



Programes sanitaris dels partits polítics



BUTLLETÍ mèdic

Número 60, setembre de 2006

Edició:
Col·legi Oficial de Metges
de Lleida
Rambla d'Aragó, 14, altell
25002 Lleida
Telèfon: 973 270 811
Fax: 973 271 141
e-mail: comll@comll.cat
http://www.comll.cat
butlletimedic@comll.cat

Consell de Redacció:
Emiliano Astudillo Domènech
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Ignasi Casado Zuriguél
Joan Clotet Solsona
Josep M. Groles Solé
Albert Lorda Rosinach
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñasal Pujol
Josep Pifarré Paradero
Joan Prat Corominas
Jesús Pujol Salud
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
Teresa Utgés Nogués
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester COMUNICACIÓ

Disseny i maquetació:
Baldo Corderroure

Correcció: Torsitrad

Publicitat: COML

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

Programes sanitaris per a l'1-N

Falten poques setmanes per a la celebració de les eleccions al Parlament de Catalunya. La política sanitària dels propers quatre anys dependrà del resultat dels comicis. Per aquest motiu, el Butlletí Mèdic ha ofert les seves pàgines als partits catalans per publicar-hi els seus programes sanitaris.

El Butlletí Mèdic ha sol·licitat els programes sanitaris als responsables de les organitzacions lleidatanes dels diferents partits. Tots, a excepció del Partit Popular (PP), han respost puntualment a la nostra oferta. El PP s'ha justificat afirmant que des de l'organització de Barcelona no els han fet arribar el programa sanitari per a les terres de Lleida.

Els lectors i lectores del butlletí comprovaran que cap dels programes sanitaris no parla del finançament del sistema. Un finançament que és el rovell de l'ou de la qüestió, ja que sense partides pressupostàries no hi ha res.

Considerant que la despesa sanitària s'ha disparat a tota Europa —excepte a Finlàndia—, quant al PIB, opinem que s'haurien de proposar nous models de finançament que siguin sostenibles i que garanteixin i millorin les prestacions i serveis als ciutadans. Models que han de comptar amb la participació dels usuaris i dels professionals sanitaris.



Per tot allò que us faci falta

Cada dia som més a prop vostre per tal d'oferir-vos el millor servei. Trobareu l'assessorament d'excel·lents professionals i experts, les millors ofertes, prestacions i facilitats, bones condicions i preus raonables. Tot perquè us sentiu realment protegit, pugueu gaudir del lleure i guanyeu comoditat, seguretat i qualitat de vida.

- Protecció personal i familiar
- Protecció patrimonial
- Protecció professional
- Servei a empreses
- Serveis especials

Informeu-vos-en al vostre Col·legi o trucant al telèfon
902 198 984

www.med.es
medicorasse@med.es



MEDICORASSE, corredoria de segures del CMB, S.A.U. NIF-A-59-498220. DGS. clau J-928. Pólissa de responsabilitat civil i fiança d'acord amb la llei 3/1992, de 30 d'abril.

sumari

Les pròtesis osteoarticulars

Anàlisi de la importància de les pròtesis i l'adaptació dels habitatges per a discapacitats.

PÀGINA 18

La rehabilitació domiciliària

Avantatges i inconvenients de la rehabilitació a domicili.

PÀGINA 25



Acords de la junta de govern del COML

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML), en les sessions ordinàries del 31 de maig i 5 de juliol de 2006, ha acordat i tractat, entre altres, els següents temes:

- Presentació del VI Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari. En aquesta edició, s'ha presentat un únic projecte. La Junta de Govern s'ha constituït en jurat per estudiar i valorar la candidatura.
- Nomenament, des del Consell de la Profesió Mèdica de Catalunya, dels representants del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya per Lleida: 1.- Plenari CPMC: Dr. Xavier Rodamilans de la O com a membre titular i el Dr. Manel Piqué Gilart com a suplent. 2.- Taula de l'ordenació de la professió: Dra. Rosa Maria Pérez Pérez com a titular i Dr. Ramon Mur Garcès com a suplent. 3.- Taula de l'exercici de la professió: Dr. Carles Querol Vela com a suplent.
- Nomenament de nous membres de la secció Col·legial de Metges Oftalmòlegs. En el procés electoral celebrat el passat 28 de juny van resultar elegits com a vocals de la seva Junta la Dra. Maria Àngels Juárez Casado, la Dra. Rosa Maria Roca Cortés i el Dr. Abel Salas Carrascón. Resta sense cobertura una vocalia.

Moviment de col·legiats

ALTES

José Maria Barón Burrel, Marta Francisca Mayoral Masana, Fernando Paredes Carmona, Maria Carme Farran Balcells, Mariano Dieste Marcial, David Truán Cacho, José Luis Morales Rull, Anna Hernández Bacardit, Juan Carlos Cruz Carvajal, Anna Foix Pallás, Luis Fernando Chilangua Sepúlveda, María Cruz Sanz Martínez, Dayami de los Ángeles Gueren Cosme, Paula Sol Ventura, Ramon Mòdol Guiu i Ana Maria García de Soares.

BAIXES

Mes de juliol: 4. Mes de agost: 4. Defuncions: Entre les baixes del mes de juliol figura la defunció del Dr. Sebastià Cabecerán Mirada i entre les del mes d'agost la del Dr. Josep Coca Balagueró.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passa a col·legiat honorífic el Dr. Francisco Franch Gozalbo.



Cada vegada un major nombre de persones reben tractament amb anticoagulants orals com a prevenció i tractament de les afeccions del cor i de circulació de la sang

El Sintrom, controlat a la primària i amb punció capilar

Cada vegada un major nombre de persones reben tractament amb anticoagulants orals (TAO) com a prevenció i tractament de les afeccions del cor (arítmies, infarts, etc.) i de circulació de la sang (embòlies, trombosis, etc.).

Aquest tractament requereix un control periòdic de l'INR per anar ajustant les dosis i mantenir aquest factor de coagulació dins d'uns marges establerts segons la patologia que fa necessari el tractament.

La fibril·lació auricular (FA) és una de les patologies més freqüents (prevalença del 0,4% en població general), tributàries d'aquest tractament. L'atenció primària (AP), principal coneixedora dels malats, és la que ha d'estar en disposició de detectar i indicar els anticoagulants.

Fins ara, les indicacions de TAO han estat de maneig hospitalari, però diversos motius fan plantejar que el seu control sigui assumible des de l'AP:

- Són tractaments perllongats (la majoria de per vida).

- Necessiten controls periòdics durant tot l'any (una mitjana de 14 o 15 puncions a l'any).

- L'envelliment de la població ha provocat un augment del nombre de consumidors de TAO (sobretot per la fibril·lació auricular no reumàtica, patologia freqüent).

- La dispersió geogràfica típica de Lleida, amb molt territori lluny del centre hospitalari de referència (Hospital Universitari Arnau de Vilanova, HUAV).

És per tot això que l'ICS està promovent el control mitjançant els professionals sanitaris, metges i infer-

meres de família, des dels centres d'atenció primària (CAP). A aquesta aposta s'afegeix el canvi en la tècnica d'anàlisi de l'INR, fins ara amb sang venosa i a partir d'ara, amb sang capil·lar. Actualment, 13.309 persones que prenen TAO a tot Catalunya són controlades des de l'AP amb punció capil·lar (Àmbit Pirineus -784-, Àmbit Girona -1.500-, Àmbit Tarragona -589-, Àmbit Terres de l'Ebre -2.000-, Àmbit Costa de Ponent -1.774-, Àmbit Barcelona -2.500-, Àmbit Barcelonès Nord i Maresme -1.015-, Àmbit Centre -2.258- i ara Àmbit Lleida).

Actualment, a l'Àmbit de Lleida ens

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Procediment del test amb coagulòmetre de Roche



trobem amb les dues formes de control de TAO:

- Amb punció capil·lar: ABS Ponts, ABS Cervera, ABS Artesa de Segre, ABS Granadella, ABS Agramunt, ABS Seròs i ABS Tàrrrega. Això suposa un total de 889 pacients. En aquestes ABS, els pacients amb diagnòstics de baix risc són controlats per l'AP (suposa al voltant d'un 60% del total de pacients) i els pacients amb diagnòstics d'alt risc (un 40%) són encara controlats per Hemostàsia de l'HUAV (tot i que igualment amb punció capil·lar). Actualment el percentatge de control descentralitzat a l'AP és d'un 58,1% [50,6-73,7].

- Amb punció venosa i control des d'Hemostàsia: a la resta d'ABS de l'àmbit (ABS Balaguer, ABS Pla d'Urgell, ABS Lleida Rural Sud, ABS Alcarràs, ABS Almacelles, ABS Borges Blanques, ABS Bellpuig, ABS Almenar i les 6 ABS de Lleida Ciutat), que suma 3.208 pacients més.

Control conjunt

El control conjunt des d'AP de Lleida i el Servei d'Hemostàsia de l'HUAV ha requerit:

1. Formació de personal sanitari metges i infermeres. S'ha fet teoricopràctica als CAP i al Servei d'Hemostàsia de l'HUAV.

2. Adquisició de coagulòmetres IZASA per l'Àmbit Lleida.

3. Suport informàtic per confeccionar les pautes TAO informatitzades. Es disposa d'accés via Intranet amb l'aplicació INTRALAB d'IZASA, que comparteix la història clínica d'hemostàsia entre el CAP i HUAV.

4. Classificació dels malalts en baix i alt risc. Els malalts de baix risc són controlats per AP.



Fotografies d'un coagulòmetre d'izasa



El pas de punció venosa a capil·lar ha suposat una millora per als pacients:

- Menys dolor (important en aquelles persones amb males venes).
- Una sola visita (els pacients de baix risc fan una sola visita al CAP o consultori local (CL), on es fan punció capil·lar i entreguen la pauta feta pel metge de família). Els pacients d'alt risc continuen fent dues visites, una per a l'anàlisi capil·lar i l'altra al migdia per recollir la pauta.

Millora per als professionals

Aquesta millora també l'hem viscut els professionals:

- La punció venosa significava una desplegament de personal d'infer-

meria a tots els CL, CAP i domicilis on es fan extraccions amb molt poc temps (les valises que transporten les extraccions a Lleida han de marxar puntualment perquè es tecnifiquen els tubs al Laboratori de l'Arnau).

- Amb anàlisi venosa, l'ABS només disposa d'un sol dia setmanal per fer les extraccions (per enviar els tubs a tecnificar, per repartir aquesta tasca al Laboratori i no saturar-los). Amb punció capil·lar poden desdoblir els dies de control del TAO en més d'un i existeix més marge de temps de treball d'infermeria, cosa que fa que cada ABS s'hi adapti de la manera en que l'equip trobi més adequada.

- El control per part dels metges de família afavoreix la relació dels usuaris amb el seus referents de capçalera i millora el *feed-back* entre l'AP i el Servei d'Hemostàsia (l'hematòloga resta de referència com a consultora per als professionals de l'AP).

Principals dificultats

Els factors que han significat una dificultat a tenir en compte són:

- La reestructuració de tasques i agendes dels professionals implicats, sobretot en els llocs on l'inici ha coincidit amb el període de vacances. En l'actualitat hi ha alguns CAP on cada UBA (metge/infermera) assumeix el control dels malalts que té assignats, i d'altres CAP on una o diverses UBA assumeixen tots els controls de l'ABS.

- En llocs molt dispersos, la punció capil·lar requereix la coordinació de les màquines d'anàlisi existents a l'ABS entre domicilis i consultoris locals (diferents infermeres comparteixen una mateixa màquina en diferents dies).

- Cal també tenir present l'esforç econòmic que l'AP realitza amb aquest canvi a capil·lar: la punció venosa no passa de mig euro en material (aquí només hi comptem material de punció, perquè l'anàlisi era a compte de l'hospital) i la punció capil·lar passa dels tres euros per persona (tant la punció com l'anàlisi són a càrrec de l'AP).

A l'Àmbit Pirineu aquests processos s'ha realitzat amb els coagulòmetres CoaguChek de la casa ROCHE.

Ens trobem a mig camí de finalitzar la total descentralització del control del TAO a les terres de Lleida, que es va iniciar el desembre de 2005 i esperem finalitzar a meitat del 2007, temps en què ja serà una tasca del tot interioritzada pels equips d'atenció primària.

**Gemma Amat i Camats
Cristina Farràs i Sallés
Carme Ciria i Mallada**

II Jornada d'Infeccions en l'Àmbit Sociosanitari

El Servei Català de la Salut (CatSalut) i el Registre d'Infecció Sociosanitària Lleida (RISS) organitzen el 9 i 10 de novembre la II Jornada d'Infeccions en l'Àmbit Sociosanitari. L'objectiu de la jornada és aprofundir la revisió i l'actualització de la infecció associada a cures sanitàries i fragilitat. La jornada permetrà una reflexió conjunta del maneig de les infeccions i una anàlisi dels problemes que es troben actualment en el treball diari en qualsevol àmbit assistencial.

En el marc de la jornada, també s'organitza un taller de rentada de mans a càrrec de Rosamary López i Dolors Castellana, de la Unitat Funcional d'Infecció Nosocomial de l'Hospital Arnau de Vilanova. El taller, adreçat a tots els professionals sanitaris d'atenció directa, tindrà lloc el 9 de novembre de 16.00 a 17.30 hores a l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Lleida.

Els objectius del curs són actualitzar els coneixements teòrics relacionats amb la rentada de mans, sensibilitzar els professionals sanitaris de la importància de rentar-se les mans amb la freqüència adequada, conèixer les noves alternatives a la rentada de mans tradicional quan aquesta resulta difícil de dur a terme i interrelacionar els professionals sanitaris per comprovar les dificultats que sorgeixen.

El programa de la jornada començarà el 10 de novembre a les 9.00 hores amb les xerrades: *Evolució i situació actual del grup de treball*, a càrrec de Marta Gabernet; *Aplicació informàtica, descripció dels continguts actuals del registre*, a càrrec de Blas Sánchez, i *4 anys de registre d'infeccions als centres sociosanitaris de Lleida. Resultats i recomanacions*, a càrrec de Marcos Serranos. Neus Albanell i Jaume Canal en seran els moderadors.

A les 10.15 hores, tindrà lloc la inauguració a càrrec de la consellera de Salut, Marina Geli; el rector de la Universitat de Lleida, Joan Viñas; el director del Pla Sociosanitari, Antoni Salvà; el director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida, Sebastià Barranco, i el director dels Serveis Territorials de Salut a l'Alt Pirineu i Aran, Ramon Pujol.

Després de la pausa, a les 11.15 hores, es parlarà sobre *Atenció ambulatoria de la infecció al pacient fràgil*. A les 12.30 hores, es parlarà sobre els *Nous problemes i noves solucions en resistències bacterianes*. A les 13.30 hores, Antoni Yuste i Teresa Noguera moderaran les comunicacions orals. A les 14.00 està previst el dinar de feina.

A la tarda, a les 16.00 hores, tindrà lloc la taula rodona *Malaltia respiratòria i tractament antibiòtic en els diferents àmbits assistencials: Quan? Quina? Durada?* I a continuació, a les 17.15 hores, la taula rodona *Optimització del maneig del pacient portador/infectat per MRSA en els diferents àmbits assistencials*. Finalment, a les 18.45 hores, Francesc Gudiol, cap del Servei de Malalties Infeccioses de l'Hospital de Bellvitge, impartirà la

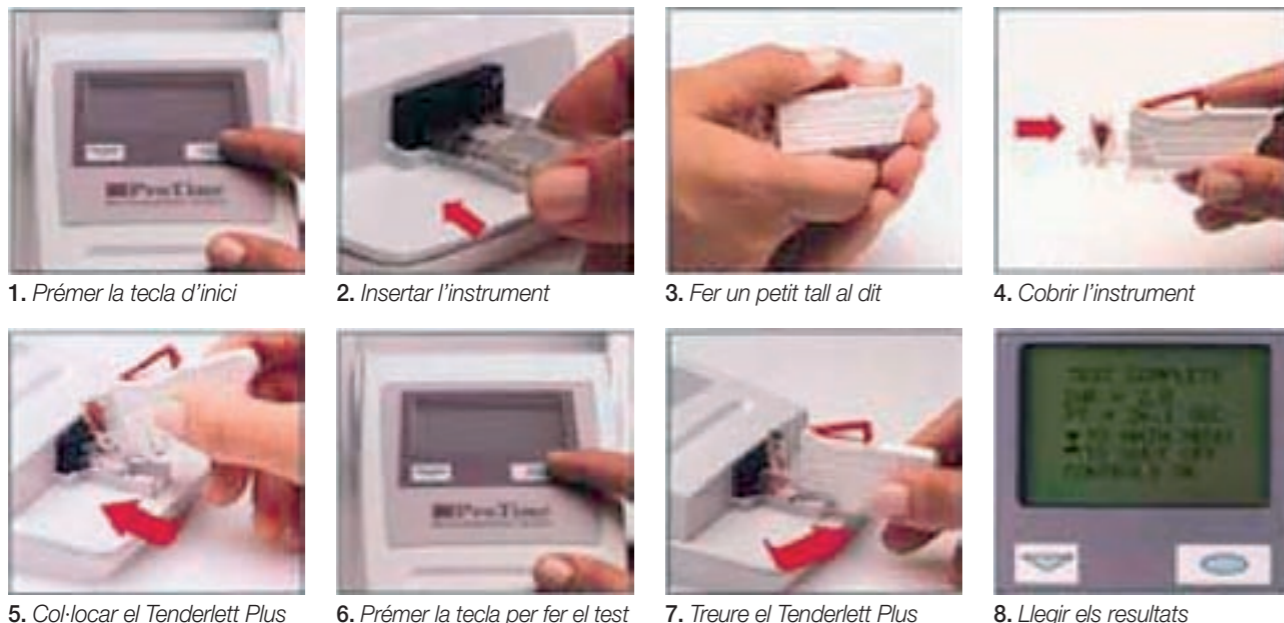
conferència de cloenda *Quin és el nostre camí cap al control de la infecció associada a cures sanitàries*.

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), l'Hospital SAR Jaume Nadal, Centre SAR Terraferma, l'Hospital Jaume d'Urgell, la Fundació Sant Hospital, l'Hospital Comarcal del Pallars, Aran Salut i l'Institut Català de la Salut (ICS) col·laboren en l'organització.

El comitè organitzador està format pel president, Marcos Serrano, Hospital de Santa Maria; la secretària, Marta Gabernet, CatSalut; i els vocals, Paquita Toribio, ABS Ronda; Jesús López, Hospital SAR; Jaume Nadal; Blas Sánchez, Espitau Val d'Aran; Dolors Castellana, HUAV; Josefina Pérez, Centre SAR Terraferma; Juan Merino, Hospital Comarcal del Pallars; Cristina Fumàs, Hospital Comarcal del Pallars; Teresa Noguera, Hospital SAR Jaume Nadal; Mònica Montoliu, Fundació Sant Hospital, i Antonieta Quintillà, Hospital Jaume d'Urgell. El comitè científic està format pel president, Fernando Barcenilla, HUAV; la secretària, Marta Gabernet, CatSalut,



Procediment del test amb coagulòmetre d'izasa



1. Prémer la tecla d'inici

2. Insertar l'instrument

3. Fer un petit tall al dit

4. Cobrir l'instrument

5. Col·locar el Tenderlett Plus

6. Prémer la tecla per fer el test

7. Treure el Tenderlett Plus

8. Llegir els resultats

i els vocals, Jaume Canal, Hospital Jaume d'Urgell; Antoni Salvà, director del Pla Director Sociosanitari; Teresa Pi-Sunyer, IMAS; Neus Albanell, Fundació Sant Hospital; Rosamary López, HUAV; Pau Sánchez, Centre Sociosanitari de l'Hospitalet; Antoni Yuste, Hospital Comarcal Sant Antoni Abad; Joana Barberà, Hospital de Santa Maria; Jordi Cortada, Centre SAR Terraferma, i Mercè García, HUAV.

Inscripcions

Tots els interessats a inscriure's a la jornada han de presentar la butlleta d'inscripció a la secretaria tècnica d'IP Congressos, al carrer Cardenal Cisneros, 28. El seu telèfon és el 973 271 162 i l'e-mail, congressos@publinvercom. El preu de la jornada és de 150 €, si es fa abans del 10 d'octubre, i de 180 € si és posterior a aquesta data. La tarifa del taller de rentada de mans és de 30 €, abans del 10 d'octubre, i 50 € si és més tard.

La inscripció a la jornada inclou l'acreditació, l'accés als actes, la documentació, el certificat d'assistència i els serveis de restauració descrits al programa de la jornada d'infeccions.

Intimitat i confidencialitat en les institucions sanitàries

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova va organitzar el passat 27 de setembre la VIII Jornada de la Societat Catalana de Qualitat Assistencial sobre *Intimitat i confidencialitat en les institucions sanitàries*. La jornada es va iniciar a les 9.00 hores amb el lliurament de la documentació. A continuació, va tenir lloc la conferència inaugural *Respecte a les decisions personals en l'atenció sanitària*.

A les 11.30 hores, es va fer una taula rodona amb el tema *Confidencialitat en les institucions sanitàries*, on es va parlar, entre altres coses, de la història clínica, la confidencialitat i l'accessibilitat i la protecció de dades. A les 13.00 hores, es van presentar les 5 millors comunicacions escollides pel comitè científic.

A la tarda, a les 16.00 hores, es va celebrar una altra taula rodona sobre *La confidencialitat i els professionals sanitaris, experiències*. En aquest cas, es van debatre

temes com la confidencialitat a partir de la història clínica informatitzada, l'e-CAP, la recerca o la multidisciplinarietat i confidencialitat.

Finalment, a les 17.30 hores, es van entregar els premis a les millors comunicacions i es va celebrar l'acte de cloenda de la jornada.

El comitè organitzador estava format per Ana Rodríguez, Begoña Agustí, M. Carme Mata, Inés Cruz, Cristina Farràs, Gemma Amat, Pilar Espelt i Fernando Vilanova. El comitè científic comptava amb Manuel Santità, Amparo Giménez, Joan Ribas, M. José San Martín, Teresa Vilà, Lúcia Salas, Pilar Morón i Antonio Ramírez. Àngel Ferrando en va ser el tresorer. Rafel Ballús, Victòria Peralta, Andreu Martín, Plácido Santafé, Jaume Capdevila i Catalina Serna van formar el comitè d'honor.



Activitats del tercer trimestre

Les activitats portades a terme, des de principis de juliol fins al mes de setembre, han estat poques, però profitoses. En primer lloc, la Junta de la Secció de Metges Jubilats es va reunir, el dia 21 de setembre, per intercanviar impressions per tirar endavant tots els temes.

En segon lloc, vam assistir a la reunió del Consell de Redacció del Butlletí Mèdic que teniu a les mans, els dies 9 d'agost i 13 de setembre. L'objectiu de participar en aquesta reunió és que els col·legiats, i no solament els ja jubilats, sàpiguen què es fa, i a la vegada, els altres membres del butlletí coneguin quines activitats porta a terme la Secció de Metges Jubilats. Ens vam posar en contacte amb el president del Consell de Redacció, el Dr. Joan Flores González, que va acollir molt bé la nostra petició i ens proposà, no tant sols publicar el que li fèssim arribar, sinó també formar part del Consell a fi de fer aportacions al butlletí.

Estimem que és una molt bona eina de comunicació i esperonem els membres de la secció que col·laborin apor-



tant articles i opinions per presentar al Consell. Recordeu: el butlletí és de tots els col·legiats!

En aquest sentit, queda clara la implicació en el Butlletí Mèdic de la Secció de Metges Jubilats, ja que en aquesta edició hi ha una opinió, que a la vegada és una petició, sobre la consideració a tenir als metges jubilats, que recomanem que llegiu. La mateixa

opinió es fa arribar, per escrit i personalitzada, a les parts implicades, en què es demana que es convoqui una reunió.

A més, els metges jubilats també hem ampliat la informació de les activitats portades a terme en la zona de la Secció de Metges Jubilats de la web del Col·legi de Metges de Lleida, www.comll.cat. Als que tinguin una oportunitat, els recomanem que hi entrin. A la vegada, agraïrem els suggeriments que se'ns puguin fer arribar per millorar-les.

Per acabar, hem fet, durant aquest temps, un seguiment dels moviments de l'OMC en tot allò que fa referència a les seccions de metges jubilats. Segueix havent-hi dificultats d'enteniment amb la presidència. Esperem que aviat es desbloqui, ja que el passat 27 de juliol van prendre possessió dels càrrecs els membres de la nova Junta del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Dr. Emiliano Astudillo Domènech

Consideració als metges jubilats

En els intercanvis d'opinions que s'han anat mantenint amb membres de la Secció de Metges Jubilats, hem pogut constatar un cert malestar en alguns d'ells, que estimo no seria pas difícil de poder-lo resoldre. Em refereixo a l'atenció rebuda en alguns centres d'atenció assistencial sanitària, tant hospitalària com de primària. Aquests mateixos comentaris els he pogut sentir a les reunions mantingudes amb altres companys a Madrid, a les assemblees generals i a les juntes centrals de la secció. Ara bé, hi ha llocs on han trobat solucions satisfactòries. Tot és qüestió de bona voluntat i que es posin d'acord les diferents parts implicades.

En aquest aspecte, el representant de Granada, el doctor Antonio García Uroz, va demanar que s'aprovés a l'assemblea la petició que, a qui correspongui, es faci arribar als centres assistencials la recomanació de tenir "deferència" als que, durant molts anys de la seva vida, han estat prestant els serveis mèdics a la població. S'hi afegí el representant de Burgos, el doctor José Antonio López González, que demanà que es fessin acords per aconseguir que, almenys, es tingui "consideració" als companys metges, sobretot quan ja estan jubilats. Molts cops, segurament, es pot donar aquesta sensació perquè els professionals actuals dels centres desconeixen que el pacient que fa una petició és metge. Però es poden trobar fórmules per suplir aquesta deficiència, com en altres llocs ja s'han trobat.

En l'Assemblea General de les Seccions de Metges

Jubilats amb representants de tot l'Estat, que tingué lloc el dia 3 de febrer d'aquest any, el d'Alacant, el doctor Félix Bonastre García va comunicar que, per millorar l'atenció als jubilats en els seus centres sanitaris, s'havien fet uns acords entre l'Administració, el Col·legi, el representant dels centres i el dels metges jubilats, i el conseller de Salut va acceptar que es fessin unes credencials als metges jubilats, a fi que poguessin obtenir un tracte de preferència. I actualment estan força satisfets del canvi que s'ha experimentat. El Codi de Deontologia vigent del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, en l'apartat XII, dels deures i drets del metge envers els seus companys, article 94, diu: "El metge, per damunt de tota consideració jeràrquica, ha de tenir en compte que qualsevol altre metge és un company que mereix un respecte imposat pel costum mèdic universal i com a tal ha de tractar-lo."

No crec necessari haver d'arribar a la Conselleria de Salut per donar satisfacció a aquesta petició. Crec que seria suficient una reunió entre el president del Col·legi, el director dels Serveis Territorials de Salut, el responsable dels centres de la Regió i el responsable dels metges jubilats per buscar la manera de donar el reconeixement i la satisfacció, merescuda i guanyada per la seva aportació professional a la sanitat lleidatana, als metges jubilats d'avui i del futur.

Dr. Emiliano Astudillo Domènech
President de la Secció de Metges Jubilats

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

Nous programes sanitaris

Davant la propera celebració d'eleccions autonòmiques, el consell de redacció considera positiu i interessant informar els 1.500 col·legiats i col·legiades sobre els programes sanitaris dels diferents partits: Partit Socialista de Catalunya, Convergència i Unió, Esquerra Republicana i Iniciativa per Catalunya.

Continuïtat al nou model de Salut

La salut és l'element de la vida més valorat pels ciutadans i les polítiques públiques són, a més, un important instrument de cohesió social, generador de riquesa i d'ocupació. Per això, la política sanitària s'ha convertit aquesta legislatura en una de les prioritats del projecte de reforma social del Govern i ha de continuar essent-ho la propera legislatura.

El nostre sistema de salut ha d'afrontar nombrosos reptes associats a una multiplicitat de variables canviants com l'augment constant de la demanda, la ràpida i continuada innovació tecnològica i farmacològica, la necessitat d'incentius i de formació continuada per als professionals, l'envelliment de la població, la immigració, els moviments interns de la població, el creixement demogràfic i la insuficiència financera.

El govern de la Generalitat ha iniciat durant aquests tres anys la implementació d'un nou model de salut basat en el triangle ciutadà, professional i territori com a principals actors. Els objectius han estat fomentar la salut pública, millorar

l'assistència sanitària, l'atenció a les malalties cròniques i dissenyar un nou model d'organització i sistema de finançament. Respecte a aquest últim punt, caldrà continuar esmerçant esforços a fi d'aconseguir disposar de 1.500 € persona/any, que podrem obtenir gràcies al nou Estatut. Ara estem sobre els 1.119 €, mentre que l'any 2003 estàvem en 863 €.

El pressupost s'ha de gestionar des del territori. Per tant, hem de donar les eines necessàries al Govern Territorial de Salut del Pla de Lleida de pròxima constitució. Aquest govern serà paritari entre els ajuntaments i la Generalitat. Això també comporta canviar l'organització, ja funcionem com a vegueries, però cal donar més autonomia de gestió a les institucions amb la futura aprovació de la llei de reforma de l'ICS que el transforma en una empresa pública —el govern ha presentat la llei al Parlament, però els partits de l'oposició l'han paralitzat. Caldrà compatibilitzar l'autonomia de gestió de l'ICS amb altres empreses públiques per anar junts, com Gestió de Serveis Sanitaris a Lleida, i sumar les sinergies dels dos centres hospitalaris més importants del nostre territori perquè el seu principal capital —el personal— treballi en una única direcció indepen-

dentment de la seva dependència laboral.

Aquesta legislatura hem aconseguit homogeneïtzar el model retributiu de l'ICS i de la XHUP i hem resolt el conflicte dels funcionaris de la Diputació de Lleida. També hem endegat alguns serveis assistencials d'àmbit regional amb una direcció funcional única: cardiologia-hemodinàmia, oncologia-radioteràpia, rehabilitació, geriatria, salut mental... Els serveis territorials amb objectius comuns donen servei a tot el territori, milloren l'accessibilitat i eviten desplaçaments, alhora que rendibilitzen infraestructures i recursos.

Per tot això, caldrà que el Parlament aprovi en la nova legislatura mesures per millorar l'organització.

- Divisió territorial de Catalunya en vegueries.

- Nova llei de salut per garantir la modernització, la sostenibilitat i els nous models de descentralització, transparència i participació.

- Llei de reforma de l'ICS per millorar la coordinació amb les empreses públiques del SCS, disminuint les despeses administratives i de transacció.

- Sistema de finançament poblacional/capitatiu amb un nou model de govern on participin paritàriament els ajuntaments i la Generalitat-Consorti

Sanitari de Lleida.

- Desplegar l'Agència de Protecció de la Salut i crear l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

En política, però, és important retre comptes. Algunes decisions de l'actual govern comencen a donar fruits ara (hemodinàmia, accelerador lineal d'electrons, litotricia, transport sanitari d'urgència 061, rehabilitació domiciliària en tot el territori i ambulatòria en cada comarca, diagnòstic ràpid del càncer, disminució de la llista d'espera quirúrgica, etc.). Altres estan molt ben orientades per fer-ho pròximament: CAP d'especialitats a Mollerussa, ampliació d'Urgències a l'Arnau, reforma de l'atenció continuada presencial, hospitals de proximitat a Tàrraga i Balaguer, 90 nous llits socio-sanitaris a Tàrraga i un centre nou socio-

Cal un nou mandat que consoli les reformes iniciades i doni resposta als reptes plantejats

sanitari a Balaguer i construcció o reformes en els CAP de Cervera, les Borges Blanques, Agramunt, Artesa de Segre, Eixample de Lleida i Primer de Maig al barri de la Mariola, a més a més dels 900.000 € en construcció o reformes de consultoris locals executats i més d'1.000.000 € per certificar en els pròxims mesos.

Reptes plantejats

Evidentment, cal un nou mandat que consolidi les reformes iniciades i segueixi donant

resposta als nombrosos reptes plantejats:

- Ampliació de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova amb una edificació nova de més de 20.000 m², que centri les consultes externes d'especialitats (100 consultoris i 70 gabinets d'exploracions) i altres serveis com el laboratori i la rehabilitació. Això buidrà l'actual edifici de serveis i facilitarà la reforma de la zona d'hospitalització, la construcció d'una nova àrea quirúrgica i la nova àrea d'intensius i de radiodiagnòstic.

- L'augment de llits d'hospitalització d'aguts es veurà recolzada per la ja prevista construcció de llits a l'ala est de l'Hospital de Santa Maria i la redistribució de les diferents plantes d'hospitalització, que comporta també traslladar els 30 llits que el Santa Maria té a l'Arnau.

- S'ha fet un esforç important en la contractació de 60 places de salut mental al centre de Sant Joan de Déu a Almacelles. Ara cal, però, fer allò que inicialment s'havia de fer: construir un centre d'internament psiquiàtric (100 llits) a la ciutat de Lleida que respongui millor a les demandes emergents d'aquesta especialitat.

Caldrà, però, estar atents als nous escenaris canviants. Els nostres objectius són, en 8 anys, aconseguir:

- Disminuir la ràtio d'habitants professionals (1.500) per garantir un temps de visita suficient (10 minuts) a primària.

- Integrar els professionals de contingent i zona a l'Hospital Arnau.

- Garantir l'atenció urgent de forma presencial a través dels CUAP a Mollerussa, Tàrraga, Balaguer, Cervera, les Borges Blanques i Lleida.



- Hem endegat alguns serveis
- assistencials d'àmbit regional
- amb una direcció funcional única

- Convocar totes les places interines com a màxim cada dos anys.

- Atorgar a la infermera i als auxiliars d'infermeria un paper rellevant amb un rol més actiu i resolutiu.

- Història clínica compartida i estendre progressivament la telemedicina per facilitar el diagnòstic i el tractament, per a la qual cosa connectarem tots els centres amb banda ampla.

- Incentivar la creació de les direccions clíniques territorials, que gestionin el seus serveis en tot l'àmbit, i que donin suport als hospitals comarcals del Pirineu de Lleida, facilitant l'intercanvi dels professionals.

- Reduir la llista d'espera monitoritzant el 100% de les intervencions quirúrgiques per establir un temps de garantia de cada nivell i aconseguir que les esperes de més repercussió clínica no siguin superiors als 6 mesos, així com monitoritzar també les proves diagnòstiques per assignar un temps màxim de garantia de 3 mesos.

- Estendre el programa de diagnòstic ràpid als càncers de pròstata, bufeta, oncologia infantil i hematopoètica, a més dels de mama, pulmó i còlon, a fi que de la sospita al tractament hi hagi un termini màxim d'un mes.

Un ferm compromís

Els/les socialistes tenim el ferm compromís de prioritzar la salut pública com un altre dels eixos bàsics. Per això, integrem els dispositius comarcals de l'Agència de Salut Pública en els de l'atenció primària i ja està previst ubicar les seves seves en les futures ampliacions dels centres de salut de Mollerussa, Cervera, Tàrraga, les Borges Blanques i Balaguer per propiciar i facilitar la salut comunitària. Incorporarem la salut laboral en les polítiques de salut pública i inclourem, ara que l'evidència científica ens ho recomana, al calendari de vacunacions sistemàtiques les del papil·loma, varicel·la i rotavirus.

Els últims estudis diuen que el 27% de les dones i el 20% dels homes poden patir un trastorn mental al llarg de la

vida i l'augment de l'esperança de vida encara facilita més aquesta possibilitat. Per això, a més de l'hospital psiquiàtric abans esmentat, cal també que la xarxa de salut mental i addicions treballi conjuntament amb la resta de la xarxa sanitària. L'atenció primària ha de ser més resolutiva en aquest aspecte i ha de comptar amb el suport necessari de l'especialista a fi de resoldre, en l'àmbit comunitari, la majoria d'aquestes patologies.

La nostra proposta programàtica explicita el compromís del PSC per millorar la tecnologia, recerca i innovació. El treball conjunt del Departament de Salut amb la Universitat de Lleida i la recent creació de l'Institut de Recerca Biomèdica seran l'impuls que aquest territori necessita perquè els nostres professionals puguin desenvolupar les seves activitats de producció científica al mateix temps que desenvolupen els seus programes assistencials i de formació.

Si són importants els estudis de pregrau de Medicina i Infermeria, també ho és la formació dels especialistes i que facin la seva residència en tota la xarxa hospitalària (Arnau, Santa Maria, hospitals comarcals dels Pirineus i els futurs hospitals de proximitat de Tàrraga i Balaguer), així com ho fan els especialistes de medicina de família en els CAP docents del territori que caldrà ampliar i aconseguir acreditar.

Finalment, manifestem que els professionals sanitaris són el principal actiu del sistema i un factor imprescindible per generar confiança entre els ciutadans, el sistema sanitari i l'Administració. Per aquest motiu, després de l'homogeneïtzació de les condicions laborals de tots els treballadors, cal fer efectiu ara els acords de la mesa sectorial de l'ICS i del



conveni de la XHUP, implementar el nou model de carrera professional, crear el registre únic i continu de professionals sanitaris perquè es pugui acreditar curricularment (independent dels proveïdors públics on es treballi) i fomentar el sentiment de pertinença al sistema per part dels professionals a fi que participin en la gestió i en els processos de decisió dels centres on exerceixen i dels territoris on treballin.

Comissió Executiva del PSC

- **Integrarem els dispositius**
- **comarcals de l'Agència de Salut**
- **Pública en els d'atenció primària**

L'èxit del model sanitari català

El model sanitari català ha estat i és un model d'èxit. Tot i això, cal anar posant-lo al dia per evitar que deixi de ser-ho, alhora que es reconeixen els seus punts febles per tal de posar-hi remei. Només d'aquesta manera Catalunya podrà aspirar a un sistema sanitari perdurable en el temps.

Des de Convergència i Unió, que ha estat i és, si no el principal, un dels artífexs de l'actual sistema català de salut, considerem que cal repensar algun dels seus principis i objectius, tot centrant l'atenció en sis grans eixos:

La persona, més enllà de la

seva consideració com a usuària de la sanitat. Cal que les persones es responsabilitzin de la seva salut, mantinguin hàbits de vida saludables i preventius i, alhora, puguin exercir la seva llibertat: el seu dret a escollir disposant de tots els elements necessaris per fer-ho. Més responsabilitat, drets i deures, des de l'equitat: justícia social.

La qualitat del servei. Cal redefinir les polítiques de gestió del sistema, la cartera bàsica de serveis de cada territori, la cartera complementària i el grau d'equitat geogràfica, per tal de garantir que tots els ciutadans tinguin accés al mateix ventall de serveis i a la mateixa qualitat. La reforma de l'ICS, la descentralització, l'homologació de les

condicions retributives, la llei de serveis socials, la definició del catàleg de prestacions i de la cartera de serveis socio-sanitaris, tot plegat ha de respondre a un model de gestió del sistema que, conjuntament amb les millores de finançament, permeti guanys de sostenibilitat, qualitat i eficàcia en l'ordenació de la demanda i determinació de la despesa.

El finançament sanitari. Atesa la complementarietat del sistema, cal facilitar l'esforç de moltes famílies, en assegurança o mútues, mitjançant desgravacions fiscals o altres estímuls i la

definició d'un catàleg de prestacions que complementi l'oferta pública i l'esforç inversor, i un percentatge del PIB que ha de tendir a igualar-se amb la mitjana europea (6-8% del PIB) de despesa pública/despesa privada.

L'eficiència. Els consorcis i les empreses públiques són quelcom més que fórmules de gestió. Són sector públic. Caldrà definir regles de joc per a tots els proveïdors. En aquest sentit, la transparència en l'assignació de recursos i l'obligatorietat de donar comptes han de ser regulades adequadament com a garantia imprescindible de gestió eficient.

Les i els professionals sanitaris. Amb relació a aquest col·lectiu, molt ampli i amb una remarcable vocació de servei, és important tenir en compte tres àmbits de treball molt determinats: la seva carrera professional, la participació en la gestió del sistema i la seva formació.

Cal implantar un model de carrera professional universal, amb un tracte específic als investigadors i la promoció de la lliure circulació i establiment dels professionals sanitaris a la Unió Europea.

Mitjançant la promoció d'una major participació en les decisions i la potenciació dels instruments representatius, la incorporació de la veu dels col·legis, les organitzacions científiques i la dels sindicats, d'acord amb el seu paper i la seva representativitat, es podrà incorporar la visió clínica en la necessària gestió gerencial dels centres.

Les administracions han d'incrementar els recursos dirigits a l'intercanvi d'experiències i de coneixements, tant entre estudiants i professionals com a les estades a l'estranger, la promoció de la formació continuada i de la més alta qualitat, la prioritització de la docència en

- **Cal redefinir les polítiques de**
- **gestió del sistema i la cartera**
- **de serveis de cada territori**

l'àmbit hospitalari i el foment de la cooperació interdisciplinària de les institucions i dels investigadors europeus.

Cal invertir en els nostres professionals, qualitativament i quantitativament, per tal que puguin oferir un servei cada cop més bo. El que no s'aguantava per enlloc és suprimir 340 metges, com ha fet el tripartit, i pensar que això no afectarà el bon funcionament del servei.

La indústria catalana i la salut. Calen també fórmules per promoure una indústria farmacèutica catalana, competitiva, i incentivar el seu vessant més innovador i de recerca. Catalunya sempre ha gaudit d'una gran activitat industrial en aquest àmbit, capdavantera en alguns casos. Cal seguir mantenint les condicions necessàries perquè això segueixi sent així. CiU aposta per un eix ciència-tecnologia-empresa-mercat, en el qual aquest sector ha de ser fonamental.

L'administració ha de ser una aliada, com a potenciadora de la ciència i com a mercat.

Tot això ha de fer avançar el nostre model, adaptant-lo per afrontar els reptes d'aquest nou segle, en el qual hem de seguir construint un model de societat del benestar cohesionat, integrador i possible.

Comissió Executiva de CiU

Per una sanitat dels ciutadans, transparent i al costat dels professionals

Des d'Esquerra, com a partit centrat en les persones, donem



una vital importància a la salut dels nostres ciutadans. En ser un partit assembleari, els militants vinculats a la sanitat (professionals, usuaris, membres d'associacions, sindicats...) podem dir-hi la nostra i que les nostres opinions puguin ajudar pel bé del país. És a través de la Sectorial de Sanitat del partit on es canalitzen totes les nostres inquietuds i us convidem a formar-ne part.

Per tant, el partit ha aconseguit un programa electoral per la salut del país amb propostes més properes, realistes, sensates i apartant-se de la recerca

del titular que tant agrada a la política d'aquest país. Així doncs, les principals propostes generals per al país són, entre moltes d'altres, les següents:

- **Transparència:** Si hi ha un punt on l'opacitat, les concessions amicals i la gestió ineficaç han estat bandera de CiU, és en sanitat. El fet que la consellera actual es declarés reformista i no rupturista amb els *lobbies* creats per la sociovergència ha impedit que Esquerra, de moment, aconsegueixi el seu propòsit. En un possible pacte de govern seria un tema cabdal i innegociable.

- **Les propostes d'ERC es basen en**
- **la gestió eficaç i amb el màxim**
- **rendiment dels diners públics**

- **Gestió eficaç:** Els diners públics no són papers del joc del monopoli i s'han de gestionar amb la màxima eficiència. No es pot gastar en teràpies, programes o instruments d'eficàcia no provada o que no s'utilitzin al màxim rendiment.

- Els professionals també hi tenen a dir: En la passada vaga de metges, Esquerra es va posicionar a favor de la vaga i va criticar (també des de Lleida amb cartes d'opinió a tots els diaris) la situació límit a la qual s'havia arribat, generada en part per les expectatives de canvi que finalment mai es van crear. Entre d'altres hem defensat sempre l'equiparació de salaris i condicions laborals entre tots els facultatius del mateix nivell i la responsabilitat del sistema sanitari públic convocant totes les places vacants en el sistema sanitari de manera objectiva, transparent i amb contractes definitius. Així, esperem que es cobreixin les necessitats professionals i formatives específiques del personal mèdic i que no es contractin metges de països més pobres, ja que es tracta d'un espoli de l'elit cultural d'un país que intenta sortir de la pobresa i, en canvi, es fomentin les polítiques de cooperació sanitària perquè aquests professionals puguin treballar al seu propi país en condicions dignes.

Veureu que no hi ha demandes de reduccions de llistes d'espera perquè els professionals sabem el que significa això: les tristes peonades amb esforç suplementari, extremadament mal pagat i que al final no serveixen per a res si el sistema torna a generar-les. Som partidaris, en canvi, d'estudiar ajudes fiscals per a la sanitat mutualista amb tanta tradició a Catalunya, i més a Lleida, que ha salvat de moment la sanitat pública.

- **Som partidaris d'estudiar ajudes**
- **fiscals per a la sanitat mutualista**
- **amb tanta tradició a Catalunya**

- Queda encara un últim punt, ja que on hem arribat no és només fruit de la planificació ineficaç anterior ni de la decepció per les expectatives frustrades amb la Conselleria actual. El deficient finançament en sanitat, que tampoc sembla en vies de millora amb l'Estatut que alguns troben suficient, no ajuda gaire tot plegat.

Per a Lleida, la sectorial d'Esquerra vigilarà que els hospitals lleugers no es converteixin en hospitals amb l'assistència també lleugera, on, per exemple, els ciutadans de la Noguera no haguessin de tenir uns professionals menys preparats o uns equipaments tècnics de segona.

- Hospital Arnau de Vilanova: El que hauria de ser la referència en ciència, salut i servei al ciutadà es troba desbordat, absolutament desfinançat (l'hospital amb menys pressupost de l'ICS, que ja és dir), les necessitats de personal no són cobertes suficientment en la majoria de serveis i acaba sortint car, ja que té nivells altíssims de *burn-out* entre metges, infermeres i personal auxiliar, tan important i tan oblidat.

- Cal legislar els aliments funcionals, que fan tant mal a l'agricultura de Lleida, venent-nos productes miracle (ja legislat en teoria) com a alternatives suposadament més sanes que la fruita, la verdura i els aliments naturals de la pagesia.

És especialment rellevant l'intent de canvi d'hàbits de la població de prendre fruita a prendre lactis amb tot de funcions meravelloses (hipolipemiant, reforçants immunitaris, hipotensors...), que ja tenen, sense grans propagandes, els aliments de la dieta mediterrània tradicional.

Des d'Esquerra us convidem a fer el canvi necessari per a la salut d'aquest país.

Per a més informació podeu

consultar www.esquerra.org o posar-vos en contacte amb qualsevol membre de la Sectorial de Sanitat.

Jordi Cortada i Echaz
President de la Sectorial de Sanitat d'Esquerra de la Federació de Lleida

La importància de la formació

L'any 1976, el Congrés de Biòlegs i Metges de Llengua Catalana va definir la salut d'aquesta manera: "La salut és una forma de viure cada cop més autònomament, solidàriament i joiosa." La concepció que ICV té de la salut no és altra que la que dimana d'aquesta magnífica expressió. Per nosaltres, salut no és només l'antònim de malaltia ni és necessàriament el sinònim de cures mèdiques, d'atencions medicalitzades. Rere el concepte de salut hi ha les persones desplegant la vida, no pas els hospitals. Hi ha els carrers, els treballs, les places, la conducció prudent, el menjar equilibrat, les emocions, les vacances, els treballs justos...

Des d'aquesta perspectiva, entenem que el cos social ha de garantir a l'individu un conjunt d'experiències d'èxit de vida. L'èxit de la salut pròpia i de la salut social garanteixen paràmetres conductuals, però també condicions ambientals de l'entorn i adequacions de l'activitat individual i col·lectiva a projectes vitals de satisfacció suficient. Perquè aquests elements funcionin com cal, és necessària una disposició comuna —col·lectiva, comunitària— de les condicions de la vida. Però igualment, cal una formació o educació preventiva que salvi els riscos derivats dels mals hàbits, de les addiccions perniciososes. Aquesta prevenció —que diríem de salut pública— és a la base de la formació de l'ésser humà i ha de ser compartida per tots els agents educatius, però molt especialment per l'administració pública (municipi-

pi, Generalitat, Estat, UE), que ha de garantir-la en la quotidianitat dels individus.

Tot amb tot, cal fer referència al sistema sanitari, tota vegada que la salut s'interromp, inevitablement o no, per causes ben diverses en un moment o altre de la vida de les persones. Els països més avançats destaquen en la qualitat de l'assistència sanitària, en la de l'educació nacional i en les prestacions directes a les persones amb dificultats, la perfecció major o menor de la seva civilitat. La mitjana de despesa pública en salut i assistència sanitària dels països de la UE és del 6,3% del PIB. A Catalunya, els governs de CiU van assolir una mica més del 3%. El govern tripartit acabarà el 2006 amb una despesa del 4,4%. Som encara lluny de l'objectiu primer que ICV preveu per a la propera legislatura catalana. Alhora que pretenem assolir aquest percentatge europeu mitjà, també anunciem que no s'hi val a fer trampa: no és acceptable arribar-hi a còpia de deute encobert o derivat a ens autònoms o gerencials, com s'ha donat en anys passats amb els governs conservadors. La xifra ha de ser clara: explícita en la despesa pressupostària i avaluada anualment. Tampoc no tolerem la privatització de serveis sanitaris o de gestions essencials del sistema: la publicitat de la sanitat és la condició essencial perquè aquesta sigui efectivament pública, és a dir, universal i equitativa. És per això que tampoc no acceptem un sistema de copagament o de taxes per menudes que siguin. Si de cas, els sistemes de control de prestació de serveis poden i han de garantir la propietat i l'eficiència del sistema. Hi ha formes de garantir-les més que de sobres.

En aquests tres anys de govern progressista hem aconseguit passar d'una despesa de 5.596 M€ (2003) a una de 7.948 M€. En despesa per càpita, això ha significat un avenç de 2,36 €/dia el 2003 a 3,06 €/dia el 2006. En matèria d'inversions, si no anem errats, CiU havia invertit en sanitat pública catalana 119 M€ l'any 2003 i

el govern tripartit n'haurà invertit 230 a finals de 2006. Entre 2003 i 2006 el govern de progrés ha fet 93 actuacions significatives: en 5 hospitals, en 3 centres de salut mental (els grans oblidats de sempre), en 5 centres sociosanitaris i en 332 centres en obres RAM.

L'augment de personal sanitari i l'estabilització dels interinats (12.000 treballadors/es), a banda de les inversions i reformes del sistema —pla de xoc incorporat— ha aconseguit rebaixar les llistes d'espera en un 11,8% i el temps d'espera de 5,64 mesos a 4,52. Són dades insuficients encara, però que marquen una prioritat d'actuació i uns criteris organitzatius que ICV manté vius i actuant en la seva proposta electoral per a la propera legislatura.

Des del punt de vista de l'organització del sistema sanitari català, ICV es proposa abordar aspectes substancials que no ha estat possible de materialitzar en aquests pocs anys de govern:

- Elaboració de plans estratègics per al sistema, amb indicadors de qualitat assistencial i amb sistemes avaluatius en què participen el personal sanitari i els/les usuaris/àries del sistema.
- Una planificació eficaç per a la participació en les estratègies d'atenció sanitària pública dels i de les professionals de la salut.
- La publicitat universal —a fi de democratitzar i transparentar el servei— de la informació sanitària bàsica d'interès per als usuaris i usuàries: indicadors de qualitat dels centres de primària i hospitalaris, així com de les especialitats del servei públic, les ofertes sanitàries i la



seva regulació d'accés, les llistes d'espera de cada especialitat, etc.

d) La promulgació d'un Pla d'Inversions a curt i mitjà termini, amb vocació de ser executat segons els pressupostos anuals.

e) La definició d'una nova política de recursos humans que atengui aspectes capitals com són la millora de les condicions retributives, ja iniciades el 2006, l'homologació del personal sanitari i sociosanitari,

la promoció professional en el mateix sistema públic, la formació continuada no dependent o confiada a les empreses de farmacèutica, la major vinculació del sistema a les universitats catalanes per a la perfecció dels estudis i les titulacions acadèmiques i un establiment d'incompatibilitats que afectarà càrrecs del nivell de cap de servei en amunt.

f) La informatització del sistema que ha de permetre programes de telemedicina, la informatització de les històries clíniques accessibles des de tots els centres de salut o l'accés ciutadà als serveis sanitaris (condicions, especialitats, geografia sanitària, etc.).

g) La descentralització responsable del sistema sanitari, tot dotant de major autonomia els centres sanitaris d'assistència primària i els hospitalaris

segons el protocol establert *ad hoc*. Aquesta descentralització ha de fer possible una cooperació més intensa entre els territoris de Catalunya (municipis, comarques —eventualment vegueries—) amb els centres sanitaris que hi són implantats. Un problema real a Catalunya és la manca d'incentius per als/les professionals de la medicina en la ruralia: com a resposta proposem un sistema pactat d'incentius establert per a objectius que facin alhora més interessant l'exercici professional fora de les grans ciutats i un major arrelament de l'assistència i la recerca en el territori.

En relació amb les polítiques assistencials, ens proposem:

1. La incorporació al sistema de noves funcions: rehabilitació i fisioteràpia, psicologia, atenció a la dona, salut mental en atenció primària i medicina bucodental.

2. La millora dels CAP per convertir-los en veritables centres del sistema sanitari, tot proporcionant-los capacitat de resolució, autonomia de decisions, possibilitat de reducció de ràtios, major confortabilitat i millora dels temps assistencials.

3. Una nova proposta per a la medicina de família o de capçalera.

4. Millora general en els temps de les visites tot acreixent el personal assistencial i la infermeria, especialment pel que fa a les visites domiciliàries o acompanyament de malalts crònics.

5. Endegament d'un programa de salut infantil-juvenil de forma participada amb el sistema educatiu i amb els municipis o ens locals.

6. L'establiment d'un segon

pla de xoc contra les llargues —encara— llistes d'espera que farà possible un màxim de 6 mesos en intervencions no urgents i 2 mesos en visites i diagnosi.

7. Revisió (a l'alça) de protocols de malalties massa desateses: fibromiàlgia, fatiga crònica i malalties emergents i/o rares.

Ens proposem reformar l'Institut Català de la Salut per acabar-lo decidint com a eix vertebral, no nuclearitzat, del sistema sanitari públic de Catalunya. Hi ha una nova realitat social i mèdica d'ençà que va crear-se i cal que l'ICS s'hi adapti. Però volem un ICS senyer, sense parcel·lacions, sense fragmentacions que en dificultin tant la gestió com l'eficiència i la deguda transparència.

Finalment, i tot i que es considera imperiós endegar programes en matèria de prevenció i d'educació per a la salut (lluita contra les desigualtats, un medi ambient saludable a poc a poc, una lluita contra les violències, una educació sexual tal com mana, una prevenció d'accidents escaient i constant, una formació per a l'envelliment saludable, una deguda atenció a les dependències), cal parlar de la despesa farmacèutica.

En aquest àmbit, aquestes són les propostes d'ICV:

a) Fomentar l'ús racional del medicament.

b) Controlar la factura farmacèutica perquè sigui sostenible en el sistema de salut.

c) Implantar la figura del/la farmacòleg/loga en equips d'atenció primària i especialitzada.

d) Potenciar les denominacions genèriques per a una cultura de l'eficiència, amb una llista positiva de fàrmacs.

e) Transparentar la despesa farmacèutica i les vendes.

f) Controlar les donacions de les indústries farmacèutiques i suplir-ne els efectes positius per part de l'administració sanitària.

Francesc Pané
ICV-EA – Lleida

NOTA: El Partit Popular ha declinat l'oferiment de participar en el debat del Butlletí Mèdic.

- **ICV proposa definir una nova**
- **política de recursos humans i la**
- **transparència d'informació**



Imatge d'una intervenció quirúrgica de pròtesi de genoll a l'Hospital de Santa Maria

Pròtesis osteoarticulares

Les pròtesis articulares són implants que es col·loquen en una articulació danyada per eliminar el dolor i retornar-hi la funció. La substitució protètica de les articulacions constitueix un dels avenços més importants de la nostra especialitat.

Tenim referències de la col·locació de pròtesis articulares des de finals del segle XIX, malgrat que no és fins a l'últim terç del segle XX que s'introdueixen com una tècnica habitual. Va ser John Charnley el que veritablement va ser el precursor de la pròtesi total de maluc. Aquest va dissenyar una pròtesi que constava de dues parts: una de metàl·lica, que era introduïda a la cavitat medullar del fèmur i, d'altra banda, una copa de polietilè, que es fixava a la cavitat acetabular. Després d'alguns fracassos, sobretot relacionats amb defectes en els materials utilitzats per a la seva fabricació,

Dr. Francesc Pallisó i Folch
Cap de servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia.
Gestió de Serveis Sanitaris.
Hospital de Santa Maria

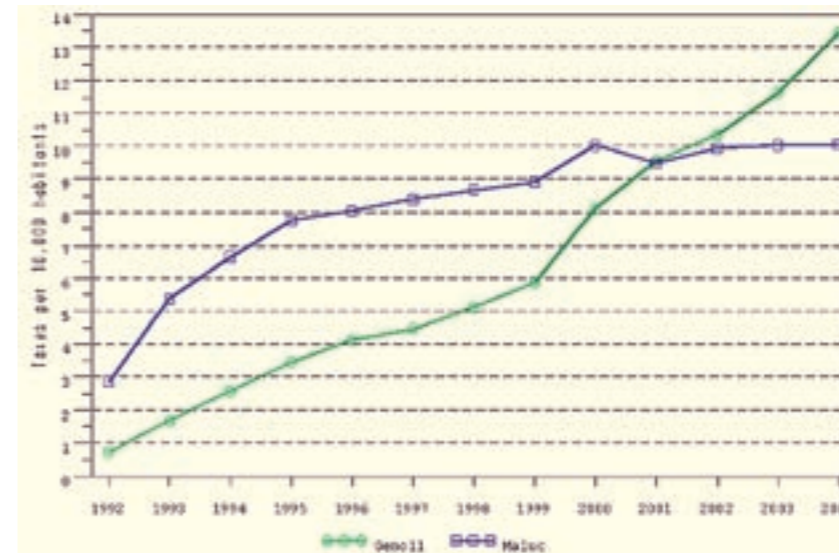
als anys seixanta presenta uns excel·lents resultats amb un model que avui dia encara es considera *el patró or* de la pròtesi de maluc per comparar els resultats dels nous models que han anat apareixent aquests últims quaranta anys.

Més tard, es protetitzen altres articulacions com el genoll, que avui dia és el procediment més freqüent. Després vingueren pròtesis d'altres articulacions com turmell, espatlla, colze, metacarpofalanges...

Tant metges com pacients coin-

cideixen en la importància que han anat adquirint aquests procediments quirúrgics en el benestar dels malalts amb processos destructius articulars. Tant és així que, en una enquesta realitzada als Estats Units a metges d'atenció primària, en què es preguntava quines eren les innovacions que consideraven més transcendents en una llista de 30 d'entre els últims 25 anys, la primera fou l'aparició de la resonància nuclear magnètica, i al lloc desè s'apuntaren les pròtesis de maluc i genoll. També en diversos estudis sobre eficiència mèdica s'ha assenyalat com un dels procediments més rendibles.

El nombre d'aquestes intervencions a Catalunya, com a la resta del món, ha anat augmentat progressivament. Tenim actualment per al genoll una taxa de 13,5 pròtesis primàries per cada 10.000 habitants i de 10 per al



Arthroplasties primàries: taxes estandarditzades

maluc. El total de pròtesis de genoll implantades a Catalunya l'any 2004 entre primàries i revisions va ser al voltant de 10.000, i les de maluc s'acostaren a les 8.000.

Quina és la indicació d'una pròtesi?

La indicació més freqüent és en processos degeneratius, majoritàriament per una artrosi. També en determinats tipus de fractures de maluc, principalment en pacients d'edat avançada,

- ◆ **La col·locació d'una pròtesi es deu majoritàriament a processos degeneratius**
- ◆ **L'èxit de la cirurgia substitutiva articular es basa en els materials de les pròtesis**



es col·loca una pròtesi. L'artrosi és una malaltia progressiva, que inicialment s'ha de tractar sempre de forma conservadora amb analgèsics, anti-inflamatoris, fisioteràpia i protectors –regeneradors de cartílag articular, encara que, en aquests últims, l'evidència científica sobre la seva efectivitat és molt feble.

El moment de la intervenció el farà decidir l'evolució clínica, ja que per molt deteriorada que estigui una articulació a la radiologia, si el pacient tolera el dolor i la limitació de la mobilitat amb el tractament simptomàtic, la intervenció ha d'esperar. Per tant, amb això volem dir que la protètzica articular mai ha de ser el primer esglaió per al tractament d'una artropatia, sinó l'últim, ja que no té marxa enrere.

De quins materials està feta una pròtesi?

Els materials que s'utilitzen per als diferents components constitueixen un dels factors decisius per a l'èxit o el fracàs de la cirurgia substitutiva articular. Sempre ha estat així en totes les intervencions per a la cirurgia òssia en què s'han necessitat materials estranys a l'organisme, des de les antigues osteosíntesis fins a les cirurgies protèsiques, aquí el material estrany no serveix només per fixar una part de l'esquelet fins a la conso-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

lidació, sinó per substituir-lo de forma permanent i, a més, amb mobilitat, amb la qual cosa es generaran partícules per la fricció dels components, que són les que originaran un procés inflamatori periprotèsic amb destrucció òssia i, finalment, l'afluixament de l'implant.

És per això que actualment es treballa per trobar superfícies de lliscament que no produeixin partícules, o que aquestes no provoquin una reacció inflamatòria.

Els mitjans biològics són extremament corrosius, i això fa que per a tots els materials que utilitzem s'han de comprovar prèviament una sèrie de paràmetres per garantir-ne la tolerància.

S'utilitzen diversos materials, bàsicament el titani, els acers, el cromocobalt, el polietilè d'alta densitat, les ceràmiques, la hidroxiapatita i el ciment ossi (polimetilmetacrilat). Hem de diferenciar, però, la seva funció. Així doncs, per a les superfícies de lliscament trobem els metalls com acers i el cromo-cobalt-molibdè, les ceràmiques i el polietilè d'alta densitat. Amb diferents combinacions entre si, com polietilè-metal·l, polietilè-ceràmica, ceràmica-ceràmica i metall-metal·l.

La fixació pot ser cimentada o de tipus biològic (porosa, folrada d'hidroxiapatita) amb ancoratge directe per creixement de l'os cap a la pròtesi. Aquest tipus s'utilitza més en pacients joves, ja que la seva qualitat òssia és millor. Les pròtesis amb fixació cimentada es reserven per a aquells pacients en què el capital ossi està alterat, ja sigui per una disminució quantitativa o qualitativa.

Quan dura una pròtesi?

Encara que els resultats d'aquestes intervencions són excel·lents, les pròtesis no tenen una duració il·limitada. És difícil predir-ne la durada. En els registres de pròtesis escandinaves (Noruega, Suècia) s'aprecia que al cap de deu anys la supervivència de les mateixes pròtesis (no recanvi) és de més del 95% en els casos de maluc i genoll, la qual cosa indica que se'n recanvien menys d'un 5%. Hi ha casos d'una durada de més de 20 i 25 anys amb bon funcionament de l'artroplàstia.

Els factors que influeixen en la supervivència dels implants són diversos. Poden escurçar la vida algunes complicacions precoces com la luxació recidivant, la infecció, traumatismes, etc. A llarg termini, la causa més important és l'afluixament asèptic, causat per l'alliberament de partícules.

Hem vist que l'ús intensiu de la pròtesi va en detriment de la seva durada. Per això, les persones joves



Imatges d'un pròtesi de maluc de titani, un cap ceràmic i una pròtesi de genoll

◆ Els primers símptomes quan una pròtesi falla són la reparació del dolor i la impotència funcional

i/o molt actives poden tenir un afluixament més precoç.

Què passa quan una pròtesi falla?

Quan una pròtesi no funciona, un dels primers símptomes és la reaparició del dolor i la impotència funcional. En l'àmbit radiològic, una de les troballes més comunes és l'aparició d'imatges de reabsorció òssia al voltant de la pròtesi, i és llavors quan cal recanviar-la. Això significa una altra intervenció quirúrgica molt més laboriosa i menys agraïda que en la pròtesi primària, en què es retira aquesta i se'n col·loca una de nova



Pròtesis de revisió de genoll. A la dreta, afluixament de la pròtesi de maluc i revisió



Imatges de pròtesis de superfície

(de revisió), que generalment és més gran que l'anterior.

En aquests casos no es pot generalitzar el tractament, s'ha de tractar cas per cas. Malgrat tot, ja sigui al maluc o al genoll, hi ha dissenys que ens permeten cobrir gairebé totes les possibles variacions. Hem de dir, però, que són intervencions amb una alta morbiditat, que fa que en algunes ocasions, i per l'estat del pacient, es contraindiqui el recanvi protèsic.

És molt important diagnosticar i sempre tenir en compte l'aparició de qualsevol procés infecció (infeccions urinàries, dentals...) i fer un tractament antibiòtic precoç, i també quan es practiquin tècniques diagnòstiques i/o terapèutiques invasives com endoscòpies urinàries, biòpsies transrectals...

Caldrà fer una adequada profilaxi antibiòtica, ja que en qualsevol dels dos casos es poden produir petites bacterièmies amb colonització dels gèrmens en l'àmbit de les articulacions portadores de pròtesis, fet que obligarà a revisar-les, en molts casos en dos temps, primer per retirar la pròtesi i, quan la infecció estigui controlada, reprotetitzar l'articulació. Això suposa hospitalitzacions llargues, processos econòmicament molt costosos, amb una important morbiditat i, en ocasions diverses, reintervencions i mortalitat no menyspreables.

Quines activitats es poden realitzar amb una pròtesi de maluc i genoll?

Depèn de l'edat del pacient, l'estat previ i el tipus d'implant que porti. En principi, les activitats de la vida diària s'han de poder fer sense limitacions. Malgrat tot, cal dir que s'han de restringir les activitats que fan que les articulacions estiguin sotmeses a excessives demandes. Això vol dir que si en una determinada activitat laboral s'ha de caminar molt de temps sense possibilitat de descansar, estar moltes hores dret o en posicions forçades per a l'articulació en qüestió, haurem de recomanar modificar o canviar el tipus de feina.

També es poden practicar esports



Pròtesi unicompartmental de genoll



Pròtesi femoropatellar

◆ Els pacients amb pròtesis requereixen controls periòdics

◆ La darrera novetat és l'ús de tècniques amb cirurgia poc invasiva

poc agressius com caminar, anar en bicicleta, natació, golf. A vegades, la premsa es fa ressò d'alguns tipus de pròtesis com les de superfície, en el cas del maluc, que s'implanten a persones joves, i es diu que permeten fer esports més agressius com esquí, snowboard, tennis... Malgrat tot, hem de dir que encara no hi ha estudis prou fiables a llarg termini que ens ho assegurin.

Els pacients amb pròtesis requereixen controls periòdics, després del primer any es revisaran cada dos anys, aproximadament, per detectar els possibles afluixaments preclínic i procedir al recanvi si es creu convenient, abans que la destrucció òssia sigui més important. Si l'evolució del pacient i la seva pròtesi és adequada, no serà necessari cap tractament medicamentós.

Quines novetats hi ha en cirurgia protèsica?

Tècniques de col·locació per cirurgia mínimament invasiva tant en les pròtesis de genoll com en les de maluc. Malgrat l'allau de notícies favorables i les campanyes de màrqueting d'alguns centres, hem de dir que no hi ha cap estudi que evidenciï que aquestes tècniques siguin avui millors que els abordatges clàssics.

Pel que fa al maluc, fa un parell d'anys s'han començat a col·locar a Catalunya, d'una manera molt tímida, les anomenades "pròtesis de superfície", en què se sacrifica menys os per implantar-les, i es conserven el cap i el coll del fèmur. Aquest tipus de pròtesis no són noves, ja que fa més de 30 anys se'n col·locaren moltes, i amb molts mals resultats. I és per això que es va decidir abandonar-les. Però, avui en dia, a causa dels avenços de la metal·lúrgia han tornat a ressorgir.

Aquestes pròtesis tenen unes indicacions molt restringides. Segons la Federal Drug Administration (FDA) dels Estats Units, només es poden implantar a pacients que tingun menys de 50 anys, afectats d'artrosi o necrosi, encara que en altres llocs tenen indicacions més àmplies. Hi ha sèries de pacients portadors d'aquest tipus de pròtesis amb més de sis anys d'evolució i sembla que amb bons resultats. Malgrat tot, se sap que les taxes d'afluixaments i complicacions és, ara per ara, més elevat que en les pròtesis convencionals de maluc. Fan falta, doncs, estudis a més llarg termini per generalitzar-ne l'ús. Al genoll tenim les "pròtesis unicompartmentals", en què només es protetitza una part del genoll, ja sigui el compartiment femorotibial intern en casos molt restringits o el femoropatellar, aquest amb mals resultats a mitjà i llarg termini, excepte en casos molt seleccionats.

El repte de l'adaptació de qualitat

Laia Pérez Vallejo i Patricia Cendrós Ramírez · Diplomades en teràpia ocupacional

El significat del terme discapacitat ha variat al llarg del temps, actualment podem concebre aquest concepte com "qualsevol restricció o impediment de la capacitat de realitzar una activitat de la manera que es considera normal. La discapacitat es caracteritza per excessos o insuficiències en la realització d'una activitat rutinària normal, que poden ser temporals o permanents, reversibles." (OMS, 1998).

L'envelliment de la població i els accidents (de trànsit, laborals...) poden provocar la pèrdua de funcions tant físiques com psicològiques en nombroses persones. A Espanya, un 9% de la població (3,5 milions de persones) té alguna discapacitat. Les polítiques socials actuals estan encaminades a la sensibilització de la població sobre els drets de les persones amb discapacitat i tenen com a objectiu potenciar que segueixin sent persones actives. No parlem únicament de la capacitat física, sinó que fem referència a una activitat que està en constant interacció amb tots els aspectes de la persona: físics, psicològics, socials i espirituals, i l'entorn social, cultural, físic i econòmic en què està immersa.

Així doncs, el plantejament bàsic per a una igualtat de les persones discapacitades és intentar assegurar el major grau d'independència, de funcionalitat i d'autonomia personal, desenvolupant els components d'execució de la persona, per tal d'aconseguir el màxim nivell de participació i integració en les seves àrees de realització familiar, personal, social i laboral.

El plantejament

Una persona està realitzant constantment activitats, que van des de les activitats de la vida diària (AVD) més bàsiques, com vestir-se, rentar-se, alimentar-se..., fins a les d'oci, com ara anar al teatre o fer esport. En el cas de les persones amb una discapacitat, arriba un moment en què la realització d'aquestes activitats quotidianes pot suposar un gran repte

o un impossible; per tant, cal recordar que l'activitat es pot adaptar sempre a les necessitats de la persona i que, si s'adapta la metodologia utilitzada per dur a terme aquestes ocupacions, s'aconseguirà, progressivament, arribar a dominar l'entorn en el qual estem immersos. D'aquesta manera, donarem resposta a les nostres necessitats vitals, perquè la implicació de l'ésser humà en activitats productives, de la vida diària i lúdiques d'una forma equilibrada i satisfactòria contribueix al desenvolupament i manteniment de les estructures físiques, psicològiques, afectives i socials.

Una de les grans problemàtiques actuals és el preu d'adquisició de l'habitatge, però en el cas d'una persona amb una discapacitat aquest problema es converteix en una odissea, ja que es troba amb l'agreujant que no es pot adaptar a les mesures estàndard imposades. El que sí que es pot fer és adaptar aquestes mesures a les necessitats específiques de la persona que ha d'ocupar un habitatge. El repte recau a fer una adaptació útil i eficient; així doncs, potser serà necessari modificar els entorns físics i adaptar les AVD per poder optimitzar el resultat.

L'objectiu al qual es vol arribar des d'aquesta intervenció és reduir al màxim les demandes cognitives i funcionals de l'entorn que envolta l'usuari, de manera que amb la mínima funcionalitat de la persona es pugui assolir el major grau d'autonomia.

Un entorn adaptat és aquell que està dissenyat per minimitzar les dificultats d'execució de l'usuari. Prevenir els riscos i trobar solucions abans que es produeixin dificultats afavorirà la seguretat de la persona, la confiança en si mateixa i en les seves capacitats i compensarà, en part, els déficits.

Les modificacions ambientals que es poden realitzar són múltiples: instal·lació de passamans a 90 cm de terra en passadissos i habitacions per prevenir caigudes, mantenir una bona il·luminació, suprimir objectes que



En el moment d'adaptar l'habitatge per a una persona discapacitada cal tenir present el tipus d'activitats que realitza i quines modificacions ambientals són necessàries

dificultin el pas, utilitzar agafadors al bany per facilitar les transferències... Però totes aquestes adaptacions no resultaran útils si no es té en compte la persona, les seves capacitats, les seves limitacions i, sobretot, les seves necessitats, perquè una adaptació en un domicili no és estàndard, sinó que ha de ser individualitzada.

Què hem de saber per realitzar una bona adaptació domiciliària?

En primer lloc, tenir sempre present la tríada bàsica: activitat, persona i entorn. Amb referència a l'activitat, cal entendre quines són les capacitats necessàries per desenvolupar-la i quina importància té per a la persona per poder establir un ordre de prioritats i quina és la demanda ambiental per a la seva execució.

De la persona és bàsic saber quines són les seves capacitats cognitives i motrius, conèixer el seu entorn més immediat i com realitza les AVD; d'aquesta manera es podran valorar les necessitats de la persona dins del seu entorn.

Tenint en compte els punts anteriors podem establir quines seran les modificacions ambientals necessàries, ja siguin obres per canviar les distribucions i/o ajudes tècniques incorporades a l'entorn.

Després d'haver obtingut la informa-



ció, s'elabora el pla d'intervenció i es plantegen els objectius que cal assolir i les estratègies d'actuació. En aquest punt, cal valorar quina serà l'actuació més correcta per als problemes existents:

- Ensenyar una manera alternativa de portar a terme l'activitat.
- Incloure ajudes tècniques¹ i entrenar la persona en el seu ús.
- Adaptar² el material i/o l'entorn.

Com a punt important, cal destacar que una ajuda tècnica o una adaptació necessita un procés d'aprenentatge i, per tant, una reavaluació, per poder determinar si compleix la seva funció o es necessita un canvi.

Siguem pràctics

Exemplifiquem tot aquest procés. La senyora X, com a conseqüència d'un accident de trànsit, té una lesió medul·lar que l'ha deixat paraplàgica. També pateix obesitat i presenta certa hipotonia a les extremitats superiors i, tot i que conserva l'amplitud articular, té dèficit d'equilibri al tronc. Per a ella és molt important poder-se banyar sola, perquè sempre s'ha dutxat cada dia. Aquí tenim establerta l'activitat prioritària per a la persona i les seves limitacions. Així doncs, s'hauria de valorar el domicili per poder determinar si hi

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

ha un espai i un radi de gir suficient per poder maniobrar amb la cadira de rodes. Si hi ha banyera, podríem solucionar l'activitat amb una cadira giratòria de banyera, però s'haurà de valorar si la persona té suficient força per poder fer la transferència de la cadira a la banyera. Si hi ha un plat de dutxa, s'ha de valorar si hi ha un desnivell o una mampara que hi dificulti l'accés, si és així, podem utilitzar una petita rampa per solucionar-ho. Si el plat de dutxa és de terra no hi haurà dificultat per entrar-hi, però s'haurà de valorar si a la persona li resulta més còmode utilitzar una cadira de dutxa amb rodes autopropulsable.

Tots aquests punts serien les valoracions prèvies necessàries només per saber si la persona pot accedir a la banyera o dutxa, tenint en compte que per iniciar l'activitat s'haurà de valorar que les aixetes estiguin a una alçada correcta, que tingui el sabó a l'abast, que si no arriba a rentar-se l'esquena potser necessitarà una esponja de mànec llarg... Aquest és un petit exemple de les grans dificultats que tenen algunes persones per poder realitzar les activitats quotidianes.

En essència

La nostra obligació és esforçar-nos per entendre les dificultats d'aquests pacients i utilitzar tots els recursos



La nostra obligació és esforçar-nos per entendre les dificultats dels pacients

que tinguem a l'abast. El metge de família serà el seu referent en el dia a dia, l'infermer els donarà el suport més proper, el psiquiatre o el psicòleg els ajudaran en l'àmbit emocional, el terapeuta ocupacional els podrà assessorar en adaptacions i ajudes tècniques, el treballador social els informarà sobre possibles subvencions... i així molts professionals, cadascun en el seu camp, intervindran en la vida d'una persona amb una discapacitat, però som els professionals els primers que hem d'aprendre a treballar en un equip multiprofessional/

interprofessional, amb altres visions i coneixements, per poder oferir una atenció global i de màxima qualitat a la persona.

Informació adicional:

¹ Ajuda tècnica: Qualsevol mitjà que, actuant d'intermediari entre la persona i el seu entorn, possibilita l'eliminació d'allò que dificulta l'autonomia personal.

² Adaptació: Modificacions d'objectes i/o entorns quotidians, especialment ajustats a les limitacions funcionals de cada persona.



Una ajuda tècnica o una adaptació necessita un procés d'aprenentatge i, per tant, caldrà una reavaluació

La rehabilitación domiciliaria

Equipo de rehabilitación del Hospital de Santa María

There's no place like home (ningún lugar como el hogar). Con este título aparecía publicado un artículo en la revista *Stroke* en mayo de 2000¹ en el que se evidenciaban los mejores resultados del tratamiento rehabilitador domiciliario frente a la rehabilitación hospitalaria o en centros asistenciales.

Unos meses más tarde, en la misma publicación, aparecía una carta al editor en la que se argumentaba: *There's no place like home... for some*² (ningún lugar como el hogar... para algunos).

Con este ejemplo pretendemos puntualizar que si bien es cierto que la rehabilitación domiciliaria es una alternativa con grandes ventajas, entre ellas las económicas, un análisis más profundo nos lleva a considerar que esta opción no es necesariamente la más adecuada en todos los casos.

Límites

La rehabilitación es un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos dirigido a permitir que personas con discapacidades consigan un nivel funcional, mental, físico y social óptimo, ya que les proporciona herramientas para adaptarse a la nueva situación. Según las características del paciente, el tratamiento rehabilitador será más eficiente en uno u otro emplazamiento. La rehabilitación domiciliaria ocupa su momento y su función dentro del continuo asistencial de un tipo de población con procesos patológicos y características funcionales determinadas.

Así, la población diana son todos aquellos pacientes con déficits susceptibles de reversión total o parcial que necesiten tratamiento fisioterapéutico y pacientes discapacitados con déficits establecidos, susceptibles de incrementar su capacidad funcional con tratamiento fisioterapéutico, con:

a) Imposibilidad de desplazamiento a una sala de rehabilitación por barreras arquitectónicas insalvables.
b) El desplazamiento incrementa los factores de riesgo dada la comorbilidad.

No debería valorarse la posibilidad de realizar el tratamiento rehabilitador en el domicilio en los siguientes casos:

a) Contraindicación del tratamiento fisioterapéutico.
b) No consentimiento expreso del

paciente al aceptar el tratamiento propuesto.

c) No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando ésta sea imprescindible para conseguir los objetivos del tratamiento.

d) El paciente no está incluido dentro de la población diana (ausencia de posibilidad de mejoría, ausencia de barreras arquitectónicas y/o ausencia de comorbilidad).

Como hemos dicho anteriormente, la rehabilitación es un proceso limitado en el tiempo cuya finalización debe considerarse en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Consecución de los objetivos.
- Estabilización del proceso y ausencia de expectativas de mejoría.
- Proceso intercurrente que contraíndique la fisioterapia o ingreso en el hospital.
- Aparición de efectos adversos que superan los efectos beneficiosos.
- Cambio en la situación del paciente que permite que pueda ser trasladado a sala de fisioterapia.
- El cuidador ha sido instruido sobre

el manejo del paciente discapacitado.

Desde junio de 2005 aparece un nuevo Plan Estratégico de Reordenación de la Rehabilitación en Catalunya (PERCAT). La gestión del proyecto se adjudicó directamente a Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), y la fecha de inicio del mismo fue el 1 de enero de 2006. Dentro de este marco es donde desarrollamos la rehabilitación domiciliaria. Desde las diferentes unidades de rehabilitación (Hospital Santa María, Hospital Arnau de Vilanova, centros sociosanitarios, sectores sanitarios o áreas básicas) puede derivarse al servicio de rehabilitación para valorar el tratamiento.

La visita inicial, así como las visitas de supervisión y el control del proceso, serán realizadas por el médico rehabilitador, que decidirá si el paciente es tributario o no de tratamiento.

El equipo está formado por un médico rehabilitador, un fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Mayo, N.E.; Wood-Dauphinee, S.; Cote, R.; Gayton, D.; Carlton, J.; Buttery, J.; Tamblin, R. "There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke". *Stroke*. 2000; 31:1016-1023.
- Zorowitz, R.D.; Stineman, M.G. "There's no place like home... for some". *Stroke*. 2000; 31(10):2521-2.
- Montagut Martínez, F.; Flotats Farré, G.; Lucas Andreu, E. *Rehabilitación domiciliaria. Principios, indicaciones y programas terapéuticos*. Barcelona: Masson; 2005.
- Rehabilitación y fisioterapia en atención primaria. Guía de procedimientos*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2003

Tabla 1: Puntos fuertes y débiles de la rehabilitación domiciliaria

PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
<ul style="list-style-type: none"> La valoración y el tratamiento se realizan en el entorno habitual. Se favorece el proceso de integración. Favorece la motivación e incentivación del paciente y de sus cuidadores. Posibilita la aceleración de las altas hospitalarias sin menoscabo de los resultados clínicos. Disminuye los reingresos hospitalarios. Se obtienen mejores resultados en el desempeño de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria. Se evitan los trastornos vinculados a los traslados en ambulancia. Los profesionales domiciliarios pueden coordinarse con otros equipos de la comunidad. Se facilitan los principios de libertad y dignidad del paciente. Se favorece el continuo asistencial. Disminuye el factor de riesgo a contraer una enfermedad nosocomial. Rentabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad de coordinación con otros recursos domiciliarios. Se requiere alto nivel de implicación del cuidador. Peligro de claudicación. Dificultad en el diseño y seguimiento de la política de calidad. Se requiere un mayor nivel de especialización de los profesionales. Éstos pueden tener la sensación de soledad. Nivel alto de interdependencia paciente/profesional con pérdida de objetividad en el momento de evaluar. El profesional es un huésped. Dificultad en la toma de decisiones.

Aspectes sanitaris de la ciutat de Lleida (1918-1920)

Doctors Manuel Camps Surroca i Manuel Camps Clemente

El 5 de desembre de 1917 era elegit alcalde de Lleida el metge Humbert Torres i Barberà per 15 vots a favor i 5 en blanc en l'elecció que van fer els regidors en compliment de la RO de 29 de novembre d'aquell any, segons la qual els alcaldes no serien designats des de Madrid.

El doctor Torres (1879-1955) va ser el primer alcalde d'elecció popular de la ciutat, tasca que va finalitzar dolorosament i inesperadament el 21 de novembre de 1920, quan el va succeir, imposat des de Madrid, el seu principal adversari polític, el conegut monàrquic lleidatà alcalde Costa.

El seu pare, el doctor Marià Torres i Castellà (Tarròs, 1848-Lleida, 1934), va ser metge durant molts anys de la Casa de Misericòrdia de Lleida i es va distingir per la seva abnegada tasca durant l'epidèmia de còlera de 1885.

La nissaga mèdica dels Torres es va acabar amb el mateix Humbert, ja que el seu fill Màrius va morir 13 anys abans al sanatori de Puig d'Olena, a l'edat de 32 anys, però havent deixat una obra poètica de gran altura i profunditat.

La tasca del doctor Humbert Torres com a alcalde de Lleida va ser important, tant des del punt de vista polític com sanitari, de l'ensenyament i de la cultura.

A més, durant el seu mandat van ser regidors de l'Ajuntament els metges de la ciutat Epifani Bellí Castiel, Sal·lustià Estadella Arnó, Pere Castro Vicen, i el que va ser alcalde de la ciutat durant molt poc temps, el doctor Antoni Diana Díaz, que va morir a principis d'octubre de 1920 a Caldes de Malavella.

Atès el pes mèdic que durant aquests tres anys va planar sobre l'Ajuntament de Lleida, destacarem alguns aspectes sanitaris de la ciutat, així com el pensament i l'actuació dels esmentats metges.

El 15 de gener de 1918, a l'Ajuntament es va parlar de la conveniència de la prohibició de l'enterrament de gossos i de carns dolentes a la Mitjana anomenada de la Molina, a causa de la pudor que produïa i del perill que suposava per a la salut del veïnat.

Un mes després, s'aprovà el dictamen de la Comissió de Governació

sobre aquest assumpte, de manera que s'acceptà l'ofertament de l'industrial Salvador Casases de procedir pel seu compte a l'enterrament dels animals. Es va pactar que lliuraria una pesseta per cada gos i cinc pessetes pels animals majors. També es va comprometre a abonar el que costés la pell de l'animal que resultés no comestible.

Al mateix temps, el doctor Castro denuncià l'existència d'una cova en una roca de la Redola de Sant Joan on s'emmagatzemaven les filtracions i es produïa un focus d'infecció, inconvenient que s'evitaria fàcilment si es tapiava l'entrada d'aquella cavitat.

El doctor Estadella, també sensible al problema, va prometre fer una inspecció i actuar en conseqüència. Dues setmanes després s'ordenava que la brigada municipal procedís a tapiar la cova. Però mesos després, a començaments de juliol, el doctor Castro insistia que encara no s'havia corregit el focus del carrer de la Redola i de la plaça de l'Ereta.

D'altra banda, el doctor Bellí proposà també crear una brigada de neteja per actuar contra l'estat de molts carrers que s'omplien de fang quan plovia una mica.

El doctor Torres havia delegat al doctor Castro les seves facultats en tot allò que es referia a festes i fires, i el va autoritzar a intervenir i a resoldre tot el que es referia a l'aspecte higiènic de les instal·lacions dels firaires.

Diversos veïns de la rambla de Ferran i del barri de Sant Antoni pretenien que es trasladesin les pròximes fires de maig de la rambla de Ferran, on fins aleshores se celebraven, a la rambla d'Aragó. Els regidors Costa i Sol opinaren que s'havia d'acceptar tal pretensió, a causa de les grans molèsties que el soroll i l'olor de les barraques produïen en sans i en malalts de la populosa barriada de Ferran.

Però el doctor Castro, si bé considerava que el lloc més adequat era la rambla d'Aragó, creia que no s'havia de posposar el trasllat pels perjudicis que es podien ocasionar a l'arrendatari.

Finalment, es va desestimar el trasllat per catorze vots contra sis. El doctor Bellí era partidari del canvi de lloc, però



Escorxador de Lleida

no ho eren els doctors Torres, Estadella i Castro. Això succeïa el 26 de març de 1918.

Pocs dies després, el regidor Ormo va denunciar el focus d'infecció que produïen les aigües estancades d'una bassa de la barriada de Cappont, mal que ja era vell i que, segons el doctor Estadella la Comissió de Foment es proposava extirpar. De fet, l'alcaldia ja havia pres alguna mesura, com la de reomplir amb terra la bassa en qüestió.

Més greu era encara que durant els darrers set anys no s'hagués netejat el dipòsit d'aigua de la ciutat, on s'havien acumulat tres metres de fang. A començaments de maig l'alcalde Torres va disposar que es procedís amb urgència al compliment d'un servei tan important.

La portada d'aigües a la ciutat l'havia aprovada l'Ajuntament el 17 de març de 1915. Però les obres van tenir molts entrebancs a causa de l'incompliment dels acords per part del contractista de Barcelona que se n'havia fet càrrec. Finalment, el 23 de maig de 1918, l'Ajuntament, aconsellat pels advocats Manel Pereña i Romà Sol, va rescindir el contracte.

El 2 de juliol, pocs dies després d'haver-se posat en marxa el forn de cremació del nou escorxador, el doctor Castro indicà la conveniència que es desmabalés el pavelló Docker que es guardava a l'edifici llatzeret que s'havia construït al costat del cementiri.

Ho va indicar per evitar el seu deteriorament.

També a començaments de juliol la Comissió de Governació va proposar habilitar un cobert de l'antic escorxador municipal per a dipòsit dels cotxes i del material mortuori. Va haver-hi alguna oposició perquè entre els carros destinats al transport de la carn i els del servei mortuori solament hi havia com a separació un simple envà.

Però segons el doctor Bellí, això no tenia cap perill, al contrari del risc de contaminació que hi havia quan els carros de l'escorxador estaven continguts al dipòsit de gossos.

El doctor Diana, malgrat el criteri de Bellí, advertia sobre el mal efecte que havia de produir necessàriament el fet de trobar-se pròxims dos serveis tant antitètics com eren el de l'escorxador i el d'enterrament.

Es va proposar que es construís un cobert de poc cost als afores de Sant Martí, però per molt senzill que fos importaria massa despesa, cosa que no mereixia la interinitat de la solució proposada, ja que estava previst arrendar molt aviat el que seria un servei mortuori independent i en condicions.

El doctor Castro va aduir que seria vergonyós que la Junta de Sanitat hagués d'intervenir en aquest assumpte, i per això considerava una bona solució demanar a la Diputació que consentís per alguns mesos més la

permanència del servei d'enterrament en el local de la seva propietat, ja que s'estava a l'espera d'obrir un concurs per a l'arrendament de locals en què hi hagués, a més, un departament destinat a les autòpsies judicials dels cadàvers.

El doctor Bellí va recordar que al cementiri, al costat de l'església, ja hi havia una petita habitació destinada a dipòsit de cadàvers, on solament faltava col·locar la pedra d'autòpsies. A més, ell mateix, el 7 de març ja va proposar que es col·loquessin tres llums elèctrics al cementiri, un d'ells al dipòsit de cadàvers.

El doctor Torres opinava que, des del punt de vista higiènic, no era inacceptable la solució que es proposava en el dictamen de la Comissió de Governació, si bé reconeixia que seria ingrata, com ho seria en qualsevol altre lloc que s'emplacés la instal·lació del servei funerari. Va recordar que quelcom semblant va succeir arran de l'emplacament del servei de desinfecció i del dipòsit i mort de gossos, que van aixecar protestes dels veïns pròxims.

Va afegir que, com que la causa que obligava la Diputació a demanar que es desallotgés el local on es guardaven els cotxes mortuoris era la necessitat de dipositar-hi el material telefònic de la Mancomunitat, podia oferir-se a la Diputació un dels departaments del vell escorxador a canvi de no ser traslladat

el servei d'enterraments, amb la qual cosa ambdues corporacions deixarien ateses les seves necessitats.

Al final, va ser aprovada la proposició de l'alcalde Torres. Però el doctor Bellí va manifestar que, després del que havia ocorregut en aquest assumpte, la Comissió de Governació que presidia necessitava que el consistori digués si va obrir amb encert amb les gestions que va fer.

Es va sotmetre a votació i la gestió va resultar encertada per onze vots contra vuit. Entre els metges que van votar, li va donar suport el doctor Torres, però no els doctors Diana i Castro.

El 24 d'octubre, ateses les deficiències del servei funerari, la Comissió de Governació va presentar a la corporació un plec de condicions per arrendar el servei de conducció de cadàvers al cementiri, cosa que va ser rebutjada pel regidor Ibars perquè en aquesta mena de servei no podia haver-hi ocultacions o filtracions com en altres. Però el doctor Bellí, amb una visió més social i, sobretot, mèdica, li va respondre que si a Lleida hi hagués una epidèmia com la que hi havia a Barcelona, amb l'actual servei d'enterraments s'oferiria un espectacle vergonyós.

Un aspecte que com hem vist havia preocupat bastant durant l'estiu de 1918 eren les males condicions higièniques del dipòsit d'aigua de la ciutat i també el fet que continués sense cobrir el braçal que feia de claveguera al llarg de la rambla d'Aragó. El 12 de setembre es va aprovar el projecte de la claveguera de ciment que arreglaria aquest últim problema.

Però la neteja del dipòsit d'aigua oferia moltes més dificultats a causa de les difícils circumstàncies sanitàries, ja que fins i tot la Junta Provincial de Sanitat va opinar unànimement que s'esperés a dur-la a terme més endavant.

En efecte, al diari *El País* de 21 de setembre es parlava de la sessió de la Junta Provincial de Sanitat que va ser convocada pel governador civil el dia anterior, amb la finalitat que deliberés sobre la importància que podria adquirir l'epidèmia gripal que regnava a la ciutat i província. Després d'una llarga discussió sobre l'assumpte, es va convenir que si bé el nombre de malalts a la ciutat era alt, no per això es podia qualificar de greu el seu estat sanitari, ja que l'epidèmia oferia caràcters marcadament benignes, amb una mortalitat molt escassa.

A proposta de l'alcalde Torres es va acordar prendre algunes mesures destinades a minorar el risc de ser atacats per l'epidèmia. A aquest efecte es dictà el següent ban de l'alcaldia:

"Don Humbert Torres Barberà, Alcalde Constitucional de Lleida.

Als habitants d'aquesta ciutat fa a saber:

Que donada la lleugera anormalitat sanitària creada per l'actual epidèmia

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

de grippe, creu necessari disposar lo següent:

Primer. Els establiments de venda de carns, peix, gallina, tocino, llet, pa i tota classe de comestibles no poden tindre aqueixes matèries més que cobertes amb glassa o drap, en forma que quedin totalment impossibilitades de contaminació per l'aire o per les mosques.

Segon. Els queda prohibit, aixís mateix, als expenedors de comestibles: entregar-los al comprador embolicats en paper de diari, havent-ho de fer precisament en classe especial de envoltoris.

Tercer. En el terme de 24 hores, a partir de la publicació d'aquest ban, queda prohibida la venda de llet de cabra, munyida directament en el carrer, aixís com l'estacionament dels remats en la via pública. Els remats seran conduïts als estables, després de l'hora de la pastura, i previ un senzill rentat amb aigua de les mamelles i de les mans que haigin de extreure la llet, la dipositaran en recipients nets i vendran aqueix article en taules apropiades, en la via pública, com se fa actualment per la llet de vaca. L'Alcaldia els facilitarà en el acte el permís necessari per a la instal·lació de dites taules.

Quart. Els propietaris de hotels, posades i cases similars, comunicaran tot seguit a l'Alcaldia qualsevol indisposició o malaltia que sofreixin els viatgers.

Quint. Se prevé als veïns que tinguin quadres per a animals, situades en el interior de la ciutat, la obligació de treure els fems a diari i practicar un baldeig de sol amb una solució de un kilo de sulfat de ferro en 20 litres d'aigua.

Sext. Aquesta mateixa dissolució antisèptica deu utilitzar-se també en el domicili particular dels vehins, tirant-ne a diari una regular quantitat en waters i urinaris.

Setè. Se penaran severament les transgressions de les Ordenances municipals en lo que's refereix a tirar bassures, desperdici de comestibles o sacudir robes o alfombres en la via pública, aixís com les sofisticacions o adulteracions de llets, vins i demés articles destinats al consum.

Espera l'Alcaldia que el vehinat col·laborarà al general compliment d'aquestes disposicions, encaminades al millorament sanitari de nostra ciutat, doncs si bé no hi ha el més petit motiu que pugui justificar la més lleugera alarma, cal ser, en aquestes matèries, extremadament previsor.

Aixís ho espera de tots l'Alcalde, Humbert Torres.

Lleida 21 de setembre de 1918."

D'altra banda, encara que fins llavors no hi hagués hagut el més petit motiu d'alarma, la Junta Provincial de Sanitat va acordar que es fessin públics alguns preceptes higiènics i de profilaxi, amb la finalitat que cada individu es pogués defensar particularment i de forma efi-



Doctor Sal-lustià Estadella Amó



Doctor Humbert Torres



Doctor Epifani Belli Castiel



Doctor Pere Castro Vicén

caç, ja que les mesures de caràcter general anirien a càrrec de les autoritats. Aquests preceptes individuals es reduïen als següents:

"Apartar-se dels locals tancats i molt concorreguts, atès que el vehicle de la malaltia era l'aire.

Romandre molt a l'aire lliure amb la finalitat d'oxigenar els pulmons.

Evitar refredaments que preparen l'organisme per emmalaltir.

Neteja diària i minuciosa de les vies respiratòries altes i de la boca i faringe

amb un líquid lleugerament antisèptic.

Administració de càpsules d'Eucalip-tol, Gomenol o Quitrà per desinfectar les vies respiratòries profundes inacessibles a les neteges.

Neteja de les habitacions amb draps mullats amb algun antisèptic com Zotal, Cresol, etc.

Tirar abundant aigua barrejada amb els líquids antisèptics esmentats i amb sulfat de ferro als lavabos i sifons.

Atendre amb rapidesa qualsevol indisposició, especialment els signes

prodromics com catarro, mal de cap, malestar general, etc. per evitar que la malaltia es compliqui."

La Junta va acordar també reunir-se amb certa freqüència per intercanviar impressions. Es va ratificar la impressió de benignitat de l'epidèmia, que tenia tendència a baixar, i considerava probable que la duració no seria llarga, ja que aleshores revestia els mateixos caràcters que la que atacava les altres províncies.

El 24 d'octubre, malgrat les deman-

des d'alguns propietaris d'habitatges no llogats, es va aprovar no suprimir-los l'arbitri de desinfecció. Per alguns era injust que els propietaris haguessin de pagar la desinfecció d'una casa de la qual no en treien cap benefici. Solament consideraven justa la despesa en el cas de pisos llogats en els quals hagués succeït una mort o una malaltia infecciosa.

Però els doctors Castro i Estadella opinaven que no es podia anar en contra de la instrucció de sanitat en aquest assumpte i que solament hi cabia estudiar una millor distribució de la base tributària per pal·liar al màxim els efectes de l'arbitri.

La vacuna antiràbica

A començaments de maig de 1919 preocupava molt que en un breu espai de temps havien estat mossegades unes quinze persones per gossos rodans, motiu pel qual el doctor Torres havia demanat amb insistència la vacuna antiràbica i també el permís al governador civil per poder matar els gossos d'acord amb les aleshores vigents prescripcions pecuàries.

El perill de la ràbia continuava, de manera que quatre mesos després, el 28 d'agost, s'aconsellà a l'alcaldia que s'atengués al que disposava la Llei d'epizooties, de 18 de desembre de 1914 i al reglament per a la seva execució, l'article 75 del qual i següents ordenaven que en declarar-se oficialment la ràbia canina en estat d'infecció s'havien d'adoptar les mesures necessàries per tal d'evitar la contaminació.

Entre aquestes, era obligat que els gossos que es trobessin en el perímetre declarat infecció (en el cas present tot el terme municipal de Lleida), fossin retinguts i lligats en el domicili del seu amo, i no es permetés la circulació als no proveïts de morrió, xapa amb el nom i altres dades.

Aquestes disposicions, que gairebé no s'adoptaven, posaven l'autoritat municipal en la ineludible obligació d'emprar les mesures legalment autoritzades per a l'extinció de gossos, la circulació dels quals era un perill per al veïnat.

El 25 de setembre, l'Ajuntament s'asabentà de la citació judicial a l'acte de conciliació amb el veí Josep Suñé amb motiu d'haver-li matat el gos.

Un any després, a meitat d'agost de 1920, el doctor Torres va comunicar el tancament provisional del nou carrer al costat del mur, atesos els requeriments de la Inspecció Provincial de Sanitat i la petició dels veïns. Però el regidor Pinell va advertir que en cas d'incendi podia succeir algun desastre, ja que quedaria incomunicada la part posterior de l'edifici de Joventut Catòlica, motiu pel qual creia que s'hauria d'haver emplenat el buit feia temps amb materials d'enderroc.

Però el doctor Torres ho va justificar per la permanència del focus d'infecció en un punt tan cèntric, per l'avis de la Inspecció de Sanitat i per l'existència de malalts a causa de la constància del focus.

Al mateix temps, va donar ordres que es prosseguís l'emplenament per l'altra part del carrer amb la finalitat de poder avançar la urbanització.

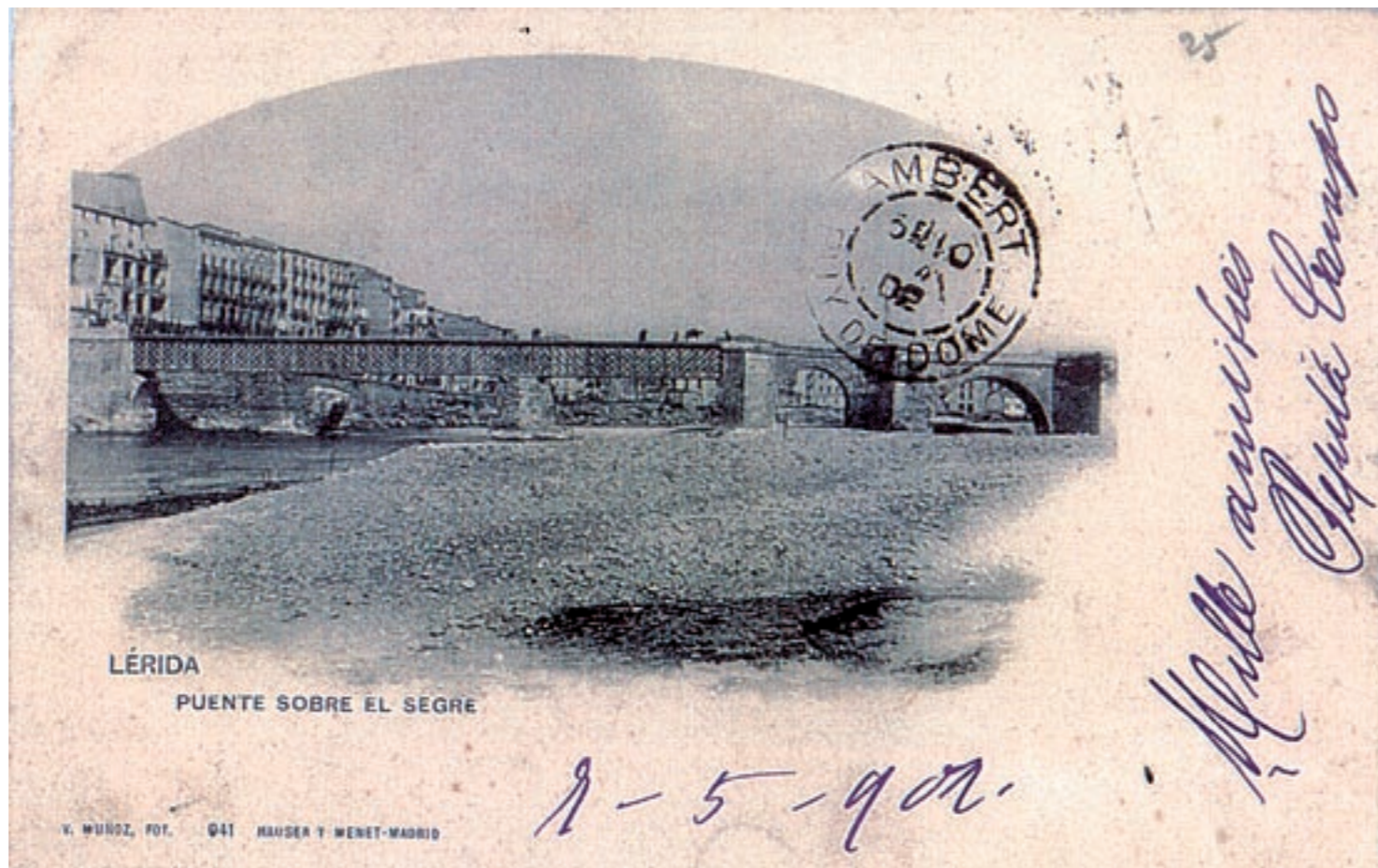
Pocs dies després, es va facultar la presidència de l'Ajuntament per reforçar temporalment la brigada de desinfecció en vista d'un ofici de la Inspecció Provincial de Sanitat amb motiu de l'epidèmia de verola que regnava.

El 20 d'agost es va denunciar l'arbrada que existia entre el pont i el començament de la rambla de Ferran com a focus d'infecció perillós, on es cometien, a més, actes immorals i s'hi tiraven escombraries i animals morts.

El 24 de setembre, el doctor Torres va manifestar que s'havia de calmar l'alarma que regnava sense cap motiu d'una suposada epidèmia tifoïdal, ja que com a metge podia afirmar que no visitava cap cas d'aquesta malaltia. Però el que era cert és que en aquell temps l'estat de la majoria dels habitatges de la població era deplorable i calia que els agents de l'autoritat fessin complir les ordenances municipals al veïnat.

Finalment, poc temps abans del final de l'alcaldia del doctor Torres, es va voler responsabilitzar l'Ajuntament, i molt particularment el seu alcalde, de l'epidèmia de verola que sofria la ciutat des del mes de juny. En la consulta que hem fet al Registre Civil hem comprovat que des del 15 de juliol fins al 31 d'octubre de 1920 hi hagué 48 defuncions ocasionades per la malaltia. El mes de setembre hem constatat un cas de mort violenta d'un home per atropellament d'un tren en el dipòsit de màquines de l'estació.

En la sessió del 29 d'octubre, la presidència va rebutjar els càrrecs que con-



LÉRIDA

PUENTE SOBRE EL SEGRE

V. MUNOZ, FOT. 041 HAUSER Y MENET-MADRID

8-5-1902.

W. Munoz
Epifani Belli Castiel

tinuament llançava el diari *El País* en aquest sentit. A més, també s'acusava el doctor Torres de la suspensió de les obres de la portada d'aigües, paralitzades per la vaga de metal·lúrgics, i d'altres coses completament alienes a la seva autoritat.

El dolorós final de l'alcalde Torres

Aquell mateix mes d'octubre de 1920 ja es percebia en el si del Consistori la por a l'imminent canvi de criteri en la designació d'alcaldes. Per això, en la sessió del dia 15, amb el vot en contra del doctor Castro i dels regidors Costa i Pinell, es va acordar traslladar al Ministeri de la Governació l'oposició de l'Ajuntament a tal canvi de criteri, i també als principals ajuntaments de Catalunya perquè acudissin en defensa de la seva dignitat i autonomia.

El 21 de novembre es va reunir el Consistori en sessió extraordinària, sota la presidència del governador civil amb l'objecte de comunicar la RO del dia 18, amb què es nomenava alcalde de Lleida el regidor monàrquic Francesc Costa Terré, principal adversari polític del doctor Humbert Torres.

El regidor Palacín va demanar la paraula, i la presidència l'advertí que com que es tractava d'una sessió extraordinària la Corporació no podia ocupar-se més que de l'objecte de la convocatòria, motiu pel qual li va pregar que concretés el que havia de dir.

Palacín va contestar que vist el contingut de la RO de nomenament i havent estudiat convenientment l'assumpte, resultava que el Govern havia comès una extralimitació legal.

En aquell moment es va promoure un gran avalot en el públic, que va obligar el doctor Torres a demanar als assistents que mantinguessin l'ordre, ja que no es guanyava res avalotant.

Acte seguit el governador va invitar Costa a pujar a la mesa presidencial per prendre possessió del càrrec, moment en què Palacín va dir que no havia acabat de parlar.

El governador va respondre que procedia a donar possessió a Costa. Però Palacín va considerar que el fet de no consentir que continués amb l'ús de la paraula constituïa un atropellament del qual havia de protestar i, per això, es retirava de la sessió.

Apaivagat l'escàndol, el governador va donar possessió del càrrec d'alcalde a Costa.

El regidor Pinell, després de manifestar que començava a parlar en castellà per consideració i afecte al governador, felicità el nou alcalde. Però el doctor Estadella li va respondre que creia que era un deure expressar-se en la llengua dels seus electors, i va manifestar que lamentava el nomenament d'alcalde de RO, ja que anava contra el seu credo polític; però necessitava exterioritzar



Plaça de l'Ereta. Foto: Lluís Mejón

la seva satisfacció perquè tal nomenament significava, per fi, la desaparició del despotisme que en aquella casa havia exercit una majoria que, en el seu furor de tirania, va arribar a aprovar uns pressupostos municipals, els quals regien aleshores, sense permetre ni tant sols la seva discussió a les minorïes. Malgrat això, la minoria radical que ell representava no modificava la seva actitud fiscalitzadora i col·laboraria pel bé dels interessos de Lleida. El doctor Castro va oferir la seva col·laboració a l'alcalde en nom de la minoria liberal.

Costa va agrair les paraules d'afecte que se li van dirigir i va prometre que mentre ocupés la presidència no imperarien més els actes de despotisme.

En la sessió del 26 de novembre de 1920, la primera de l'alcaldia de Costa, en acabar-se la lectura de l'acta de la sessió anterior, Palacín va demanar la paraula. Però l'alcalde el va advertir que no li concediria si era per tractar del que havia succeït en aquella última sessió, un cop retirada la majoria de la sala.

Amb aquest motiu es va obrir un viu

diàleg entre els dos. Palacín li va dir que la insistència de la presidència a fer tal advertiment, quan ell encara no havia començat a exterioritzar el seu pensament, semblava propi d'un bruixot.

Costa va protestar d'aquesta paraula, que va considerar impròpia i denigrant.

Però Palacín va contestar que el seu únic objecte era demanar que hi constés el nom dels regidors que es van absentar de la sessió anterior i que eren els doctors Torres i Bellí, i els regidors, Ferrer, Daniel, Roig, Blavia, Serecigni, Gomar, Masarico, Guvernau, Abadías, Roselló, Zamorano i ell mateix. Ho demanava amb la finalitat de demostrar que no va quedar al saló nombre de regidors suficient per continuar la sessió.

Aquest va ser l'inesperat i dolorós final del doctor Humbert Torres com a alcalde de Lleida.





ARXIU CONSULTAT
AML (Arxiu Municipal de Lleida), Llibres d'Actes, 1917-1920.



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som
eficaços

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

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

902 200 200
www.adeslas.es

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

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT



jubilació

Plans Integrals
d'Alta Rendibilitat



MutualMédica

Dels Metges i
per als Metges

Allegro Molto Vivace:

5 % d'interès
tècnic garantit durant
tota la vigència del
contracte



pla de
jubilatció 105

Dirigit a metges que exerceixen
la seva activitat per compte propi.



pla de previsió
assegurat mutual 105

Dirigit a metges que exerceixen
la seva activitat per compte d'altri.



www.mutualmedica.com
cim@mutualmedica.com