

Creo que el profesional merece ese voto de confianza.

Dr. Elvira Fernández:

Si se refieren a las incentivaciones por las que la Administración premia el uso de genéricos o determinados principios activos, creo que sí pueden caer en la perversidad.

Considero aceptable dentro del mismo principio activo que se incentive por prescribir un genérico o una determinada marca en razón del precio. Pero no debe atentarse contra la libertad de prescripción del principio activo. Prescribir por obligación productos cuya eficacia no está demostrada es una mala práctica médica.

Dr. Francesc Domingo:

No és que hi puguin caure, és que ja fa temps que hi han caigut. A més, per als professionals d'atenció primària la situació és, de vegades, inversemblant.

A tall d'exemple: com és que, amb l'alta taxa de resistències que els gèrmens de casa nostra tenen, encara es permet la lliure dispensació d'antibiòtics

a les farmàcies? O bé, com pot ser que em penalitzi receptar un fàrmac registrat que m'acaba de lloar, entre pacient i pacient, un representant de laboratori a qui la direcció del centre ha autoritzat l'entrada? I també, com podem tenir el cap fred i èticament sa i resistir-nos a donar, per refredats massa perllongats, un antibiòtic genèric premiat i no un mucolític castigat encara que sigui genèric? I el 30% de l'efecte placebo, no el tenim en compte?

Per altra banda, hi ha l'honradesa dels companys. Em sorprèn, per exemple, que alguns especialistes facin comentaris pejoratius sobre els professionals de l'atenció primària quan veuen que han receptat un producte genèric. En aquests casos em ve al cap un verset que vaig escriure fa uns mesos: "Si estem tots fets de reculls de petitesa, i ens toca viure en la més gran fragilitat, d'on ve, llavors, amb aires de grandesa, el rei al cos, inflat de vanitat?"

Tot això no vol dir que no cregui necessari fer un ús racional dels productes farmacèutics. Per què no es fan sessions d'acarament entre els representants de laboratori i els farmacèutics de la institució on treballen per als productes d'ús més habitual? D'aquesta manera tindriem informació ben útil i contrastada.

Dr. Gregorio Marco:

Sí, sin duda. Esta forma de incentivación economicista flirtea con el concepto jurídico de cohecho y se opone frontalmente al principio de imparcialidad (www.aranzadi.es/online/catalogo/monografias/ficha_monogra_cohecho.html). Entramos de lleno en el campo del conflicto de intereses.

Considero que debería existir legislación específica al respecto que regulase este aspecto. Si escojo el término regular y no prohibir es sólo porque el sector sanitario —en especial en su vertiente pública— invierte en investigación y formación de su personal una cantidad que, según las circunstancias, podríamos adjetivar de ínfima, despreciable, ridícula y otros semejantes merecidos piropos. Debido a ello, gran parte de la progresión y calidad médicas actuales pasan por la contribución económica de la

empresa farmacéutica, con los evidentes riesgos que conlleva.

Dra. Teresa Puig:

Penso que els metges hem de tenir en compte la relació cost-eficàcia dels fàrmacs i dels altres recursos diagnòstics i terapèutics que utilitzem, ja que els recursos tenen els seus límits i nosaltres

Tothom ha de rebre el mateix reconeixement amb independència del que aporta

no podem eludir la responsabilitat d'utilitzar-los de manera convenient.

Potser massa sovint actuem de forma individual, resollem situacions molt concretes i ens manca el sentit de gestió clínica més global que hauríem de tenir.

Ligar aquesta responsabilitat amb la prescripció als incentius, en aquest cas purament econòmics, pot ser una opció, però a mi em sembla dubtosa, ja que podem arribar a situacions tan inadmissibles com la de ser remunerats per prescriure no millor sinó més barat.

Crec que la prescripció s'ha d'optimitzar amb l'establiment de guies o protocols terapèutics consensuats, raonables i realitzables. Han de ser unes guies o protocols terapèutics en els quals participem i ens sentim implicats, i no pas amb incentius merament econòmics.

Quines formes d'incentivació professional creus que serien més adequades actualment?

Dr. Ramon Pujol:

Personalment, crec que el més

adequat seria promoure pactes entre les autoritats sanitàries i els professionals, en què uns siguin els garants de l'equitat i de la defensa de les necessitats dels ciutadans i els altres aportin la seva visió des de la proximitat.

Crec que és important que una part de les retribucions estigui vinculada a l'assoliment d'objectius. Però aquest

no és l'únic instrument.

Cal donar per superada l'etapa en què tothom rebia el mateix reconeixement amb independència del que aportava.

Dr. Carlos Querol:

Un marco laboral digno para todos los profesionales, una mayor posibilidad de promoción, disponer de los medios necesarios para desarrollar nuestra profesión, una formación continuada universal a cargo de la Administración, un nuevo marco retributivo, etc.

Dr. David Bartolomé:

Todas aquellas que aumenten el bienestar del trabajador y su equilibrio personal, es decir, todas aquellas medidas que impidan tener profesionales quemados. Partimos de la base de que es fundamental que un profesional trabaje a gusto.

Para ello ha de estar seguro de su puesto de trabajo —con contratos laborales estables— y bien pagado, teniendo en cuenta el trabajo que desarrolla y además la responsabilidad que de dicho trabajo se deriva.

La forma principal de incentivar el trabajo del médico es hacer que se sienta reconocido, tanto por parte de la Administración como por parte de los pacientes.

Hoy, en un sistema de salud gratuito en su totalidad, es difícil que los pacientes te con-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

sideren en la justa medida.

“Lo que nada cuesta, poco vale” es un axioma que reside en la mente de muchos pacientes. Por lo tanto, en un sistema en el que el paciente tiene accesibilidad ilimitada, es difícil encontrar ese reconocimiento.

Otras maneras de incentivar al profesional es ofreciendo más formación y, también, una mejor organización del trabajo diario, sin tener que depender del número de urgencias, salidas a domicilio, etc.

Todo ello se traduciría en un médico sin estrés.

Otra posibilidad es la oportunidad de reducir la jornada laboral a menos horas en aquellas circunstancias justificadas en las que el estado de ánimo no permite rendir tal como tus principios desearían.

La posibilidad de poder alejarse temporalmente del trabajo habitual —normalmente por motivos personales— podría tenerse en cuenta.

En definitiva, en este huerto sólo se está una vez y, en ocasiones, uno tiene la sensación de que el tiempo pasa demasiado deprisa y te lo estás dejando escapar.

Dra. Elvira Fernández:

Creo que deben mantenerse y perfeccionarse las que ya están funcionando. Sin embargo, esto no es suficiente para estimular la calidad en la actividad profesional.

Es difícil generalizar, porque cada persona puede responder a estímulos diferentes.

Yo, como jefa de servicio, creo que las formas de incentivar más adecuadas son:

- Sentirse escuchado y valorado por tus superiores.
- Tener capacidad de modificar aspectos mejorables.
- Comprobar que puedes poner en marcha planes que mejoran la calidad asistencial de tu servicio.
- Tener capacidad de gestión.
- Comprobar que con el esfuerzo se puede realizar una labor de investigación de elevada calidad.
- Mirar atrás y comprobar que se ha recorrido un camino y que se ha avanzado.

En cuanto a lo que puede estimular a los médicos adjuntos, creo que es similar, aunque en otro nivel.

- Sentirse dignamente tratados, escuchados y valorados por sus superiores.
- Tener la responsabilidad de una área en la que puedan trabajar y desarrollarse como profesionales.
- Que la presión asistencial no ahogue otros aspectos básicos como la docencia y la investigación.

Dr. Francesc Domingo:

Em sembla que la percepció social i, el que és més important, l'autopercepció dels metges ha minvat en els darrers anys. No tothom, però, ho veu i ho viu igual. És difícil fer receptes aplicables a tothom.

Dins de cada professional hi ha una determinada manera de viure la vida. Ens cal recordar que la vida ha triat la diversitat —tants caps, tants barrets— i els homes ens entossudim a fer normes, lleis i protocols. A més, probablement, a cada etapa de la vida professional les necessitats de suport són diferents.

Si, malgrat tot, volem concretar, ho recolliria dient que tot allò que freni l'esgotament professional és positiu.

La prevenció del *burnout* inclou el conjunt d'àmbits en què cal actuar: mesures en l'organització sanitària i institucional; mesures en l'àmbit laboral i en l'equip de treball, i també mesures individuals.

Com a resum podria dir que em sembla que les millors mesures són totes aquelles que ens permetin poder fer bé la feina que creiem que cal fer.

Dr. Gregorio Marco:

Aquellas que, sin necesidad de abolir la vertiente económica, primen la autoestima del profesional

• **En cada etapa de la vida professional les necessitats de suport són diferents**

sanitario y permitan ganar calidad laboral:

- Respeto: muchos de mis pacientes, colegas, compañeros y directivos no se atreverían a hablarle como a mi me hablan, por ejemplo y con todo respeto, al fontanero.
- Reconocimiento: las relaciones en sanidad tienden a ser de lo más comunistas. Todos somos iguales para cosechar, pero es al médico al que le corresponde sembrar.
- Autogestión: ligada indisolublemente al principio de autonomía médica.
- Flexibilidad laboral: obviamente recíproca, no solamente en provecho de la entidad sanitaria para la que se ejerza, sino ligada al concepto de autogestión.
- Tiempo libre y calidad del mismo: generalización de medidas como el descanso de la guardia computable como jornada laboral, evitando abusos como las acumulaciones para recrecer vacaciones.

En caso de imposibilidad, el descanso se debería recuperar según la elección del facultativo y no la de sus superiores.

Dra. Teresa Puig:

Totes aquelles que considerin els factors abans esmentats.

Ho podria resumir en una millora en les condicions del treball per poder disposar d'un temps i uns recursos raonables per atendre bé els pacients i, a més a més, en un increment en la participació dels metges i metgesses en la gestió clínica per poder canalitzar idees, definir criteris i sentir reflectides les nostres opinions.

La carrera professional, els incentius econòmics, els objectius, etc., em semblen importants, però insuficients si no recuperem les vies de diàleg amb l'Administració i el nostre paper —amb drets i deures— dins de la sanitat.

En el teu treball diari com a metge o metgessa, et sents incentivat o desincentivat i per què?

Dr. Ramon Pujol:

Actualment, i atès el darrer canvi viscut en la meva activitat professional, em sento molt motivat, ja que estic davant d'un gran repte personal. Però cal ser sincer i reconèixer que tothom passa per moments en què es perd aquell plus d'il·lusió que fa que, a part d'intentar ser un professional correcte, et sentis amb una força i empenta addicionals.

Dr. Carlos Querol:

El únic incentiu que percibo es la satisfacció que nos proporciona el ejercicio de nuestra profesión y el reconocimiento de los pacientes. Todo lo demás, para mí, no cuenta. Creo que es necesario un nuevo marco de relaciones entre profesionales y Administración como único medio de sentirme incentivado. No se pueden tomar decisiones que nos afectan como personas, como ciudadanos y como profesionales sin que nuestras opiniones sean escuchadas y tenidas en cuenta por los poderes públicos.

Dr. David Bartolomé:

Después de lo dicho y después de haber leído ya tantas encuestas sobre el tema, yo no soy una excepción, aunque me gustaría. No me encuentro incentivado.

Mi principal caballo de batalla, con un cupo de 2.600 cartillas, es el estrés. El no saber con qué me voy a enfrentar cada día, la sensación de no estar haciendo las cosas bien por falta de tiempo, la problemática psicosocial que envuelve nuestro trabajo, las exigencias de la gente, que cada vez es más intolerable... Cada vez tengo la sensación de ser menos. Y no hablo en términos

• Una possible • incentivació pot • ser una millor • organització del • treball diari del • professional

sociales, sino como persona.

Me considero un engranaje dentro de un sistema: uno debe tirar hacia delante de la forma que sea, sonreír, hacer su trabajo y no crear problemas, es lo que los ingleses llaman imbecil sonriente —el imbecil es un alelado, alguien falto de razón.

Dra. Elvira Fernández:

Sinceramente, me siento incentivada, al menos moderadamente incentivada. La razón es que se cumplen, en mayor o menor medida, casi todos los puntos que he enumerado.

Por supuesto, también me siento frustrada en numerosas ocasiones. Sé que estamos en un hospital con una falta histórica de recursos humanos y que esto bloquea otras actividades en gran parte de los profesionales válidos de este centro. Pero también sé que en los últimos años se han conseguido y mejorado técnicas que no existían, se ha puesto en marcha un laboratorio de investigación de alto nivel, etc.

Sinceramente, soy optimista y creo que en los próximos dos años, con las nuevas incorporaciones, este hospital puede dar un cambio cualitativo importante. Todo esto me incentiva.

Dr. Francesc Domingo:

La instauració d'algunes mesures els darrers anys ha estat positiva en alguns aspectes: la millora de les instal·lacions, més recursos, etc. La reforma de l'atenció primària ens il·lusiona, però han anat passant els anys i el globus s'ha desinflat. I ningú s'ha encarregat de posar-hi més aire. Darrerament, el sistema grinyola. La manca de metges i metgesses i la migradesa dels recursos ens estan portant de nou a la saturació de les consultes.

Malgrat tot, ens cal ser objectius i reconèixer que, en el món globalitzat en què vivim, la nostra situació és de privilegi.

Vista l'evolució dels darrers 21 anys d'exercici en atenció primària, l'atenció als infants i les famílies de les nostres comarques ha millorat. Me'n sento parcialment responsable. I aquest és un dels punts que, potser, podria valorar-se a l'hora de puntuar candidats per a una plaça: poder atendre la gent de la terra on vares néixer.

Per tant, per mi, el principal incentiu és interior, a més de poder fer —amb més o menys dificultats— la feina que sé fer. Que m'agradi la feina que faig és, com a persona, el meu principal incentiu.

Dr. Gregorio Marco:

En conciencia debo decir que incentivado. Lógicamente, puede parecer contradictorio tras el tono que iba cogiendo el texto hasta ahora escrito. Sin embargo, la respuesta es sencilla. Considero que la motivación y otras cosas importantes de la vida han de buscarse primordialmente dentro de cada individuo. Aunque es penoso que todo lo que podría y debería ayudar no esté a la altura (Catalut, superiores, compañeros y pacientes).

Dra. Teresa Puig:

Crec que queda clar, per les respostes anteriors, com em sento i les raons de la meva desincentivació. Ben segur que molts cops m'he equivocat, com tothom, però també he fet coses bé, ja que he procurat engagar projectes i esforçar-me en el treball. Òbviament, aquesta és la meva feina, però he tingut massa pals a les rodes i no se m'ha permès treballar bé.

Malauradament, no crec que el meu sigui un cas aïllat i això ha anat creant entre els metges, almenys en l'àmbit en què jo em bellugo, molt desencís i frustració. Els metges ens hauríem de replantejar seriosament el nostre paper dintre de la societat i de la sanitat actuals. Hem d'assumir les responsabilitats que ens pertoquin, però també és bo que fem sentir la nostra veu i que intentem recuperar el gust per la feina ben feta. Sense aquest incentiu i aquest sentiment els altres perden la seva validesa.

Colonografía por CTC

La CTC es una prueba de imagen relativamente nueva para el estudio del colon, segura y poco invasiva, que permite, mediante reconstrucciones, diagnosticar pólipos y neoplasias. Está aceptada su indicación como estudio complementario en fibrocolonoscopias incompletas y ante contraindicaciones o intolerancia a la fibrocolonoscopia. Los resultados obtenidos en los trabajos que la evalúan hasta la fecha como posible técnica de cribaje para el carcinoma colorrectal son contradictorios y requieren nuevos estudios multicéntricos.

Dr. Mario Pagès, Dra. Sonia Rodríguez, Dr. Marcelo Sánchez · *Centre de Diagnòstic per la Imatge. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona*

La colonografía por TC (CTC) es una técnica relativamente reciente para estudiar el colon, muy poco invasiva, que está despertando un gran interés por su potencial en el diagnóstico de pólipos colónicos, precursores de las neoplasias.

El desarrollo de esta técnica ha sido posible gracias al avance tecnológico de los equipos de TC –que permiten exploraciones cada vez más rápidas y con un grosor de corte más fino– y de las estaciones de trabajo, que permiten manipular las imágenes y realizar reconstrucciones en 2 y 3 dimensiones.

La CTC consiste en realizar secciones finas por TC del colon, tras distenderlo con aire por vía rectal, y a continuación efectuar reconstrucciones en 2 y 3 dimensiones para detectar patología.¹ Requiere una preparación catártica similar a la fibrocolonoscopia convencional y el colon debe estar libre de residuos, se prefiere el fosfato sódico a la preparación con polietilenglicol por dejar menos residuo líquido.² Recientemente ha sido publicado un estudio³ en que la preparación catártica ha sido substituida por la administración de un contraste oral que tiñe las heces y sus resultados son buenos, pero deben corroborarse con nuevos trabajos. Existen también investigadores que combinan la preparación laxante con los medios de contraste que sirven de marcador fecal y sus resultados son excelentes.⁴ La preparación colónica es objeto de muchos estudios actuales de CTC, ya que minimizarla supondría un aumento de la tolerancia a la técnica.

La prueba es relativamente rápida –unos 20 minutos– y no presenta complicaciones. Se introduce aire –puede emplearse aire ambiental o CO₂– mediante una cánula rectal en una cantidad que depende de la tolerancia del paciente, intentando siempre

una correcta distensión porque de ella dependerá en gran medida la eficacia diagnóstica. Para mejorar esta tolerancia a la distensión se puede también administrar un agente espasmolítico por vía e.v.⁵, puesto que ha demostrado su eficacia en algunos estudios. Sin embargo, varios investigadores creen que puncionar al paciente aumenta el disconfort de la prueba, ya que, por otra parte, en la CTC no es necesario el contraste yodado e.v.⁶

Una vez se ha distendido el colon, se obtienen una serie de imágenes TC en decúbito prono y una segunda en decúbito supino –o bien a la inversa–, pero la doble adquisición es necesaria para que el residuo líquido, que en mayor o en menor grado es frecuente, se distribuya y la totalidad de las paredes colónicas puedan ser evaluadas combinando ambas series. Se emplean programas de baja dosis de radiación y, con los nuevos protocolos de estudio, la CTC produce una irradiación inferior a la práctica de un enema opaco.⁷

Las complicaciones de la CTC tienen una incidencia insignificante y solo están referidos dos casos de perforación colónica en la literatura.^{8,9}

Después de la prueba, el paciente puede llevar una vida normal, y no es necesario el ingreso hospitalario.

Una vez obtenidas las imágenes, éstas se han de analizar en estaciones de trabajo, para lo cual existen dos modos de diagnóstico posible, el basado en las imágenes en dos dimensiones –similar al diagnóstico convencional con imágenes de TC– o bien en tres dimensiones, efectuando un recorrido por la luz del colon simulando la visión endoscópica. El emplear uno u otro modo como método de análisis primario depende de la preferencia del radiólogo y de los medios de que disponga, puesto que el estudio 3D requiere avanzadas esta-

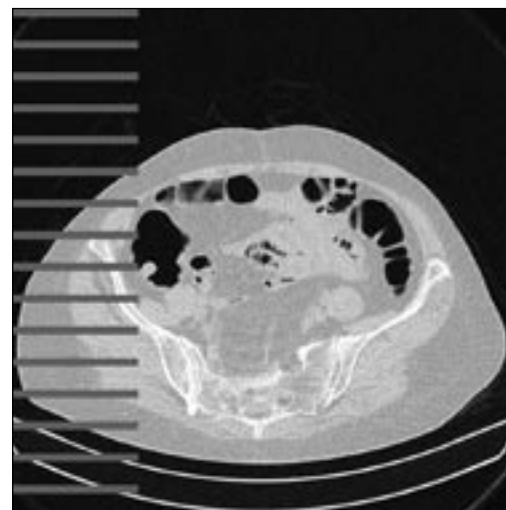
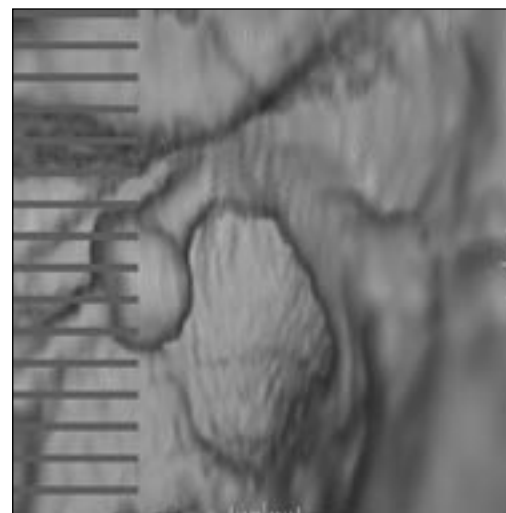


Imagen superior: Reconstrucción sagital 2D de proceso neoproliferativo localizado en ciego.

Imagen central: Reconstrucción 3D del pólipo cecal mostrado en la sección axial.

Imagen inferior: Sección axial en decúbito supino. Se observa un pólipo sesil de 1 cm de tamaño localizado en el ciego.

ciones de trabajo. Recientemente, los excelentes resultados en estudios que emplean el 3D como medio de análisis primario podrían señalar éste como mejor método, pero otros factores podrían incidir en esos resultados.⁴

En la actualidad existen una serie de indicaciones de la CTC aceptadas de forma general y otras que son centro de debate, entre las cuales la más discutida y por otra parte esperanzadora es la inclusión de la técnica en programas de despistaje del carcinoma colorrectal.

Entre las indicaciones plenamente aceptadas se encuentra la realización de CTC tras colonoscopias convencionales incompletas en pacientes con contraindicaciones médicas a la colonoscopia convencional y en pacientes que no acepten ningún otro tipo de prueba para el estudio colorrectal.⁶

La CTC es capaz de analizar la totalidad del colon en pacientes con colonoscopias incompletas por estenosis (inflamatorias o neoplásicas) o dificultades de paso (como, por ejemplo, segmentos colónicos redundantes), puesto que el paso de aire es prácticamente siempre posible a través de dichos obstáculos.

De esta forma, se consigue evaluar el colon proximal a la dificultad de paso y observar si existen neoplasias sincrónicas o pólipos que incidirán en el manejo terapéutico.^{10,11} La CTC ha demostrado su capacidad de detección de neoplasias en estos casos y en el diagnóstico de pólipos muestra mejores resultados que el enema opaco, técnica con la que habitualmente se completan los estudios de colonoscopias convencionales incompletas.¹² Además, en la CTC por una estenosis neoplásica puede realizarse en el mismo momento el estudio de extensión, con lo que se acelera la cadena diagnóstica.

En segundo lugar, la CTC es una técnica de elección ante contraindicaciones médicas a la colonoscopia convencional, si bien estas contraindicaciones cada vez son menos frecuentes.

Finalmente, en pacientes que son reacios a cualquier otra prueba de despistaje del carcinoma colorrectal –que acostumbra a ser la fibrocolonoscopia– plantear la realización de la CTC también está aceptado de forma general.

La indicación de la CTC más sujeta a debate en la actualidad es su empleo como técnica de cribaje. En la actualidad, no se dispone de una técnica de cribaje para el carcinoma colorrectal (CCR) que combine la alta eficacia diagnóstica con la tolerancia y la seguridad.

Por otro lado, sabemos que la mayor parte de CCR se originan en los pólipos adenomatosos, con lo cual es una enfermedad potencialmente curable con la extirpación de estos pólipos. La fibrocolonoscopia (FCL) es la prueba

más sensible y además es terapéutica, pero no está exenta de complicaciones y tampoco es una prueba con una elevada tolerancia.

Existen numerosos trabajos que demuestran la alta sensibilidad de la CTC para diagnosticar pólipos colorrectales de tamaño igual o superior al centímetro, en pacientes de alto riesgo para el carcinoma colorrectal o en pacientes sintomáticos. Las sensibilidades en dichos estudios oscilan entre 75-100% para los pólipos de tamaño igual o superior a 1 cm.^{13,14}

La pregunta que se planteó –y todavía se plantea tras los resultados obtenidos en varios estudios– es si los resultados se mantienen en pacientes con riesgo bajo/medio y por tanto con baja prevalencia de patología. Uno de los riesgos potenciales de estudiar esta población es la fatiga diagnóstica del radiólogo ante numerosas exploraciones normales que conduce a disminuir la sensibilidad por errores de percepción.

Los resultados obtenidos hasta ahora en los tres estudios multicéntricos con poblaciones de *screening* son muy dispares. El primero en publicarse fue el de Pickhardt⁴, en que 1.233 individuos asintomáticos fueron estudiados con CTC y FCL. Los resultados del estudio son excelentes: la sensibilidad de la CTC para detectar adenomas de 1 cm fue de 93-98% y la de la FCL, de 87-5%, puesto que no se consideró como *gold estándar* y los adenomas detectados en la CTC y no en la FCL requerían un segundo pase por el segmento colónico en la FCL. En este estudio la técnica de la CTC es impecable, se emplean TC multidetectores, se utilizan, además de la preparación catártica, agentes marcadores de heces y el análisis primario de las imágenes se realiza en 3D.

A continuación fue publicado el estudio de Cotton (15), donde la sensibilidad de la CTC para los pólipos de 1 cm fue de 52% y la de la FCL de 96%. Este estudio ha sido criticado por muchos equipos de radiólogos, debido fundamentalmente a que los parámetros técnicos empleados en las pruebas estaban ya anticuados, no se trataba de equipos multidetectores y además los lectores carecían de experiencia en la lectura de CTC.

Recientemente ha sido publicado el tercer estudio, de Rockey.¹⁶ Utiliza la moderna tecnología en equipos TC y estaciones de trabajo, pero la sensibilidad de la CTC para los pólipos de 1 cm que obtiene es del 59%, siendo la de la FCL del 98%, con lo que sus resultados se distancian del trabajo de Pickhardt.

Por lo tanto, hasta este momento no hay unos resultados homogéneos al evaluar si la CTC puede convertirse en una prueba eficaz en el despistaje del carcinoma colorrectal. Son necesarios nuevos estudios que avalen una u otra hipótesis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bruzzi, J.; Moss, A.; Fenlon, H.M. "Clinical results by CT colonoscopy". *Eur. Radiol.*, (2001),11:2188-2194.
- 2- Yee, J. "CT colonography: examination prerequisites". *Abdominal imaging*, 27:244-252, (2002).
- 3- Iannaccone, R.; Laghi, A.; Catalano, C. *et al.* "Computed tomographic colonography without cathartic preparation for the detection of colorectal polyps". *Gastroenterology*, 2004, nov.;127(5):1300-11.
- 4- Pickhardt, P.; Choi, R.; Hwang, I. *et al.* "Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults". *N Engl J Med*, des. 2003. 181(6):1599-606.
- 5- Yee, J.; Hung, R.K.; Akerkar, G.A. *et al.* "The usefulness of glucagonhydrochloride for colonic distension in ct colonography". *AJR*, 1999;173 1-4.
- 6- Macari, M. "CT colonography: the real deal." *Abdominal Imaging*. 2005. 1 feb.
- 7- Iannaccone, R.; Laghi, A.; Catalano *et al.* "Detection of colorectal lesions: lower dose multi-detector row helical CT colonography compared with conventional colonoscopy". *Radiology*. 2003 des.;229(3):775-81.
- 8- Kamar, M.; Portnoy, O.; Bar-Dayan, A. *et al.* "Actual colonic perforation in virtual colonoscopy: report of a case". *Dis Colon Rectum*. 2004 jul.;47(7):1242-4; discussion 1244-6. Epub 2004 maig 19.
- 9- Coady-Fariborzian, L.; Angel, L.P.; Procaccino, J.A. "Perforated colon secondary to virtual colonoscopy: report of a case". *Dis Colon Rectum*. 2004 jul.;47(7):1247-9. Epub 2004 maig 19.
- 10- Fenlon, H.M.; Mc Aneny, D.B.; Nunes, D.P.; Clarke, P.D.; Ferrucci, J.T. "Occlusive colon carcinoma: virtual colonoscopy in the preoperative evaluation of the proximal colon". *Radiology*, 1999;210:423-428.
- 11- Macari, M.; Berman Picker, M.; Milano, A.; Megibow, A. "Usefulness of CT colonography in patients with incomplete colonoscopy". *AJR*, 1999,173:561-564.
- 12- Morrin, M.M.; Kruskal, J.B.; Farrell, R.J. *et al.* "Endoluminal CT colonography after incomplete endoscopic colonoscopy". *AJR*, 172:913-918.
- 13- Yee, J.; Akerkar, G.A.; Hung, R.K.; Steinauer-Gebauer, A.M.; Wall, S.D.; McQuaid, K.R. "Colorectal neoplasia: performance characteristics of CT colonography for detection in 300 patients". *Radiology*, 2001, 219:685-692.
- 14- Fenlon, H.M.; Nunes, D.; Schroy, P.; Barish, M.; Clarke, P.; Ferrucci, J. "A comparison of virtual and conventional colonoscopy for the detection of colorectal polyps". *N Engl J Med*, 1999; 341:1496-503.
- 15- Cotton, P.B.; Durkalski, V.L.; Pineau, B.C. *et al.* "Computed tomographic colonography (virtual colonoscopy) : a multicentre comparison with standard colonoscopy for detection of colorectal neoplasia". *JAMA*, 291, (2004), pp. 1713-1719.
- 16- Rockey, D.C.; Paulson, E.; Niedzwiecki, D. *et al.* "Analysis of air contrast barium enema, computed tomographic colonography, and colonoscopy: prospective comparison". *Lancet*, 2005, gener, 22;365(9456):305-11.

El pediatre cremat: com adonar-se del 'burnout' i com afrontar-lo

La meua aportació vol ser una posada en lletra i en paraula de les reflexions i de les actuacions posteriors a les quals m'ha portat el meu particular grau de cremació durant els ja gairebé 20 anys d'exercici professional com a pediatre d'atenció primària. No pretenc (ni sabia) donar consells ni oferir solucions als problemes que la vida, que és diversa i rica, dona a cadascú. Diu la dita que "la vida ha triat la diversitat i els homes hem triat les normes". Deixem, doncs, que cadascú trobi l'original solució al seu original problema. Allò que sí que puc oferir-los és, després d'una obligada descripció teòrica, la meua manera de veure-ho i, també, fer-los compartir les diferents estratègies i recursos que ens han estat útils a la nostra comarca de la Noguera. I ho escric en plural perquè crec que l'ajut que ens cal no és gaire lluny de nosaltres i perquè, a banda de l'instint de supervivència, ha estat el contacte amb altres companys de camí, persones que també passen els seus problemes, allò que m'ha permès seguir endavant.

Ho resumia fa poc en un petit vers:
*Famolenc de consol i carícies,
de somriures donats amb el cor,
he comprès que la font de delícies
són aquells que tentinegen com jo.*

Francesc Domingo i Salvany · *Pediatre. Balaquer. 18 Jornada de Pediatria Ambulatoria. Barcelona*

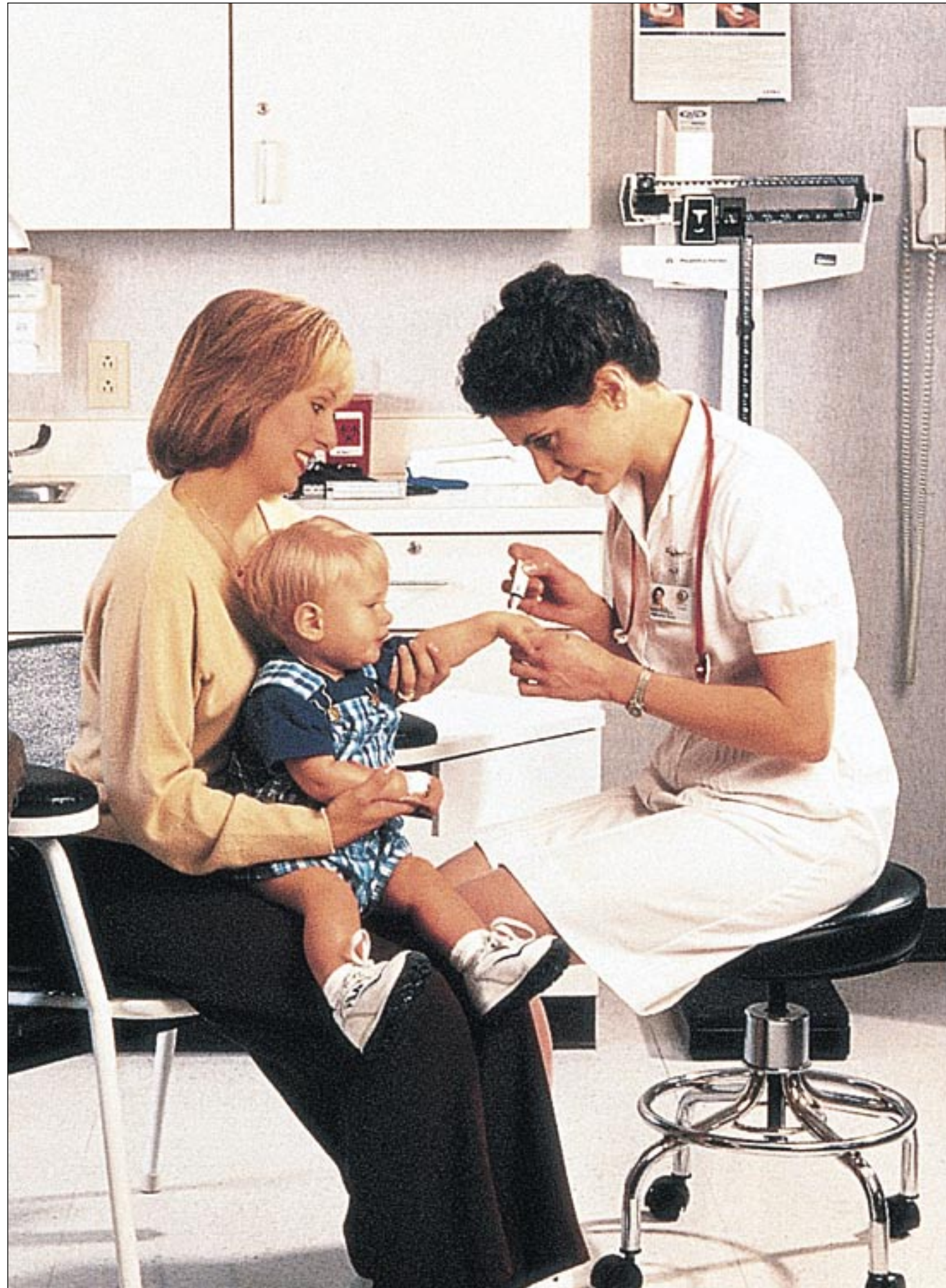
Per altra banda, és de llei que escriu ara i no al final que el necessari suport de persones expertes per fer l'apropament teòric d'aquesta exposició m'ha estat generosament ofert per uns companys que, tot i ser ja citats a la bibliografia, val la pena que apunti ara: la pediatra Montse Esquerda i el psiquiatre Josep Pifarré.

Què vol dir estar cremat?

El terme *estar cremat* està de moda, i no solament en l'àmbit sanitari. Per

això, si en volem parlar, ens cal un terme que tingui la mateixa validesa per a tothom. Perquè el concepte pot significar coses diferents per a gent diferent.

El *burnout*, que també és traduït per estar cremat o per desgast professional, és una afectació emocional progressiva que apareix a causa de la tensió crònica que genera l'àmbit laboral, especialment en serveis d'ajuda a les persones. Les conseqüències són potencialment importants per al professional (enfonsament personal amb



pèrdua de l'autoestima, problemes de relació amb la família i els companys, addiccions), per a la qualitat del servei que ofereix i per a l'organització on treballa (reducció del rendiment, absentisme, disminució de la qualitat assistencial). (Mariné Bruguera).

Per Freudenberg, el primer a descriure el quadre, es tracta d'un "estat de cansament o frustració que es produeix per la dedicació a una causa, forma de vida o de relació que no dona el reforç esperat".

Per Maslach i Jackson és una "síndrome caracteritzada per cansament emocional (CE), deshumanització o despersonalització (DP) i baixa realització personal (RP), que pot aparèixer en individus que treballen amb persones".

Pines i Aronson proposen una definició més extensa que no es limita als professionals de l'ajuda, "és l'estat d'esgotament mental, físic i emocional produït per la implicació crònica en el treball en situacions emocionalment demandants".

Altres autors (Mingote) el defineixen com un "trastorn relacionat amb l'estrès laboral en els professionals de servei d'ajuda assistencial, sanitària o social". En aquesta mateixa direcció, Bustinza i els seus col·laboradors parlen de *burnout* per referir-se a l'estrès laboral i institucional que apareix en professionals que han de mantenir una relació constant i directa amb altres persones, especialment si aquesta relació és d'ajuda.

Lloret apunta que la síndrome de desmotivació és el conjunt de signes i símptomes que apareixen en una situació d'estrès crònic que es pateix en l'àmbit laboral. I entén per a estrès la situació que es presenta quan la demanda ambiental supera la capacitat de resposta de l'organisme.

Mingote afirma que està vivint una situació d'estrès el professional que no pot, no vol o no ha de satisfer la demanda que se li presenta. Així doncs, el desgast professional o *burnout* "és el resultat de la discrepància entre les expectatives i els ideals individuals, per un costat, i la dura realitat de la vida professional de cada dia, per l'altre". Es crema l'individu que se sent superat, de forma continuada, per les seves exigències professionals.

Hi ha molts pediatres cremats?

El terme *estar cremat* està de moda, i no solament en l'àmbit sanitari. Però si en volem parlar ens cal un instrument de mesura que tingui validesa per saber que tots ens referim al mateix. Perquè el concepte significa coses diferents per a gent diferent. Tot i que el quadre fou descrit per Freudenberg, el 1974, en voluntaris joves que atendien un centre de tractament de toxicòmans, ha estat

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

la doctora Maslach qui n'ha fet més difusió. Maslach i Jackson elaboraren, l'any 1986, una escala específica que mesura el grau d'afectació en cadascun dels tres apartats que caracteritzen la síndrome: cansament emocional, despersonalització i realització personal. Amb el benentès que el grau d'afectació que un individu presenta pot ser diferent en cada apartat. Els estudis d'incidència i prevalença són nombrosos atesa la facilitat d'aplicació de l'escala de valoració de Maslach. De tota manera, cal tenir en compte el biaix de la no resposta. Hi ha autors que no donen representativitat als treballs que no superen el 60% en el nivell de resposta.

L'enquesta de prevalença més propera (per mi) és la de l'estudi d'Esquerda i els seus col·laboradors feta als pediatres de Lleida i presentada l'any 2000. Sobre 34 enquestes (75% de respostes) trobaren una prevalença de *burnout* del 26%, similar a la d'un d'al-

que la feina és la causa única del *burnout*. I no és així. No tot el problema és fora: el tipus de personalitat que cadascun de nosaltres té és un factor fonamental. Com en tantes altres patologies, l'origen és multifactorial, hi una barreja de factors externs i interns. Aquesta síndrome es relaciona amb els components d'estrès de rol (ambigüitat i conflicte de rol), amb la satisfacció i implicació laboral, amb l'edat i amb l'antiguitat en el lloc de treball.

Quins factors hi intervenen? Tots ens cremem igual?

És *distressant* (estrès mal viscut) tot allò que ens genera emocions negatives durant l'horari laboral. Són molts els factors que poden combinar-se per produir estrès crònic als professionals. Perquè ara, que el nostre arsenal terapèutic és ampli com mai, és quan ens sentim més pressionats. Tal com afirmen Gual i Lusilla, som "el pernil de l'entrepà": atrapats entre els pacients i el sistema sanitari. Per una banda,

Condicionants externs

Entre els factors *distressants* que el mateix treball assistencial genera podem trobar:

- L'alt nivell de demandes i la pressió per treballar ràpid, amb el dilema ètic que això comporta.
- Les males relacions amb els companys i els pacients.
- Les circumstàncies emocionals que cal entomar i reconduir.
- L'alt grau de responsabilitat de cada acte diagnòstic i terapèutic.
- La poca autonomia de gestió.
- Les migrades condicions materials.
- La falta de reconeixement de la feina feta.
- L'ambient competitiu i d'inseguretat professional.
- L'escassa promoció professional.
- La necessitat d'adaptar-se als ràpids i constants canvis conceptuals i tecnològics

Entre els factors organitzatius de l'entorn:

- Cultura burocràtica.
- Manca de política de personal.
- En l'esfera sociocultural:
- Un ensenyament de la professió falsament optimista i científista.
- Pèrdua dels valors humanistes (empatia, amabilitat)
- Desconfiança en els altres, el mateix metge inclòs.
- Impregnació de la cultura quere-llant, amb poca tolerància als errors dels altres.
- El suport familiar deficient, que pot augmentar-ne el risc.

Hi ha determinades professions, orientades al servei/ajuda als ciutadans, que predisposen a l'estrès crònic i a la desmotivació: els mestres i professors, els treballadors socials, les forces de seguretat i bombers, i els metges i els diplomats en infermeria. En l'àmbit sanitari, les especialitats amb més tendència a generar desmotivació són: pediatria i oncologia pediàtrica, unitats de grans cremats, oncologia, urgències, atenció primària, geriatria i cures intensives.

Condicionants interns

Però és la percepció personal i els mecanismes d'afrontament individuals els que marquen el grau de vulnerabilitat i expliquen per què en unes condicions de treball similars uns es cremen i els altres no. Els trets personals relacionats amb un grau elevat d'ansietat (poca estabilitat, estat de vigilància, aprensivitat i tensió) s'associen positivament amb el cansament emocional i la despersonalització. Aquestes dades encaixen en un model patològic circular en què l'estrès és a la vegada la causa i la conseqüència. L'estrès crònic en l'exercici de la medicina depèn de les càrregues de treball, la pressió de temps i la gestió de les emocions pròpies i dels altres. D'entre aquests, el millor predictor de risc sembla ser

El qüestionari de desgast professional de Maslach

L'instrument més utilitzat arreu per mesurar el grau d'afectació continua sent el qüestionari de desgast professional de Maslach. L'adaptació espanyola la feren, el 1991, Moreno i els seus col·laboradors. Consta de 22 preguntes en forma d'afirmacions sobre els sentiments i les actituds dels professionals envers llur treball i els pacients o clients. Valora els tres aspectes fonamentals de la síndrome: cansament emocional, despersonalització i realització personal a la feina. La subescala de cansament emocional (9 preguntes) valora la vivència d'estar esgotat en l'àmbit emocional per les demandes de la feina. La de despersonalització (5 preguntes) mesura el grau en què som capaços de reconèixer les nostres actituds de fredor i distanciament relacional. La de realització personal (8 preguntes) avalua els sentiments d'autoeficàcia i de realització personal a la feina.

Qüestionari de desgast professional *burnout* de Maslach. Maslach Burnout Inventory (MBI)

Si us plau, llegiu cada afirmació acuradament i decidiu si algun cop us heu sentit d'aquesta manera a la vostra feina. Si mai no heu experimentat aquest sentiment, marqueu un zero. Si alguna vegada heu tingut aquesta sensació, indiqueu amb quina freqüència ha estat i assenyaleu el número (de l'1 al 6) que descriu millor la freqüència amb que sentiu aquesta sensació.

0. No mai

1. Poques vegades
2. Un cop a l'any
3. Poques vegades al mes
4. Un cop a la setmana
5. Poques vegades a la setmana
6. Cada dia

Freqüència: puntueu de 0 a 6 cada pregunta

1. Em sento emocionalment esgotat en la meva feina.
2. Em sento cansat al final de la

jornada de treball.

3. Em sento fatigat quan em llevo al matí i m'haig d'enfrontar a un altre dia de treball.
4. Comprenc fàcilment com se senten els pacients.
5. Crec que tracto alguns pacients com si fossin objectes impersonals.
6. Treballar tot el dia amb molta gent és un gran esforç.
7. Tracto molt eficaçment els problemes dels meus pacients.
8. Em sento cremat per la meva feina
9. Crec que estic influïnt, amb la meva feina, en les vides d'altres persones.
10. M'he tornat més insensible amb la gent d'ençà que exerceixo aquesta professió.
11. Em preocupa el fet que aquest treball m'estigui endurent emocionalment.
12. Em sento molt actiu.
13. Em sento frustrat en la meva feina.
14. Crec que estic treballant massa.
15. Realment, no em preocupa el que passa a alguns dels meus pacients.
16. Treballar directament amb les persones em provoca estrès.
17. Puc crear fàcilment una atmosfera relaxada amb els pacients.
18. Em sento estimulat després de treballar en contacte amb els meus pacients.
19. He aconseguit moltes coses útils en la meva professió.
20. Em sento acabat.
21. A la feina, tracto els problemes emocionals amb molta calma.
22. Sento que els pacients em culpen per alguns dels seus problemes.

Els afectats de desgast professional o *burnout* puntuaran alt en els apartats de cansament emocional i despersonalització i baix en els de realització personal. Els valors que permeten un criteri diagnòstic en l'àmbit sanitari (Moreno) apareixen al quadre següent:

NIVELL D'AFECTACIÓ	MITJANA	BAIX	MITJÀ	ALT
CANSAMENT EMOCIONAL (9) 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	22,19	<18	19-26	>27
DESPERSONALITZACIÓ (5) 5, 10, 11, 15, 22	7,21	<5	6-9	>10
REALITZACIÓ PERSONAL (8) 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	36,53	>40	4-39	<33

◆ El desgast arriba quan hi ha un desequilibri entre l'estrès o la tensió i la satisfacció professional

◆ La personalitat de cada metge és un factor fonamental del 'burnout'

tre estudi fet amb generalistes, també a Lleida i pel mateix equip (Módol i col·laboradors), que donà un 30% d'afectats. L'estudi fet als pediatres destacava que el grau de cansament emocional era superior entre els pediatres de les ABS reformades amb relació a les no reformades i als pediatres hospitalaris. I ho atribuïa al major nombre d'hores de treball i, principalment, a la diferència entre les expectatives laborals dels MIR formats "com a internistes pediàtrics, neonatòlegs i ucilòlegs pediàtrics" i la feina real, que demana pediatres d'atenció primària. També Mingote destaca el grau més alt de cansament/esgotament emocional en els metges d'atenció primària que en la resta de personal assistencial. En un altre estudi fet a Madrid, Bustinza i els seus col·laboradors (68 enquestes, 48% de respostes) troben que més de la meitat (58,8%) dels pediatres intensivistes es plantegen deixar la feina. I com aquest, molts altres. Una raó de l'alt índex de resposta al treball d'Esquerda cal cercar-la, potser, en les trobades anuals que els pediatres de les comarques de Ponent hem fet durant els darrers 17 anys. I que han esdevingut una de les mesures preventives que ens han ajudat a no arribar a uns nivells de frustració encara més alts.

Moltes dades estadístiques, però, ens podrien fer pensar, erròniament,

els pacients cada cop són més exigents, estan més informats, no estan disposats a esperar i no accepten les limitacions que les seves pròpies malalties els imposen. I, a més, el servei públic és gratuït. Per altra banda, i atès que els serveis sanitaris són cars, l'Administració ens utilitza per reduir la despesa, a més de fer campanyes demagògiques i electoralistes que estimulen els ciutadans a exigir que, nosaltres, els donem "la lluna en un cove". Hem d'enfrontar-nos amb els pacients per un sou molt per sota de les responsabilitats que assumim, amb una progressiva burocratització, amb conflictes de rols, amb manca de comunicació amb els directius i amb poca participació en la presa de decisions.

El desgast arriba quan hi ha un desequilibri entre dues forces antagòniques: la tensió o l'estrès (molt intens) i la satisfacció professional (molt baixa). El nostre estatus social ha canviat, però hem de continuar convivint amb el sofriment aliè, la malaltia i la mort. I avui els pediatres surten de la seva formació amb molta més formació tècnica però, i dissortadament, amb una pitjor formació humanística.

Dels factors condicionants que hi intervenen, n'hi ha d'externs al professional i altres d'interns o personals (Lloret, Cebrià, Mariné).

l'escassetat de temps (Cebrià).

Quan el grau d'estrès interpersonal és alt domina un estil d'afrontament evitatiu defensiu, per la baixa disponibilitat de recursos psicosocials, i amb una gestió de la malaltia més centrada en una orientació tècnica i instrumental (característica de la medicina defensiva) que no pas de relació interpersonal.

Les variables més predictives de l'esgotament són la sensació d'aprensament i de sobrecàrrega de treball, la falta de formació en aspectes relacionals i el tracte amb pacients difícils (Mariné).

El perfil de personalitat dels metges amb puntuacions més altes en l'escala de Maslach es caracteritza per (Cebrià):

- Una baixa estabilitat amb dificultat per afrontar els problemes quotidians i els reptes plantejats. La por constant a les conseqüències que els errors poden tenir sobre els malalts i sobre nosaltres mateixos.
- Tenir una personalitat perfeccionista, obsessiva i rígida, que accepta malament les limitacions i els errors propis i els dels altres.
- Ser individus aprensius, reactius, tensos i de poca paciència, tímids, poc sociables i molt sensibles.

En contraposició, s'ha descrit la personalitat resilient o resistent a l'estrès:

- Creença personal de tenir control sobre el resultat final de les coses, amb un afrontament directe de la tensió o l'estrès (maneig del temps, solució de problemes, assertivitat). O sigui, autocontrol.
- Fort compromís amb el treball i la vida.
- Posició de coratge i flexibilitat, d'obertura al canvi en termes de repte i no d'amenaça, especialment en les situacions de més demanda.

Així doncs, l'equilibri emocional, l'estabilitat familiar, la capacitat de divertir-se i de gaudir dels plaers de la vida, el nivell de formació i de consciència política i social, l'existència d'amics, la intercomunicació a la feina amb companys de més experiència i la possibilitat de modificació de les condicions de treball són factors personals que poden frenar l'aparició de la desmotivació (Lloret). L'optimisme i l'extraversió són protectors en les escales de cansament emocional i despersonalització. De tota manera, cada persona té un límit de resistència per damunt del qual la *fractura psíquica* és inevitable. I és preocupant l'alt percentatge de metges d'atenció primària afectats, xifres difícilment atribuïbles exclusivament a factors interns de poca resistència.

Quines són les manifestacions que ens hi han de fer pensar?

La clínica és bigarrada (Gual i Lusilla;

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

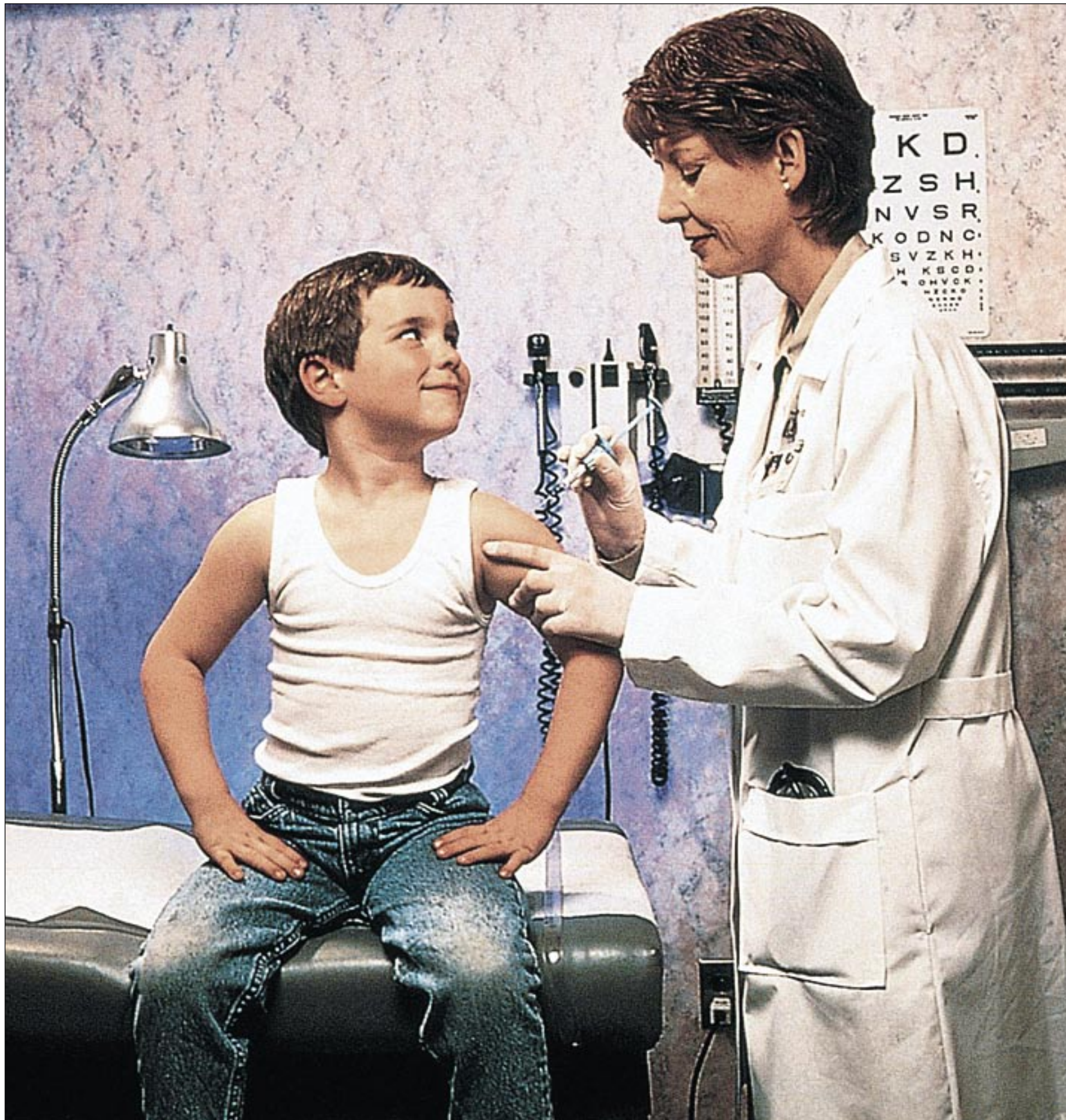
Cebrià i Corbella) i és difícil diferenciar les circumstàncies antecedents de les conseqüències. Però es pot fer el paral·lelisme amb una veritable crema física, i podem establir tres graus:

- Al primer grau apareixen conductes de protecció emocional, com ara el distanciament afectiu, la fredor en el tracte i les estratègies d'evitació de situacions dures i compromeses. L'humor es converteix en sarcasme o cinisme.
- Al segon grau minva la nostra energia, perdem motivació interna per la feina i comença la medicina defensiva (més prescripcions, més proves complementàries, més derivacions). El cansament emocional ("ja no puc més!") condueix llavors a la impermeabilització davant el patiment dels altres, i la indiferència i la fredor són la moneda de canvi. Ha arribat la despersonalització, l'actitud negativista i una important i progressiva reducció del rendiment. I sorgeixen els trastorns de la son, la gana i el desig sexual.
- Quan arriba al tercer grau, el professional ha exhaurit els seus recursos emocionals i el seu estat anímic és trist i tens. Desesperançat, ineficax i impotent amb la feina, està atrapat i ha perdut la il·lusió primera. La cremada en profunditat trasllada la claudicació professional a la vida personal, familiar i social, i poden sorgir trastorns psiquiàtrics (somatitzacions, pensaments obsessius i quadres depressius) i conductes addictives.

Una dificultat diagnòstica important la dona la instauració insidiosa i progressiva, que pot fer que qui n'està afectat no ho reconegui, fins i tot quan ha arribat a cremades profundes. I, a més, ja que la clínica depèn de la manera de ser de cadascú no es pot fer un retrat robot exacte del cremat. I la seva forma de presentació és diversa segons el tipus de símptoma que predomina: d'angoixa, amb trets depressius o sense; trastorns del comportament; absentisme laboral; abús de substàncies tòxiques.

Però sí que podem apuntar les reaccions més habituals i que constitueixen les principals manifestacions de la síndrome (Maslach):

- Cansament emocional. Sentiment de cansament que pot arribar fins a l'esgotament i que ens fa sentir impotents, de forma mantinguda, davant les demandes de la professió. La nostra feina deixa de ser atractiva.
- Despersonalització, en el sentit d'una fredor i distanciament amb els pacients que abans no existia: una actitud impersonal, dura i, a cops, cinica; etiquetatge despectiu dels malalts i també dels companys; traspàs als altres de la responsabilitat de la pròpia frustració.



- Manca de realització personal. Minva gradual i progressiva del compromís professional i del rendiment laboral amb, per exemple, manca de puntualitat en els compromisos i/o augment de l'absentisme.

En conjunt, tal com afirma Lloret: "El treballador té la sensació que el lloc de treball és inadequat per a un mateix, i dissimula aquesta sensació amb una actitud prepotent envers els malalts i també els companys de feina. Després d'un temps d'evolució variable arriba l'apatia i la claudicació professional: el treballador s'ha cremat."

Què podem fer quan ja estem cremats? I millor, com podem evitar-ho?

No hi ha cap estratègia d'afrontament que serveixi a tothom de forma universal, però cal que la intervenció es focalitzi en la resolució dels problemes, i no en l'escapament. Tal com afirma Delgado, en l'àmbit del nostre sistema sanitari, o bé madures i creixes o bé t'asseques. I, atès l'origen multifactorial, el millor model d'intervenció és aquell que integra diferents mesures complementàries orientades a cadascun dels àmbits: l'organització sanitària i institucional, l'equip de treball o l'àmbit laboral i l'individu.

Mesures en l'àmbit sanitari i institucional i en l'àmbit de la feina

Per als afectats, cal organitzar programes de suport assistencial. El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) dels col·legis de metges de Catalunya, que ofereix ajuda psicològica i psicosocial de qualitat als metges afectats quan l'afectació és important, és un excel·lent exemple de recursos orientats en aquesta direcció (Bruguera). Però haver arribat fins a aquest àmbit de prevenció terciària vol dir que les mesures de prevenció primària i secundària no han funcionat. Cal, doncs, actuar abans.

Les propostes prioritàries que cal instaurar en l'àmbit organitzatiu inclouen (Mingote):

- Potenciar les unitats de salut laboral, amb inspeccions més preventives i rehabilitadores que no pas sancionadores.
- Millorar les competències psicosocials en el mateix àmbit que les instrumentals.
- Crear consultes de psiquiatria laboral.
- Sensibilitzar els organismes col·legials i sindicals.
- Potenciar l'aprenentatge en grup i l'avaluació de rendiment.
- Augmentar la qualitat de la docència en medicina, especialment en els aspectes psicosocials de la pràctica clínica.

Són iniciatives en l'àmbit que Marín anomena ergonomia psicossocial, a través de, per exemple, processos continus d'avaluació de l'estrès, formació del personal, ajustament de les condicions de treball. De forma més detallada trobem:

- Evitar les càrregues de treball excessives, que a més de provocar esgotament i alteracions en la vida extralaboral, malmeten la necessària qualitat de servei als pacients i provoquen estrès ètic (Mariné).
- Fomentar les trobades regulars entre iguals i superiors per augmentar la sensació de suport social, enfortir les relacions interpersonals i millorar la qualitat de vida del treballador.
- Els grups d'autoajuda organitzats pels mateixos professionals són preferibles als organitzats pels caps o supervisors. La comunicació de les frustracions i de les experiències més traumatitzants i l'anàlisi compartida dels propis sentiments ajuda a minvar els fantasmes de la culpabilització a un mateix o als altres.
- Treballar en equip tant intraprofessionalment com interprofessionalment, ajuda a escoltar, a comunicar-se i a acceptar els errors propis i aliens.
- Cal organitzar, i especialment per als que comencen a treballar, un sistema de tutories d'acollida i orientació professional sobre detecció de problemes, resolució de conflictes i participació en la presa de decisions.
- Promoure l'autonomia, la comunicació i el respecte i suport entre els membres dels equips a partir de la

definició dels rols de cadascú i dels lideratges adequats.

- Cal, en definitiva, introduir estratègies que estimulin en els professionals i els equips sensació d'energia, compromís i efectivitat en comptes d'esgotament, desafecció i falta d'assoliment (Mariné).

Mesures en l'àmbit individual

Per als individus amb una personalitat de risc les dues claus de la prevenció són (Cebrià):

- Una sòlida formació en tècniques d'afrontament de l'estrès, per una banda, i en tècniques de comunicació amb els pacients, els companys i els superiors jeràrquics, per l'altra.
 - Millora de l'autocontrol per optimitzar la gestió emocional, especialment la reducció de l'ansietat.
- Cal millorar, doncs, els recursos de què cadascú disposa per afrontar de forma més efectiva allò que ens genera estrès a la feina i per augmentar la percepció de control i autoeficàcia. Entre altres mesures hi ha (Mariné, Lloret):
- Aprendre a defugir les expectatives poc realistes i les falses esperances.
 - Rebutjar i criticar els discursos demagògics del poder.
 - Traspasar la responsabilitat de la falta de mitjans tècnics i organitzatius a qui correspon. I demanar que les organitzacions col·legials i sindicals ens representin.
 - Detecció precoç dels signes i símptomes reveladors del desgast professional en un mateix i en els companys.
 - Cercar camps on cultivar l'autoestima i allunyar-se dels jocs competitius.

Ús de tècniques de:

- Entrenament en relaxació.
- Autoregulació i control.
- Gestió del temps.
- Millora d'habilitats socials.

Però si és veritat que no podem canviar gaire la pròpia manera de ser i reaccionar i les mesures preventives són molt migrades no és estrany que una de les propostes de prevenció sigui que "determinades persones no haurien de fer uns determinats tipus de feina, especialment quan el treball provoca un estrès que té conseqüències negatives per la relació amb els malalts, els companys o un mateix" (Lloret). I si ja som dins i tot ha fallat, el canvi de treball pot ser l'única solució.

Caldria, doncs, una orientació laboral basada més en la personalitat i les actituds que no pas en els coneixements. I caldria, abans de començar en un lloc de treball, avaluar la possible adequació entre les característiques de la feina que es presenta i la pròpia personalitat. Negar el risc és poc intel·ligent i impedeix, a més, prendre les mesures preventives adients. I una vegada acceptats, cal preparar per als debutants programes de prevenció que donin estratègies per afrontar l'estrès laboral, que ofereixin models realistes de la feina de metge avui i que capgirin expectatives errònies. Massa sovint el metge que comença desconeix el risc laboral per manca d'experiència i per una "il·lusió optimista i ingènua" de control sobre la situació (Mingote).

Mentre aquestes mesures no arribin a aplicar-se de forma general ens cal trobar mesures d'emergència per quan la sobrecàrrega o la tensió estan a punt de treure'ns de polleguera, tant si som pediatres a risc com si el que ens passa és que ens estan carregant massa pes a l'esquena. És en aquesta

direcció que des de fa uns anys hem transformat les Jornades de l'Associació Catalana per la Infància Maltractada a les comarques de Ponent en parèntesis de reflexió per als professionals amb l'objectiu de "saber tenir cura d'un mateix per poder tenir cura d'altres" (Delgado).

Fa poc, al darrer Congrés de la Societat Europea de Pediatria Ambulatoria (SEPA), vàrem resumir en una mena de decàleg una part dels recursos que ens poden ser útils quan la situació està a punt de depassar-nos. Són mesures d'emergència que podem aplicar abans, durant i després del moment difícil per recuperar el necessari equilibri.

Inclouen:

- Sospirar profundament tres vegades. Pot ser útil incloure-ho en el procés d'auscultació de l'infant: abans, per ensenyar-li com ha de respirar, o bé aprofitant uns segons d'auscultació.
 - Respiració superficial conscient mentre fem una activitat que ens permet desconnectar del contingut i centrar-nos en la nostra actitud.
 - Preguntar-se: hi ha, ara mateix, alguna manera millor de tenir cura de mi? Aturar-se permet veure, sense exageracions, la realitat de la situació que vivim. Si cal, podem recloure'ns en l'únic espai on ens podem quedar sols: el lavabo.
 - Somriure sempre ajuda. A qui dóna el somris i també a qui el rep. I és bo recordar que el somriure que no es dóna es perd.
 - Rentar-se durant una estona els canells i les mans. Si hi ha un mirall davant podem fer-nos aparèixer el somriure a la cara.
 - Regar: dir-li a algú, amb claredat, allò que ens agrada d'ell.
 - Enumerar detalladament un mínim de 5 tasques dutes a terme correctament (per molt simples que ens hagin semblat).
 - Dir "no ho sé" és dir molt. Ens resitua en la dimensió humana de la limitació i ens obliga a superar-nos per cercar la resposta.
 - Limitar la nostra implicació a partir del moment en què no som capaços de donar més. Ajornar els esforços, llavors, per a una millor oportunitat.
 - Escriure i descriure amb precisió la situació que no ens sembla justa i fer arribar l'escrit als superiors responsables del servei on treballem.
- Com conclouen Gual i Lusilla, cal que les institucions canviïn, però també cal que nosaltres, individualment i col·lectivament, defensem el dret a passar-nos-ho bé en l'exercici de la nostra feina i ens cal exigir les condicions que ens permetran gaudir-ne. Defensar unes condicions de treball saludables convé tant als professionals com als pacients. I solament evitarem de cremar-nos si podem gaudir de la nostra professió.

L'obligació de mitjans

J. Corbella i Duch · *Advocat*

És habitual en la literatura jurídicosanitària –cas que existeixi una literatura d'aquesta mena– repetir que el metge i els altres professionals de la sanitat tenen una obligació de mitjans i no pas de resultat i, tot seguit, afegim: el metge no està pas obligat a obtenir sempre la curació del malalt, perquè tal cosa és impossible.

Però sí que està obligat a utilitzar tots els mitjans que són al seu abast per millorar i recuperar la salut del malalt i, tot seguit, es fa referència a una llarga llista de sentències del Tribunal Suprem que fan aquesta mateixa afirmació. Aquí ens limitarem a citar només la del dia 23/09/04, que al repertori de l'editorial "Aranzadi" té el núm. 5890.

I després de llegir això, tots ens quedem una mica més tranquils, com quan ens triem un pes de sobre. Però no ens podem quedar a la superfície. Ens cal entrar una mica més en la qüestió i intentar veure l'abast que té una expressió com aquesta que, en poques paraules, diu moltes coses.

En primer lloc, cal dir que la norma no és general i que no s'aplica sempre, atès que hi ha relacions en què el professional de la sanitat s'obliga a l'obtenció d'un resultat. Per això distingim entre la medicina curativa o assistencial i la medicina voluntària o satisfactòria.

L'obligació de mitjans és norma en la medicina assistencial, però quan es tracta d'una actuació mèdica voluntària per al malalt que, sense deixar de ser pacient, esdevé client, el metge assumeix les obligacions pròpies d'un contracte d'obra i s'obliga a obtenir un resultat determinat. Són els supòsits de cirurgia estètica, d'esterilitzacions (vasectomia i/o lligadura de trompes) i d'odontologia. En aquests supòsits, cal que la informació sigui més acurada i el professional no s'ha de comprometre mai a obtenir un resultat que es presenta incert o dependent de moltes variables.

Fins aquí hem trencat la norma general, ja que hem vist que en determinades actuacions al professional sanitari se li exigeix un resultat. Però l'obligació de mitjans hi és sempre, tant si cal arribar a un resultat predeterminat com si no.

Aquesta obligació també és coneguda com l'aplicació de la *lex artis ad hoc*, que no es tracta pas d'una cosa estranya i del passat, sinó d'una realitat molt actual que s'aplica a tots els professionals (paletes, llauers, cambrers, taxistes, etc.), i no només als de

la medicina, és una obligació imposada per l'art. 1104 del Codi Civil a tots aquells que són part en un contracte.

La *lex artis ad hoc* indica que cal actuar segons les circumstàncies de cada cas i que s'han d'utilitzar tots els mitjans disponibles en el lloc de la prestació. Exigeix tenir en compte les circumstàncies del lloc i del temps de l'actuació, tant les que afecten el malalt i el seu entorn com les que estan relacionades amb l'estructura física i els mitjans materials del lloc, que depenen de l'organització sanitària. I, dintre de la *lex artis*, s'inclou l'obligació de donar una informació completa i detallada del diagnòstic, i alternatives de tractament –també en el cas que només hi hagi una possibilitat–, perquè el malalt pugui decidir amb plena llibertat i coneixement.

En la societat actual, on tots som consumidors i usuaris de serveis, hi ha una tendència a exigir responsabilitats als prestadors de serveis tan bon punt les coses no resulten com s'esperava.

En definitiva, es demanen resultats i no s'admeten els fracassos. Per això, cada vegada s'exigeix més en l'aplica-

◆ **El professional de la medicina està obligat a utilitzar tots els mitjans al seu abast per millorar i recuperar la salut del malalt, no a tenir bons resultats**

ció dels mitjans en l'àmbit de la sanitat i cada vegada hi ha més reclamacions, i a la societat li costa més admetre que la naturalesa humana és fràgil i limitada i que la malaltia i la mort formen part de la mateixa existència.

Davant d'aquesta situació, cal preguntar-se quina és la responsabilitat que tenen els mateixos professionals de la sanitat que cada dia surten a la premsa per explicar els avenços que permeten aturar o curar malalties i la utilització de noves tècniques de diagnòstic que fan més fàcils els tractaments.

Cal prudència en la divulgació dels avenços científics per evitar que la gent cregui que és possible arribar a l'eterna joventut. Segurament, cal rellegir el mite de Faust i recordar que la vellesa i la mort estan incloses en l'essència de l'home. I també cal tenir prudència a l'hora de fer les prestacions assistencials i recordar que cal aplicar tots els mitjans materials i intel·lectuals disponibles per complir, així, amb el principal deure professional.

BIBLIOGRAFIA

Freudenberger, H. "Staff burn-out". *J Soc Issues*, 1974; 30:159-165.

Maslach, C. *Burnout: the cost of caring*. Nova York: Englewood Cliffs. Prentice Hall Press; 1982.

Tizón, J.L. "Componentes psicológicos de práctica médica: una perspectiva". *Monografías médicas*, 331. Academia de Ciencias Médicas de Catalunya i de Balears. Barcelona, 1987.

Pinesa, A.; Aronson, E. *Carreer burnout: causes and cures*. Nova York: Free Press, 1988.

Moreno, B.; Oliver, C.; Aragonés, A. "El burnout: una forma específica de estrès laboral". A: G. Buela-Casal V.E. Caballo, editors. *Manual de Psicología Clínica Aplicada 271-285*. Siglo XXI de España Eds. SA, 1991.

Maslach, C.; Jackson, S.E.

Inventario burn-out de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral y asistencial, edició espanyola. Madrid: Ediciones TEA; 1997.

Mingote, J.C. "Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional". *Form. Médica Continua*, 1998; 5:493-509.

Lozano, A.; Montalbán, M. "Algunos predictores psicossociales de burnout". *Gestión Hospitalaria*, 1999; 10:66-74.

Esquerda, M.; Prado, S. Solé, E.; Pifarré, J.; Gomà, A.R. "La síndrome de burnout (desgast professional) entre els pediatres de Lleida". *Pediatr. Catalana*, 2000; 60:12-19.

Bustanza, A. i cols. "Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles". *An Esp Pediatr*, 2000; 52:418-423.

Módol, L.; Pifarré, J.; Lusilla, P.; Esquerda, M., Batalla, I.;

Mur, M. "Detección del síndrome de burnout en médicos de atención primaria de una provincia (Lleida)". *Congreso Nacional de Psiquiatría*. Saragossa, 2001.

Lloret, J. "Estrès i síndrome de desmotivació professional (burnout) en els treballadors de la sanitat". Conferència al servei SCUBSA-061. Barcelona, 20 de juny de 2001.

Gual, A.; Lusilla, P. "Cremats o atrapats? Un dia a la vida del doctor Jordi Gris". *Ann. Med.* (Barcelona), 2001; 84:87-9.

Cebrià, J.; Corbella, S. "La síndrome del burnout: el pes de la personalitat". *Ann. Med.* (Barcelona), 2001; 84:90-287-9.

1. Bruguera, M. "La prevenció de la síndrome del metge cremat, una assignatura pendent". *Ann. Med.* (Barcelona), 2001; 84:93-4.

2. Mariné A. "És possible prevenir el burnout?". *Ann. Med.* (Barcelona), 2001; 84:95-6.

Domingo, F. "Familia que plora, professionals al límit i disgust per a tots: Ho estem fent bé? Rutlla, la nostra xarxa?". *Pediatría Catalana*, 2002; 62: 73-80

Luchelli, R.; Loschi, L. "Pediatrician's quality of life: recognizing and avoiding burnout. *Parallel session - XIV Congrés de la Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire (SEPA)*. Milà, 2003.

Domingo, F.; Piqué, C. "Pediatric Primary Care and burnout: Emergency guidelines". *Poster al XIV Congrés de la Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire (SEPA)*. Milà, 2003.

Delgado, F. "Tenir cura d'un mateix per poder tenir cura d'altres". *Jornades ACIM-Teres de Ponent*. 1999, 2000, 2001, 84:93-4.

Les armes de foc i l'Estudi General de Lleida (SEGLE XVI)

En l'anterior número del 'Butlletí' vam estudiar els orígens de les ferides per arma de foc a Lleida i vam relatar un dels primers casos judicials documentats de mort per aquest instrument lesiu, la de l'oficial reial Andreu Calaft el 26 d'agost de 1589.¹ Però sabem que no va ser el primer esdeveniment d'aquesta naturalesa, perquè ja el 23 de març de l'any 1555 s'obrí una investigació per l'assassinat d'un home amb una escopeta.²

Dr. Manuel Camps Surroca i Dr. Manuel Camps Clemente

L'esmentat any 1589 i els successius, sacsejats per la pesta i el bandolerisme que regnaven al Principat, la nostra ciutat va viure diversos conflictes relacionats amb les armes de foc, alguns dels quals van succeir entre la gent del món universitari lleidatà. Però abans de relatar-los, explicarem algunes notícies i esdeveniments relacionats amb l'ús i abús d'aquestes armes, i també una troballa que considerem interessant per la seva raresa documental i pel fet d'aportar-nos indicis de caràcter forense o d'identificació sobre ferides per pedrenyal.

Algunes notícies d'armes de foc a la Lleida renaixentista

Durant el segle XVI hem trobat documentació relativa a les armes de foc que ens demostra que eren ben presents en la vida ciutadana i motiu, no infreqüent, d'accions violentes que sotragaven la vida diària, les quals, en els periòdics d'avui en dia, igual que el rum-rum que produïen en aquell temps, haurien estat, sens dubte, notícia. En relatarem alguns casos que hem pogut investigar.

L'any 1545, habitava a la ciutat un venedor, o potser fabricant de pilotes, conegut amb el nom de mestre Pedro (la pilota era la bola de pedra o de metall amb què es carregaven les armes de foc), el qual el 19 de febrer va intentar degollar un pescater de Tarragona que s'endugué la seva muller Caterina de l'hostal de l'Àngel.³ Pocs anys després, el 1555, vivia a Lleida l'arcabusser mestre Antoni Ardio.⁴

Malgrat que cap a finals del segle

XVI les Constitucions de Catalunya prohibien portar pedrenyals, tant curts com llargs, la població no feia cap cas d'aquesta prohibició.⁵ En mostrarem tot seguit alguns exemples.

L'11 de març de 1598, s'obrí un procés contra el ballester (fabricant de ballestes) Masseres pel fet de tenir armes prohibides a casa, malgrat les crides públiques que es feien tot sovint per desautoritzar la seva tinença. Li trobaren amagades una *pedrenyala*, una escopeta i una espasa.⁶

El 2 de febrer de 1598, el criat del carlà de Corbins, Jeroni Duran, va ser empresonat perquè li va caure un pedrenyal que portava sota la capa a la plaça de Sant Joan i va ferir un sastre. Un cop a la presó, va ser visitat

pel metge Jaume Altarriba i li va pronosticar, com era preceptiu en aquests casos, que li perillava la vida. La part final del seu informe mèdic concreta: "Per ço que esta ab un catarro y ab perill de mal de costat que així necessita eixir de dites presons." Després, el va atendre el doctor Ardio, que en trobar-lo amb febre va indicar el mateix: "Que així necessita eixir de les presons hon esta detingut."⁷

El 15 de juny de 1591, el sastre de Lleida mestre Pere Barra acompanyà la vídua coneguda amb el nom de Gostauli, filla de Francesc Martorell, al monestir del Carme situat fora murs. En retornar a la ciutat, i trobant-se davant la creu emplaçada prop del portal dels Infants, li va sortir Sebastià Coto, àlies Turla, cirurgià de la ciutat que tenia uns 25 o 26 anys. Després d'unes breus paraules entre ells, Coto l'amenaçà de mort i va treure un pedrenyal que portava. Va ser empresonat per aquest fet, i durant l'interrogatori va manifestar que quan va tenir lloc la brega havia d'anar a Torrefarrera a fer una sagnia a un malalt.⁸

Altres vegades, com ja hem indicat al principi, era el bandolerisme i no els fets individuals el que sacsejava les viles, torres i camins. Aquests grups o equips de delinqüents, vulgarment coneguts com a *lladres de camí ral*, aprofitaven les èpoques difícils (per exemple, les de pesta) per dur a terme les seves malifetes. Els nostres pobles en sofrien les conseqüències, tal com va succeir l'1 d'agost de 1589 en envair Almacelles un grup de bandolers armats amb pedrenyals, quan era batlle de la població Marià Mascaró.⁹

També el 23 d'octubre del mateix any entraren a la vila d'Alcarràs 36 bandolers armats de la mateixa manera, quan era el batlle del poble Francesc Mateu, i el carnisser Joan Escures.¹⁰ I uns dos mesos abans, el 16 d'agost, succeïren una sèrie de fets al poble de Cubells, també capitanejats per bandolers armats amb pedrenyals i alfanges (l'alfange era un sabre curt i corbat, amb tall en una sola banda i dos talls a la punta, usat pels pobles orientals).¹¹

El 14 de setembre de 1590 passava el mateix a Montagut; i el mateix dia, a Lleida, uns quants homes armats amb pedrenyals i altres armes prohibides avalotaven la ciutat i maltractaven moltes persones amb paraules injurioses.¹² El 24 de juny de l'any següent, l'entrada de lladres — gairebé tots portaven dues armes: "ço es una pistola i un pedrenyal" — a Torrefarrera ocasionà algunes morts.¹³

Un cas de cremada cutània per tret de pedrenyal

En la literatura mèdica i en l'època aquí estudiada, les ferides per arma de foc interessaven més des del punt de vista del seu tractament quirúrgic que

Estudi bandoler lleidatà, segle XVII, segons M. Roig Nadal



no del forense o d'identificació. Però hem trobat una trifulga que, tal com la va redactar l'escrivà encarregat d'escriure-la en el document, la podem veure amb ulls de metge forense. Ens referim a la *cremada cutània* produïda per l'efecte d'una pedrenyalada que el lesionat va mostrar al veguer i als paers encarregats de jutjar el cas.

Així, el 20 d'octubre de 1590, Joan Roca sortia de casa de la seva sogra, Bàrbara Guillema, llevadora de la ciutat, en direcció a casa de mossèn Onofre Pelegrí, situada a la plaça de l'Hospital. S'hi dirigia a donar recapte a una egua que aquest li havia prestat per anar a veremar. Pel camí el va sorprendre Pere Panavera, antic promès de la seva muller, que traïent les mans de sota la capa li va posar el canó d'un pedrenyal al costat esquerre i el va *desarmar* (disparar). Aleshores, la víctima va declarar al veguer i paers: "Yo ab les mans he apartat un poch dit cano y yam so sentit ferit en lo bras y en lo costat encara que gracias a nostre Senyor no me ha sino socarrat lo dit costat y bras com v.s. poden veure."¹⁴

Baralla entre el criat del canceller i el rector de l'estudi

El relat que a continuació exposem, corresponent a l'any 1589 —una brega entre el criat de raça negra del canceller i el rector de l'Estudi General—, ens permet intuir, a part de les probables i dissimulades males relacions personals entre el rector i el canceller que ja vam comentar en un treball anterior del *Butlletí*¹⁵, un fons latent de racisme que potser contribuïa a la producció d'actuacions violentes i d'expressions verbals inadequades, fins i tot per part del mateix rector de l'Estudi.¹⁶

El criat del canonge Margalef, aleshores canceller de l'Estudi¹⁷, era de raça negra, fet que, com veurem després escoltant les seves pròpies expressions i les del mateix rector de l'Estudi, ens ha portat a sospitar, com indicàvem, l'existència d'indis de racisme a l'entorn de l'Estudi General. El criat de Margalef es devia sentir humiliat pel simple fet de ser de raça negra; i el rector veia, potser com una maledicència, la possibilitat de morir pel cop de la daga d'un negre.

Dos mesos després de la mort d'Andreu Calaft, a la qual ens referim en el primer paràgraf d'aquest article, l'esclau del canonge i canceller Margalef —sabem que Margalef posseïa un hort situat prop de Sant Llorens¹⁸—, conegut amb el nom de Joan Moreno, va denunciar el veguer Onofre de Merles, que el vespre del 28 d'octubre de 1589, un cop tocades les oracions, es dirigia a la casa del seu amo a través d'un portell situat en un tros de

PASSA A LA PÀG. SEGÜENT

◆ En la literatura mèdica del segle XVI les ferides per arma de foc interessaven més des del punt de vista del seu tractament quirúrgic que no del forense

muralla enderrocada. En arribar allí, i trobant-se prop d'un femer proveït d'una aigüera i situat darrere de l'esmentada casa, va veure com quatre homes vestits de negre es dirigien cap a Sant Andreu.

Dels quatre, va poder identificar el més alt de tots, que es deia Corrons i anava abillat amb l'hàbit de col·legial del Col·legi Nou, també conegut amb el nom de la Concepció de la Mare de Déu (aquest hàbit l'acostumaven a portar els estudiants d'aquesta residència durant el dia). Al mateix temps, va sentir com els quatre individus xiuxiuejaven aquestes paraules: "Veus allí lo negre!". I també s'adonà que començaren a "fer roncs i xiribecs".

Aleshores, el negre s'aturà i els digué: "Senyors, si voleu ballar jous fare so!", ja que portava una guitarra i es divertia fent-la sonar. Però veient que no li feien cap cas, se sentí menyspreat i els va dir: "Encara que sie negre tant valc com vosaltres!". A continuació, agafà una pedra i pujà en un *altiró* situat allí amb la intenció d'amenaçar-los.

Immediatament, un d'ells li va encacar un pedrenyal al cap i va disparar. El negre, veient el foc, va aixecar els braços, es girà de costat i va percebre com les pilotes li passaven per davall d'aquests. Molt enutjat, es va treure la daga que portava, però al mateix temps el bruscat moviment que va realitzar li va fer caure a terra l'espasa que duia penjada al costat, moment en què Corrons aprofità per recollir-la amb la intenció d'agredir-lo.

El negre es llançà contra la persona que li va disparar el pedrenyal amb la finalitat d'apunyalat-la amb la daga. Aconseguí fer-la caure a terra i li posà aquesta sobre el coll dues o tres vegades, però sense intenció real de matar-la, perquè temia que el seu amo, el canonge Margalef, es queixaria d'ell (recordem que Margalef era el canceller de l'Estudi i estava obligat a relacionar-se amb el rector, perquè així ho obligaven els Estatuts de l'Estudi i la política universitària d'aquell temps).

Mentrestant, la víctima, tombada a terra, cridava: "Viafora ajudaume que per mans dun negre tinch de morir!"

En aquestes, l'estudiant Domingo Carrera (criat del canonge Rajadell), que passava per allí, els va separar i li va dir al negre: "Joan, deixau la daga que es amich i conegut, no li fassau mal!" Aquest li va fer cas i el va deixar aixecar de terra. Aleshores, la víctima i els altres tres que l'acompanyaven van poder continuar el camí en direcció a Sant Andreu, mentre el negre sentia que l'esmentat criat de Rajadell deia que el personatge que li havia disparat i que ell tenia sota terra era, ni més ni menys, que Jaume Gallart, rector aquell any de l'Estudi General.

Es veu que l'esmentat criat del canonge Rajadell havia acompanyat el seu amo a visitar el canonge Margalef,

◆ **La inspecció ocular del cadàver la duien a terme el lloctinent de cort i veguer i el paer**

◆ **El veguer donava la llicència per soterrar els cadàvers**

i mentre estaven a la sala de la casa d'aquest va sentir un tir de pedrenyal i uns crits, que el feren eixir immediatament de la casa per veure què estava succeïnt al carrer.

També el seguien els canonges Torner, Margalef i Joan, i tots junts acon-

seguien prendre la daga al negre i posar fi a la baralla.

La mort violenta d'un estudiant de la Universitat

El diumenge 21 d'abril de 1591, entre les 10 i les 11 de la nit, uns malvats dispararen uns tirs de pedrenyal a l'estudiant Miquel Vidal, fill del notari del mateix nom que vivia al carrer de Cavallers.¹⁹

Van dur a terme la inspecció ocular del cadàver, com era costum, el lloctinent de cort i veguer, Miquel Torner, i el paer Joan Rufes.

A la sala de la casa de l'esmentat carrer trobaren el cos mort, abillat amb una "camisa i gipo de llens picat i uns greguescos (calçons amples) de mescla sens barret i descals". Li van veure una ferida de pedrenyal al tors i el pare l'identificà com el seu fill. Acte seguit, el veguer declarà la mort del jove i donà l'acostumada llicència per soterrar-lo.

Un testimoni del fet, el magnífic Lluís Valls, acompanyat del seu criat, es va veure involucrat entremig de l'aldarull estudiantil i va confessar que, trobant-se al Peu del Romeu, va sentir tres trets de pedrenyal, l'últim dels quals



Lesió cutània per arma de foc (frec simple, sense orifici d'entrada)

gairebé coincidir amb l'arribada de les pilotes fins al mateix costat de l'esmentada capella. Immediatament es dirigí, costa amunt, pel carrer Cavallers en direcció al lloc on li semblà que procedien els trets. Pel camí es topà amb tres homes que corrien carrer avall. Els va aturar i els preguntà qui eren. Un d'ells li va respondre que s'anomenava Pastor, però Valls no el va reconèixer ni sabia si era estudiant. Tampoc va veure si anaven armats amb pedrenyals. Però el seu criat va aconseguir apoderar-se d'un de molt roí que portava un dels tres malfactors. Era un pedrenyal de la mida, ni llarg ni curt.

El mateix Lluís Valls, un cop va haver deixat els delinqüents, seguí el camí devers la casa del mort i va poder donar la següent informació:

"Viu lo fill de dit m^o Vidal en terra bo y mort y viu que en lo cap tenia una ferida de pedrenyal lo qual fadrí viu tenia flasco y clau de pedrenyal en lo coll y no li viu pedrenyal."

Pel que relata, sembla com si a la víctima li haguessin robat el pedrenyal que portava penjat al coll i solament li hagués quedat el flascó i el clau (peça

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Imatge superior: Projectil de pedra (pilota). Segle XVI
Imatge de l'esquerra: Pedrenyal

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

que en els pedrenyals servia per inflamar la càrrega i disparar l'arma).

D'altra banda, un altre testimoni dels fets, el magnífic Miquel Joan Alzina, resident a Lleida i oriünd de Barcelona, havia de fer posar unes conclusions (tesis o punts que en les escoles de filosofia se sostenien contra les objeccions de l'adversari) que el dimecres anterior havia defensat.

Però es veu que el rector de l'Estudi li havia ordenat que no hi anés cap estudiant a posar-les. Per aquest motiu, Alzina va utilitzar tres fadrins escrivents amics seus perquè ho fessin en companyia dels bidells. Aquests fadrins eren Simó Pastor, Pere Thomas i Matheu Bonet.

Malgrat la negativa del rector a utilitzar estudiants per a aquesta finalitat, i trobant-se Miquel Joan Alzina a casa de la vídua Sahuch en companyia de mossèn Garbí (probablement graduat en dret), hi feren cap els estudiants Ramon Mora i Serdà, mentre esperaven que arribessin els bidells. En aquestes, es presentà l'estudiant Miquel Vidal (protagonista d'aquest article). Veient que els bidells no hi feien cap i ja es feia tard (eren entre les 10 i les 11 de la nit), Garbí hagué de marxar de casa i li va dir al fadrí escrivent Simó Pastor —que també es trobava allí— que l'acompanyés. També s'hi ajuntaren el

fadrí escrivà Pere Thomas i el mateix estudiant Miquel Vidal, malgrat haver-li aconsellat que no ho fes. Però contra la voluntat de tots, la insistència de Vidal va fer que se sortís amb la seva i, a més, que eixís al carrer armat amb un pedrenyal.

Al cap d'un quart d'hora —segueix confessant Joan Alzina— van sentir grans crits al carrer, que deien: "Deteniu-los!" A l'instant, ell mateix, els estudiants Ramon Mora i Serdà, l'escrivà Matheu Bonet i dos criats més que es trobaven allí van treure el cap per la finestra i van sentir veus que cridaven mossèn Valls, el qual, enmig de l'esvalot, va aconseguir aturar tres o quatre participants en el disturbí i els preguntà qui eren.

Un d'ells li respongué que era criat de v.m. Pastor. Tot seguit, Valls i els que l'acompanyaven pujaren carrer amunt i els esmentats escrivents Pere Thomas i Simó Pastor retornaren a casa de Joan Alzina i li digueren que prop de casa del notari Miquel Vidal els havien disparat tres o quatre pedrenyalades, però que no sabien qui ho havia fet ni si en resultà algú ferit.

Aclariment

El peu de fotografia de la pàgina 29 de l'anterior *Butlletí Mèdic* és el següent: Pistola de pedrenyal del segle XVI fabricada a Ripoll, segons A. Noé. *Història de Catalunya*. Ed. Salvat.

NOTES

(1) CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: "Orígens de les ferides per arma de foc a Lleida". *Butlletí Mèdic*, núm. 50, gener del 2005, 26-29.

(2) AML. Reg. 827, foli 63.

(3) AML. Reg. 826, foli 207.

(4) AML. Reg. 827, foli 105.

(5) AML. Reg. 829, foli 8 (any 1590); Reg. 832, foli 146v. (any 1598).

(6) AML. Reg. 831, foli 165.

(7) AML. Reg. 831, foli 67.

(8) AML. Reg. 829, folis 185, 188v., 189, 190, 190v.

(9) AML. Reg. 828, foli 70.

(10) AML. Reg. 828, foli 72v.

(11) AML. Reg. 828, foli 116.

(12) AML. Reg. 829, folis 27 i 19.

(13) AML. Reg. 829, folis 199 i 200v.

(14) AML. Reg. 829, foli. 36.

(15) CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: "La mestrescolia de l'Estudi General de Lleida i l'intrusisme mèdic". *Butlletí Mèdic*, núm. 40, maig del 2003, p. 18-21.

(16) AML. Reg. 828, folis 257-258.

(17) El canonge Margalef va ser, creiem, l'últim canceller de l'Estudi General. Després, les Corts celebrades a Montsó el 1585 van dissoldre la cancelleria i crearen la mestrescolia, institució que començà a funcionar l'any 1597 amb el canonge Maties Ferrer, el primer mestrescola de la Universitat lleidatana.

(18) AML. Reg. 833, folis 6-8.

(19) AML. Reg. 829, folis 154-155v.



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.

- 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

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

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT



Joies úniques

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

PERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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



invalidesa

Perquè la vida
no es pot aturar



MutuaMédica

Passeu per la vida
amb **seguretat**

Renda mensual que cobreix el mateix procés de baixa des del primer dia i fins als 70 anys.

En cas de baixa per maternitat, cobertura durant 4 mesos.*

*La cobertura de baixa per maternitat té una carència de 15 mesos.

Assegurança renovable anualment a voluntat de l'assegurat.

Avantatges fiscals.

I com a novetat:
revalorització automàtica de les cobertures per tal que no perdeu poder adquisitiu.

Informació al Metge
Tel. 901 215 216

www.mutualmedica.com
infomutual@mutualmedica.com