

Oftalmòlegs de Lleida, al Camerun





El que vulgui, quan ho vulgui

MED Serveis Financers li ho posa molt fàcil. Li oferim una àmplia gamma de préstecs personals dissenyats a mida, perquè faci realitat els seus projectes i les seves il·lusions. Vostè només ha de triar el que vol comprar i nosaltres estudiarem la millor opció de finançament d'acord amb les seves necessitats. Amb Comissió de Cancel·lació 0%.

PRÉSTEC COTXE	PRÉSTEC DE CONSUM	PRÉSTEC NÒMINA	PRÉSTEC HIPOTECARI
Esportiu, familiar, utilitari, de luxe, clàssic, de disseny innovador... Ha arribat el moment d'escollir el vehicle que desitja comprar.	Per finançar aquelles compres puntuals com ara un televisor, una rentadora, un ordinador, un viatge...	Multipliqui per 3 la seva nòmina i faci realitat els seus projectes.	Per finançar la compra o rehabilitació del seu habitatge o la seva consulta que més s'ajusti a les seves necessitats.

En definitiva, els Préstecs Personals adaptats a les seves necessitats personals, familiars i professionals. Podrà gaudir d'allò que més desitja amb còmodes terminis per poder-ho pagar. També per a Empreses: Préstecs Hipotecaris per a Locals / Lísing Mobiliari i Immobiliari / Rènting / Préstecs per a ICO i Generalitat



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



BUTLLETÍ mèdic

Número 61, novembre 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 Zuriguel
Joan Clotet Solsona
Josep M. Groles Solé
Albert Lorda Rosinach
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñasca Pujol
Josep Pifarré Paradero
Joan Prat Corominas
Jesús Pujol Salut
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

Sanitat versus pobresa

A principis del 2007, el Govern d'Entesa haurà exhaurit els 100 primers dies. Aleshores, la política sanitària no serà ja un repte nou per a la consellera Marina Geli, perquè tindrà l'oportunitat de portar a terme el programa que va començar en l'anterior etapa.

En el govern anterior, molts problemes van quedar sense resoldre. Per això, el nou govern i els representants dels col·lectius sanitaris han de continuar treballant, col·laborant i dialogant per aconseguir una sanitat qualitativa, quantitativa i equitativa per a tota la població.

Hem de tenir present, però, que el marc d'actuació és heterogeni i, fins i tot, contradictori. Un terç de la població actual viu en la pobresa —un 12% de la població catalana està per sota el llindar de la pobresa—, mentre que la resta de la ciutadania s'obsessiona per aconseguir la salut perfecta. L'obsessió està afavorida per un sistema mèdic que crea, progressivament, noves necessitats en un món que idealitza la ciència.

Així, exigim cada cop amb més força i pressió que el progrés posi fi al patiment corporal, ens mantingui joves i perllongui la vida humana fins a l'infinit. Però, paral·lelament, 1.000 milions d'éssers humans beuen aigües contaminades i 2 milions de nens moren de diarrea.

Com ens alliberem els metges d'aquesta situació paradigmàtica que té el risc de convertir-nos en còmplices involuntaris d'una indústria de la salut amb objectius i programes dictats pels beneficis financers? Perquè girar la cara al patiment és la negació mateixa de la condició humana.



sumari

La idoneïtat dels exàmens MIR

El debat del Butlletí Mèdic reflexiona sobre les característiques de les convocatòries MIR.

PÀGINA 7

Els certificats mèdics

Reflexió sobre les característiques i l'ús dels certificats mèdics en el passat i en l'actualitat.

PÀGINA 17



Fotografia portada: FUNDACIÓ FERRERUELA SANFELIU

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 4 d'octubre i 8 de novembre de 2006, ha acordat i/o tractat, entre altres, els següents assumptes:

- Signatura amb Gestió de Serveis Sanitaris de contractes d'arrendament dels pisos de Rambla d'Aragó, 16, 1r A i 1r B, propietat del Col·legi.
- Celebració, el passat 14 de novembre a la seu col·legial, d'una sessió informativa sobre el II Acord de la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat sobre les condicions de treball del personal estatutari de l'ICS.
- Ampliació a 50 MB de capacitat de les bústies de correu electrònic del servidor col·legial.



Moviment de col·legiats

ALTES

Judith Sánchez Castro, Carmen Florentina Serbanoiu, Virginia García Reglero, Carlos Luis Aracil Blanch, Jaime Orlando Gutiérrez Sánchez, Silvína Maria Mendoza Herrero, Juan Nepomuceno Solís Servet, Antonio Montero Matamala, Vanesa Oliva Granados, Luis Fernando Rodríguez Trevijano, Jesús Ferrer Morales, Antonella Marcotullio, Roberto Novoa Baquero i Antonio Miñano Oyarzabal.

BAIXES

Mes de setembre: 4
Mes d'octubre: 7
El passat 4 de novembre es va produir la defunció del Dr. Hermenegildo Greoles Balagué.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics el doctors Antonio J. Bataller Vidal i Manuel Gabás Vilella.

Programa de formació contínua de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

L'Àrea de Docència de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), que està coordinada pel doctor Josep Manel Casanova, ha organitzat durant el quart trimestre de l'any cinc taules rodones sobre diferents temes. La primera va tenir lloc el 4 d'octubre i el tema era *Tractament de la sordeïsa als inicis del segle XXI*. El cap de servei d'ORL de l'HUAV, el doctor Víctor Palomar, va fer la introducció sobre anatomia i fisiologia de l'audició i exploració funcional auditiva. També va parlar sobre les pròtesis auditives i els implantaments coclears. El doctor Josep Soteras va parlar sobre l'exploració auditiva infantil i el doctor Antonio Ruiz, sobre el tractament de la hipoacúsia de transmissió.

El tractament en la fase aguda de l'ictus va ser el tema de la segona taula rodona, que es va celebrar el 8 de novembre. En aquesta ocasió, es van debatre les indicacions actuals del tractament fibrinolític en pacients amb ictus agut, la unitat de la neuroimatge a l'ictus isquèmic hiperagut, els nous tractaments en la fase aguda de l'ictus isquèmic, les noves perspectives en el tractament de les hemorràgies a la fase aguda i la fibrinòlisi a les comarques de Lleida.

El cap de servei de Medicina Interna de l'Hospital de Santa Maria, el doctor Jacinto Cabau, va moderar el

debat *Prevenió de la malaltia aterotrombòtica a la Regió Sanitària Lleida*, el 15 de novembre. En aquest cas, els doctors convidats, Elvira Fernández, Susanna Sarriegui, Montserrat Martínez i José Luis Frutos, van exposar diferents temes, com l'anàlisi epidemiològica de la RSL, els criteris de derivació des de l'atenció primària o la perspectiva història de les unitats de factors de risc a Lleida.

El 22 de novembre va tenir lloc la taula rodona *Noves perspectives en l'asma bronquial*. El cap del Servei de Pneumologia de l'HUAV, el doctor Ferran Barbé, va coordinar el debat, que va comptar amb la presència dels doctors Joan Fibla, Lluís Marqués i Joan Ramon Rozadilla. Van debatre sobre la susceptibilitat genètica, el paper de l'al·lèrgia i els nous tractaments en el segle XXI.

Finalment, el 13 de desembre, el cap del Servei de Cirurgia de l'Hospital Pius de Valls, el doctor Luis Gómez, va moderar el debat *Maneig de la pancreatitis aguda greu*. La doctora Marina Pardina va explicar les novetats en el diagnòstic per la imatge i el tractament de la pancreatitis. El doctor José Javier Trujillano va parlar sobre l'avaluació, pronòstic i evolució, i el doctor Alfred Dealbert, sobre l'experiència quirúrgica en el Servei de Cirurgia de les pancreatitis agudes.

XI Curs de Diplomats en Sanitat a l'Hospital Arnau de Vilanova

La unitat docent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida acull, des del 27 de novembre i fins al 30 de juny de 2007, l'XI Curs de Diplomats en Sanitat. El curs ofereix les bases científiques i operatives de la salut pública. S'organitza en col·laboració amb l'Escola Nacional de Sanitat i l'Institut d'Estudis de la Salut.

Jornada sobre l'entorn dels malalts de fibromiàlgia i fatiga crònica

El Col·lectiu Cultural Cappont va organitzar una jornada col·loqui sobre

l'entorn dels malalts de fibromiàlgia i fatiga crònica el 24 de novembre. El col·loqui va comptar amb la participació del doctor Ferran Garcia, que va parlar sobre la situació actual i les perspectives immediates de la malaltia; el doctor Joaquim Fernández, que va parlar de la síndrome de fatiga crònica; els doctors Bèlia Solans i Andrés Garcia, que van explicar el projecte pilot sobre la fibromiàlgia al CAP de Cappont; la doctora Anna Maria Cuscó, que va parlar de les relacions familiars a les malalties cròniques, i l'advocada Maria Teresa Sol, que va exposar els aspectes jurídics de les invalideses permanents.

Medalla acreditativa al Dr. Bonaventura Lladonosa Gallart

El Consejo General de Colegios Médicos va imposar, el passat 3 de novembre, la medalla acreditativa de la condició de Col·legiat d'Honor amb Emblema de Plata a l'expresident del Col·legi de Metges de Lleida, el doctor Bonaventura Lladonosa Gallart. El ple del Consejo General de Colegios Médicos va acordar concedir la condició de Col·legiat d'Honor Nacional al Dr. Lladonosa el passat 24 de març. Aquesta distinció s'atorga a tots els presidents de col·legis de metges que han ocupat aquest càrrec durant dos o més períodes.

L'Hotel Palace de Madrid va acollir la imposició de les medalles a tots els guardonats. En l'acte també es va presentar el llibre de l'Organización Médico Colegial *Ser médico hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España*, a càrrec del president de la Fundación Educación Médica, el Dr. Orioll-Bosch.



El doctor Bonaventura Lladonosa Gallart, amb la doctora Rosa Pérez

Joies úniques

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

PIRE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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



El doctor Melgarejo, al The New York Ear and Eye Infirmary, als Estats Units

El doctor Pablo Melgarejo aconseguix una beca de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial

El doctor Pablo Melgarejo Moreno, metge adjunt del Servei d'Otorinolaringologia de l'Hospital Santa Maria, ha aconseguit una beca de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial.

La beca consisteix en una estada durant el mes de juliol al The New York Ear and Eye Infirmary, als Estats Units. Fundat el 1820, The New York Ear and Eye Infirmary forma part del

complex hospitalari més gran de Nova York, el Continuum Health Partners, Inc. També és un hospital universitari amb alumnes del New York Medical College i té un programa de formació de deu residents en otorinolaringologia cada any.

Aquest hospital va atendre, l'any passat, 142.000 visites a consultes externes i va fer unes 20.000 intervencions quirúrgiques.

Activitats desenvolupades pels sèniors

Entre les activitats desenvolupades pels sèniors aquests mesos, destaca la comunicació del secretari de la Junta del Col·legi que vam rebre el passat 11 d'octubre. S'hi indica que "la Junta de Govern ha acordat, amb relació a l'escrit de Consideració als Metges Jubilats, trametre'l a la Comissió de Deontologia Mèdica del Col·legi i que amb la seva opinió podrem valorar conjuntament les mesures més convenients que cal emprendre". D'altra banda, el director dels Serveis Territorials de Salut, Sebastià Barranco, també va rebre l'escrit i, posteriorment, parlarà amb nosaltres sobre aquest tema.

D'altra banda, el 17 d'octubre i el 16 de novembre, la Junta de la Secció es va reunir per tractar dels temes relatius a les activitats que s'han portat a terme i aportar les propostes de futur. També vam assistir a les reunions del consell de redacció del butlletí els dies 18 d'octubre i 8 de novembre.

A més, a l'assemblea general celebrada a Madrid el dia 27 d'octubre es va debatre la recepta electrònica a petició dels sèniors. Què passarà amb les receptes "en paper" actuals? Si desapareixen, què passarà amb les receptes que actualment podem prescriure els metges jubilats? Perdrem la possibilitat d'estendre les nostres pròpies receptes? Haurem d'anar als centres d'atenció primària a sol·licitar-les? És a dir, perdrem "aquesta mica de consideració" que se'ns té? Aquestes van ser algunes de les qüestions que vam proposar. Van tenir una molt bona acollida pels assistents, fins al punt que es crearà una comissió de cinc o sis membres, de la qual formarem part, per fer-ne un estudi i poder traslladar, a cada una de les autonomies, les peticions que es considerin necessàries.

També hem estat en contacte amb el Club Sant Jordi, de la Caixa de Catalunya, que ens ofereix la possibilitat d'utilitzar la seva aula d'informàtica per realitzar cursos que estimem oportuns per als membres del nostre col·lectiu. Concretarem els dies i horaris quan tinguem el nombre d'interessats a fer-lo. Com els dos anys anteriors, estem preparant l'assemblea de la secció i el dinar de Nadal per al dia 20 de desembre. Oportunament farem arribar la convocatòria i els detalls de la festa.

La idoneïtat dels exàmens MIR

El Butlletí Mèdic reproduceix la darrera editorial del butlletí de la CAMFIC, 'Reflexions inicials al voltant de les últimes convocatòries MIR', del doctor A. Martín Zurro. El Consell de Redacció ha demanat a dos col·legiats la seva opinió sobre les característiques dels exàmens MIR.

Reflexions inicials al voltant de les últimes convocatòries MIR

En els darrers anys s'ha produït un canvi molt important en la dinàmica de la convocatòria MIR estatal. Aquest canvi, en un context en què la medicina de família continua en els últims llocs de preferència per a l'elecció de places per part dels aspirants a residents, ens col·loca en una situació difícil que ja s'ha traduït en la darrera convocatòria en l'existència de places sense cobrir a Catalunya. Les causes d'aquesta situació i els remeis que s'hi poden aplicar no són simples i tampoc, almenys en gran part, es poden engegar actuacions aïllades en l'àmbit autonòmic, atès que calen mesures d'abast estatal.

Característiques

Alguns dels fets característics de les convocatòries MIR actuals són les següents:

1. El MIR exclusivament distribuït ja és una realitat.

2. Existeix una tendència progressiva (no corregida) que s'incrementi el nombre de places i es mantingui o disminueixi el de presentats a la prova.

3. En aquesta última convocatòria s'ha produït un increment significatiu de places no cobertes.

4. Un nombre creixent de persones que escullen una plaça i després no es presenten per cobrir-la.

5. En el MIR, les places no cobertes i les que resten buides per canvi d'especialitat o programa no es tornen a cobrir a la mateixa convocatòria.

6. Més del 25% dels metges que fan la residència de medicina de família es tornen a presentar any rere any a l'examen MIR.

7. S'ha produït un increment important del percentatge de metges extracomunitaris presentats a l'examen en les tres últimes convocatòries.

8. Catalunya és la comunitat autònoma que major increment de places ha ofert en l'última convocatòria MIR.

9. Algunes de les especialitats sotmeses abans a la quota autonòmica es troben entre les que han experimentat un increment més important de places ofertes en l'última convocatòria.

10. MFC continua essent l'especialitat escollida en darrer lloc.

11. Espanya és un país que està augmentant el seu atractiu a escala internacional des de la perspectiva de la formació de postgrau en una línia semblant al que va passar en diversos països de l'àrea anglosaxona ara fa bastants anys.

Noves mesures

Algunes de les possibles mesures que es poden considerar són les següents:

1. Sembla necessari considerar la pertinència de mesures de garantia del nivell i perfils dels professionals d'altres països que volen accedir al nostre sistema de formació especialitzada.

2. En el context d'un MIR distribuït l'absència d'una nota mínima d'accés afecta greument l'efectivitat i l'eficiència de la prova MIR. És necessari dissenyar nous instruments, notícies i estratègies per a l'accés i l'assignació de places de formació especialitzada.

3. Cal analitzar en profunditat l'estratègia a seguir davant el nombre elevat de renúncies inicials a prendre possessió d'una plaça i de les renúncies que es produeixen un cop iniciada la formació, i establir mecanismes correctors que evitin, almenys en part, els forats de recursos del sistema de formació i que no contribueixin a dificultar encara més la planificació de recursos humans del sistema sanitari. Cal establir mecanismes que dificultin, sense impedir-ho totalment, el fet que un metge que segueix un programa MIR es torni a presentar a la prova pràcticament cada any.

4. És evident que les propostes de places que s'ofereixen per a les comunitats autònomes no

Cal analitzar l'estratègia a seguir davant el nombre elevat de renúncies a les places

responen, en molts casos, a anàlisis sòlides i independents de les necessitats d'especialistes, tant en l'àmbit estatal com en l'autonòmic. Es diu sempre que la prioritat és l'oferta en atenció primària, però en realitat es penalitza aquest àmbit mentre es continua mantenint o incrementant l'oferta de la resta d'especialitats.

5. A Espanya i a Catalunya tenim un mercat laboral molt rígid, amb una correspondència estricta entre lloc de treball i titulació. Amb 49 especialitats i 17 comunitats autònomes, la rigidesa s'incrementa encara més i impedeix una anàlisi global i estratègica de les necessitats de professionals més enllà de l'estudi purament demogràfic. Cal generar nous instruments (registre de professionals sanitaris) i flexibilitzar el mercat laboral.

En definitiva, i com a conclusió final, és urgent prendre decisions clares en el terreny de la formació especialitzada i cal analitzar l'oportunitat de formar un o més grups específics de treball que estudiïn de forma coordinada els diferents vessants del problema i que iniciïn el desenvolupament de la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS) en el camp de la formació de postgrau.

Dr. A. Martín Zurro

Coordinador general del Programa de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya

Els canvis del MIR, el resultat d'una manca de planificació prèvia

L'examen MIR, inicialment, es va crear com un tipus de "prova de nivell" per accedir al sistema de formació especialitzada, per homogeneïtzar els coneixements de cada especialitat amb un pla de formació comú, amb caràcter voluntari, però com a única via d'accés a les especialitats per

• L'increment d'opositors • estrangers no és cap problema • si tenen els títols homologats

treballar posteriorment en la sanitat pública.

La missió de la prova MIR no era, ni és, la de millorar els coneixements dels aspirants, sinó la de realitzar una prova comuna per a tothom i poder fer una classificació en funció de l'expedient i el resultat de l'examen.

La dificultat de la prova la conferien els mateixos opositors, amb el seu nombre elevat i l'obligació de realitzar un bon examen per estar situat en els llocs de privilegi.

Noves característiques del metge resident

A més a més, com que l'oferta del sistema sanitari cada cop és major, els usuaris tenen unes expectatives sanitàries molt elevades, el professional es troba sota una pressió molt potent i la figura del metge resident adquireix unes característiques molt importants, essent una peça clau i de la qual difícilment es pot prescindir.

Tot això ha fet que ara ja no es parli de la "bossa històrica" i se'ns presentin uns altres problemes, com són el fet que hi ha residents que no acaben la seva formació, metges que fan noves especialitats o que s'agafen les places de resident i no en prenen possessió.

Si bé el cost global de cada plaça és relativament similar als anys anteriors, les places més sol·licitades segueixen essent les mateixes i la nota per accedir-hi es manté similar. El problema el tenen les especialitats que són més desconegudes, amb menys possibilitats *a priori* de trobar feina, o aquelles en les quals s'ha augmentat molt el nombre de places ofertes.

Aquestes especialitats, entre les quals hi ha MFIC, com diu en la reflexió, no són les úniques. N'hi ha altres de les quals no es parla i en què resten places vacants fins als darrers llocs de la llista d'aspirants. Per tant, poden

optar a la plaça metges que no han realitzat cap tipus d'esforç per obtenir-les, només haver fet l'examen.

Aquests opositors que trien les últimes places són els que un cop l'obtenen poden no prendre'n possessió o deixar l'especialitat a mitges. I és això el que dona problemes reals als centres formadors, que es queden sense l'anhelat resident i tot el que comporta.

Val a comentar que ara també es donen les situacions, mai pensades, de renunciar a triar plaça amb posicions elevades dins del rànquing que conforma l'examen MIR.

Molts metges es tornen a presentar al MIR un cop acabada la seva formació, ja que hi ha massa motius que ho justifiquen (l'especialitat no és com s'esperava; les perspectives laborals són nefastes, tant per si hi ha feina com per les característiques contractuals; errors en el moment de triar la plaça; motius personals de cada tria...).

Crec que tothom té dret a una nova oportunitat, no s'han de tancar les portes a ningú.

L'augment progressiu d'opositors estrangers no hauria de ser cap problema, sempre que els seus títols i, principalment, els seus coneixements siguin homologats als formats de les nostres universitats.

L'altre problema serà quan aquests metges formats via MIR, per ara la millor manera de formar bons professionals, retornin al seu país d'origen o siguin captats per altres països, ja que, d'una banda, la despesa de la seva formació ha estat a càrrec nostre i en gaudiran altres usuaris i, de l'altra, ens veurem obligats a la contractació de compatriotes seus sense la mateixa formació.

En resum, els canvis que ha sofert el MIR amb els problemes que s'estan detectant semblen el resultat d'unes accions sense

planificació prèvia o sense el correcte coneixement de les necessitats reals.

El resident, i el professional que d'ell en sortirà, serà com nosaltres el fem i la seva formació ha de primar sobre la càrrega assistencial que ja patirà durant la vida laboral.

Dr. Ricard López

Moment de crisi del sistema MIR, una oportunitat per millorar-lo

Actualment formem part d'una societat que expressa un dinamisme com mai s'havia viscut. Tots els processos es canvien ràpidament, ja que les exigències de qualitat i satisfacció dels clients marquen de manera absoluta les pautes a seguir.

La formació dels metges també forma part d'aquest procés. La societat com a client vol professionals molt més ben formats, amb un perfil clarament definit i un marc competencial que s'orienti cap a l'excel·lència. El món acadèmic, a partir dels acords de Bolonya, ja s'ha començat a encaminar cap a aquest sentit.

Però en la nostra professió hi ha un element diferencial molt important, com és la formació de postgrau ininterrompuda, imprescindible en els oficis on l'adquisició d'habilitats multivariants i ràpidament modificables amb el temps fan necessari un procés continu d'aprenentatge. S'ha de poder comptar amb instruments generats pels professionals i la mateixa societat per donar les suficients garanties de la seva

qualitat als ciutadans. El sistema MIR forma part d'aquests instruments.

Actualment observem que el sistema ha passat de tenir algun poder restrictiu a ser un sistema purament distributiu, sense elements que permetin detectar cap desviació important per excloure-la (els processos selectius en les empreses del nostre entorn ho fan a fi de garantir-ne la màxima qualitat) i, a més, sense cap objectiu a superar (qualsevol qualificació és factible per entrar-hi). La discriminació final està a mans de les comissions de docència dels hospitals i les unitats docents de Medicina de Família, sense tenir en compte que, en la pràctica, compten amb ben pocs instruments discriminatius efectius que puguin garantir de forma absoluta que el resultat final sigui el més equitatiu possible en tots els centres.

Adaptació dels postgraus a les noves realitats

Les empreses que proveeixen la formació mèdica de postgrau encara no han fet grans passos per a la seva adaptació a les noves realitats legislatives, laborals i formatives. Els centres de salut docents funcionen exactament igual que els no docents, però amb residents, la qual cosa fa que hi hagi molts cops una sensació contínua de la feina mal acabada.

Els serveis d'urgències no estan adequats per poder oferir i realitzar la docència amb les metodologies que tenim avui dia al nostre abast, els seus membres no estan ni reconeguts en aquesta tasca. La participació dels gestors en la formació dels residents és puntual (molts cops generada per conflictes) i la dels docents en la gestió, quasi nul·la. La distribució de l'oferta per cada especialitat ve determinada per raons absolutament distants de les necessitats en la mateixa societat en cada moment.

• La societat com a client vol • professionals molt més ben • formats i competents

La falta d'un esforç previ per adquirir una plaça pot determinar, en gran mesura, l'actitud dels metges residents vers la seva motivació, vocació i expectatives finals.

Ara és el moment, i no més tard, d'iniciar la planificació de mesures que permetin canviar i prevenir totes les perversions que actualment fan dubtar alguns sectors de la necessitat de la supervivència d'aquest sistema formatiu. Les institucions que presten els serveis de docència haurien de concertar un marc contractual específic d'acord amb els governs corresponents, on s'aclarissin els recursos necessaris, tipus d'oferta docent, avaluació d'objectius... Els experts en docència han de participar de forma activa en les decisions.

Cal crear sistemes de planificació basats en mecanismes que anticipin, de forma objectiva, les necessitats d'especialitats mèdiques en cada societat. I aquest hauria de ser el factor més determinant per les places ofertes. També és necessària la creació d'agències que garanteixin l'equitat i la qualitat de la formació.

S'han d'introduir canvis en el procés d'accés al sistema de formació MIR (mesures punitives en cas de renúncia a places, exigència de nota mínima, períodes de prova amb objectius concrets i mesurables...), així com avaluacions sumatòries durant la residència amb elements objectius i eliminatòris. També cal exigir la implantació de mesures que facilitin més la tasca dels tutors (espais físics adequats als centres docents, horaris assistencials restringits per tutors i organització de les càrregues de treball tenint en compte les figures dels docents acreditats).

L'aposta per la docència és la clau vital del sistema sanitari i, per tant, per poder oferir a la població del nostre país les polítiques de salut que volen els mateixos ciutadans.

Dr. Eduard Peñascal Pujol

Coordinador de la Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària. ICS. Lleida

Reclamacions de la CAMFIC

La Plataforma 10 Minutos va convocar el passat 10 de novembre una jornada reivindicativa a l'atenció primària de tot l'Estat espanyol. La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC), d'acord amb aquesta iniciativa, reclama un increment del pressupost destinat a l'atenció primària.

La CAMFIC demana al nou govern un increment del pressupost sanitari de l'atenció primària

La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) vol fer palesa la manca de recursos dedicats a l'atenció primària a Espanya i a Catalunya.

Fa més de 25 anys que gastem poc en sanitat pública. Segons l'OCDE, l'any 2002 la nostra renda per capita va arribar al 78% de la mitjana de la UE-15, però la nostra despesa sanitària pública no va superar el 67%. Respecte a l'Europa comunitària, aquest any vam gastar en la sanitat pública 11 punts per sota de la nostra renda i en relació amb els 22 països europeus de l'OCDE la diferència va ser de 13 punts. Comparat, doncs, amb l'Europa desenvolupada, fa més de 25 anys que invertim entre 7 i 16 punts per sota del que ens tocaria. Per tant, no es fa estrany sentir parlar de "dèficit sanitari".

Aquest dèficit no afecta de la mateixa manera tota la sanitat pública. Quan analitzem els tres components de la despesa sanitària (hospital, farmàcia i atenció ambulatoria) comparativament amb Europa, veiem que:

1. La despesa hospitalària pública per capita està ajustada al nostre nivell de renda des de 1995.
2. La despesa farmacèutica pública per capita supera entre 20 i 30 punts el nostre nivell de renda des de fa més de 20 anys.
3. La despesa ambulatoria pública és, des de 1985, inferior al nostre nivell de renda entre 20 i 35 punts.

Els recursos sanitaris destinats a l'atenció primària són els únics que es pressuposten molt per sota del nostre nivell de renda i, per a més inri, la despesa farmacèutica extrahospitalària, que ha augmentat en més d'un 150% en els últims anys, està inclosa en el pressupost de primària. Com a conseqüència, la disminució dels diners dedicats realment a l'atenció primària encara és més greu.

Però això no és tot. Amb referència al PIB, els tres components mostren un comportament ben diferent:

1. Des de principis dels 90, la despesa hospitalària pública es troba al nivell de la mitjana europea.
2. Des de 1990, la despesa pública en medicaments supera entre 20 i 35 punts la mitjana

- **Pels gestors, són més importants la malaltia i la curació que la salut i la prevenció**

europea.

3. Des de 1985, la nostra despesa pública ambulatoria/atenció primària no ha fet res més que disminuir respecte a Europa, situant-se entre 25 i 45 punts per sota.

El "dèficit sanitari" econòmic als nostres centres de salut és una decisió política que ha afectat quasi exclusivament l'atenció primària. El seu abandonament pressupostari és evident: la porció ambulatoria de la despesa sanitària pública (20,4% el 1985) s'ha reduït i està estancada en un miserable i insuficient 14-15% des de principis dels 90. Aquesta distribució de fons de la sanitat pública no és deguda a l'atzar, sinó que és l'expressió d'una ferma i equivocada decisió política mantinguda en el temps pels diferents governs estatals i autonòmics des de 1984 fins a l'actualitat. Es prefereix l'atenció especialitzada que l'atenció primària, i els discursos polítics reiteradament proclamats al vent electoral durant les dues últimes dècades anunciaven una reforma de la primària; però, finalment, els pressupostos han dit la veritat: la reforma real, la que compta i sona, s'ha produït en altres parts del sistema. La despesa hospitalària i farmacèutica públiques són europees des de la perspectiva pressupostària, però, proporcionalment, la dedicada a l'atenció primària està aturada a l'any 1984.

Aquesta decisió política és producte d'una visió equivocada del que ha de ser un sistema sanitari efectiu, eficient, equitatiu i humà, que és impossible sense una atenció primària potent i que sigui realment "l'eix i la porta d'entrada" del sistema sanitari i el metge de família, la seva

figura fonamental. Pels polítics i els gestors sanitaris és més important la malaltia i la curació que la salut i la prevenció: ven més un trasplantament cardíac que la prevenció de l'infart, és més vistós i té més rèdits electorals sufocar un incendi que evitar-lo. I així ens va amb els infarts i els incendis.

Com a conclusions

1. La CAMFIC dona suport a les reivindicacions de la Plataforma 10 Minutos, s'hi mostra d'acord i demana als nostres polítics que comencin a ficar fil a l'agulla i que en el termini de pocs anys (una legislatura, per exemple), el pressupost sanitari dedicat a la primària (sense la despesa de farmàcia extrahospitalària) arribi al 25% del pressupost sanitari total.
2. Catalunya ha d'anar incrementant gradualment el percentatge del PIB que gasta en sanitat fins a equiparar-se amb la resta d'Europa.
3. S'ha de continuar avançant cap a un finançament capítatiu a l'atenció primària, on s'inclouï el pressupost de les proves diagnòstiques i de les consultes als especialistes. D'aquesta manera, la capacitat de "compra" de les proves diagnòstiques o de l'atenció especialitzada estaria en la primària per orientar el sistema sanitari cap al ciutadà.

Junta de la CAMFIC

Agraïm al Dr. Joan Simó Miñana les dades que han permès elaborar aquest article

Reflexions sobre la jornada reivindicativa a l'atenció primària del 10 de novembre

Com molts de vosaltres ja sabeu, la Plataforma 10 Minutos va convocar el passat 10 de novembre una jornada reivindicativa a l'atenció primària (AP) a tot l'Estat espanyol. En

- **Caldria un pacte entre els partits polítics per evitar la fallida del sistema sanitari**

algunes comunitats autònomes, Andalusia, Aragó, Astúries, Castella i Lleó, Castella-la Manxa, Comunitat de Madrid, País Valencià, Galícia i Navarra, la convocatòria va ser de vaga i a la resta, de jornada reivindicativa.

Més enllà del ball de xifres quant a la participació, que moltes vegades són contradictòries, es va fer palès el malestar dels metges d'AP d'arreu de l'Estat per com han de desenvolupar la seva activitat professional.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitària (semFYC) i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) han donat suport a les mobilitzacions dels metges de família amb el propòsit de demanar un canvi als polítics per garantir la supervivència, la dignitat, la qualitat i, en definitiva, una millora de l'AP.

I què demanen els metges de família, les dues societats i la Plataforma 10 Minutos?

1. Un increment dels pressupostos sanitaris finalistes dedicats a la primària que arribi en pocs anys al 20-25% del total (sens dubte sense el pressupost de la despesa farmacèutica) per donar al primer nivell assistencial la importància que té i que deixi de ser la ventafocs del sistema.
2. Establir un límit màxim d'agenda assistencial de 25 consultes/dia amb una mitjana per visita de 10 minuts per disposar de temps dins la jornada laboral per fer activitats de prevenció i promoció de la salut, comunitàries, docents, de recerca...
3. Donar a la primària la capacitat real de ser la porta d'entrada d'un sistema orientat cap al ciutadà amb capacitat de "compra" de les proves diagnòstiques o de l'atenció

especialitzada i amb dotació pressupostària específica per fer-ho. El metge de família ha de ser el gestor del pacient.

4. Accés sense restriccions a les proves diagnòstiques i complementàries.
5. Desburocratitzar les consultes: acabar amb la prescripció farmacèutica induïda, desenvolupar sistemes de recepta electrònica que permetin deixar de fer albarans de farmàcia...

6. Aprovació pel Consell Interterritorial que representa a totes les comunitats autònomes, de l'*Estratègia AP 21*, document consensuat entre les societats científiques de primària i el Ministeri de Sanitat i que recull el desenvolupament de l'atenció primària en els propers anys. Creació d'una oficina de seguiment independent per avaluar el seu compliment.

No ens quedem només en l'eslògan més o menys afortunat dels 10 minuts per pacient, que és la punta de l'iceberg i del que tant se n'ha parlat després de la jornada reivindicativa.

Posant-nos en l'àmbit català i lleidatà en particular, ningú ha negat que no s'hagin fet esforços des de la conselleria amb un increment dels recursos i les plantilles, el projecte de recepta electrònica, etc., després de l'abandonament de la sanitat pública i la manca de planificació d'etapes anteriors, però la partida pressupostària dedicada a l'atenció primària està estancada en un percentatge del 14-15% des de fa més de 20 anys i les grans inversions són per a l'hospital. És la prioritització de la medicina curativa i l'hospitalcentrisme, que dona més rèdits electorals, per sobre de la medicina preventiva i la promoció de la salut.

Tal com estan la sanitat espanyola i la catalana, potser caldria un pacte entre els partits polítics, semblant al de les pensions, per evitar la fallida del sistema i, sobretot, dels professionals que hi treballen. Però això no es feina meva, que ja en tinc prou amb la consulta de cada dia...

Dr. Josep Maria Sagrera Mis
Metge de Família. Vicepresident segon de la CAMFIC

Polítiques de salut i models sanitaris

Dr. Ramon Piñol Llovera · *Metge*

El sistema sanitari forma part del sistema social i l'Organització Mundial de la Salut el defineix com el conjunt dels elements interrelacionats que contribueixen a la salut a la llar, a la feina, a la comunitat i al medi ambient físic i psicosocial.

Al món hi ha diferents models sanitaris i, encara que clàssicament es detallen a efectes didàctics uns models "tipus" de sistemes de salut, la majoria de països tenen models mixtos. D'altra banda, els models tendeixen a convergir, i així els models més propers als principis de mercat tendeixen a agafar elements dels sistemes nacionals de salut. Per contra, els models jerarquizats introdueixen mecanismes de gestió privada.

Per analitzar com és un model sanitari d'un país concret ens fixarem sobretot en la cobertura poblacional (gent que gaudeix del sistema), en el percentatge de finançament públic i privat (les aportacions dels pressupostos públics a la salut respecte a les aportacions privades) i en la provisió, entesa en una doble accepció: allò que entra dins del sistema de salut —les prestacions— i de quina manera els proveïdors presten els serveis de salut (per exemple, si són operadors públics els que donen el servei o són empreses privades les que ho fan).

Un dels models més conegut és el model sanitari tipus seguretat social, que va ser introduït l'any 1883 per Bismarck a l'antiga Alemanya amb la llei d'assegurança de malaltia. L'assistència sanitària era un dels riscos de caràcter individual que mai deixarien de produir-se per molt bones que fossin les condicions d'un país. Està basat en assegurances socials i en fons lligats a les cotitzacions de treballadors i empresaris. Els de més edat recorden que era el model que teníem a l'Estat espanyol abans de 1986, i encara avui dia ens referim, de vegades, de manera no gaire apropiada, al nostre sistema de salut com el *seguro*. Termes com l'ambulatori, la cartilla o els famosos cupos vénen d'aquella època on el "dret per tenir *seguro* estava lligat a la feina i a la cotització on les mutualitats laborals, amb règims propis de cadascuna, marcaven les prestacions a què tenia dret cada col·lectiu.

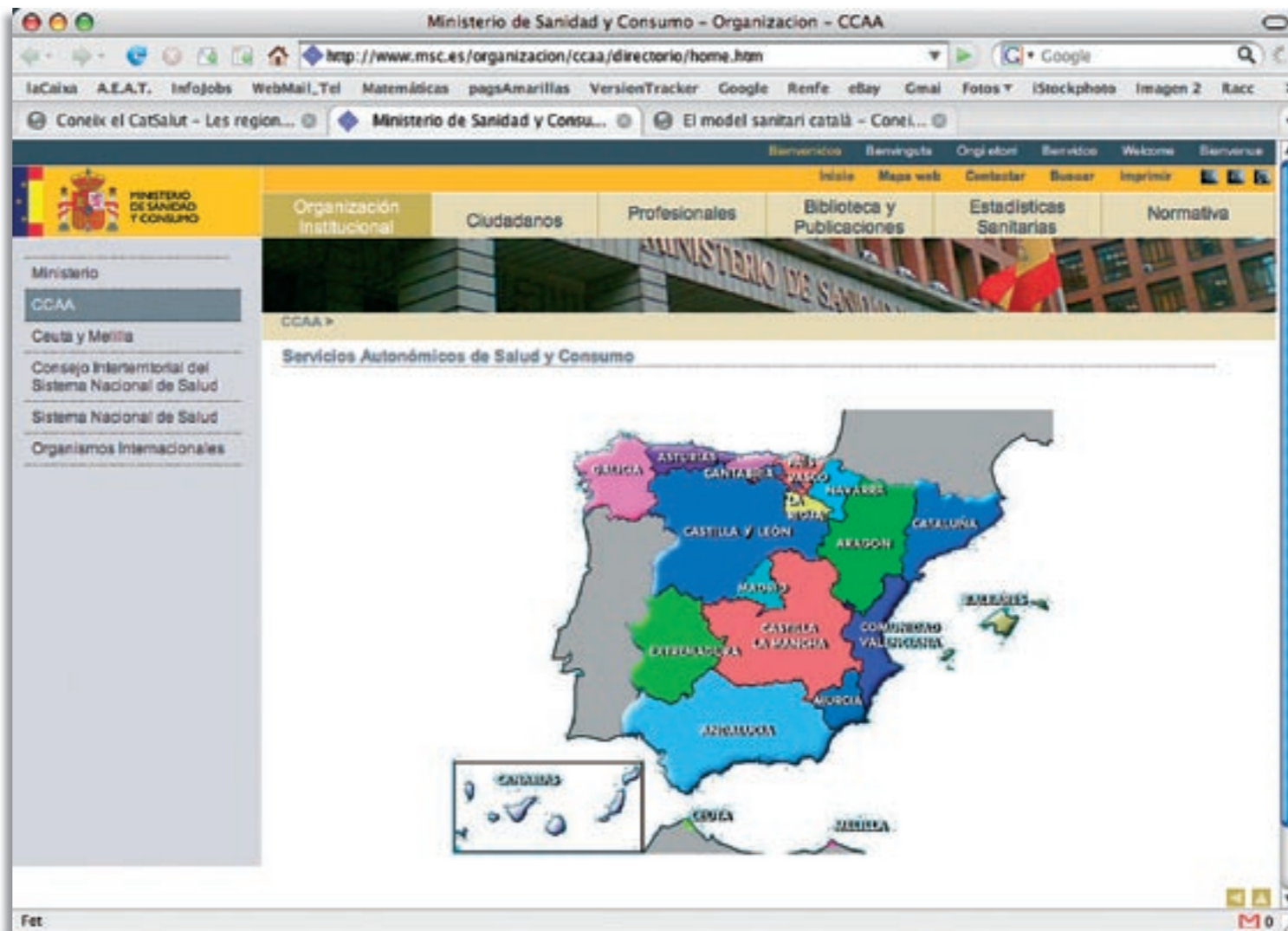
L'assistència sanitària era una prestació més i els titulars de les cartilles o els beneficiaris podien gaudir dels centres del *seguro* propis o concertats.

Com podem veure, ja hi havia aleshores certa separació de funcions, encara que de manera residual, i l'entrada dels agraris i els autònoms va suposar que la majoria de la població disposés d'assistència sanitària de la Seguretat Social. Hem de recordar que, com en totes les assegurances, hi havia una cadència per poder gaudir dels drets i d'unes prestacions que entraven o no pel *seguro*. També els de més edat potser havien escoltat frases que ara ens semblen inversemblants, com, per exemple, afirmacions que "la medicina preventiva i la psiquiatria" —com es deia abans, i no salut mental, com en diem ara— no entraven pel *seguro* (!)

Va ser després de la Segona Guerra Mundial que Lord Beberidge, a Anglaterra, defineix un model molt diferent que es denominaria National Health Service (NHS). És un model que ha sofert moltes reformes en el decurs de la seva història, algunes de molt sonades, com les que va inspirar la Sra. Thatcher l'any 1991 amb el famós primer White Paper: Working for Patients, on introduïa la separació de funcions en el sistema sanitari i on, segons els seus detractors, quasi es carreguen el sistema amb la introducció de la competència i la separació de les funcions de compra i provisió de serveis sanitaris en el sistema nacional de salut anglès.

L'altra reforma la va liderar el Sr. Blair a finals dels 90, i diuen que va guanyar les eleccions gràcies a la seva ferma voluntat de potenciar el NHS i el seu plantejament de substituir la competència per la col·laboració. Efectivament, en el document de l'any 1998 —els anglesos sempre en diuen Llibre Blanc— denominat The National Health Service Plan: A Plan for Investment Blair proposava desmuntar el mercat intern que havia introduït la "dama de ferro" uns anys abans.

El govern laborista del Regne Unit, liderat per Tony Blair, parlava en la seva campanya de fomentar la qualitat, l'eficiència, la solidaritat, l'equitat, la desburocratització... i de resituar el pacient en el centre del sistema i fer desaparèixer allò que havia fallat abans, com la fragmentació, la distorsió, la deslleialtat, la ineficiència, la burocràcia, la inestabilitat i el secretisme. Plantejava també una forta inversió en sanitat per combatre la "mala gestió, la desmotivació i la brutedat dels hospitals..." amb tres avenços



◆ **Hi ha diferents models sanitaris, però la majoria de països tenen models mixtos**

◆ **Per analitzar un model cal fixar-se en la seva cobertura poblacional**

◆ **També cal tenir en compte el percentatge de finançament públic i privat**

que havien de ser el símbol del seu nou NHS: un telèfon d'ajuda les 24 hores (NHS Direct), una xarxa d'informació sanitària (NHS.NET) i un programa d'atenció preferent al càncer de manera que si se sospitava d'aquesta malaltia s'havia de donar visita per un especialista en les dues setmanes següents (els sona la música i lletra, oi?)

El model de servei nacional de salut es desenvolupa també als països escandinaus i està basat, d'una banda, en un finançament majoritari per impostos generals i en el fet que l'Estat assumeix totalment la garantia de l'assistència sanitària, "solament" pel fet de ser ciutadà.

Dels models d'assegurança privada n'és paradigma el model americà, on cada ciutadà ha d'assegurar (si pot) la seva assistència sanitària. Els sistemes públics Medicare i Medicaid ajuden la gent gran i la gent sense recursos. A favor seu hi ha l'alt nivell tecnològic assumit i contra els més de 45 milions de ciutadans que no tenen cobertura sanitària. Un fet és cert: els indicadors de salut dels EUA no són més bons que els de països comparables i el seu sistema de salut no sembla donar més bons resultats que els del veí Canadà, amb molta més responsabilitat del govern (central i local) en la salut.

Alguns països capitalistes inventen nous sistemes d'assegurança, com Singapur, amb uns fons (als quals contribueixen treballadors i empresaris) de què es pot disposar (restar) cada cop que es necessita i rescatar-ne la resta per a la jubilació. Pressuposa la plena ocupació i, encara que té en contra la poca solidaritat amb els més dèbils, alguns hi han vist una bona manera de fer més responsables els ciutadans dels costos de l'assistència sanitària i indirectament de la seva salut. Cal fer palès que en els sistemes nacionals d'assegurança, el seu caràcter obligatori o voluntari determina, en part, el seu caràcter social.

És important que tothom tingui assegurança i ho entenem clarament si pensem, per exemple, en l'assegurança de vehicles a motor, on el problema ve quan hi ha gent que no té contractada cap assegurança, almenys la de tercers.

Altres països del món, com els de l'Amèrica Llatina, també es troben en una reforma contínua dels seus sistemes de salut i adopten alguns models amb participació de la sanitat privada, on l'equilibri entre les mesures primàries de salut pública i la tecnologia no sempre es veuen clares per part de tota la població. El seu problema, així com el de la majoria de països sub-

desenvolupats, és que no han acabat de consolidar cap model de sistema sanitari: ni un sistema nacional de salut, ni de seguretat social ni d'assegurança privada, i l'oferta de serveis de salut sol ser insuficient.

Un problema similar, però amb origen diferent, el tenen als països excomunistes de l'est d'Europa i Àsia, un cop trencat el mur de Berlín l'any 1989. Ara intenten reformar els seus sistemes sanitaris com un canvi més de tota la seva societat, però tenen uns indicadors de salut molt pobres i amb la nova realitat d'haver de realitzar pagaments directes per poder obtenir una bona part de l'assistència sanitària.

Com deia al principi, a Europa, i en general a tot el món, els models tendeixen a ser mixtos (una part de mercat i una part de jerarquia), perquè tant el mercat com el govern tenen problemes a l'hora de "gestionar" la sanitat.

Les fallades del mercat d'assegurança sanitària, en general, que deriven fonamentalment de l'asimetria d'informació entre l'assegurat i la companyia asseguradora, són un argument a favor de la regulació d'aquest mercat mitjançant l'obligatorietat de l'assegurament universal. Però això no implica que l'assegurador hagi de ser el propi Estat. És possible un sistema de competència regulada entre companyies que competeixen per la prestació dels serveis als ciutadans en comptes de ser l'Estat qui dona directament el servei. En principi, es recomana la intervenció pública en el mercat d'assegurança sanitària per raons d'eficiència, i no solament per raons d'equitat. Si solament fos per equitat i el mercat funcionés perfectament, l'accés a l'assegurança per als més pobres es podria resoldre mitjançant transferències sanitàries a aquests.

Dins dels models sanitaris, el finançament del sistema és debat d'actualitat a Europa (on es gasta molt menys que als Estats Units) i a Espanya, on s'ha canviat el model de finançament sanitari, sense participació de la seguretat social (d'ençà del Pacte de Toledo l'any 1999) i on les comunitats autònomes (totes amb la sanitat transferida) juguen un paper de responsabilitat relacionat amb els impostos que recaptin (i poden recaptar en el futur, com el cèntim sanitari —2,4 cèntims als hidrocarburs— instaurat a Catalunya i en altres comunitats de l'Estat o altres impostos indirectes aplicats al tabac o a l'alcohol).

El model sanitari a Espanya

En els aspectes legislatius, a Espanya la Constitució declara, en l'article 43, el reconeixement al dret a la protecció de la salut i defineix que és competència dels poders públics organitzar i tutelar la salut pública mitjançant les mesures

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

preventives i les prestacions i serveis sanitaris. Aquest enunciat ha estat utilitzat per argumentar la intervenció de l'Estat en el sistema de salut i, de fet, la Llei 14/1986 General de Sanitat, aprovada amb el ministre Ernest Lluch fa 20 anys, contempla la responsabilitat pública majoritària del sistema sanitari, encara que també permet la concertació i es fa referència a la sanitat privada complementària.

Allò que sí que fa amb claredat la llei de sanitat de 1986 és la declaració de la universalització de l'assistència sanitària per a tots els ciutadans i va preveure que, en el marc d'un sistema nacional de salut, cada comunitat autònoma havia d'establir el seu propi servei de salut (recordem que a Catalunya havien començat les transferències a començaments dels anys 80). El tema transcendent és que es va passar d'un sistema de seguretat social a un sistema nacional de salut.

L'any 2003, després de quasi 20 anys, la realitat era diferent i s'aprovà per tots els partits polítics la denominada Llei de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut amb la vocació de crear un marc integrador descentralitzat, però amb els mateixos principis (almenys sobre el paper) de la Llei General de Sanitat.

Establia els àmbits de col·laboració entre les administracions públiques sanitàries i delimitava més les competències de l'Estat i les comunitats autònomes. Per exemple, detallava com s'havia de regular el catàleg de prestacions i la cartera de serveis: salut pública, atenció primària, especialitzada, sociosanitària, farmacèutica, ortoprotèsica, dietètica i de transport sanitari. Es deia que les prestacions es feien efectives mitjançant la cartera de serveis que s'aprova per real decret, previ informe del Consell Interterritorial.

Cal veure, però, què faran les comunitats autònomes per sobre del llistó de les prestacions garantides per tot el sistema i com han organitzat i sobretot organitzaran els seus serveis de salut. D'una manera, pot ser una mica massa simplista, es podria dir que s'han desenvolupat tres grans models sanitaris, segons els tres grans colors polítics que governaven en cada comunitat. Així, els models tenen, per exemple, més o menys participació pública en el sistema o per contra tenen més compra de serveis externs fins a arribar a models de compra integral total (que inclou la inversió per construir centres sanitaris), com va iniciar el País Valencià.

L'anàlisi dels models de salut de cada comunitat donaria lloc a un altre article, però com a reflexió general, i tot i haver-hi dificultats, sobretot lligades al finançament, cap comunitat planteja retornar les transferències i es reconeix per tothom un avenç

important en l'organització sanitària espanyola, encara que no tot són flors i violes en els sistemes de salut.

Efectivament, un sistema públic de cobertura universal, de generoses prestacions, amb finançament insuficient per la despesa que creix, amb una manca d'autonomia dels centres i de la participació dels professionals... ha de donar resposta a uns ciutadans cada cop més envellits, amb més població nouvinguda que passa del 10% en moltes comunitats i amb més expectatives davant d'una medicina cada cop més complexa i que ofereix més possibilitats, com les que obren la genètica i les noves tecnologies. Un sistema sanitari que s'ha d'adaptar per no decebre la societat que avui el valora de manera molt positiva i que el vol mantenir com un dels guanys de la societat del benestar.

El model sanitari català

A Catalunya, tenim un model sanitari reconegut: el denominat model sanitari català, que podríem etiquetar dins dels models sanitaris híbrids i de provisió mixta i que es dona a conèixer sobretot l'any 1990, quan el Parlament de Catalunya aprova la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, que té com a finalitat la seva ordenació i organització.

Els principis fonamentals que configuren el model són: la universalització de l'assistència sanitària a tots els residents a Catalunya (els que hi eren i els que han vingut de nou), una concepció integral i integrada de la salut que posa èmfasi en la promoció de la salut i en la prevenció de la malaltia, la participació comunitària en la formulació de la política sanitària i en el control de la seva execució i la recerca de l'equitat i la superació de les desigualtats territorials o socials, sempre amb la diversitat de proveïdors que ha estat històrica a Catalunya, sobretot en hospitals i xarxes de salut mental i sociosanitària.

Per assumir l'organització i l'ordenació del sistema sanitari a Catalunya, es creà el Servei Català de la Salut (anomenat també CatSalut), que té com a objectius integrar els recursos sanitaris existents, coordinar l'assistència sanitària, sociosanitària i rehabilitadora i prestar els serveis en l'àmbit de la salut, tant de promoció com de prevenció de la malaltia.

Aquestes funcions les realitza directament o mitjançant qualsevol fórmula jurídica de gestió, com la participació en consorcis, la creació d'empreses públiques, etc., i la compra de serveis a proveïdors que són, de fet, els que realitzen l'assistència sanitària a la població.

Si recordem una mica la història, a primers dels anys vuitanta es van iniciar les transferències sanitàries a Catalunya i el mapa sanitari de Catalunya i posterior desplegament



català. Els trets que el defineixen són la cobertura universal, el finançament públic, l'assegurança pública i única i la provisió de serveis en xarxes d'utilització pública a través de centres acreditats. Es tracta d'un model sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris d'atenció primària i d'atenció especialitzada, tant si són de titularitat pública com si són de titularitat privada (l'ICS és un proveïdor més —almenys en teoria— que es vol convertir en una empresa pública).

El sistema sanitari català separa, doncs, les funcions de la planificació, finançament, compra i avaluació dels serveis sanitaris, de les funcions de provisió de serveis i de les funcions de gestió de la prestació de serveis. El denominat abans Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS) assumeix el paper de finançador i responsable d'establir el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut. Defineix la política sanitària i fixa els objectius de salut, els índexs i els nivells bàsics que cal assolir en les matèries incloses en el Pla de Salut de Catalunya.

El Servei Català de la Salut es transforma (es va proposar transformar) en l'asseguradora de la sanitat pública (i, de moment, única) de la sanitat catalana, mentre que el paper d'autoritat sanitària correspon al Departament

gestors/es, etc. i vol introduir a l'agenda de la sanitat les polítiques públiques per combatre les desigualtats en salut en relació amb els territoris, les classes socials, el gènere o la immigració. Es mantenen els principis que van definir el model sanitari català, universal en l'assistència i que històricament ha tingut com a característiques diferenciadores, i que alhora li atorguen una personalitat pròpia, la proximitat dels serveis als ciutadans, la participació de la societat civil i la diversificació en la provisió de serveis.

Es va proposar que la diversificació en la provisió de serveis es basés en la complementarietat i l'eficiència (no en la competència), la cooperació a nivell territorial, local o regional dels proveïdors amb independència de la seva naturalesa jurídica. Es van enunciar els principis que inspiren el sistema de salut i que giren al voltant de la qualitat, l'equitat, l'eficiència, la transversalitat (entre sectors i departaments de la Generalitat), la integració (territorialment), la participació (i implicació), la transparència, la subsidiarietat (entre administracions), la substituïbilitat (de recursos) i la sostenibilitat (econòmica i financera).

Es proposa reforçar la percepció del ciutadà com a propietari del sistema de salut i, al mateix temps, com a consumidor i usuari, fent-lo responsable en el bon ús del sistema i en

- ◆ **El nou model català pretén adaptar-se a les necessitats de tots els implicats**
- ◆ **Proposa reforçar la percepció del ciutadà com a propietari del sistema de salut**

◆ **El model català es fonamenta en la concepció integral de la salut i en la universalització**

◆ **El Servei Català de la Salut integra i coordina els recursos**

(1980-1983) va constituir un dels primers exercicis de planificació. Bàsicament van comportar la divisió territorial sanitària, la revisió dels recursos existents aleshores i la proposta de nous. El 1983 es va crear l'Institut Català de la Salut (ICS) com a entitat gestora de les prestacions i els serveis sanitaris de la Seguretat Social. L'any 1985 es van iniciar a Catalunya dues grans línies de transformació dels serveis.

En l'àmbit de l'atenció hospitalària es va constituir la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) i es va establir el Pla de Reordenació Hospitalària (PRH). En l'àmbit de l'atenció primària, es va iniciar el seu procés de reforma (RAP), que ha durat quasi 20 anys.

Deiem abans que potser el punt clau va ser l'any 1990, amb l'aprovació de la LOSC (modificada l'any 1995 amb la possibilitat de crear les entitats de base associativa de professionals sanitaris), que va formalitzar, de fet, les bases de l'actual model sanitari

de Sanitat que va denominar-se l'any 2004 Departament de Salut (planificació, ordenació, autorització, inspecció...).

A partir d'aquell moment, el govern tripartit de la Generalitat de Catalunya va esmentar les seves línies d'actuació, va prioritzar tres grans eixos: la salut pública (inclosa la salut laboral i mediambiental), l'atenció sanitària i els serveis sanitaris i socials d'atenció a la dependència i va explicitar la seva voluntat descentralitzadora i de donar participació a les entitats locals.

Així, el model sanitari va iniciar el nou model d'organització territorial de Catalunya en set vegueries. Abans, i com un fet peculiar resultat de la Llei d'Aran de 1990, es van transferir les competències sanitàries a la Vall d'Aran en el mateix moment en què el ministeri transferia l'Insalud a totes les comunitats autònomes de l'Estat.

El nou model català pretén adaptar-se a les necessitats de tothom: dels ciutadans/es, dels professionals, dels

ús racional dels serveis i dels medicaments; amb els professionals, treballant-hi conjuntament i evitant que es produeixi un divorci entre gestió i pràctica clínica.

Es vol sobretot reforçar el paper de l'administració local que ha de tenir un paper clau, ja que és l'administració més propera a la ciutadania i als professionals i la seva participació en els òrgans de decisió de descentralització territorial denominats Governos Territorials de Salut (GTS) és al 50% amb la Generalitat perquè serveixi per "compartir govern" —no la gestió meso ni micro— de la sanitat.

En aquest marc general, el CatSalut —nascut l'any 1991 fruit de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya— té, actualment, com a missió garantir les prestacions del sistema sanitari públic (i la seva qualitat) a tots els ciutadans i ciutadanes de Catalunya, mitjançant una adequada adaptació de l'oferta

a les necessitats dels ciutadans, amb equitat, eficàcia i eficiència.

Com no podia ser d'altra manera, el model català fa seves les recomanacions que l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha establert per al desenvolupament de les polítiques de salut i serveis a Europa per a les dues primeres dècades del segle XXI i que s'articulen partint de quatre estratègies:

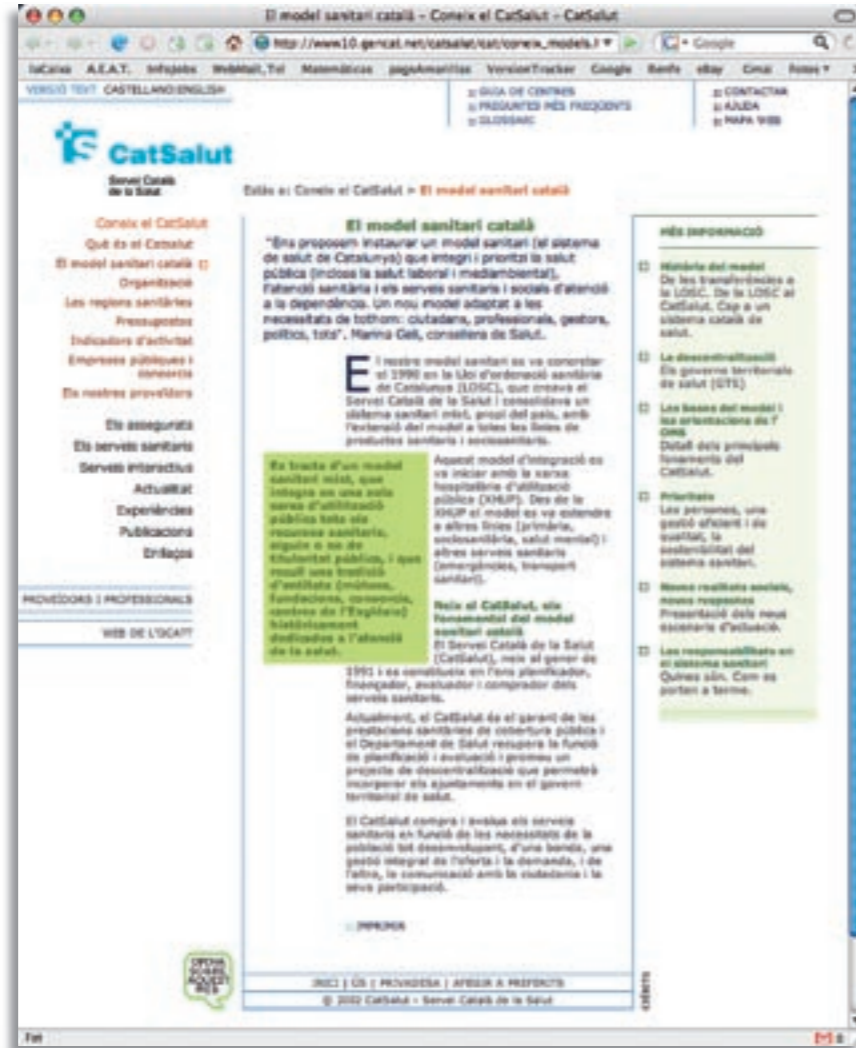
- Programes orientats als resultats en salut i inversions per al desenvolupament de la salut i l'atenció sanitària.
- Atenció primària de la salut orientada a la comunitat i la família, recolzada per un sistema hospitalari flexible i receptiu.
- Procés participatiu que impliqui els agents rellevants en el desenvolupament de la salut, que promogui la presa de decisions conjuntes, la seva implementació i la transparència.
- Estratègies multisectorials per a l'abordatge dels determinants de la salut, tenint en compte la perspectiva de l'entorn físic, econòmic, social, cultural i de sexe, i assegurant l'avaluació del seu impacte en salut.

Al mateix temps, què passa a Europa?

Dèiem abans que al Regne Unit, per exemple, el govern laborista declarava l'any 1998 que volia substituir el mercat intern per la col·laboració i continua amb la potenciació de l'atenció primària i l'autonomia de gestió amb alguns dubtes sobre l'efecte de fragmentació que el sistema vulgui (o pugui) suportar, sobretot si es consideren els costos de transacció. De fet, es mantenen els principis de separació de funcions del National Health Service que va instaurar la "dama de ferro" i certa competència entre grups de professionals de l'atenció primària i entre hospitals per captar els seus clients.

Ja hem dit abans que l'evolució de la majoria de models tendeixen a convergir, i fins i tot la Sra. Clinton, als EUA, va intentar, encara que sense gaire èxit, instaurar un sistema públic de salut o el National Health Service es recolza amb la sanitat privada per incrementar la inversió i la tecnologia del sistema nacional de salut a Anglaterra.

Les reformes internacionals apunten en direccions comunes, com les que són conseqüència de la descentralització de funcions a nivells inferiors del sector públic i del privat, al nou paper del ciutadà en drets i capacitat d'elecció i a la major rellevància de la salut pública. També s'aprecien unes estratègies similars en temes com la contenció de costos, la coparticipació en la despesa, la distribució de recursos cada cop més integrada entre diferents nivells i la prestació de serveis separada de les funcions de planificació i també de finançament.



Exemples tangibles han estat el manteniment de la separació d'activitat estratègiques i de finançament de les de gestió i provisió iniciades a Anglaterra iniciades als anys noranta, la introducció de models de sistemes gestionats de salut o "managed care" als EUA o de competència gestionada, "managed competition", a Europa (l'any 1996 gairebé tots els metges d'hospitals controlaven ja el seu pressupost al Regne Unit), l'abandonament dels models de gestió de control i comandament, la reforma i

potenciació de l'atenció primària de salut i l'abandonament dels models de mercat lliure i reembossament per acte.

Però, com evolucionaran els sistemes de salut de les comunitats autònomes a l'Estat espanyol? Cap on anirà el model sanitari català? Què aporta el nou Estatut en el món de la salut? La resposta la veurem en el temps. Una cosa sembla clara, i és que els models jeràrquics, uniformes i estatilitzats sembla que tenen els dies comptats.

BIBLIOGRAFIA Bàsica:

- MARTÍN, J. J. *Reformas y cambios organizativos en el Sistema Nacional de Salud Español*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1998.
- "Alternativas de reforma para la sanidad pública". *Círculo de Empresarios*. Boletín 63. Diciembre de 1998.
- LLANO, J. del; ORTÚN, V.; MARTÍN, J. M. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona, 1998.
- LÓPEZ G.; ORTÚN, V.; MURILLO, C. *El sistema sanitario español: informe de una década*. Bilbao. Fundación BBV Documenta, 1999.
- PIÉDROLA-GIL. *Medicina preventiva y salud pública*. 10ª edición. Salvat, 2001.
- ELOLA, J. *Política sanitaria española*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, 2001.
- FIGUERAS MARIMON, J.; SALT-MAN RICHARD, B. "Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa". *Revista de Administración Sanitaria*. Abril 2002.
- Servei Català de la salut. Model sanitari català. Accessible a <http://www10.gencat.net/catsalut/cat/>

Els certificats mèdics

Dr. Manuel Camps Surroca

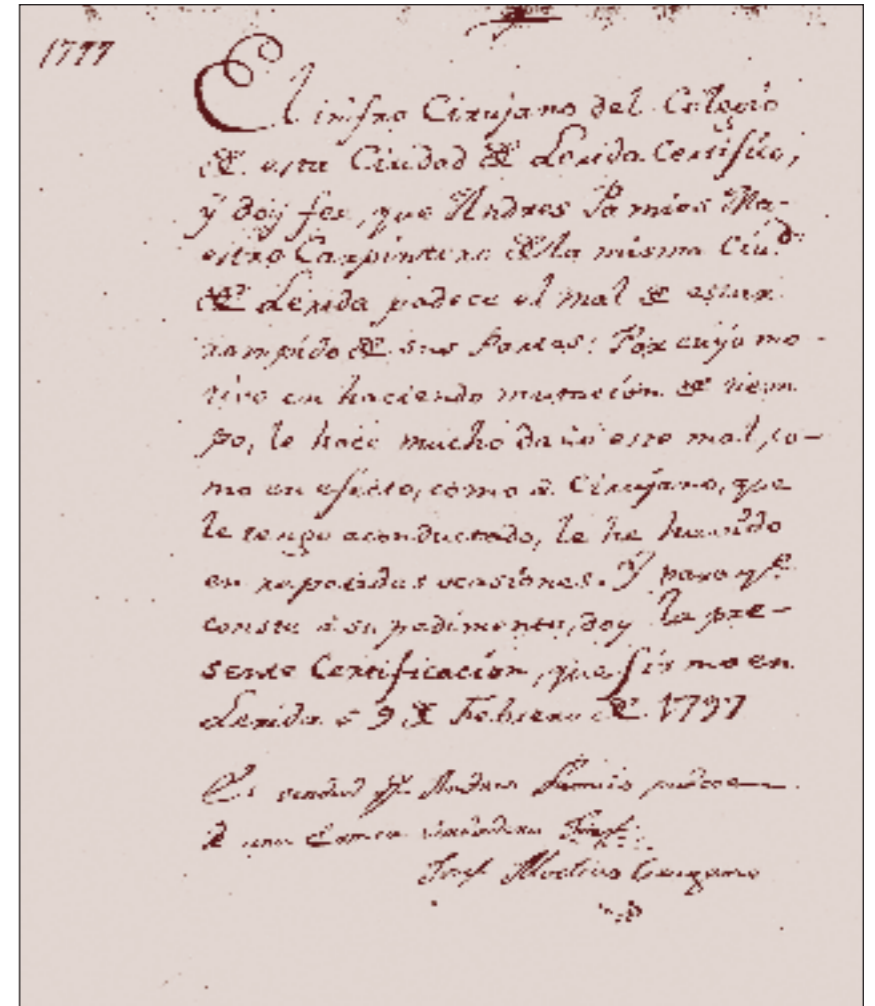
Els certificats mèdics formen part d'una de les lliçons més clàssiques de la medicina legal: la dels documents mèdics legals. Tots nosaltres sabem que aquests documents són els escrits que fem els metges sobre molt diversos aspectes de la nostra activitat professional, bé sigui de caràcter assistencial, que és el més freqüent, o de qualsevol altra naturalesa, com podria ser, per exemple, informar, certificar o comunicar un deficient estat sanitari de l'aigua de beguda, etc. Clàssicament, els documents més essencials que s'han utilitzat i se segueixen utilitzant més habitualment són els certificats, els comunicats de lesions i els informes, encara que actualment, sobretot des del punt de vista forense, la història clínica, si més no en la pràctica, es pot considerar, quan arriba al jutjat, un document mèdic legal.

Totes aquestes informacions de caràcter mèdic són molt antigues, i això té la seva importància si es mira en un sentit més ampli que no pas en l'estrictament utilitari del moment en què es redacten.

Em refereixo al paper que ha jugat aquesta documentació per poder conèixer l'exercici de la medicina i la seva evolució. Si no disposéssim d'aquests documents, ens hauríem de conformar solament amb els coneixements teòrics dels tractats que han quedat a les biblioteques mèdiques i no podríem saber l'aplicació real d'aquests coneixements que, en definitiva, constitueixen el cos de la medicina pràctica des del punt de vista del seu exercici.

En aquest últim sentit solament citaré dos treballs interessants: *La història clínica*, llibre extens del professor Pedro Laín Entralgo, on desenvolupa, a partir de les històries clíniques escrites des de l'antiguitat clàssica fins al segle XX, els grans salts evolutius de la medicina. L'altre treball, també molt extens, *Anàlisi dels aspectes mèdics de la mort violenta a Lleida a la baixa edat mitjana*, ha permès al doctor Manuel Camps Clemente conèixer com era l'exercici mèdic forense a Catalunya quan aquesta va ser més pròspera que mai, a base de l'anàlisi detallada de la documentació judicial (declaracions) i mèdica (informes, comunicats i certificats mèdics) del Tribunal de les Coltellades de Lleida.

Fetes aquestes breus consideracions de caràcter general, el que m'ha demanat el doctor Flores, director del Consell de Redacció del Butlletí Mèdic, és que donés la meua visió personal sobre els certificats mèdics.



Certificat mèdic de 1797

Antecedents

La bibliografia mèdica legal clàssica ens ha ensenyat que els certificats eren considerats documents que servien per donar com a certs els més diversos fets mèdics, i que eren demanats per persones interessades o bé es feien per mandat d'alguna autoritat.

Formalment, constaven: d'un preàmbul on s'identificava el metge que el redactava seguit de la paraula *certifico*; d'una segona part, que era l'exposició del fet que se certificava, i d'una clàusula final, sempre la mateixa, amb l'expressió *perquè consti seguit de la ciutat, data i signatura del metge*. A vegades, després de la simple exposició del fet també es redactaven unes deduccions o conclusions. Els certificats es dividien en oficials, quan es feien per ordre d'una autoritat judicial, governativa, administrativa, militar o eclesiàstica, i en oficiosos, quan es redactaven a requeriment dels interessats amb

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

finalitats molt diverses, que no sempre eren conegudes pels metges que les signaven. El document sobre el que s'escriu la certificació era en paper segellat del Govern, si era oficial, o bé en foli blanc comú, si era oficiosa. Els antics metges legistes recomanaven no fer els certificats oficiosos si no eren vertaderament necessaris, precisament per l'abús que en podia fer la persona interessada, i també insistien que no s'havia de ser complaent amb aquesta. Al mateix temps, donaven una sèrie de regles que són perfectament vàlides en l'actualitat, com que la veritat havia de ser la qualitat més excel·lent del document. Es deia que aquesta virtut era típica dels metges antics, i per això aquests eren molt respectats pels tribunals de justícia i no solia haver-hi en els codis l'article referent a la falsificació de documents. Una segona característica amb què calia adornar el certificat era la senzillesa i el llenguatge entenedor per al profà en medicina, perquè com més senzilla és la redacció, tant qualitativament com quantitativament, més bé complirà la finalitat social per a la qual han estat ideats aquests documents. Si necessàriament s'han d'utilitzar termes tècnics, cal aclarir-ne el significat. Els continguts més freqüents de les certificacions eren la certificació de ferides, els certificats d'exoneració (per no assistir a la feina), les certificacions canòniques (la malaltia no li permetia observar el dejuni i abstinència de carn a la quaresma), la certificació d'una causa de mort en el cadàver, la certificació per eximir-se del servei militar, la certificació de malaltia simulada, etc.

Els certificats avui

Actualment, els certificats els podríem definir com documents mèdics legals oficials que poden ser demanats tant per autoritats com per persones interessades i que segueixen tenint la mateixa funció mèdica i social que els clàssics, és a dir, que consisteixen a escriure fets mèdics certs de la més diversa naturalesa i entenedors per als profans. Aquests fets mèdics es poden referir a persones, cadàvers o materials biològics que el metge coneix per la seva ciència o pel seu exercici professional. La paraula oficial vol dir que el document està editat en paper imprès pel Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. N'hi ha de diferents tipus, però els més importants són el certificat mèdic oficial i el de defunció, perquè ens afecten a tots els metges pel simple fet de ser-ho i d'exercir la professió, sense tenir en compte ni especialitats ni cap altra circumstància. Segueixen tenint la mateixa estructura formal que els certificats clàssics, amb el preàmbul, la part



expositiva seguida de la paraula *certifico* i la fórmula final, però amb l'afegit del Col·legi i el número de col·legiat en el preàmbul (la col·legiació va ser obligatòria a partir de 1917). Es diu que el fet d'incloure en la fórmula final l'expressió *a petición de* té la finalitat de salvaguardar el secret professional del metge. És costum que l'expedició del document sigui gratuïta i el metge solament cobri les exploracions que, en el seu cas, hagi hagut de fer per tal de poder certificar el que se li demana. Les persones incloses en el padró de beneficència no han de comprar el document, ja que s'editen certificats mèdics de beneficència.

Els certificats, l'ètica mèdica i la llei

Gairebé tots els documents d'ètica mèdica, siguin internacionals, nacionals o de les comunitats autònomes,

en un o altre dels seus articles o paràgrafs es refereixen als certificats en un sentit de defensa del dret del malalt que se li certifique la seva malaltia o el seu estat de salut, però en equilibri amb les conseqüències negatives que li podria comportar el fet de conèixer inadequadament la veritat. En aquest punt d'equilibri, a vegades certament difícil, jo crec que és on es demostra l'habilitat i la prudència del metge. Quant a la llei, són els que tinguin la missió d'aplicar-la els que han de decidir si un certificat fa honor a la paraula *certifico* o bé si el metge en prescindeix a l'hora de redactar-lo. El Codi Penal s'encarrega d'aclarir-ho. Altres lleis, ja més estrictament sanitàries, com per exemple la General de Sanitat de 1986, també articulen sobre el certificat.

El certificat mèdic oficial



Aquest és un document tan humil que podria ser que, oblidant aquesta condició, el metge el maltractés o, millor dit, no el tractés bé. Això és així perquè el podria prendre per un document de poca importància i es cregués que amb aquell es pot fer tot el que es vulgui: des d'inventar malalties inexistents fins a ocultar-ne. Bé, en realitat això seria molt excepcional, perquè tots els metges tenen molta cura i utilitzen la prudència a l'hora de redactar-lo, i així és com ha de ser des del punt de vista de la medicina legal. Per confeccionar-lo són vàlids tots els consells que hem deixat escrits abans: veritat, no complaença, senzillesa, llenguatge entenedor per al profà en medicina i elusió, si és possible, dels termes massa tècnics, encara que aquest últim punt no té perquè complir-se, com veurem tot seguit. Si deixem de banda la veritat, que és el que realment qualifica els certificats,

la necessitat d'utilitzar un llenguatge entenedor per al profà es comprèn si es té en compte que, per sobre de tot, la finalitat última del certificat és de caràcter social, és a dir, utilitari per al malalt. En aquest sentit, no serveix de res un certificat on solament se certifique l'existència d'una malaltia, perquè el que realment interessa al pacient, a part de la malaltia, que la té, són les conseqüències que se'n deriven o se'n puguin derivar per a la seva vida personal, familiar, laboral, etc. Si apliquem aquest criteri, en la part expositiva del document, que és la que segueix a la paraula *certifico*, caldrà fer constar, ja en el mateix començament de l'escript i a continuació del nom del malalt, el de la malaltia, per molt difícil o estrany que pugui resultar per a qui ho llegeix; a continuació es redactaran de la manera més sintètica possible les seves conseqüències per a la vida del malalt. Hem de tenir en

compte que el document solament permet escriure tretze línies, fet que obliga que les esmentades característiques de claredat i de síntesi hagin d'acompanyar-se de la brevetat. En el certificat no cal fer deduccions i demostracions com en el cas dels informes, cosa que obligaria a una major extensió del document.

Les conseqüències per a la vida del malat, que juntament amb la veritat constitueixen l'essència del document, seran completament diferents si es tracta d'una malaltia crònica o aguda. En aquest últim cas és on es pot incloure la clàssica complaença. Efectivament, quan hi ha una bona relació metge-malalt consolidada pel pas del temps, és certament difícil no ser complaent amb el pacient quan aquest li demana un favor no estrictament justificable mèdicament, però que sense la complaença del metge no podria obtenir. La posició que ha d'adoptar el professional l'ha de resoldre ell mateix, sota el seu criteri, valorant el risc que pot córrer i el benefici per al malalt.

D'altra banda, les situacions on se sol sol·licitar la complaença del metge són sempre de poca importància des del punt de vista mèdic, encara que en puguin tenir molta des del punt de vista del malalt. Si un malalt té una pneumònia, és obvi que el metge ho pot certificar amb tota tranquil·litat, perquè pot justificar mèdicament que el pacient no pot anar a treballar. Però aquest li pot sol·licitar un certificat per un procés banal, i fins i tot inexistent, amb la finalitat d'evitar anar a treballar un dia o més. En aquest cas, com que res ho justifica, el malalt abusa de la confiança del metge amb el qual, a més, és amic. A recta llei no s'ha de fer el certificat, però a la pràctica es fa moltes vegades sense cap conseqüència. Encara que teòricament siguin molt nombrosos i diferents els processos i problemes mèdics i els tipus de malalts amb els quals ens podem trobar en el cas de les certificacions, en la pràctica sempre se solen donar dues situacions diferents: certificar una malaltia o bé certificar l'absència de malalties, el que podríem dir un certificat de salut. En el primer cas mai ha d'haver-hi cap dificultat, ja que si se sap la malaltia a ciència certa, aquesta sempre es pot certificar. En el cas de dubte, no, perquè en un certificat no hi caben les paraules probable o possible. En el segon cas el problema és teòricament més difícil, perquè fer un certificat d'absència de malalties comporta fer un examen molt exhaustiu de la persona que el demana i, així i tot, el metge sempre es deixarà coses per estudiar. És el cas de les certificacions col·lectives a

escolars per poder fer esport. Sempre hem de pensar, malgrat ésser un fet excepcional, en els casos de mort sobtada en l'esport, que ens podrien portar complicacions posteriors.

Malgrat tot, tret d'aquesta última circumstància en la qual el metge ha de certificar amb poc temps disponible l'estat de salut d'un grup de nois, moltes vegades nombrós, els certificats ja més individuals d'absència de malaltia no han de tenir cap dificultat si els fa el metge de família, que per definició és el sanitari que realment coneix l'estat de salut de la població, sempre la mateixa, de la qual s'encarrega. En aquest cas, el coneixement de la persona i de la seva circumstància pot substituir perfectament l'exhaustivitat de les exploracions sense cap por a equivocar-se.

El certificat mèdic de defunció

Abans de la instauració del Registre Civil en l'últim terç del segle XIX, les persones mortes s'inscrivien en els arxius parroquials i era el rector qui escrivia la causa concreta de la mort i solia especificar si havia estat natural, violenta, per mà airada, sobtada, etc., concrecions totes que ens han permès fer estudis de mortalitat, exceptuant el cas dels suïcidis, a partir del segle XV i, amb més extensió i regularitat, a partir del XVII.

Els certificats de defunció actuals estan regulats per la nova Llei Reguladora del Registre Civil de l'any 1957 i pel reglament del Registre Civil de 1958, que en síntesi diuen que per poder-se dur a terme la inscripció de la defunció és necessària la certificació mèdica de l'existència de senyals inequívocs de mort, i que la inscripció dóna fe de la mort de la persona, de la data, de l'hora i del lloc on ha succeït. A més, mentre no es practiqui la inscripció, no es podrà expedir la llicència per a l'enterrament. D'altra banda, si hi hagués indicis de mort violenta se suspendrà la llicència fins que, segons el criteri de l'autoritat judicial, ho permeti l'estat de les diligències.

El certificat de defunció el pot fer el metge que ha assistit o coneix el malalt que ha mort o qualsevol altre que reconegui el cadàver. Haurà de fer el diagnòstic de mort i la seva causa i indicar si coneix el cadàver per si mateix o bé per acreditació d'altres persones, cas, aquest últim, en el qual aquestes també signaran el certificat. En el cas que hi hagués indicis de mort violenta, és a dir, signes evidents o sospitosos d'enverinament o traumatismes, ho haurà de comunicar urgentment a l'encarregat del registre. L'estructura formal del document, tal com està editat pel Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, segueix al peu de la lletra les directrius de la llei i el reglament

esmentats: en el preàmbul s'identifica el metge i el número de col·legiat i en la part expositiva s'identifica el cadàver, el dia, l'hora i el lloc de la defunció i la causa immediata i la fonamental, així com la constatació, si escau, de signes de mort violenta. Finalment, la fórmula final, on es fa constar la ciutat, la data i la signatura del metge.

Les causes de la mort en el certificat de defunció

Des del punt de vista del certificat de defunció, les causes de la mort es divideixen en causes antecedents, que són la causa inicial o fonamental, i en el seu cas la causa intermèdia, i en causa immediata. La causa inicial o fonamental de la mort és la malaltia o lesió que inicia la cadena de successos patològics que conduiran inexorablement a la mort i, també, la circumstància o tipus d'accident o violència que produeix la lesió mortal. La causa immediata és el procés patològic que de forma directa i immediata produeix la mort. Aquí no es tracta d'indicar el mode de defunció, sinó el procés patològic terminal o bé la lesió traumàtica o complicació que porten a la mort. D'aquesta manera, no s'ha d'escriure com a causa immediata l'assistòlia o l'aturada cardiorespiratòria, perquè aquests termes no volen dir res més que el mateix fet de la mort. De vegades, també es pot incloure el concepte de causa intermèdia, que és el procés patològic posterior a la causa inicial i que precedeix a la causa immediata o directa. Les tres causes, inicial, intermèdia i immediata, han d'estar necessàriament lligades entre si des dels punts de vista causal, fisiopatològic i cronològic. Hi ha múltiples casos de mort natural que ens poden il·lustrar aquests conceptes. Per exemple, una cardiopatia isquèmica com a causa inicial o fonamental arriba a produir un infart de miocardi, que serà la causa immediata de la mort; un càncer de pulmó com a causa inicial pot complicar-se amb una pneumònia, que serà la causa immediata de la mort, etc.

Quant a la mort violenta, s'ha de fer constar com a causa fonamental el tipus de traumatisme o de tòxic que ha iniciat el procés mortal, i com a causa immediata la conseqüència que la violència traumàtica o tòxica ha tingut sobre l'organisme. Exemples de causes immediates i fonamentals respectivament serien: perforació cardíaca per tret d'arma de foc, asfíxia per penjament, hematoma subdural per traumatisme cranioencefàlic, deshidratació per intoxicació arsenical, etc. Si el procés que ha portat a la mort disposa de les baules suficients amb traducció clínica, serà quan podem incloure una causa intermèdia. Per exemple, una hepatitis C adquirida amb una transfusió pot desenvolupar una cirrosi hepàtica i aquesta

unes varius esofàgiques que es poden trencar i produir una hemorràgia amb anèmia aguda mortal. Aquí, la causa fonamental seria una cirrosi per hepatitis C; la intermèdia, la ruptura de les varius, i la immediata, una anèmia aguda. Suposem que la transfusió ha estat provocada per una hemorràgia produïda per una punyalada. En aquest cas les baules de la cadena de fets serien les següents: Punyalada-transfusió-hepatitis C-cirrosi hepàtica-varius esofàgiques-ruptura de varius-anèmia aguda.

En el terreny de la teoria, i també de la veritat, la causa inicial o fonamental podria ser la punyalada, perquè sense aquesta no s'hauria iniciat ni desenvolupat la cadena de fets. Però si ho pensem bé, per arribar a produir-se la cirrosi han de passar bastants anys, els suficients perquè el criminal hagi pogut ser descobert abans i sentenciat per un delictes de lesions i no per un homicidi, quan realment l'ha acabat produint. Bé, en el terreny de les causes podríem arribar lluny, però no es tracta d'això, perquè el certificat de defunció, com el certificat ordinari, són documents humils i han de ser pràctics, perquè així ho exigeix la mateixa edició del document, que en el de defunció solament permet dues línies per escriure les causes inicial i fonamental de la mort.

La mort sobtada i el certificat de defunció

Normalment els metges que treballen en un servei d'urgències d'una residència sanitària no tenen cap problema a l'hora d'enfrontar-se amb una mort sobtada. Saben que si els arriba un malalt agonitzant no poden emetre el certificat de defunció perquè no coneixen el malalt ni han tingut temps per fer el diagnòstic de la causa de la mort. A més, les pressions de familiars, amics i coneguts del malalt, en el cas que els hi arribin, els colpegen d'una forma molt atenuada pel mateix centre on treballen. No obstant això, un dels problemes que més m'han consultat els metges novells que acaben de sortir de la facultat quan s'estrenen en l'exercici de la medicina és què han de fer amb el certificat quan han de resoldre un problema de mort sobtada, sobretot per les pressions que reben per part dels familiars de la víctima amb la finalitat d'obligar-los a certificar la mort encara que no en sàpiguen la causa i d'aquesta manera poder eludir els tràmits que suposa l'obertura d'un procés judicial.

Naturalment, un metge de guàrdia, a diferència d'un de família que coneix el malalt, té més dificultats per certificar la causa d'una mort sobtada encara que la història clínica del centre de salut, si en pot disposar, el podria orientar en el cas de tractar-se d'un malalt crònic amb una patologia coneguda susceptible de desencade-

nar una mort ràpida. Per poder definir la mort sobtada, hem de lligar tres criteris: el referent a la persona que es mor, la rapidesa amb què es mor i el resultat de l'autòpsia. La persona és sempre un subjecte aparentment sa o bé un subjecte malalt en el qual no es preveia una mort tan ràpida. Aquesta imprevisibilitat ens pot conduir a sospitar que hi hagi un tòxic incriminat i, per tant, a la necessitat d'investigar-ho amb l'autòpsia, tal com mana la llei d'enjuiciament criminal. La rapidesa no dóna temps a fer un diagnòstic i, per tant, no es pot certificar la causa de la mort per poder inscriure el cadàver en el Registre Civil i, com a conseqüència, no es pot enterrar el cos.

Finalment, per poder dir que una mort és sobtada i així poder-ne fer estadística, la necròpsia ens ha d'haver informat que la mort ha estat d'origen natural i no violent (tòxic o traumàtic). Amb el conjunt d'aquests tres criteris podríem definir la mort sobtada com aquella mort imprevista d'un adult o d'un infant, que ha succeït ràpidament sense donar temps a poder-ne diagnosticar la causa, i que l'estudi necròpsic posterior demostra que va ser d'origen natural. Clàssicament, la mort sobtada més genuïna des del punt de vista judicial ha estat la mort en solitud, sense testimonis presencials.

Això és així perquè aquesta varietat de mort sobtada és la que amb més freqüència ha exigut, des de temps immemorials, una investigació judicial per esbrinar si hi ha hagut culpables. Un grau menys de dificultat per al metge a l'hora de certificar la causa de la mort és que aquesta hagi gaudit de testimonis presencials. És el cas de la típica mort imprevista amb o sense antecedents patològics coneguts. Si té antecedents i, a més, s'ha presenciats el procés de la mort, serà factible certificar-ne la causa si aquests antecedents ens ho permeten mèdicament. Per exemple, un malalt coronari conegut és lògic que mori d'una arítmia en molt poc temps.

Hi ha, però, una varietat de mort presenciada i imprevista on realment hi ha antecedents, però aquests no es coneixen perquè s'han oblidat o no s'hi pensa a causa de la seva aparent poca importància. És el cas d'una caiguda banal que produeix un sagnat lent i progressiu que acaba produint un hematoma dural que portarà a la mort. És fàcil que el metge acabi diagnosticant un accident vascular cerebral natural, quan en realitat l'origen de l'hemorràgia ha estat violent. És el cas conegut com de mort natural sospitosa. En aquesta situació, com és natural, el metge ha de comunicar la seva sospita al Registre Civil perquè aquest iniciï la investigació judicial i el metge forense pugui certificar l'origen natural o violent de l'hemorràgia i si la caiguda ha estat accidental o provocada.

Reflexions sobre psicoteràpia

Dr. Àngel Pedra Camats · *Psiquiatre. Hospital de Santa Maria*

L'atenció a la salut mental exigeix un nivell especialitzat, tant en els compromisos públics com privats, així com en el maneig de tècniques psicoterapèutiques amb un ampli camp d'acció i provada vàlida i fiabilitat, perquè se'n beneficiïn el major nombre de persones. Entre un 20-30% dels pacients de la sanitat pública es beneficien de la psicoteràpia, xifra que s'eleva al 50-60% en els pacients de la privada.

La medicina, una vegada controlades les malalties tradicionals (infeccions, quirúrgiques, vasculars, etc.), ha inclòs aspectes psicoemocionals i relacionals. L'evolució cap a una complexitat social i econòmica implica la necessitat d'un aparell psíquic capaç d'afrontar els nous reptes i dificultats sense fracassar en l'intent. Només l'adquisició d'una capacitat de pensar àmplia i flexible pot ajudar en l'adaptació integrada i integradora de l'ésser humà. La psiquiatria no pot romandre aliena davant d'aquesta realitat i a poc a poc haurà de superar la resposta biològica. A més, caldrà que la psicoteràpia sigui la resposta clau per a les disfuncions que apareixen en l'ésser humà com a conseqüència del desbordament psíquic, que l'incapacita per pensar correctament.

A mesura que tenim en compte altres factors a part dels biològics, com els ambientals, comunicacionals, relacionals i objectius, és necessari incloure altres respostes alternatives i/o complementàries a les biològiques. En la nostra comunitat, fins i tot els estaments polítics són sensibles a incloure aquestes necessitats, així la psicoteràpia formaria part d'una oferta assistencial necessària per a la millora de la qualitat assistencial.

Una gran part de les persones iniciaran una psicoteràpia al llarg de la seva vida. Les persones cerquen ajut per resoldre problemes sentimentals, pels fills, pel treball... Durant la psicoteràpia es desenvolupa una transferència, un estat psicològic on el pacient transfereix els problemes de la seva vida real a una figura neutral com és el terapeuta.

Els principis generals que caracteritzen el tractament en salut mental són:

- Existència d'un conflicte específic, capacitat per reconèixer la clínica d'origen psíquic i predisposició favorable per treballar els conflictes.

- Les activitats terapèutiques es planegen i es duen a terme d'una manera flexible i individual en cada cas. De manera que es tracten les necessitats reals i canviants dels pacients i també les de les persones del seu entorn.

- L'examen i el tractament estan presidits per una actitud psicoterapèutica, això vol dir un intent de comprendre el que ha passat

i el que està passant als pacients i com podem utilitzar aquesta comprensió per ajudar-los. Una actitud d'aquest tipus implica també l'observació de les nostres pròpies reaccions emocionals.

- Els diferents plantejaments terapèutics més aviat haurien de complementar-se enlloc de mostrar-los com a alternativa.
- El tractament hauria d'assolir i mantenir la qualitat d'un procés continuat.
- És important considerar com un tot el sistema de tractament en el seguiment.

La psicoteràpia actua sobre el conflicte, partint del motiu de la consulta i dels factors desencadenants i ajuda el pacient a pensar a reorganitzar la seva àrea emocional a fi de tolerar i fer front als conflictes. Precisament, l'aliança terapèutica és un factor essencial per estimular i mantenir l'interès del pacient a aprofundir l'exploració del conflicte.

Per promoure l'*insight*, el terapeuta utilitza diferents instruments, com poden ser l'aclariment, l'establiment de la relació causal efecte dels comportaments del pacient i les reaccions de patiment que els altres li ocasionen. La confrontació també serveix per assenyalar sentiments del pacient que vol evitar fer-los presents o que tendeix a minimitzar. Durant el procés terapèutic, el pacient pot modificar determinades respostes per presentar-se més d'acord amb les normes socials o per por a les conseqüències que es poden derivar. El terapeuta ha d'utilitzar les seves habilitats per anar desmuntant les maniobres defensives que van apareixent mitjançant mesures de reforçament de la realitat i d'ajut. L'actitud col·laboradora i empàtica del terapeuta pot facilitar una bona evolució de les manifestacions impulsives, desitjos, angoixes i temors que presenta el pacient, ja que les interpretacions transferencials han de ser manejades per tal de no augmentar les resistències del pacient.

Podem considerar que la psicoteràpia és un èxit quan el pacient augmenta la seva funció autoobservadora i la tolerància a les frustracions. Això dóna lloc a modificacions de les seves estratègies defensives, a un alleugeriment de la simptomatologia i a una adaptació personal, familiar i social satisfactòria.

Si valorem el cost/benefici es pot dir que la psicoteràpia condiona una disminució de les visites, una reducció del nombre de proves complementàries i de prescripcions medicamentoses, així com altres despeses sanitàries que cal tenir en compte. Alguns autors com Kaplan i Langsley, en estudis controlats en un servei de psiquiatria, destaquen la importància de les intervencions psicoterapèutiques en els pacients i famílies, ja que reduïen en 5 dies les estades amb relació als no tractats psicoterapèuticament.

NAOS, estratègia per a la nutrició, l'activitat física i la prevenció de l'obesitat

Dra. Beatriu Acebrón Sánchez-Fortún i Dra. Mercè de Bergua Llop · *Especialistes en Endocrinología i Nutrició. Lleida*

L'obesitat o excessiva acumulació de greix a l'organisme és la malaltia metabòlica més prevalent en el món occidental. A més, l'obesitat és font d'una gran morbiditat i costos. A Espanya, la prevalença d'obesitat per a la població de 25 a 60 anys és del 14,5% (13,4% en els homes i 15,7% en les dones).

L'increment del risc de mortalitat associat a l'obesitat està, en part, associat a les alteracions que constitueixen l'anomenada Síndrome Metabòlica, que inclou l'obesitat central i que incrementa la morbiditat cardiovascular (figura 1).

L'acumulació de teixit gras es produeix com a conseqüència d'un desequilibri en l'equació del balanç energètic, que ha de tenir un equilibri entre l'ingrés d'energia en forma de calories

Clasificación de la obesidad: riesgo de comorbilidad y salud

	IMC	Riesgo de DM tipo 2, HTA, y enfermedad cardiovascular (*) o cintura HM		Riesgo de salud (*) Factores de riesgo cardiovascular y comorbilidad.
		< 102/88 cm	≥ 102/88 cm	
Normal	18,5-24,9	-	Aumentado	Muy Alto: ≥1 del grupo A Alto: ≥ 3 del grupo B
Sobrepeso	25-29,9	Aumentado	Alto	
Obesidad tipo I	30-34,9	Alto	Muy Alto	
Obesidad tipo II	35-39,9	Muy Alto		
Obesidad tipo III	≥40	Extremadamente alto		

TAULA 1

Nivel de riesgo de salud con relación a los Factores de riesgo cardiovascular y comorbilidad

Grupo A	Grupo B	Grupo C
Enfermedad Cardiovascular	Tabaco	Litiasis biliar.
Diabetes tipo 2	HTA.	Artrosis.
SAOS/SOH	Intolerancia a la glucosa	Alteraciones ginecológicas.
	Enf. cardiovascular familiar prematura.	Estrés no controlado.
	Edad >45 (h) / >55 (m) o menopausa.	
	cLDL ↑, cHDL ↓, triglicéridos ↑	

TAULA 2

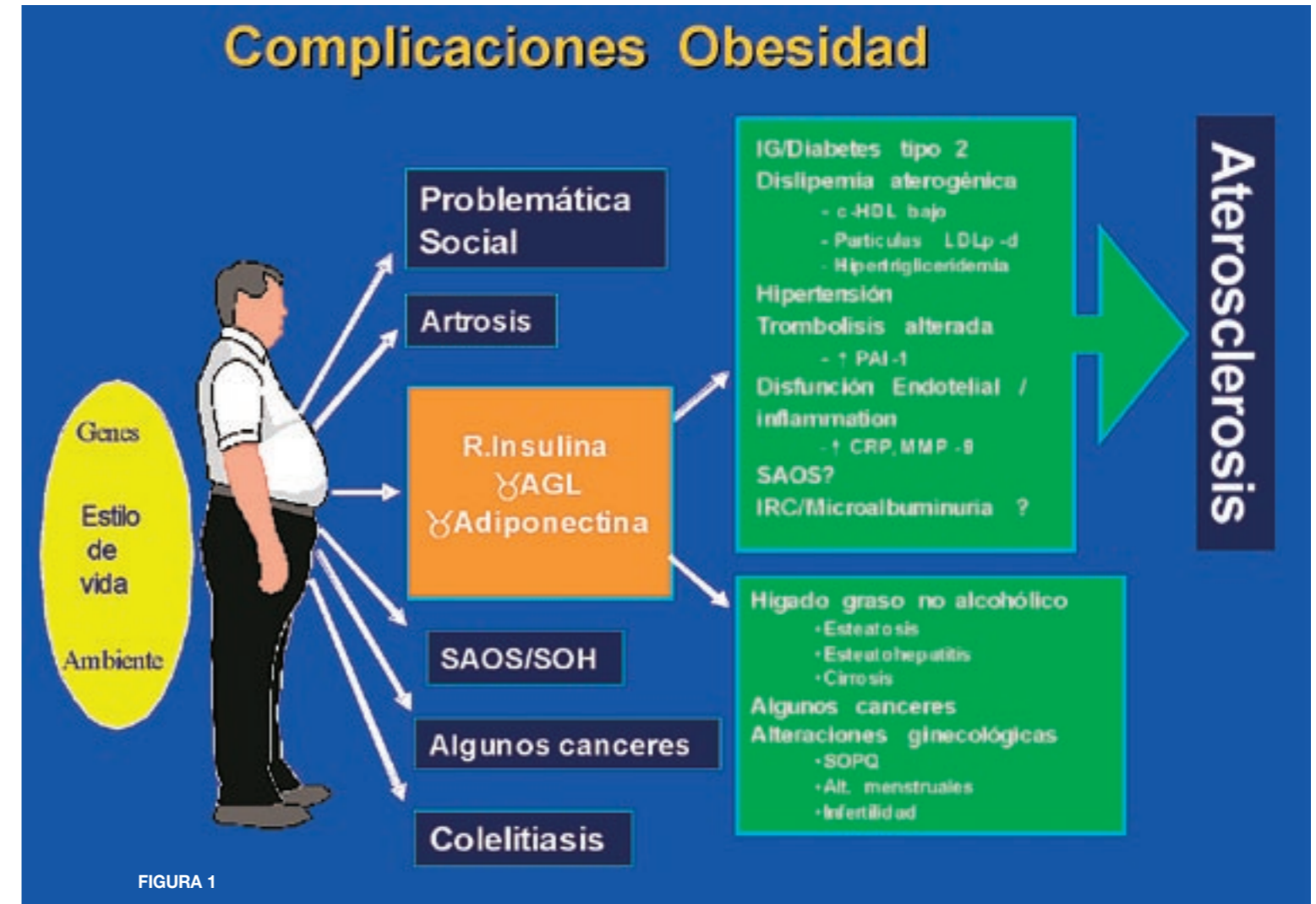


FIGURA 1

i la despesa representada pel metabolisme basal, termogènesi i consum energètic derivat de l'activitat física. Quan es produeix un augment de l'ingrés energètic o una disminució de la despesa energètica, l'estalvi energètic resultant s'acumula en forma de teixit adipós (figura 2).

En la gran majoria de casos, l'obesitat es produeix per un augment de la ingesta calòrica, freqüentment associada a una activitat sedentària. Actuant

conjuntament amb els factors ambientals, la predisposició genètica té una importància clau en molts casos (figura 3).

Els comitès d'experts recomanen utilitzar l'índex de massa corporal (IMC = Pes (kg) / Talla² (m²)) com a indicador d'obesitat corporal en l'adult.

A més, per la seva relació amb el risc cardiovascular, també es útil valorar el patró de distribució del greix corporal mitjançant la circumferència

de la cintura per estimar el risc de complicacions associades a l'obesitat. Així, s'accepta generalment per a la nostra població un risc augmentat en els homes amb cintura ≥94 cm i en les dones ≥80 cm, i d'un risc molt més augmentat amb valors de ≥102 cm en els homes i de ≥ 88 cm en les dones (taula 1 i 2).

Amb relació a la constatació d'aquest augment constant de la prevalença de l'obesitat, Fufosa (Fundació pel Foment de la Salut), FFOMC i OMC (Organització Mèdica Col·legial), d'acord amb el Ministeri de Sanitat i amb les societats mèdiques més relacionades, han impulsat un programa d'actuació que han anomenat Estratègia Naos (Estratègia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad).

L'estratègia té diversos grups de treball:

- o Estils de vida: determinants educatius de l'obesitat
- o Determinants ambientals de l'obesitat
- o Determinants genètics
- o Determinants sanitaris: prevenció, diagnòstic i tractament (on seriem nosaltres)
- o Activitat física saludable
- o Sistemes d'informació i epidemiologia
- o Investigació

La causa de la obesidad es un balance energético positivo a largo plazo



FIGURA 2



FIGURA 3

Expedicions oftalmològiques al Camerun

Fundació Ferreruela Sanfeliu

La Fundació Ferreruela Sanfeliu ha realitzat dos expedicions oftalmològiques al Camerun durant el 2006 amb la intenció d'ajudar a la població afectada per malalties oculars.

L'oftalmòleg del Institut Lleida d'Oftalmologia, el doctor Abel Salas, i la documentalista clínica del centre, Esmeralda Rourera, són els primers a viatjar al Camerun per inspeccionar la zona i veure quina mena d'ajuda es podia realitzar juntament amb l'ONG espanyola Lanzarote Help. Aquesta entitat va obrir un centre mèdic a la zona de Kribi, situada en la costa sud del Camerun, per a l'assistència mèdica de la població, sobretot la més desprotegida i desamparada i aquella afectada per la síndrome d'immunitat deficiente adquirida (sida) i contacta amb la Fundació Ferreruela per demanar suport per realitzar el seu projecte quirúrgic. La Fundació Ferreruela envia llavors tot l'equip oftalmològic per poder revisar i operar els futurs pacients: microscopi, llamera d'esclatxa, material quirúrgic i lents, entre d'altres. Un equip que triga més de sis mesos a arribar al seu destí i deixa els membres d'aquesta primera expedició sense poder realitzar exàmens oftalmològics complets o cirurgia. A més d'aquest material, l'organització també envia tres ordinadors a l'Hospital Espanyol de Kribi, que facilitaràn la feina diària dels cooperants i treballadors del centre.

El doctor Salas explica: "l'hospital havia anunciat per ràdio l'arribada d'un oftalmòleg, per això quan hi vaig arribar ja hi havia un gran nombre de pacients esperant, però malauradament no tenia el material per poder fer-ho, així que vaig fer servir molta imaginació per improvisar diferents formes d'exploració i tractament d'aquelles persones."

La segona expedició arriba a l'agost i es compon del doctor Rafael Ferreruela, el seu company oftalmòleg Luis Cuadrado i l'informàtic de l'Institut Català de la Salut (ICS) de l'Àmbit Pirineus, Sergi Sisó, que s'encarregarà de connectar els ordinadors al centre mèdic. L'objectiu d'aquest viatge és la instal·lació de tot el material i la "posada en marxa" del servei oftalmològic. El contenidor en el qual va arribar

el material va servir com a consulta dels doctors, allà passaran consulta i operaran al quiròfan de l'hospital. "Les condicions sanitàries dels centres en països del Tercer Món no tenen res a veure amb les d'aquí", explica el doctor Ferreruela, "allà s'opera amb les finestres obertes perquè la calor és sufocant, amb la bata de quiròfan oberta i sovint es converteix en un espectacle, ja que la gent del poble va a veure les operacions. A més, per la falta d'anestèsistes, moltes vegades són les infermeres les que fan aquestes funcions".

Tot i això a l'Hospital Espanyol de Kribi s'opera gairebé de tot i l'únic inconvenient que van tenir els oftalmòlegs va ser la trobada de pacients que necessessin assistència quirúrgica oftalmològica. "Al no tenir un professional que realitzés una tria de pacients, van venir molts amb afeccions lleus i pocs amb greus." De tota manera, explica el Dr. Ferreruela que van operar tres persones amb cataractes, gairebé cecs, i una amb glaucoma. De totes formes, l'oculista explica que, segons el doctor Cuadrado, amb molta experiència en campanyes solidàries, diu que "és un gran èxit" arribar la primera vegada i operar pacients.

Una vegada posat en marxa el servei d'oftalmologia, aquests professionals faran torns per anar al Camerun en visites de 15 dies, coincidint un dia o dos per fer el seguiment dels malalts. A més, es contracta una persona oriünda i se li dona formació perquè pugui trobar els pacients que pateixen patologies com la cataracta, que es queden gairebé cecs i que es curen amb una operació i el tractament posterior. Aquesta és la feina que els agrada fer als professionals de la visió i que han realitzat durant anys en països com Etiòpia o l'Índia. "La col·laboració amb alguna persona del país resulta importantíssima per poder arribar i operar persones que ho necessiten de veritat, com a Etiòpia, on arribem a fer més de 150 intervencions quirúrgiques", explica el doctor Ferreruela, que espera que la pròxima vegada, el novembre del 2006, això ja estigui aconseguit.

Per altra banda, la Fundació Ferreruela Sanfeliu ha donat prop de 5.400



Primer pacient operat al Camerun pels doctors Rafael Ferreruela i Luis Cuadrado

euros per a l'ampliació del centre, diners que s'han utilitzat en la construcció d'un magatzem per al material, segons el doctor Ricardo Cortés, principal responsable de l'Hospital Espanyol de Kribi.

Kribi és una ciutat situada a dos hores de camí de Douala, principal port del país i un important centre comercial. Té una població densa, prop del milió d'habitants i resulta perillosa per al turista estranger, sobretot el blanc. Així ho expliquen els protagonistes de l'expedició, que es van sorprendre del caràcter poc afable dels habitants de Douala. En arribar a Kribi les coses canvien, encara que descriuen que la primera visió de l'hospital els va deixar sense alè, "les condicions precàries del recinte hospitalari i la falta de mitjans de tota mena ens van sorprendre". Tot això, acompanyat de la calor i humitat feia que tot el dia s'estigués suant. Encara que les platges eren precioses, com si fos el Carib, explica l'oftalmòleg de l'Institut Lleida d'Oftalmologia, Abel Salas.

El representant de l'organització Lanzarote Help, el doctor Ricard Cortés, ha construït el recinte hospitalari amb



El doctor Abel Salas, en la primera expedició de la Fundació Ferreruela Sanfeliu

les donacions d'un grup d'amics i amb la col·laboració de metges que, a més de viatjar, han anat enviant material. El recinte hospitalari consta d'un edifici central amb dues habitacions que feien anar de consultoris, una sala petites on se situaven la farmàcia i el laboratori. A més, dues cabanes d'ingressats a l'hospital, amb una cabuda d'unes 20 persones. D'altra banda, Sergi Sisó, informàtic de l'Institut Català de la Salut, explica que "la meua tasca al Camerun, a més d'ajudar els doctors Ferreruela i Lluís Cuadrado, és la de muntar una xarxa informàtica amb els 3 ordinadors que vam enviar prèviament amb el mencionat contenidor de 36 tones i 400 metres de cable de xarxa que dúiem nosaltres." "La sensació més forta en arribar va ser la de creure que els rellotges allí funcionaven més lents. El temps passa molt a poc a poc. La gent no té sensació de perdre'l. Si s'han d'esperar 4 hores ho fan i no passa absolutament res", insisteix Sisó. A l'informàtic lleidatà li sorprèn que, "de la mateixa manera que nosaltres, estan enganxats a la telefonia mòbil. Tot i tenir, evidentment, un nivell adquisitiu molt inferior al nostre, la major part de les persones tenen mòbil", ens explica. Finalment, si en alguna cosa coincideixen tots els cooperants és a valorar la virginitat de les seves platges, on les tortugues ponen els ous fins i tot al migdia i a la nit milers de crancs fugen només quan els enlluerna la llum de la llanterna.

La Fundació Ferreruela Sanfeliu

La Fundació Privada Ferreruela Sanfeliu és una entitat sense ànim de lucre que neix amb l'objectiu de contribuir a la cerca de solucions en el camp de l'oftalmologia, canalitzar recursos professionals i econòmics per atendre les necessitats de països subdesenvolupats o persones en situació de pobresa i fomentar la investigació o recerca en aquest camp.

La Fundació aporta l'experiència dels darrers deu anys en la realització de campanyes quirúrgiques a països del Tercer Món com Etiòpia i l'Índia dels oftalmòlegs que hi col·laboren, per així poder fomentar la formació de professionals sanitaris autòctons i dotar els serveis sanitaris locals d'una infraestructura bàsica. Quant a la recerca oftalmològica, la Fundació afavoreix la creació de beques i ajuts a la formació per contribuir a la millora de la qualitat de vida de la població afectada per problemes visuals crònics.



A dalt, el doctor Sal-lustià Estadella amb la insígnia d'alcalde. A la dreta, a dalt, mercat de la plaça de Sant Joan. A baix, mercat de Pi i Margall.



L'alcalde Estadella i la salut pública

Doctors Manuel Camps Surroca i Manuel Camps Clemente

El Comitè de Salut Pública, constituït immediatament després de proclamar-se la República el 14 d'abril de 1931, va nomenar alcalde de Lleida el metge estomatòleg doctor Sal-lustià Estadella i Arnó, en substitució de Domingo Pinell i Pallasó, últim alcalde de la monarquia.

Atès el poc espai del saló de l'Ajuntament, els 29 regidors elegits en les eleccions del dia 12 es traslladaren en corporació a la Diputació encapçalats per la Guàrdia Urbana, amb la senyera de la ciutat portada pel regidor de major nombre de vots en les eleccions, Josep Reus Papasseit, i per l'alcalde revolucionari Estadella, amb l'acompanyament d'una banda de música militar que saludà la corporació en sortir de

l'Ajuntament amb l'himne revolucionari la Marsellesa, corejat per la compacta multitud amb frenètic entusiasme.

Un cop a la Diputació, atenent els preceptes de la Llei Municipal de 1877, els regidors ratificaren l'elecció d'Estadella amb vint-i-vuit vots i una papereta en blanc.

El metge oftalmòleg Antoni Pujadas i Fabregat ocupà el càrrec de síndic.

Ben aviat sorgí una crisi municipal arran de les eleccions a les Corts Constituents, perquè els elements que havien integrat la majoria de l'Ajuntament van començar a disgregar-se. Un sector de l'Entesa Republicana, el d'Acció Catalana, se'n separà, i al poc temps ho féu el grup d'Estat Català, que en les eleccions del dia 28 de juny solament

obtingué menys del 20% del cens. Per aquest motiu, el 3 de juliol es va acceptar la dimissió dels seus càrrecs als consellers Bergós i Pujadas. De fet, aquell resultat els hauria impossibilitat legalment per ser consellers si s'hagués tractat de la seva elecció.

Estadella va considerar que aquesta amputació impossibilitava el funcionament de l'Entesa Republicana i, per això, també va presentar la dimissió. Però aquesta, per votació, no li va ser acceptada.

L'11 de desembre, amb motiu de la presa de possessió del president de la República, Niceto Alcalá Zamora, l'Ajuntament va prendre l'acord de trametre-li una entusiasta felicitació i una altra al president del Congrés.

El primer aniversari de la proclamació de la República se celebrà amb l'estrena del nou Ajuntament en el reconstruït edifici de la Paeria.

Estadella va poder exercir amb tranquil·litat el càrrec d'alcalde gràcies a l'esplèndida majoria amb el Partit Radical.

Però un cop convocades pel Govern de la República les eleccions per constituir el Parlament de Catalunya, que tindrien lloc el 20 de novembre de 1932, Esquerra Republicana prengué l'acord de presentar-s'hi sola i els radicals es van veure obligats a formar una agrupació amb altres partits.

Aquesta greu divergència va fer que el 4 de novembre Estadella presentés la dimissió. Però li va ser desestimada per catorze vots contra onze.

En la sessió municipal del 18 de

novembre, Cervera acusà Estadella de cobrar despeses no justificades de representació en un càrrec gratuït i obligatori com era el d'alcalde, i que es dirigia als electors amb cartes esteses en paper que portava la capçalera de l'Ajuntament.

Ambdues acusacions van ser elegantment desmentides per Estadella, el qual va afegir que ell podia acusar Cervera que recorria l'horta de Lleida i deia als pagesos que les multes que se'ls imposaven per no haver-se proveït de les plaques dels carros eren cosa de l'alcalde, i que si guanyava les eleccions Esquerra Republicana totes les despeses de les escoles anirien a càrrec de l'Ajuntament, i no com aleshores, que tan sols donava unes petites subvencions. Tot això constituïa, segons l'alcalde, veritables coaccions electorals.

El 25 de novembre es comunicà un escrit d'Estadella, signat el dia 21, l'endemà de les eleccions, on dimittia irrevocablement del càrrec d'alcalde.

La dimissió es va fer efectiva en la sessió del dia 28, en la qual Estadella va comunicar que, immediatament després de conèixer el resultat de les eleccions del dia 20, va entendre que no havia de continuar un moment més al front de l'alcaldia i va dirigir un ofici al primer tinent d'alcalde preguntant-li que se'n fes càrrec, cosa que aquest refusà.

Estadella va fonamentar la seva dimissió en el fet que el poble li havia retirat la confiança mitjançant l'esmentada votació. Afegí que en acomiadar-se volia fer constar que havia procurat exercir el càrrec amb tota honradesa i bona voluntat, arrossegant fins i tot la impopularitat amb la seva actuació imparcial i justiciera, i que en el si del consistori havia obrat equànimament i pregava que els companys el perdonessin si alguna vegada els havia ofès involuntàriament. Assegurà que tots els seus esforços i tots els seus anhels havien estat sempre en pro de l'engrandiment i de la consolidació de la República i de Catalunya. Creia que la conseqüència de les darreres eleccions havia d'ésser el traspàs de l'alcaldia als elements municipals d'Esquerra Republicana i pregà que li fos admesa la dimissió presentada, per unanimitat, donant per fi un crit de "visca la República!" i un altre de "visca Catalunya!".

Tots els grups van enaltir les paraules d'Estadella, el qual va ser qualificat de bon lleidatà i honrat administrador de la cosa pública.

Tot seguit, i per unanimitat, fou acceptada la seva dimissió i fou elegit alcalde Antoni Vives Estover, d'Esquerra Republicana.

El doctor Pujadas posà a disposició del nou alcalde la seva delegació dels serveis sanitaris municipals. Vives, coneixedor del seu encert en qüestions sanitàries, li va pregar que continués en el càrrec, deferència que va agrair Pujadas.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

LA SALUT PÚBLICA

Estadella, durant l'any i mig que va exercir el càrrec d'alcalde, va impulsar una sèrie de mesures higièniques encaminades a millorar la salut pública de la ciutat, la qual comptava, aleshores, amb 35.383 habitants.

La potabilització de l'aigua

L'actuació sobre l'aigua de beguda va ser la tasca més important que es va dur a terme perquè era un problema que venia de lluny i es volia solucionar. Feia anys que s'usava un cabal d'aigua procedent del riu Noguera Ribagorçana, que es captava a la resclosa de Pinyana, la qual ja s'havia analitzat en el laboratori municipal l'any 1911 i va resultar molt pura químicament i bacteriològicament. Però al llarg del canal per on corria sofria contaminacions que van ser comprovades el mateix any a l'Institut Provincial d'Higiene, en analitzar l'aigua procedent d'una font pública de la ciutat.

Coneixent aquest antic problema, el 8 de maig de 1931 es va decidir estudiar el cost d'una instal·lació de filtratge i d'esterilització que podria situar-se a la sortida de les basses depuradores.

Va passar el temps i més d'un any després, el 21 d'octubre de 1932, es decidí procedir a la seva correcció bacteriològica, la qual es faria amb hipoclorit sòdic, amb la neutralització del clor sobrant mitjançant l'hiposulfit de sosa, tal com indicava l'informe que, a petició d'Estadella, van fer els doctors Josep Rabasa i Francesc Cava. S'acordà també la construcció d'una casa destinada a l'esterilització.

Els doctors Rabasa i Cava van fer anàlisis de diverses mostres captades en llocs diferents del servei i no van aconseguir aïllar el bacil d'Eberth, però sí el colibacil, encara que poques vegades. Van observar que la majoria dels casos de febres tifoides es donaven en persones amb poc temps de residència a la ciutat; en canvi, en els nens i adolescents indígenes eren freqüents les enteritis de curs ràpid i benigne, que en el seu començament recordaven el quadre clínic de les veritables ebertianes. Van concloure que les aigües que abastaven la ciutat, si bé eren molt bones en el lloc de la seva captació, arribaven al consumidor parcialment impotabilitzades i no lliures de contaminacions molt perilloses; i si bé a Lleida les xifres de mortalitat per infeccions d'origen hídric no eren gaire elevades, aquestes malalties revestien sempre un caràcter endèmic amb exacerbacions periòdiques durant la tardor.

Però les obres per potabilitzar l'aigua no van ser immediates, ja que dos anys després d'haver deixat l'alcaldia el doctor Estadella, el seu successor en el càrrec, l'alcalde Vives, el setembre de 1934 va fer un ban en què assabentava



Casa del doctor Humbert Torres amb l'esgrafiat d'Esculapi dibuixat l'any 1931

els lleidatans que havien estat acabades les obres de muntatge dels aparells de clorització de l'aigua i que circulava aigua potable des del dia 22 d'agost. Però restaven encara obres per acabar del tot la potabilització.

Malgrat les mesures esmentades, va haver-hi alguna contaminació puntual, com la que va denunciar el regidor doctor Josep Baró Bonet l'agost de 1935 a causa d'unes clavegueres de Vilanova d'Alpicat. Aleshores ocupava l'alcaldia interinament el doctor Rovira Nebot, el qual, acompanyat pels doctors Baró i Rabasa, va visitar el lloc de la contaminació i va adoptar les mesures oportunes.

La tuberculosi

L'altre problema que preocupava era el de la tuberculosi. Les vaqueries del casc urbà de Lleida no reunien les condicions higièniques necessàries i una d'elles, situada a la travessia de Múrcia, va aixecar molta polèmica i va haver-hi pressions per traslladar-la a l'extraradi.

Es va comprovar que més del 25% de les vaques de Lleida patien tuberculosi, motiu pel qual l'Ajuntament, en sintonia amb la Junta de Sanitat, el 6 de novembre de 1931 va prendre l'acord de prohibir la instal·lació de una nova vaqueria a l'interior de la ciutat.

L'any 1929 el doctor Humbert Torres es va adreçar a l'alcalde Pujol per aconsellar-li la conveniència que l'Ajuntament adoptés mesures per combatre la pesta blanca que aterrava la humanitat. Però aquestes mesures no es van adoptar perquè el cos mèdic municipal va considerar que la vacuna no era gaire coneguda i no se sabien els resultats.

Tres anys després, el 29 de juliol de 1932, el doctor Estadella es va preocupar de l'assumpte i va encarregar als doctors Rabasa i Cava, director del laboratori municipal i degà del cos mèdic municipal respectivament, que anessin a Barcelona i s'assabentessin de la possibilitat i la forma d'aplicar la vacuna Calmette que l'Ajuntament d'aquella ciutat havia fet obligatòria a tots els nadons. Aquesta vegada el cos mèdic municipal no solament va acceptar posar en marxa aquest servei a Lleida, sinó que li era urgent fer-ho.

Els aliments

Ben aviat, el 5 de juny de 1931, es va prohibir la venda de peix fresc en els comerços fora dels mercats autoritzats, excepte a la barriada de la Bordeta. També es va prohibir embolicar la carn, el peix i les substàncies greixoses amb paper de diari, i es va exigir a les tendes i a les carnisseries que tapessin les carns amb una glassa per tal d'evitar el contacte amb les mosques. Els caps de bestiar sacrificats a l'escorxador no podien estar penjats a l'exterior de les tendes i, per tant, subjectes a contaminacions amb els vianants.

En un camp relacionat amb el de

l'alimentació, l'actuació més important d'Estadella va ser la construcció del mercat de verdures i comestibles de Pi i Margall, en substitució del de la cèntrica plaça de la Constitució, que tan criticat havia estat per alguns metges de la ciutat amb vocació higienista, com el doctor Francesc Fontanals i Araujo, entre altres.

L'1 d'abril de 1932, la Comissió d'Hisenda es va proposar multar amb 125 ptes. "l'Institut de la Dona que Treballa" de la ciutat, per la matança clandestina d'un corder. Per poder-ho fer legalment i, segons el reglament d'escorxadors, calia un certificat dels facultatius conforme s'havia reconegut el corder abans de ser sacrificat. El doctor Estadella va rebre la denúncia dissabte al vespre i, atès que l'endemà era festiu, per salvar el perill que la carn es malmetés manà immediatament que fos reconeguda en el laboratori municipal i que, si resultava bona, es retornés als interessats sense perjudici de la penalitat que després els fos imposada.

Això no agradà al doctor Pujadas, perquè el cas havia de passar necessàriament per la Comissió d'Hisenda. Estadella va justificar la seva actuació pel fet de tractar-se d'un cas d'extrema urgència, ja que com que hi havia dos dies de festa abans que es pogués reunir la comissió, la carn s'hauria malmès i s'hauria ocasionat un perjudici innecessari.

Si bé Pujadas es va mostrar conforme amb l'actuació de l'alcalde, va seguir creient que la carn havia de continuar decomissada. Però Estadella va insistir que si tornés a succeir, obraria igual.

La ràbia

La ràbia com a problema sanitari tradicional seguia donant problemes. Va haver-hi un brot a Lleida i pobles veïns a finals de maig de 1931 i Estadella va ordenar administrar estricnina als gossos errants.

Un any després va rebrotar en els termes municipals de Lleida, Albatàrrec, Aitona, Ivars d'Urgell, la Fuliola i altres.

Aconsellat pel doctor Pujadas, el 24 de juny de 1932 Estadella va acceptar l'aplicació d'una vacuna japonesa que havia donat molt bon resultat a Barcelona.

L'estiu de 1933, quan ja no era alcalde Estadella, es va tornar a presentar el problema. El 16 de juny Pujadas va aconsellar que calia reforçar la campanya de persecució i de vacunació dels gossos amb la intervenció de la Casa de Socors, la qual estava preparada per aplicar tractaments antiràbics als pacients.

En aquest últim episodi, que també va afectar la ciutat de Barcelona, algú va dir que Lleida avantatjava a Constantinoble en l'abundància de gossos, tot i que aquesta ciutat tenia fama de ser on n'hi havia més.

Uns dies després, el 23 de juny, l'Ajuntament va aprovar una sèrie de mesures de prevenció i tractament de la ràbia amb la participació del laboratori municipal, que es van concretar en un ban de l'alcalde Vives publicat el 16 d'agost d'aquell any.

Els punts més importants del ban eren que s'examinarien els gossos trobats al carrer sense morrió ni cadena sostinguda pels seus amos i s'observaria, en el laboratori municipal, el gos que hagués mossegat algú, amb la despesa a càrrec de l'amo, així com la produïda pel tractament de les persones atacades, encara que el gos no resultés rabios, i també el tractament com a mesura preventiva. Es mataria el gos en el cas de no tenir amo.

El soroll dels carrers

El 12 de juny de 1931, el regidor Sol es va queixar del soroll que feien molts automòbils i motos amb l'escapament lliure. El doctor Estadella li va contestar que era una qüestió per la qual sentia vertadera mania, que el preocupava, que havia imposat ja nombroses multes i que la comissió de governació encarregaria sobre el particular una ponència al doctor Pujadas.

La desinfecció dels habitatges

Malgrat el recurs interposat pel doctor Josep Rabasa, inspector municipal de Sanitat, amb la finalitat d'obligar els propietaris d'habitatges desinfectats a proveir-se del certificat corresponent, el 26 de juny de 1931 es va acordar que no era possible imposar-los tal obligació.

El 18 de setembre del mateix any, es va denunciar que un infant d'una família que vivia a la Costa de Sant Joan havia estat enterrat dos dies després d'haver

◆ **L'Ajuntament va aprovar mesures de prevenció i tractament de la ràbia**

◆ **S'examinaven els gossos trobats al carrer sense morrió ni cadena**

mort d'una malaltia infecciosa. El doctor Estadella va argumentar que es tractava d'una família de degenerats que van deixar morir la criatura sense notificar la malaltia a ningú i que, quan se'n va assabentar l'autoritat municipal, es va procedir a l'enterrament. Com que el quadre era d'allò més calamitos, per la misèria moral i material que oferia, s'obligà a ingressar a l'hospital a quatre fills depauperats, així com els pares i un altre fill malalt, amb una rigorosa desinfecció del local infecte i la corresponent ordre al propietari per dur a terme les obres necessàries per poder-lo llogar de nou.

El 22 de maig de 1931 l'Ajuntament de la ciutat es va adherir a la petició de l'expulsió dels jesuïtes formulada pel govern provisional de la República. L'any següent, el 21 d'octubre de 1932, el conseller Cervera va exposar que el número 14 del carrer Acadèmia havia estat ocupat pels jesuïtes. Es tractava

d'un pis que no s'havia desinfectat prèviament, tal com obligaven les disposicions vigents. Tampoc s'havia extret el permís de trasllat de mobles, com si encara persistís per als jesuïtes el règim d'exempció tributària que els atorgava la monarquia. Les coses havien canviat, i per això l'opinió era que els jesuïtes, com els altres, havien d'acatar i complir les lleis sanitàries i fiscals.

La contaminació del medi

El 2 d'octubre de 1931 es va aprovar un dictamen de la Comissió de Governació amb motiu de la denúncia formulada per uns veïns de la Bordeta a causa de la infecció d'uns pous produïda per les filtracions dels residus industrials procedents de la fàbrica de conserves de Ricard Vilalta. Aquests residus s'abocaven en una gravera situada a uns 40 metres d'un pou. Es va considerar que el procediment del senyor Vilalta era arcaic i se'l va obligar que en el termini d'un mes fes desaparèixer l'estat actual del desguàs.

El servei meteorològic

El primer trimestre de 1933, el Dr. Rabasa, com a metge municipal, va fer un viatge a Barcelona per fer les gestions oportunes per instal·lar a Lleida el servei meteorològic.

ARXIU CONSULTAT

AML (Arxiu Municipal de Lleida), Llibres d'Actes, 1931-1934.

Rectificació

En l'article *Influència d'Arnau de Vilanova en els metges catalans*, en el Butlletí Mèdic 59, cal rectificar el destacat de la pàgina 25. El text és el següent: "Arnau de Vilanova va anunciar que la fi del món i l'arribada de l'Anticrist seria l'any 1378".



Lloc on l'any 1931 s'ubicà el mercat de Pi i Margall

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
jubilació 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