

El COMIL regala un tapís a la Facultat de Medicina





- ANÀLISIS CLÍNIQUES
- ANATOMIA PATOLÒGICA
- APARELL DIGESTIU
- CARDIOLOGIA I APARELL CIRCULATORI
 - ✓ Eco-Doppler
 - ✓ Holter
- CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA
- CIRURGIA PLÀSTICA I REPARADORA
- CIRURGIA VASCULAR
 - ✓ Doppler computeritzat
 - ✓ Eco-Doppler vascular
 - ✓ Reconeixements cardíco-vasculars
 - ✓ Unitat trombo-embòlica
- ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ
- ENDOSCÒPIA DIGESTIVA
- GINECOLOGIA I OBSTETRICIA
- GENÈTICA PRE-NATAL
- PARTS
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA NUCLEAR
 - ✓ Gammagrafia
- OFTALMOLOGIA
- ONCOLOGIA MÈDICA
- OTO-RINO-LARINGOLOGIA
- PEDIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- RADIODIAGNÒSTIC
 - ✓ Radiografia
 - ✓ Ecografia
 - ✓ Mamografia
 - ✓ Ecocardiograma
 - ✓ Doppler
- TRAUMATOLOGIA I ORTOPÈDIA
- UROLOGIA



NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

- QUIRÒFANS
- SALA DE PARTS
- SALA D'ANESTÈSIA I REANIMACIÓ

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I
TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



HABITACIONS INDIVIDUALS
LLIT AUTOMATITZAT
GASOS MEDICINALS
LLIT PER A L'ACOMPANYANT
TELÈFON
TV
BANY COMPLET
CLIMATITZACIÓ INDEPENDENT

C/ BISBE TORRES, 13 TEL. 973 26 63 00
a Lleida des de 1917

Número 38, gener del 2003

Edició:

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

Consell de Redacció:

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

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:

Magda Ballester. Comunicació

Disseny i maquetació:

Baldo Corderroure

Correcció:

Dolors Pont

Publicitat:

COML

Fotomecànica:

Euroscript, SL

Impressió:

Artgràfic 2010, SL

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

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

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

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21
1 Contraportada interna	480,81
4 Pàgines interiors	300,51
Preu total insercions:	2.404,06
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51
Preu total insercions:	1.803,06
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25
Preu total insercions	901,50

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

Planificació sanitària

La sanitat és un dret fonamental dels ciutadans i el sistema sanitari n'ha de garantir l'equitat, de manera que arribi a totes les zones del país amb igualtat d'oportunitats. Per això, s'han de planificar les necessitats sanitàries i els recursos necessaris per poder cobrir aquestes necessitats.

Fa 20 anys es va iniciar la reforma de la primària i en fa 10, s'instaurà la LOSC (Llei d'ordenació sanitària de Catalunya). Vint anys després, i sobretot per la manca de recursos, la reforma no s'ha acabat. No s'han reformat tots els centres, als reformats hi ha una manca de recursos importants i no hi ha un mínim-màxim de pacients per metge, la qual cosa impedeix aplicar tot el potencial teòric de l'assistència primària.

En el mitjà hospitalari, fa molts anys que la regió de Lleida rep menys recursos que les altres regions de Catalunya i això es tradueix en les mancances conegudes per tothom: àrea d'urgències, cardiologia i proves diagnòstiques cardiològiques, unitat coronària, accelerador lineal (radioteràpia), neurologia, cirurgia pediàtrica, etc.

A la pregunta de si es poden planificar les necessitats sanitàries, tots els partits que han respost a l'oferta de publicar la seva alternativa a *Butlletí Mèdic* han contestat que s'han de planificar. Se'n recordaran després de les properes eleccions autonòmiques?



sumari

Es poden planificar les necessitats sanitàries?

Articles de CiU, IC-V, PP i PSC
PÀGINA 4

La recerca a les facultats de Medicina

Crònica del Dr. Manel Camps i Surroca

PÀGINA 16



Foto: SBD de la UdL

Alternatives dels partits polítics

Abans d'iniciar la batalla electoral de les properes autonòmiques, Butlletí Mèdic ha convidat els partits polítics del ventall parlamentari, CiU, ERC, IC-Verds, PP i PSC, a respondre la següent pregunta: es poden planificar les necessitats sanitàries d'una regió de 350.000 habitants? Seguidament, us oferim les respostes rebudes.

La sanitat més a prop

Les necessitats sanitàries o, més ben dit, els recursos necessaris per cobrir aquestes necessitats es poden planificar i la llei obliga a planificar-los. Les orientacions nacionals i internacionals són referència per a la planificació d'una població concreta (de 350.000 habitants en el nostre cas), però saber com és aquesta població en termes de necessitats de salut condiciona la planificació local d'una àrea o regió sanitària.

Per exemple, com són les característiques d'aquesta població, la demografia, l'estat de salut en termes de mortalitat i patologies ateses (morbidity atesa), la pròpia percepció de l'estat de salut (la necessitat sentida és una manera d'entendre la necessitat que es mesura en les enquestes de salut com la del 2001), els estils i els condicionants de vida, etc. Tot això orienta com ha de ser el que denominem l'oferta de serveis.

La dispersió de la població en diferents nuclis poblacionals condiciona i molt l'oferta de serveis que hem de donar: per exemple, poden variar els recursos d'atenció primària necessaris si estan concentrats en pocs centres d'atenció primària (CAP) o es vol arribar a més de 285 punts d'atenció (la majoria, consultoris locals) per atendre tots els municipis i nuclis locals com s'ha optat a la nostra regió d'acord amb la política expressada d'apropar els serveis sanitaris als ciutadans i l'eliminació de les barreres a l'accés com ha estat i serà l'objectiu fonamental de CiU (Convergència i Unió).

La planificació ha permès, en el cas de l'atenció primària de salut,

completar la reforma d'atenció primària (RAP) de l'any 1986, que definia l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) com la unitat territorial elemental on es presta l'atenció primària de salut d'accés directe de la població, que es delimitava atenent factors geogràfics, demogràfics, socials, epidemiològics i de vies de comunicació i que compten, com a mínim, amb un CAP, que és el veritable punt de referència del ciutadà i del sistema sanitari. Es van planificar 29 ABS, 6 a Lleida ciutat i dos més a les poblacions que hi ha al voltant de la capital del Segrià. Quantitativament, en tocava solament 14 (una ABS per cada 25.000 habitants), però es va optar per planificar-ne 29 i així afavorir l'accessibilitat al considerar els criteris de planificació abans esmentats.

Cada ABS ha de disposar d'un CAP i, per tant, s'han construït 17 nous centres allí on no n'hi havia i/o s'han reformat els antics o se n'han fet de nous, com els de Balaguer, Mollerussa, Santa Maria, Cappeda, Tàrraga, Sort... i, fins arribar als 29 CAP que tenim avui, algun en construcció com el del Centre Històric, moment en què hem completat la RAP.

En l'atenció hospitalària, també es té present la dispersió de la població i ho demostren els hospitals construïts a Vielha, Tremp i la Seu d'Urgell, amb una població de referència petita, però fonamental, en termes d'equilibri territorial; i s'afavoreix, tal com la formació de CiU estableix en els seus compromisos, l'accessibilitat, la proximitat, la descentralització i l'equitat del sistema sanitari. Existeix un exemple més gran de descentralització i d'equitat que transferir totes les competències en matèria sanitària al Consell Generau d'Aran quan només fins

ara el Govern central s'ha decidit a transferir-les a les comunitats autònomes i no totes? Catalunya, una vegada més, i també en sanitat és capdavantera.

Cal recordar que fa uns deu anys pràcticament tota l'atenció especialitzada de la demarcació es concentrava a la ciutat de Lleida i avui es disposa d'especialistes a Tàrraga, Balaguer, Vielha, Tremp, la Seu d'Urgell i també, encara que no n'hi ha tants, a les Borges Blanques i Mollerussa, a banda dels clàssics CAP Prat de la Riba de Lleida, ara centrat en algunes especialitats, i les noves consultes externes de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i de l'Hospital de Santa Maria.

Aquesta voluntat descentralitzadora també s'ha demostrat a l'hora de desenvolupar programes com el cribratge de càncer de mama a tot el territori o l'atenció als malalts amb anticoagulació oral (Sintrom), i fins i tot la possibilitat de fer rehabilitació en els punts més allunyats (Llavorsí n'és un bon exemple), que estalvia molts viatges a Lleida.

Cal esmentar que l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, de manera conjunta amb els altres hospitals, ha assumit la referència de la majoria de serveis més especialitzats de les nostres terres. Els hospitals de Lleida han estat pioners en algunes de les alternatives a l'hospitalització convencional com l'hospitalització a domicili i aquesta i la cirurgia sense ingrés ja s'hi practiquen.

En els darrers temps s'han endegat nous recursos i serveis especialitzats a Lleida, com la resonància magnètica nuclear, la neurocirurgia, la unitat de medicina nuclear, l'hospital de dia oncohematològic, l'hospital de dia infantojuvenil, la URPI de psiquiatria infantil, l'Hospital Nadal

Merolles (històrica reivindicació, ara feta realitat amb 125 places per fer front al progressiu envelliment de la població); l'hospitalització a domicili o el centre de trucades (Call center), sense deixar de banda la prevenció de la malaltia i la promoció i protecció de la salut mitjançant la legislació i, en concret, amb la remodelació i ampliació del Laboratori Comarcal de Referència de Salut Pública a la Seu d'Urgell per a la detecció dels positius en l'encefalopatia espongiforme bovina.

Cap on avançarem?

Aquestes reflexions són importants per saber on ens trobem. La nostra formació, però, fuig de les propostes inflacionistes i/o demagògiques que de vegades determinats grups que no tenen la responsabilitat de govern incorporen en els seus programes i, per tant, CiU aposta per aprofundir la coordinació de nivells, l'establiment de sinèrgies i fórmules que permetin la integració de serveis, i augmentar-ne la quantitat i la qualitat, d'aquesta manera conseqüent amb el compromís adquirit amb els ciutadans.

Posar en funcionament nous serveis comporta la contractació i incorporació de nombrós personal, sovint d'elevada especialització, que, sens dubte, és el millor del nostre sistema. La implicació dels professionals és, a més, bàsica i, per això, s'ha definit la microgestió com una part fonamental de gestió directa dels malalts feta pels professionals i s'ha potenciat i es potenciarà en la gestió clínica, fins i tot amb fórmules d'autogestió.

Però no tot està fet (en sanitat gairebé és un tòpic) i, per tant, executarem tot un seguit d'ac-

cions ja planificades, com són les remodelacions dels CAP Eixample Centre Històric, aquest últim amb una capacitat per a 25.000 habitants i, a més a més, consolidarem el setè CAP (Santa Maria) com un altre punt neuràlgic de la ciutat on la instauració de la lliure elecció de metge i centre constituirà una eina cabdal en la redistribució d'aquells barris de la ciutat amb un creixement més gran en els darrers anys. A més del trasllat definitiu al nou CAP de Ronda.

Nosaltres apostem per l'especialització dels CAP II i per l'ampliació d'aquesta oferta i la millora de la seva capacitat diagnòstica, i volem evitar, sobretot, desplaçaments a la ciutadania i potenciar expressament les alternatives a l'hospitalització convencional i les unitats de diagnòstic i tractament ràpid.

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova és el vaixell insígnia de la regió sanitària. Consolidarem el seu paper com a veritable centre de referència amb un major grau de resolució, amb la remodelació de les seves urgències, amb la culminació de la Unitat de Suport a Urgències i l'oferta d'hospitalització i amb els avenços tecnològics ja planificats com són la Unitat d'Angiografia i, sobretot, l'accelerador linial, entre d'altres.

Hi ha altres accions relacionades amb els sistemes d'informació (maquinària, programes o comunicacions), com les estacions clíniques de treball per a l'atenció primària, que es distribueixen als CAP i consultoris locals, les connexions per telemedicina dins dels hospitals o, per exemple, pel suport cardiològic transtелефònic i per Internet per als metges d'atenció primària del Pallars Sobirà i que s'ampliarà a altres zones.

En definitiva, des de CiU apostem per una xarxa sanitària integral i integrada, on la participació de tots els agents sanitaris i socials esdevingui una veritable relació continuada, molt a prop dels ciutadans i on l'equitat, l'accessibilitat i la modernitat en tots els seus vessants representin el nucli central del sistema.

Sectorial de Sanitat de CiU a Lleida

Sanitat pública: planificació i gestió de la planificació

ICV va dipositar una enorme confiança en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) en la mesura que representava un model que considerava el subjecte de manera integral, com també era integral el concepte mateix de l'assistència previst en la llei. A més a més, la LOSC podia unificar les condicions laborals dels treballadors de la sanitat. I, finalment, suposava la construcció d'un model democràtic, participatiu, de la sanitat entesa com a servei de prevenció i d'assistència per a tota la població.

Per dissort, aquests objectius no han estat, ni de molt, assolits en la mesura que era previsible i desitjable.

Sempre a mig camí de tot, el Govern català ha cedit a les pressions corporatives, a la seva pròpia naturalesa partidista i a l'emergència de tapar buits tot considerant el servei sanitari més una assegurança universal de clients catalans que no pas un dret fonamental d'arrel democràtica i de branques igualment participatives.

El que més ens dol, avui per avui, del sistema sanitari –i, doncs, de la seva planificació– és la inexistència de criteris i esforços governamentals per a una ordenació sanitària que entengui la persona com un tot sobre el qual cal operar de manera preventiva i curativa com a unitat, i no pas com a parts segregades en objectes de disciplina mèdica: l'ésser humà no és una suma de demandes de serveis, sinó un subjecte únic del servei sanitari.

- CiU aposta per especialitzar els CAP i millorar-ne la capacitat diagnòstica
- La coalició vol culminar la Unitat de Suport a Urgències de l'Arnau de Vilanova

Potser arran d'aquesta percepció equívoca de l'Administració catalana, la farmàcia també s'ha vist segregada de l'atenció *global* i *holística* de l'acció sanitària. S'ha fragmentat absurdament la compravenda de productes farmacèutics i no s'ha operat amb suficiència en el control d'aquests productes farmacèutics, però tampoc en els d'ortopèdia i en altres suports per a l'autonomia personal. Una part de la despesa excessiva de la farmàcia catalana té l'origen en això que deixem dit, segons el nostre criteri. On ha quedat la integració prevista en la LOSC dels sistemes de l'ICS, el SCS i els centres de salut concertats?

Caràcter social i holístic de la sanitat

Per ICV, repensar el model sanitari implica concebre'l amb ple caràcter social. Això implica que no hi ha d'haver una divisió estanca entre la salut i la manca de salut.

La planificació sanitària ha de començar per la previsió, l'educació per la salut i la promoció de les pràctiques vitals saludables, i ha de seguir per la territorialització de l'assistència mèdica, de manera que sigui igual en oportunitats a tot arreu. Tant la previsió com l'assistència han de donar una resposta qualitativa a les diferències que marca la naturalesa diversa de les condicions territorials, de les condicions econòmiques dels individus, de la seva cultura, etc. La sanitat no és estranya, sinó tot el contrari, a la sociologia dels seus subjectes.

Planificació per l'equitat

Així doncs, una correcta planificació sociosanitària ha d'entendre els serveis de salut centrats en la persona (per damunt de les consideracions de costos pressupostaris o de competències empresarials), ha de concebre la persona com una totalitat en l'actuació, ha de regir-se pel principi de l'equitat i, finalment, ha de respondre a les condicions socials de la col·lectivitat.

Des de l'equitat (i de la universalitat de la prestació del servei sanitari), cal considerar les necessitats d'equipaments i actuacions sanitàries, que han de ser tan completes i pròximes als usuaris com sigui possible. No és accep-

El Govern català ha cedit a les pressions corporativistes, segons IC-V

IC-V proposa una agència de protecció de la salut

table que en centres hospitalaris que atenen —és el cas de Lleida— un nombre ingent de persones no hi hagi determinats serveis. El cas d'una unitat de coronàries, ens sembla el més palmari exemple de ruptura d'aquesta equitat. De manera semblant, s'esdevé que en comarques allunyades de la capital, els centres d'assistència primària no ofereixen atencions que són, avui, certament primàries. O que per a poblacions d'accensos difícils no hi hagi un transport sanitari eficient, prou ràpid i segur com per garantir l'equitat sanitària.

Salut pública: democràtica i participativa

Per a una planificació correcta, propugnem la creació d'una agència de protecció de la salut que depengui del departament de Sanitat i ordeni i coordini els professionals de les diverses administracions a fi d'establir criteris d'actuació homogenis i al més globals possible. Igualment, és necessària una xarxa única d'informació sanitària per a la vigilància epidemiològica, per a la promoció i la protecció de la salut i per al coneixement global de la població del territori (amb necessitats ben diverses, altrament), molt especialment els segments de més risc: ancians, dones, criatures, immigrants... Per això, és imprescindible la gestió integrada dels ens locals amb els departaments del Govern que tenen actuacions en matèria de promoció de la salut i d'actuació en l'assistència sanitària.

De la mateixa manera, és una proposta nostra la creació d'una agència de seguretat alimentària, prou manifestament necessària després de les crisis produïdes en

el món del sector agroalimentari i de la pesca.

Aquesta agència hauria de comptar amb la participació de les administracions locals i també de les associacions de consumidors.

Un model assistencial de mesura humana

Convé, amb urgència, completar la reforma de l'atenció primària. Molt especialment la relació entre metge i ciutadà (el temps de les visites, informatització d'historials i transmissió segura de dades entre agents sanitaris, etc.). És necessari, igualment, incorporar les funcions de treball social, rehabilitació i fisioteràpies a l'atenció primària, encara que sigui bastint xarxes integrades de base local.

És urgent, també, la creació d'una xarxa sociosanitària pública de règim ambulatori i domiciliari i en règim d'ingrés. En aquest camp, la universalització progressiva de la teleassistència sembla una prioritat que la tecnologia permet amb suficiència i la salut pública ha d'admetre com a responsabilitat social.

Els farmacèutics han d'esdevenir agents sanitaris, tot integrant-se als serveis primaris de salut. I cal confiar en la potencialitat de les medicines alternatives —les regulades oficialment— com a opcions terapèutiques que cal considerar en la pràctica sanitària pública.

Una organització i una gestió eficients

Sense apartar-nos d'allò que preveu la LOSC, entenem que la integració de tots els agents que presten assistència hospitalària, primària i especialitzada, conjun-

tament amb el CSSP, és possible sobre la base de l'increment de les regions sanitàries del SCS a unitats que atenguin entre els 200.000 i 500.000 habitants. En cada regió sanitària hi ha d'haver un únic òrgan de gestió, amb capacitat jurídica i econòmica pròpies, al qual se sotmetrien l'ICS i les altres institucions de la Generalitat. I encara convindria que l'òrgan de gestió pogués convidar els centres concertats d'utilitat pública a integrar-s'hi.

Cada regió sanitària ha de dotar-se de sectors de salut i d'unitats productives, d'acord amb els criteris d'integració assistencial, descentralització i guany de sinergies possibles.

Cal assegurar la participació dels ens locals en els òrgans de gestió de les regions sanitàries, els sectors i els centres de salut. I en aquells casos en què els centres prestin serveis de salut pública i assistència primària, s'hi ha de garantir una majoria representativa del/s municipi/s.

D'acord amb aquest model, el SCS ha de tenir un servei central, amb funcions de planificació, assignació pressupostària diversificada, promoció de protocols i planificació econòmicolaboral dels treballadors/es del servei.

Conclusions

Les necessitats sanitàries d'una població (també la de 350.000 habitants) han de ser imprescindiblement planificades i poden, efectivament, planificar-se. Per fer-ho amb els criteris de la integració dels serveis, l'equitat de les prestacions i l'eficiència de la gestió cal garantir aspectes crucials:

1. No considerar per damunt del servei necessari el criteri econòmicista.
2. Assegurar una xarxa pública de serveis integrats, suficients d'acord amb les necessitats dels segments poblacionals i adequats a les condicions socials i geogràfiques del territori.
3. Potenciar l'educació per a la salut i l'acció preventiva de manera transversal i territorialment completa.
4. Equipar el territori amb els serveis que li assegurin la mateixa igualtat de condicions sanitàries que els altres territoris.
5. Endegar la reforma del servei de salut per aconseguir:
 - 5.1 Una assistència primària qualitativament millor, amb més

temps d'assistència i amb més transferència d'informació.

5.2 Una assistència primària i ambulatoria que integri les accions sanitàries i els serveis de proximitat i millora.

5.3 Una consideració integral i cooperativa dels serveis personals i dels serveis sanitaris.

5.4 Una descentralització de l'acció sanitària que doni resposta eficaç, coordinada i autònoma a les necessitats objectives dels nuclis de població.

5.5 Una participació suficient de la comunitat sanitària en la gestió del servei i la participació dels ens locals en la presa de decisions sobre la planificació i la gestió de les regions sanitàries i els centres, molt especialment en aquells en què predominen l'assistència primària i els aspectes de salut pública.

5.6 La creació d'un servei central, capaç de planificar segons la informació, gestionar segons l'autonomia dels ens descentralitzats i de promocionar el treball i la recerca del personal sanitari.

5.7 La integració dels centres concertats a la xarxa pública i/o la inclusió en la gestió sanitària de la regió de salut en què són.

Sectorial de Salut
ICV

Garantir l'equitat i la cohesió social

Les necessitats d'una població de 350.000 habitants no només es poden planificar, sinó que s'han de planificar. Tècnicament, s'han de tenir en compte: l'estructura

- El PSC defensa una nova sectorialització de la ciutat de Lleida
- També proposa reordenar l'atenció a les urgències i l'atenció continuada

poblacional, la distribució territorial, les infraestructures sanitàries existents, la morbiditat, els factors mediambientals, culturals, laborals i econòmics, i les vies de comunicació del territori, entre altres.

Des del punt de vista ideològic i polític, els socialistes defensem que la salut és l'element de la vida més preuat pels ciutadans i, per tant, cal garantir-lo com un dret i un instrument bàsic de cohesió social i de solidaritat entre generacions i classes socials. Per això, la llei general de sanitat, proposada i aprovada per un govern i un parlament de majoria socialista, consagra el model sanitari sobre la base d'un sistema nacional i universal de salut, finançat mitjançant els impostos, respectuós amb les autonomies, integral en l'assistència i de gestió pública del finançament.

Creiem que tota planificació del sistema sanitari ha de garantir l'equitat, però també ha d'integrar l'assistència sanitària en la salut pública (promoció de la salut, prevenció de la malaltia, protecció de la salut laboral i de la salut mediambiental) i els serveis socials d'atenció a la dependència.

Terres de Ponent

La situació actual a les Terres de Ponent no respon, evidentment, als principis exposats fins ara. Així, en altres zones del territori català cada 25-50 quilòmetres hi ha un centre hospitalari lligat als centres d'atenció primària. Només cal que ubiqueu els centres hospitalaris en un mapa de Catalunya des de Barcelona fins a Girona-Palamós o des de Barcelona fins a Tarragona-Tortosa.

En canvi, a les nostres comarques, si exceptuem Vielha, Tremp

o la Seu i Lleida, no tenim cap altre centre o llit on puguem guarir-nos de les malalties. Això es una mostra d'una planificació incorrecta, d'una planificació que ignora el principi de l'equitat. És més, Catalunya ha perdut la iniciativa i el lideratge per orientar el sistema sanitari, malgrat els projectes desenvolupats en els darrers 20 anys.

Compromís amb els ciutadans

El PSC ofereix el seu compromís públic als ciutadans de les comarques de Lleida, el Pirineu i la resta de Catalunya de planificar amb l'objectiu de mantenir la seva salut i autonomia i de procurar la recuperació en cas de malaltia. I ho vol fer estructurant un nou sistema sanitari integral, equitatiu, d'alta qualitat, transparent i capaç de generar confiança a la població i als professionals de les Ciències de la Salut.

Els socialistes, tot i reconèixer que en aquests últims 20 anys s'han fet coses en sanitat, només faltaria, tenim la percepció que com en altres coses Catalunya ha perdut la iniciativa i el lideratge per orientar el seu sistema sanitari.

Propostes concretes

Per tant, d'acord amb el compromís esmentat, el PSC proposa:

- Un sistema català de salut que integri la salut pública, l'assistència sanitària i els serveis socials.
- Un sistema desburocratitzat, que aprofiti les sinergies de l'Administració local i potencii a través seu la participació dels ciutadans i dels professionals.
- Un model sanitari descentralitzat, en què participin tots els agents sanitaris i socials sota una fórmula de consorci de base territorial, i els centres d'assistència primària es converteixin en centres de salut i siguin el punt de referència del ciutadà i el sistema.
- Enfortir la percepció del ciutadà com a propietari i accionista del sistema de salut i alhora consumidor i usuari. Això implica garantir la lliure elecció de professional i de centre i el dret a la segona opinió en malalties de pronòstic greu, a través del corresponent metge de capçalera.
- Aconseguir el temps suficient de visita a l'atenció primària –mínim de 10 minuts– per garantir la qualitat assistencial i revisar la

dotació de professionals o la redistribució dels usuaris en els actuals centres per tal d'evitar una demora exagerada.

Accions a Lleida

- Una nova sectorialització de la ciutat de Lleida, que tingui en compte les noves zones d'expansió urbanística i el creixement de la ciutat, així com les futures connexions urbanes. Caldrà dividir el macrocentre de Balàfia-Secà-Pardinyes. Assumir que, des de la inauguració, el centre de Cappont és petit, i que cal trobar una solució definitiva per als de Ronda, així com dignificar el de l'Eixample i oferir una infraestructura al Centre Històric.
- Reordenar l'atenció a les urgències i l'atenció continuada. No volem un centre coordinador ubicat fora del territori lleidatà, que activa els recursos sense conèixer la nostra geografia ni els operatius existents. Per això, cal copiar altres comunitats i dotar-nos de serveis d'urgències i emergències les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any a fi de garantir una atenció de qualitat ràpida i específica.
- Dotar el Servei d'Urgències de l'Arnau de més personal i recursos. Coordinar-se amb els hospitals comarcals i amb els centres de triatge de nova construcció a Balaguer, Mollerussa i Tàrraga i amb els centres de salut que en depenguin.
- Augmentar en 100 el nombre de llits hospitalaris d'aguts, ja que els actuals són insuficients, i redissenyar l'oferta de llits de malalts crítics per poder-los tractar adientment.
- En definitiva, el PSC, per a una població de 350.000 habitants com la de les comarques de Lleida i el Pirineu proposa:
 - Enfront del concepte d'assegurança pública, un sistema universal; davant del concepte d'assegurats o usuaris proposem el de ciutadans.
 - Enfront d'un sistema intervencionista, propugnem una coresponsabilització i confiança entre els diferents actors.
 - Enfront d'un sistema competitiu, volem cooperar i consorciar territorialment els centres públics i establir col·laboracions amb els privats.
 - Davant d'un sistema clientelar, proposem un model transparent i uns instruments objectius

al servei d'unes polítiques de salut ben definides, explícites i prioritzades.

Executiva del PSC de Lleida

Cal dotar les àrees bàsiques de més mitjans professionals i materials

El model sanitari català es caracteritza per la diversitat de proveïdors i de fórmules de gestió, ja que incorpora hospitals privats i fundacions amb participació de la societat civil en la gestió dels recursos assistencials que integren la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP). El Departament de Sanitat, a través del Servei Català de la Salut, concerta mitjançant un contracte la compra de serveis sanitaris segons les necessitats de la població i els objectius del pla de salut a aquests hospitals, amb unes condicions que suposen una despesa financera per als proveïdors, perquè sempre es produeix endarreriments en els pagaments i es paguen uns preus per unitat inferiors al cost real.

Tot i això, el principal proveïdor del sistema és l'Institut Català de la Salut (ICS), que cal transformar en un doble sentit: per una banda, adscriure l'ICS al Servei Català de la Salut amb l'objectiu d'evitar duplicitats en l'estructura sanitària i, per una altra banda, cal transformar la personalitat jurídica i de gestió burocràtica i centralitzada de l'ICS en una empresa pública amb l'objectiu de corregir la rigidesa d'un model més orientat a resoldre els seus propis problemes que a prestar un bon servei sanitari.

Per això, la introducció de gestió empresarial el dotaria d'una estructura més àgil, competitiva, capaç d'adaptar-se a les noves realitats i necessitats dels ciutadans, milloraria la qualitat dels serveis i guanyaria en simplificació, racionalització, eficiència i eficàcia.

Concerts sanitaris

Els concerts sanitaris amb els

El PP està a favor de millorar els incentius fiscals de les assegurances mèdiques privades

hospitals són un contracte de compra de serveis entre el Servei Català de la Salut i l'hospital o proveïdor, i cal procurar que sigui tan senzill, concret i sintètic com sigui possible, ha de ser coherent amb el pla de serveis i just per al centre i els seus clients amb terminis de pagament assumibles que no han d'afegir un cost financer als proveïdors.

- Problemes:
- Endarreriment en la signatura de contractes.
 - Endarreriment en la publicació de tarifes.
 - Endarreriment en el pagament de les regulacions.

La capacitat resolutiva dels serveis d'atenció primària

A Catalunya, queda pendent acabar d'implantar la reforma de l'atenció primària que havia de concloure a finals de l'any 2002. Tot i això, l'execució del pla de desenvolupament i implantació a tot el territori, sobretot a l'àrea metropolitana de Barcelona, està mol endarrerida i és difícil que s'acompleixi el calendari previst.

La capacitat resolutiva dels centres d'atenció primària és limitada i no mereix la confiança dels ciutadans, ja que davant de qualsevol malaltia es dirigeixen als hospitals. Considerem que cal dotar les àrees bàsiques de més mitjans professionals i materials per poder alleujar els hospitals d'aquells processos que puguin ser solucionats en el primer nivell assistencial.

Cal establir criteris per potenciar la capacitat resolutiva de l'atenció primària i valorar la conveniència d'incrementar l'accés en un ampli catàleg de més proves diagnòstiques, amb dotacions tecnològiques necessàries per poder-les portar a terme.

Temps mínims de visita

Hi ha queixes generalitzades, tant de pacients com de metges dels programes. Les visites tenen una durada d'entre 3 i 5 minuts de mitjana i no es poden atendre els pacients com es mereixen.

Prestacions en l'atenció hospitalària especialitzada i coordinació entre diferents àmbits assistencials

Cal establir criteris per avançar cap a un sistema sanitari integrat per garantir la continuïtat del procés assistencial i millorar la coordinació entre els diferents nivells assistencials, des de l'atenció primària i hospitalària fins a la sociosanitària.

Aquesta mesura requereix flexibilitzar els esquemes organitzatius per adequar-se a les necessitats de la demanda i millorar la gestió de les llistes d'espera, l'atenció d'urgències, els dispositius d'atenció continuada amb l'objectiu de millorar la qualitat de les prestacions sanitàries, etc.

Adoptar mesures per potenciar les alternatives a l'hospitalització clàssica, com ara la cirurgia major ambulatoria, la cirurgia menor ambulatoria, l'atenció domiciliària amb mesures de suport especialitzat per a malalts crònics i desenvolupar el programa de cures pal·liatives.

Plans de serveis d'urgències per evitar la saturació dels hospitals, especialment en temporada de grip, ja que en aquestes temporades la mitjana d'espera és d'3 i 8 hores.

Prestacions sociosanitàries

A Catalunya gaudim des de l'any 1985 del programa sociosanitari Vida als Anys, que compta amb dispositius d'atenció a malalts crònics dependents i a malalties de persones grans. Aquest programa no ha estat ben gestionat en la seva aplicació i s'ha contra-

posat al sistema sanitari en lloc d'integrar-s'hi.

Cal establir els criteris per diferenciar les prestacions sanitàries de les assistencials que són de caràcter social i definir noves vies de finançament de la dependència.

Els concerts sociosanitaris són precaris, igual que la resta dels concerts sanitaris.

Evidentment, aquest programa no és suficient per donar resposta a la demanda actual. Cal incrementar el nombre de places i millorar la coordinació amb els centres hospitalaris.

Professionals

A Catalunya hi ha greus problemes als centres sanitaris, ocasionats majoritàriament pel malestar dels professionals que no tenen clara la seva carrera professional, les diferents classificacions, els salaris, etc.

Cal definir criteris per implantar progressives reformes organitzatives i retributives dels facultatius dirigides a recuperar el paper fonamental que els correspon, per incrementar la seva participació en la direcció de les organitzacions sanitàries amb la finalitat d'augmentar el rendiment i l'eficiència dels centres.

També s'ha de millorar el seu règim de dedicació i promoure incentius a l'activitat i a la formació continuada segons els objectius de cada organització.

Centres privats

Catalunya té centres privats de rellevància internacional en totes les especialitats. És un col·lectiu que atrau grans inversions, especialment de multinacionals que demanen un marc que en potencii el creixement.

Cada cop hi ha un percentatge més alt de catalans que opten per una assegurança mèdica privada, que nodreix aquest sector, però alhora sol·liciten millorar els incentius fiscals de l'assegurança privada i millorar també les condicions econòmiques a les quals estan subjectes moltes d'aquestes clíniques per part de les assegurances.

Per una altra banda, cal incrementar la col·laboració entre la sanitat pública i la sanitat privada per tal d'optimitzar tots els dispositius sanitaris a Catalunya.

Comissió d'Estudis

Del dret a la intimitat i del secret professional

Dr. Joan Viñas Salas

El dret a la intimitat i a l'honor és constitucional i està garantit per la legislació ordinària, la qual ha anat enduint-se en els darrers anys, especialment per la facilitat que dades informatitzades puguin ser consultades a distància i sense coneixement del ciutadà i que certes dades obtingudes per un determinat fi conegut per ell siguin després utilitzades per altres finalitats que fins i tot el poden lesionar (Llei orgànica 2000 de protecció de dades).

Des del Codi d'Hipòcrates que el metge guarda la confidencialitat sobre el que coneix dels malalts, sigui perquè aquest li ha comunicat, sigui pel que fa als seus coneixements científics. El codi català reafirma la necessitat de preservar el secret professional i la intimitat del malalt i afina en alguns aspectes més nous com els de l'ús de la informàtica en medicina.

El metge no pot revelar el secret ni

tampoc permetre que altres persones estiguin presents en l'acte mèdic sense autorització del malalt, a excepció d'una raó justificada. Tampoc en les publicacions mèdiques ni en docència o recerca no ha de ser reconegut el malalt sense la seva autorització.

Revelar el secret

Al tractar-se el dret al secret professional d'un dret del malalt per a un bé major, la confiança metge-malalt per a la millora de la salut, el metge es pot veure obligat a revelar el secret quan la llei ho exigeixi (per exemple, naixements i defuncions) o, seguint amb un to de cert paternalisme benivolent, quan el silenci o la revelació suposi un perjudici o un benefici gran per al malalt o per a terceres persones (malalties professionals, infeccioses,

càrrecs públics, actuacions de pèrit, etc.). També quan el metge es vegi injustament perjudicat pel malalt.

La mort no eximeix del secret, perquè l'honor de la persona no acaba amb la seva mort, i, per tant, s'ha de continuar preservant el secret. També el metge ha d'exigir a l'equip sanitari que guardi el secret.

En relació amb la informatització de les dades mèdiques del pacient, el codi deontològic de Catalunya insisteix en el fet que les dades mèdiques han d'estar sota el control últim d'un metge i que no s'han de poder creuar amb altres bancs de dades sense haver-les desidentificat. El malalt ha de saber les dades seves que queden informatitzades per poder modificar-les, si fóra el cas.

Acaba el capítol amb dos articles, el 39 aconsella el metge que ni davant el jutge perdem la nostra responsabilitat vers el malalt, i si aquest ens demana informació mèdica hem de fer-li saber la nostra vinculació al secret professional i actuar en consciència.

L'article 40 tracta de l'obligació del Col·legi Oficial de Metges de preservar l'honor dels col·legiats i col·legiades que hagin estat sancionats deontològicament, i solament en situacions excepcionals i previ pas per la Comissió de Deontologia es podran fer públiques les dades.

CODI DEONTOLÒGIC

Capítol IV. Del dret a la intimitat i del secret professional

28. El metge té el deure de respectar el dret de tota persona a la intimitat amb el benentès que els límits d'aquesta només pot fixar-los l'interessat. Per tant, el metge, tret de l'express consentiment del pacient o per desig d'aquest, no ha de permetre que persones estranyes a l'acte mèdic el presenciïn, sense una raó considerada justificada.

29. El metge no ha de permetre l'exhibició d'actes mèdics que hagin estat fotografiats o filmats, fora del cas que es consideri convenient per a finalitats educatives o de divulgació científica. Però si amb la presentació d'aquests documents, o de la història mèdica, es pot identificar el pacient, caldrà ineludiblement la prèvia autorització explícita d'aquest darrer. Malgrat l'existència d'aquesta autorització, el metge evitarà al màxim que es pugui identificar la persona.

30. El metge té el deure de guardar secret tot allò que el pacient li hagi confiat, el que hagi vist, hagi deduït i tota la documentació produïda en el seu exercici professional, i procurarà ésser tan discret que ni directament ni indirectament res no pugui ésser descobert.

31. El metge podrà revelar el secret amb discreció, exclusivament a qui hagi de fer-ho i en els justos límits necessaris, en els següents casos i

en cap més:

a. Quan de la revelació se'n presumeixi un molt probable bé per al pacient.

b. Quan certifiqui un naixement.

c. Quan certifiqui una defunció.

d. Si amb el silenci es presumís un molt probable perjudici per al pacient, per a altres persones o un perill col·lectiu (declaració de malalties contagioses, certes malalties mentals, estat de salut de les persones al càrrec de la *res publica*, etc.).

e. Quan es tracti de malalties professionals, accidents del treball, o altres sinistres, si amb la declaració es pressuposa que se n'evitaran de semblants.

f. Quan actuï com a pèrit inspector, metge forense, jutge instructor o similar.

g. En ocasió de maltractaments a infants, vells, discapacitats psíquics o actes de violació (en aquest cas amb l'aquiescència de la víctima).

h. Quan el metge es vegi injustament perjudicat per causa del manteniment del secret d'un pacient, i aquest sigui autor voluntari del perjudici, a condició, però, que de la revelació del fet no en resultin altres de perjudicats.

32. La mort del pacient no eximeix el metge del deure del silenci. No es pot considerar revelació de secret el fet de manifestar que un pacient no ha mort d'una determinada malaltia

sempre que això no signifiqui una revelació indirecta per exclusió.

33. L'autorització del pacient a revelar el secret no obliga el metge a fer-ho. En tot cas, el metge sempre ha de tenir cura de mantenir la confiança social envers la confidencialitat mèdica.

34. El metge té el deure d'exigir als seus col·laboradors, sanitaris i no sanitaris, la més absoluta discreció.

35. Cadascun dels metges que participen en un equip mèdic té el deure de preservar la confidencialitat de les dades del pacient, però en benefici d'aquest i de la bona atenció mèdica, poden, en els justos límits necessaris, compartir el secret.

36. El metge en cap d'un centre o servei sanitari és responsable d'establir els controls necessaris perquè no es vulneri la intimitat i confidencialitat dels pacients que hi són acollits. Així mateix, vetllarà perquè les informacions als mitjans de comunicació siguin adequades i discretes, no sols les pròpies sinó les de les persones que hi treballin. El referit metge en cap té el deure d'informar els seus col·laboradors, sanitaris i no sanitaris, de la importància de la preservació de la intimitat i confidencialitat de les dades del pacient, i de posar els mitjans perquè sigui possible.

37. El metge ha de tenir molta cura quan les dades mèdiques siguin informatitzades, ja que la confidencialitat de les dades del pacient pot ésser violada de manera fàcil i lluny de la relació interpersonal. En aquest cas, especialment, s'han de preservar els drets del pacient:

a. Conèixer i controlar les dades introduïdes a l'ordinador, que han d'ésser solament les pertinents, necessàries i verificables.

b. Modificar o eliminar les inexactes, no demostrables o supèrflues.

c. Les dades no han de sortir mai de l'àmbit sanitari sense el consentiment exprés del pacient, donat després d'una informació clara i entenedora, tret del cas que no es pugui identificar la persona a qui es refereixen.

38. El metge no pot col·laborar en cap banc de dades sanitàries si no té la certesa que està adequadament garantida la preservació de la confidencialitat de la informació que hi és dipositada. Ha de tenir, a més, l'absoluta garantia que el banc no està connectat a cap altre que no tingui com a finalitat exclusiva la preservació de la salut, tret que el pacient hi hagi donat el consentiment.

39. Quan el metge sigui requerit per la justícia per testificar en relació amb un pacient sobre matèries que coneix gràcies a la seva professió, ha de fer saber al jutge que èticament està obligat a guardar el secret professional i demanar-li que l'eximeixi de testificar.

40. El Col·legi de Metges té el deure de preservar secreta la documentació relacionada amb els seus membres quan es tracti de qüestions deontològiques, llevat que expressament acordi la Junta de Govern la seva publicació, prèvia consulta a la Comissió de Deontologia, o aquesta ho recomani.

Concursos Artístics per a Metges

Tercera edició

Poesia | Narrativa breu | Dibuix i pintura | Fotografia

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

El veredictes el farà públic el Jurat Qualificador de cada especialitat, el dia 20 de maig de 2003, a la Sala d'Actes del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

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

Tritó de Plata a les obres guanyadores

Tritó de Bronze a les obres finalistes

Els premis que s'atorguen, *Tritó de Plata* i *Tritó de Bronze*, són obra d'Eusebi Arnaus –escultor– i Lluís Masriera –joier–, grans artistes representatius del Modernisme català.

Llocs de lliurament d'obres i informació
Cada col·legiat podrà lliurar les obres presentades a concurs als Col·legis respectius:

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

Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Sr. Gonzalo Marión
Tel. 973 27 09 76

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

Col·legi Oficial de Metges de Tarragona
Dr. Antonio López Valverde
Tel. 977 23 20 12

<http://webs.comb.es/concursos2003>

Organitza:
Secció Col·legial de Metges Jubilats del COMB

Promou:



CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA

Nutrición en pacientes con enfermedades neurológicas

Actualmente, la patología neurológica es muy frecuente y son numerosos los pacientes que se curan o mejoran de su enfermedad, y con frecuencia se logran supervivencias muy largas. Pero muchos de estos pacientes quedan con secuelas residuales como, por ejemplo, debilidad muscular, parálisis, alteraciones cognoscitivas y del comportamiento, etc. Con gran frecuencia estas secuelas afectan a los músculos de la deglución, lo que se traduce en una dificultad para la deglución o disfagia motora.

Dr. A. Rodríguez Pozo · Profesor Titular de Medicina.
UdL. Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Existen muchas causas de disfagia motora y muchos y variados mecanismos por los cuales se produce la disfagia, como se recoge en la tabla 1.

Aspectos fisiopatológicos de la disfagia motora

Disfagia es una dificultad o incapacidad para tragar alimentos líquidos o sólidos desde la cavidad bucal hasta el estómago. La disfagia motora, también llamada disfagia neuromuscular, se caracteriza por una dificultad para iniciar la deglución o por alteraciones del peristaltismo normal del esófago debido a enfermedades que afectan la musculatura lisa o estriada del esófago. La deglución es un fenómeno muy complejo en el que intervienen de manera coordinada 29 músculos, seis pares craneales y 4 áreas anatómicas. El comienzo de la deglución es voluntario pero su terminación es de tipo reflejo, distinguiéndose 4 fases: Fase oral preparatoria: es voluntaria y comprende la masticación y manejo de los alimentos en la cavidad bucal.

Tabla 1. Causas de disfagia motora

Dificultad para iniciar el reflejo de deglución.	Lesiones bucales Parálisis de la lengua Anestesia orofaríngea	
Trastornos de la musculatura estriada faríngea-esofágica superior.	Por debilidad muscular	Parálisis bulbar: ACV, TCE, Encefalopatía anóxica Poliomielitis ELA Afectación neuromuscular: Miastenia gravis Afectación muscular: Polimiositis, miopatías
	Por alteraciones de la inhibición deglutoria	Parálisis pseudobulbar Enfermedad extrapiramidal Acalasia cricofaríngea
Trastorno de la musculatura lisa esofágica.	Contracciones débiles	Esclerodermia Distrofia miotónica Acalasia
	Alteraciones inhibición deglutoria	Espasmo esofágico difuso Síndrome de pseudobstrucción intestinal neuropática

Tabla 2. Tipos de texturas líquidas y sólidas

Líquidos		Sólidos	
Líquidos de consistencia fina	Agua, zumos, caldos	Alimentos sólidos homogéneos	Plátano, puré de patata
Líquidos de consistencia mediana	Batidos de leche, ponches de leche y huevos	Alimentos con formas particulares	Hamburguesas, galletas, huevos revueltos
Líquidos de consistencia semisólida	Yogur, fruta en puré, natillas	Alimentos multitextura	Espaguetis con carne, guisos de verdura
		Alimentos crujientes	Pan tostado, galletas saladas

Las secuelas de la patología neurológica afectan frecuentemente a los músculos de la deglución

Fase oral: también voluntaria, dura menos de un segundo y empieza con el movimiento de la lengua para mover el bolo alimenticio. Es imprescindible para disparar el relejo faríngeo de la fase posterior. Fase faríngea: involuntaria y en ella intervienen todos los músculos de los esfínteres que protegen la glotis. Dura

menos de un segundo. Fase esofágica: involuntaria y en ella el bolo llega hasta el estómago. Dura entre 8 y 20 segundos. La disfagia puede aparecer por problemas para disparar el reflejo faríngeo, como ocurre en los problemas bucales y orofaríngeos, o puede darse por problemas de la musculatura

estriada de la faringe y el esófago superior, o de las musculatura lisa del esófago torácico y esfínter esofágico (tabla 1).

Problemas nutricionales

La disfagia parece que está aumentando y actualmente se cree que puede afectar a más del 60% de los pacientes que requieren cuidados domiciliarios y entre un 20-40% de pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular, traumatismo craneal y enfermedad de Parkinson. Los problemas de alimentación más comunes que acarrea la disfagia en

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Tabla 3. Alimentos que habitualmente deben descartarse

Líquidos	Agua, jugos de consistencia fina, leche, café y té
Panes y cereales	Galletas saladas, arroz, hijuelas de cereales, pan tostado, pan blanco suave
Lácteos	Queso seco, queso caliente derretido
Huevos	Huevos con muy poca consistencia y ponches de consistencia fina
Carnes y pescados	Carnes picadas secas, carnes en trozos, pescado seco o con espinas
Frutas	Frutas crudas; excepto plátanos; frutas en puré semisólido y piña en trocitos finos
Verduras	Verduras crudas, trozos de verdura y verduras muy fibrosas
Sopas	Sopas de consistencia fina con trocitos o con fideos
Postres	Pasteles y galletas secas, postres con pasas, nueces, semillas pequeñas, caramelos duros y chocolate

Tabla 4. Modificaciones de la consistencia y textura de los alimentos

Productos comerciales que modifican la textura	Productos comerciales con textura modificada
RESOURCE@ AGUA GELIFICADA Bebida saborizada con textura gel, disponible en 5 sabores, 2 de ellos adaptados para diabéticos. Útil para administrar medicamentos y para hidratación en casos de disfagia para líquidos finos.	Para comidas y cenas RESOURCE@ PURÉ: tarro listo para consumir. RESOURCE@ PURÉ INSTANT: añadir agua, leche o caldo y remover. RESOURCE@ COMPOTA DE FRUTAS: puré de frutas listo para consumir. VEGENAT@ -3: añadir agua o caldo y llevar a ebullición unos minutos.
RESOURCE@ ESPESANTE Espesante instantáneo para líquidos y purés, sin modificar el sabor de los alimentos, que permite obtener la consistencia deseada: Para 150 ml de líquido (en frío o caliente): Tipo néctar: 1 cucharada sopera Tipo miel: 1,5-2 cucharadas Tipo pudín: 2,5-3 cucharadas	Para desayunos y meriendas: RESOURCE@ CEREALES INSTANT: papilla de cereales a la que se añade agua o leche. Hay de cereales con miel, multifrutas y crema de arroz.

VE DE LA PÁGINA ANTERIOR

pacientes neurológicos son: dificultad para masticar y tragar carnes y alimentos proteicos, baja tolerancia a líquidos muy fluidos, inadecuada ingesta de micronutrientes, alteraciones del estado de conciencia que dificulta la autoalimentación, estreñimiento, deshidratación y desnutrición. Además, pueden darse complicaciones mayores como la neumonía por aspiración e incluso la muerte.

Modificaciones de la dieta

Existen diferentes texturas en los alimentos (tabla 2) que son desigualmente toleradas en los pacientes con disfagia. Las modificaciones de la dieta deben individualizarse según el tipo de disfunción y en función de la capacidad de masticar y deglutir de cada paciente. La dieta ha de ser apetecible y nutricionalmente adecuada para cubrir las necesidades, a pesar de los cambios que se realicen, y podrá variar desde líquida hasta sólida, pasando por texturas blandas y purés.

Existen diferentes tipos y formas de alimentos que son especialmente mal tolerados en pacientes afectados de disfagia motora (tabla 3), por cuya razón deberán, en principio, excluirse de la alimentación habitual de estos pacientes.

Los problemas más comunes en los pacientes neurológicos con disfagia motora suelen ser los siguientes:

Disfagia para líquidos. Los líquidos de consistencia fina son los que necesitan mayor coordinación y control. Estos pacientes deben cubrir sus

♦ **La posición óptima para la ingesta es con los pies apoyados en el suelo y el tronco casi erecto**

necesidades líquidas con alimentos sólidos o semisólidos. Otra opción es añadir espesantes comerciales (tabla 4).

Bibliografía

Mahan & Scott-Stump. *Nutrición y dietoterapi de Krause*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, 1998, pág. 887-913.

Scott A, Henghan A. *A review of dysphagia in four cases of motor neuron disease*. Palliative Med 1997; 7: 41-47.

Schmitz J. "Dysphagia" A: *Nutrition Management in Rehabilitation*. Cines DJ ed. Aspen Publishers Maryland 1990, pag. 141-158.

León M. Celaya S. *Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria*. Novartis Consumer Health SA. Barcelona 2001.

Gómez Candela C. De Cos Blanco A. *Nutrición en atención primaria*. Laboratorios Novartis.

Disfagia para sólidos. Los alimentos totalmente sólidos suelen ser también difíciles de deglutir en muchos pacientes. En estos casos, deberán evitarse, favoreciéndose los de consistencia semisólida y los de textura modificada (tabla 4).

Recomendaciones adicionales

- Los alimentos de buen sabor muy calientes y muy fríos estimulan mejor el reflejo de la deglución.
- Las raciones deben de ser pequeñas y frecuentes, si existe fatiga o saciedad precoz.
- Pacientes con deficiencias intelectuales, muy impulsivos o con déficit de memoria reciente deben ser vigilados durante la ingesta.
- La posición óptima para la ingesta es con los pies apoyados en el suelo y el tronco casi erecto.
- El estreñimiento suele ser frecuente. Deberá darse una dieta rica en fibra (legumbres, frutas y verduras) o añadirse suplementos de fibra comercial.
- Mantener buena higiene bucal con antisépticos o agua con bicarbonato.
- Si la alimentación es insuficiente, se pueden añadir suplementos nutricionales líquidos o tipo pudín.
- Evitar la ingesta de bebidas alcohólicas y con gas.

Amb l'assegurança del vostre cotxe no us la jugueu



ESPECIAL PER A METGES

MediMotor

MediMotor és l'assegurança que aporta avantatges importants i inclou les millors cobertures amb preus molt competitiu.

Informe-vos-en trucant al 902 113 667 o al vostre Col·legi.

Assessorament especialitzat

Estudi i orientació sobre la millor cobertura per al vostre vehicle i al millor preu.

Assessorament professional en la interpretació i declaració de sinistres complexos, de manera que els vostres interessos quedin sempre protegits.

Bonificacions excepcionals

Importants bonificacions per bona conducció fins a un 50%.

Protecció de les vostres bonificacions, estudi personalitzat de cada cas.

Les millors garanties

3 primers anys de fabricació 100% del valor de nou (en cas de danys propis). Possibilitat de cobrir el 100% del valor de nou fins al 5è. any.

La millor valoració del vostre vehicle en cas de robatori.

En cas de danys propis s'inclouen els productes per causes atmosfèriques (pluja, neu, gel, calamarsa i pedregada).

Agilitat i avantatges en cas de sinistre

Lliure elecció de taller.

Peritatge en menys de 24 hores.

Cotxe de substitució gratuït en reparacions derivades d'un sinistre de més de 15h reals de taller (Tot risc i Tot risc amb franquícia).

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA
COML

MEDICORASSE
CORREDORIA D'ASSEGURANCES
del Col·legi Oficial de Metges

Amb la col·laboració de:
ZURICH



La recerca a les facultats de Medicina

Amb motiu de la celebració de 25è aniversari de la Facultat de Medicina, el degà, Joan Prat i Corominas, va impulsar una taula rodona, que es va celebrar el 16 de desembre a l'Aula Magna, per debatre sobre la 'Recerca a les facultats de medicina: realitat i perspectives'. El catedràtic de biologia cel·lular de la Facultat, Josep Esquerda Colell, va moderar l'acte i com a ponents hi van intervenir el catedràtic de medicina, cap del Servei d'Hepatologia de l'Hospital Clínic de

Barcelona i director de l'Institut d'Investigació Biomèdica August Pi i Sunyer, Joan Rodés Teixidor; el director de l'Institut de Neurociències, catedràtic de fisiologia de la Universitat Miguel Hernández d'Elx-Alacant i premi Jaume I, Carlos Belmonte Martínez; i la professora titular de medicina de la Universitat de Lleida i cap del Servei de Nefrologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Elvira Fernández Giráldez.

Dr. Manuel Camps i Surroca

quals es troben molt endarrerides en aquesta cursa de progrés.

Veient aquest desfasament entre ambdós tipus de coneixements, la facultat ha volgut invitar els doctors Rodés i Belmonte, amb gran experiència en el món de la recerca clínica i bàsica, respectivament. Ho ha fet amb la finalitat de demanar-los consell, ja que el camí estrenat ara per nosaltres

amb condicions adverses, ells l'iniciaren fa bastants anys a les seves facultats, amb les mateixes dificultats i entrebancs, malgrat els quals n'han sortit victoriosos.

Dra. Elvira Fernández

La taula rodona va començar amb l'exposició de la Dra. Elvira Fernández, que va donar el seu parer sobre els problemes de l'activitat investigadora de caràcter clínic –mesurada a través

Taula rodona sobre recerca. Fotografia:

del factor d'impacte dels treballs de recerca produïts i el nombre de projectes d'investigació finançats— a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Seguirem el discurs amb el mateix caràcter esquemàtic amb què va ser exposat per l'autora, amb la intenció de no desvirtuar-lo atès el seu fort interès local. La doctora Fernández va dir que aquesta activitat es troba molt mal situada si es compara amb la dels hospitals Joan XXIII de Tarragona i Josep Trueta de Girona, que tenen la mateixa categoria. Les causes d'aquesta diferència obeeixen, sobretot, a la desigual voluntat política sanitària i de recursos econòmics emprats, però també a la manca d'interès dels sanitaris que hi treballen.

Quant a les responsabilitats polítiques, la ponent n'assenyalà i analitzà unes quantes: 1) L'elevada pressió assistencial, que no deixa temps als metges per investigar. Aquest fenomen és més acusat a Lleida que a Tarragona i Girona, si tenim en compte que el nombre d'altres mèdiques per facultatiu és superior a l'Arnau de Vilanova. 2) La pobra innovació tecnològica del nostre hospital en comparació dels altres, sense la qual no es pot investigar. 3) L'absència de l'estructura pròpia de la investigació. L'Arnau de Vilanova disposa d'un espai de 12 metres quadrats de superfície amb relació als 196 del Joan XXIII i els 920 del Josep Trueta.

Respecte a la responsabilitat directa dels metges, va comentar els dos següents aspectes: 1) La debilitat econòmica de la Fundació Roc Pifarré, perquè els facultatius no la utilitzen i no hi fan passar els diners de la indústria. Tampoc la seva Junta Directiva s'ha dedicat a captar diners de la indústria. 2) La manca d'integració amb ciències mèdiques bàsiques, a causa de l'absència d'espais comuns com pot ser un laboratori d'investigació. També la carència de voluntat per part dels bàsics en veure la desídia investigadora dels clínics. Tampoc hi ha una integració entre les especialitats, els serveis i els departaments. Cadascú va pel seu compte i, en no comunicar-se, disminueix la massa crítica.

La Dra. Fernández acabà la ponència amb la proposta de les mesures que creu que s'han d'implantar per possibilitar l'activitat investigadora, tan deficitària, segons ella, a l'Hospital Arnau de Vilanova. Proposà les següents: 1)

dels comitès d'ètica i científic de l'hospital.

4) El laboratori d'investigació ha de tenir l'estructura d'un laboratori comú amb espais monogràfics guanyats a pols, és a dir, en funció de la producció científica desenvolupada per cadascun. També hi ha d'haver un cap de laboratori amb trajectòria investigadora en ciències mèdiques bàsiques perquè té l'hàbit inherent a la seva formació d'origen i evolució professional.

5) Cal enfortir la Fundació Roc Pifarré amb projectes d'investigació finançats, amb assaigs clínics, amb ajudes de la indústria i també amb la implicació de la societat civil, molt poc involucrada a Lleida.

6) S'ha de modificar la contractació de personal i no solament en el camp de la investigació, sinó en els de la docència i l'assistència. Cal contractar personal competitiu mitjançant ofertes de places vinculades a àrees deficitàries i fugir de la trajectòria de la plaça

◆ **L'elevada pressió assistencial no deixa temps als metges per investigar especialment a Lleida, segons la Dra. Elvira Fernández**

S'han d'aconseguir inversions destinades a la innovació tecnològica que ens equiparin amb els hospitals d'igual categoria.

2) És molt important la creació d'unitats multidisciplinàries que arrossequin la investigació. Una bona eina en aquest sentit són les *direccions clíniques* o coordinacions, que han de preveure, al mateix temps, les necessitats assistencials, la producció científica i les possibilitats d'investigació. S'han de trencar barreres entre els serveis i entre els departaments, i s'han d'unir els professionals realment motivats per la investigació i per la qualitat de l'assistència. És necessària també la integració de bàsics i clínics mitjançant la creació de projectes comuns engrescadors; i que es facin en espais comuns, tan necessaris per dur a terme un intercanvi efectiu de coneixements. Finalment, és convenient la contractació d'investigadors bàsics que treballin en el laboratori d'investigació de l'hospital.

3) La direcció de la investigació ha de dependre directament de la direcció de gerència i no de cap servei assistencial. El director d'investigació ha de responsabilitzar-se del laboratori d'investigació, ha d'engegar un pla de recerca coherent i ha de gestionar un pressupost diferenciat per a la investigació, amb independència del destinat a l'assistència. Tot això, naturalment, amb l'assessorament de la Junta Directiva de la Fundació Roc Pifarré i

interina donada a dit i que després es converteix, *per decret*, en plaça fixa. Aquest costum fa que no es convoquin les places en concurs lliure i, per tant, estiguin mancades de competitivitat.

Finalment, la ponent va advertir que hi ha un laboratori d'investigació en construcció que no es vol que estigui buit i que s'ha d'omplir de contingut. La Dra. Fernández va fer referència, sense identificar-lo, a un director d'investigació amb trajectòria investigadora que té molt clar en aquests moments quins són els objectius de la recerca a l'hospital. Per altra banda, hi ha en projecte noves fórmules de col·laboració amb ciències mèdiques bàsiques, com poden ser la contractació d'investigadors d'aquest camp per treballar en el laboratori.

Dr. Carlos Belmonte

El Dr. Belmonte, després de dir que els problemes exposats sobre la investigació a l'Hospital Arnau de Vilanova són un reflex de les dificultats de la investigació biomèdica a Espanya, va parlar de la investigació científica en general, de la investigació científica a Espanya i de la investigació a la universitat espanyola.

La investigació científica en general. La investigació científica ha canviat molt. Ja queda antiquada la clàssica imatge de l'investigador com a perso-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

na exòtica i estranya. Avui en dia aquest personatge ha passat a ser un proveïdor de bé social, motiu pel qual la societat li aboca recursos. Però s'ha instaurat també un fort intervencionisme procedent dels poders públics i de l'empresa privada que volen dirigir i marcar els camins que s'han de seguir. De fet, si són els que paguen és lògic que diguin el producte que volen obtenir.

Però aquesta intromissió fa que s'oblidi que en realitat són la curiositat i la set de coneixements els autèntics motors de la investigació. En aquest sentit, el Dr. Belmonte creu que es podrien aplicar aquelles paraules de Miquel Martí i Pol quan deia que: "Ni els poetes ni la poesia serveixen per res. La poesia no cotitza a borsa. No, la poesia no serveix per res. Solament per sentir el gust per la paraula en un món terriblement mediatitzat, per reafirmar el gust per la lliure reflexió en el món del pensament únic (...)"

Per altra banda, aquests poders econòmics han produït un canvi radical en l'organització de la investigació. Aquesta és molt competitiva, costa molts diners, cada dia hi ha més gent i s'han de fer grans grups competitius dins els quals ha sorgit l'obrer de la investigació, el científic que treballa en aquest camp de la mateixa manera que ho podria fer en un altre. És bo que hi hagi aquesta figura, però es necessiten persones amb més imaginació i amb més ganes de buscar la veritat per damunt de tot i sense condicions.

També l'economia ha començat a podrir una activitat que fins ara era molt amiga de l'ètica. Han nascut els científics estrella, molt amics de sortir a la premsa i de la propaganda fàcil i enganyosa. Comença a haver-hi també la implicació de molts científics en els beneficis econòmics que es deriven de les seves recerques.

Han canviat també les formes de publicació dels treballs. Es volen implantar uns tipus de revistes –fins i tot les de primera fila– on hi ha una directriu encaminada a fabricar una pindola d'informació, a la qual s'intenta donar una gran brillantor a costa de retallar els detalls i els matisos, tan importants en la ciència que fins i tot en moltes ocasions són els que contenen la veritat i la guia per poder continuar i per iniciar nous camins de recerca.

Hi ha també una glorificació dels *index d'impacte*, els quals sovint reflecteixen simplement que el que s'ha fet és elegir una bona revista aprofitant l'habilitat i l'entrenament per elegir-la, do que han adquirit alguns que es mouen en el que Belmonte anomena amb ironia *el col·legi invisible*. La veritat, segons ell, és que els científics espanyols publiquen no gaire malament, però són molt poc citats, la

qual cosa equival a treballs dolents i perduts.

La investigació científica a Espanya. Estem per sota del que ens correspon. El percentatge del producte interior brut que dediquem a la ciència i la tecnologia és baix comparat amb altres països de la Unió Europea, Suècia i els Estats Units. Per igualar-nos a Europa necessitem multiplicar la nostra investigació pública per 1,54 i la privada per 2,54.

El nombre de científics a Espanya segueix essent molt baix i això és molt greu, segons Belmonte. Tenim 3,8 científics per cada 1.000 habitants en comparació de la Unió Europea, que en té 5,3 i els EUA, que en tenen 8,1. També és molt baix el número de nous doctors.

Tampoc la nostra producció científica és alta. Tenim 471 publicacions per milió d'habitants en comparació de la Unió Europea, Suècia i els EUA, que en tenen, respectivament, 613, 1.471 i 708. En un estudi es va veure que també és patètic el nombre de publicacions altament citades, les quals a la Unió Europea representen l'1,20 del total de les publicacions que es fan i a Espanya el 0,80%. A més, pel que fa a les publicacions espanyoles incloses en aquesta relació, de cinc quatre són estudis multicèntrics –no autònoms– duts a terme amb hospitals d'Anglaterra, Alemanya, França, etc.

La investigació en la universitat espanyola. L'organització estructural de les universitats està basada en criteris docents, els departaments s'articulen sobre la base d'assignatures, és a dir, hi ha la necessitat de la docència però no de la investigació. La multidisciplinarietat solament es pot aplicar a través de la figura dels *instituts universitaris*. Belmonte creu que, malgrat això, seguim fent una mala docència i pensa que s'ha de tenir en compte que la investigació és una de les funcions de la universitat i es convertirà, probablement, en l'única manera que tenen algunes universitats de poder sobreviure.

La dotació del professorat es fa amb criteris del nombre d'hores docents segons el nombre d'estudiants, sense tenir en compte les necessitats de tipus investigador. La investigació, malauradament, és quelcom que s'utilitza de forma retòrica en les oposicions, perquè per entrar a la universitat s'ha d'aparentar, almenys, que s'ha fet investigació. Però un cop dins, la investigació deixa de ser un criteri vàlid. Se segueix cobrant el mateix i se segueix essent tractat igual de bé, a vegades encara millor si no es fa investigació i, per tant, no hi ha incentius interns per dur-la a terme. Tampoc l'espai s'adjudica d'acord amb les necessitats d'investigació.

Tampoc hi ha un sistema de contractació de professorat amb caràcter investigador. Tots hem de fer de tot. No s'admet la idea que un professor es dediqui solament a la docència, o que un senyor només sigui investigador.

Per altra part, els programes de tercer cicle són de baixa qualitat. No estan orientats a formar investigadors, sinó simplement a donar un mèrit que és la tesi doctoral i que després s'utilitza amb finalitats molt diverses

La investigació biomèdica, agradi o no a la universitat espanyola, segons Belmonte, és probablement la més excel·lent de totes les que es realitzen. Prova d'això és que s'ha convertit en una preocupació social de primer ordre i s'ha de desenvolupar. La investigació biomèdica no es pot fer separant les ciències mèdiques bàsiques de les clíniques. S'ha de col·laborar i treballar conjuntament. Avui en dia un genètic ha de parlar amb un electrofisiòleg, amb un biòleg molecular i amb un patòleg. L'única estructura possible per fer això a la universitat són els *instituts universitaris*, on es pot integrar personal dels diferents departaments.

El Dr. Belmonte acabà donant unes quantes solucions. S'ha d'augmentar l'esforç financer i és fonamental que es destini a personal. Es necessiten joves que es dediquin a ser investigadors. Però són molt pocs els estudiants de medicina que vulguin seguir aquest camí un cop acabats els estudis, per-

què és una carrera poc atractiva, dura, llarga i mal pagada. S'han de posar més diners, s'ha de formar més personal i s'ha de donar la possibilitat de contractes estables a la gent que s'hi dediqui. És necessari que s'hi impliqui més el sector privat, amb una visió generosa i sense buscar que els resolguin els problemes immediats, perquè una cosa és innovar, una altra investigar i una altra, simplement, resoldre problemes tècnics.

És necessari definir i dissenyar una política d'àmbit estatal i fugir de la idea que cada autonomia tingui de tot. No es pot ser bo en tot en tots els llocs. Això no té sentit aquí ni tampoc a Europa, perquè competim cada vegada més amb una potència tan forta com són els EUA.

S'han de distribuir els recursos de forma estratègica i racional, de manera que es creïn masses crítiques diferents de caràcter topogràfic. No té sentit que cada hospital espanyol faci ressonància magnètica funcional cerebral. S'ha de fer en un o dos llocs, etc.

Dr. Joan Rodés

La intervenció del doctor Rodés, l'experiència del qual en el món de la investigació clínica és coneguda arreu, va ser també molt interessant. Després de recomanar als joves investigadors que lluitin per convèncer els polítics de la necessitat d'invertir més en recerca

◆ **El Dr. Belmonte afirma que calen més diners i personal estable per a la recerca**

◆ **La potència del Consell ha estat nefasta per a la universitat, diu el Dr. Rodés**

en tots els camps, va parlar de la relació dels ministeris amb la investigació biomèdica i de la pràctica clínica i la investigació mèdica.

Els ministeris i la investigació. Els gestors han de saber que la recerca bàsica en biomedicina no és gaire lluny de l'assistència. A Espanya, la investigació biomèdica depèn del Ministeri de Ciència i Tecnologia, sobretot la de

caràcter bàsic, creadora de coneixement. Hi ha una potència tremenda al Consell, la qual ha estat nefasta pel fet d'haver despullat la universitat d'aquest concepte de recerca. Això només passa a França i, sobretot, a Rússia, però no als EUA ni a Anglaterra.

Però, recentment, segons Rodés, això ha canviat una mica perquè el Ministeri de Sanitat i Consum també té responsabilitats en recerca i més protagonisme del que tenia fa uns anys. La sanitat i la recerca clínica depenen d'aquest ministeri, i la sanitat està transferida a totes les comunitats autònomes. És ben veritat que la major part de la recerca clínica es desenvolupa als hospitals del Sistema Nacional de Salut i no a les universitats ni al Consell, bé siguin dependents de la xarxa hospitalària, com l'ICS o l'INSALUD, o bé hospitals públics que no pertanyen a aquestes estructures.

La pràctica clínica i la investigació mèdica. Els premis Nobel en medicina es donen pels descobriments de mecanismes moleculars, però mai per saber com curar, per exemple, la incontinència urinària, tan important des del punt de vista social. Això és així perquè realment el que té més importància és el fet de crear coneixement pel que representa al cap d'un temps la seva aplicabilitat pràctica de caràcter clínic.

No hi ha mecanismes fàcils que permetin transmetre les preguntes importants des de la pràctica mèdica als investigadors bàsics. No hi ha aquesta connexió. No hi ha aquesta translació de la pregunta que es fa el clínic al bàsic. Els clínics tampoc no entenen ni apliquen els coneixements que desenvolupen els bàsics. Hi ha un divorci total i absolut. Aquesta recerca de la translació en ambdós sentits, a criteri de Rodés, és cabdal per al desenvolupament de la biomedicina, sobretot en un país com el nostre on no hi ha aquesta tradició.

La majoria dels metges no són investigadors competents. No tenen coneixements perquè ningú no els ha format; perquè des de la mateixa universitat i des del mateix sistema MIR no s'ha estimulat el seu coneixement científic, i perquè els gestors dels hospitals no tenen en compte els resultats amb relació a la recerca.

Els estudiants de medicina tampoc no saben el que és la medicina basada en l'evidència perquè ningú no els ho ha ensenyat. Però s'ha de ser prudent i no caure en l'esclavitud d'aquesta forma emergent de la medicina. La pràctica clínica també requereix que l'experiència s'incorpori al coneixement.

De la mateixa manera, no s'ha de seguir aquella regla de creure a ulls clucs el que diu "la meua escola". El coneixement és universal i, per tant, no

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Assistents a la taula rodona. Foto: Servei de Reproducció i Imatge de la UdL.

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

hi ha d'haver escoles de medicina en el sentit de: "Com que la meua escola diu això, faig això". No, si faig això és perquè hi ha evidència científica.

Aquest concepte de veritats úniques té molta repercussió, per exemple, en la pràctica forense de la medicina i, en concret, en el món de la responsabilitat mèdica, on sovint ens trobem amb informes contradictoris. Això vol dir que s'hauria de prohibir, si cal fins i tot amb la llei a la mà, el nefast costum de les opinions antagòniques sobre un mateix fet mèdic. La medicina científica actual, per essència, hauria d'admetre solament una solució vàlida o, com a màxim, només unes poques solucions legítimes i semblants, dins uns límits estrets i prudents¹.

Per altra part, menys del 5% dels estudis publicats són considerats vàlids pels clínics o pels que determinen la política sanitària. Vol dir que publiquem molt, però amb molt poca transcendència clínica. De la mateixa manera, només tenim evidència científica en el 10% dels tractaments que fem; els altres els apliquem perquè ens ho diu el laboratori, perquè hi ha la pressió comercial, etc. Quant al diagnòstic i els pronòstics, aquesta forma de procedir encara és superior. Per tant, la feina dels clínics pel que fa a recerca és enorme. Hi ha molt camí a explorar.

Un altre concepte que s'ha de considerar és que el 90% dels diners d'investigació es destinen a malalties que afecten el 10% de la població. Hi ha afeccions amb poca càrrega de malaltia que s'investiguen molt perquè hi ha pressió de la societat, com les de transmissió sexual. En canvi, n'hi ha

Rodés també va parlar, basant-se en estudis fets sobre aquest tema, de la necessitat que tenen els clínics de considerar, estimular i buscar que hi hagi recerca bàsica i de procurar connectar-se amb els bàsics. Ho creu fonamental i és molt enemic dels instituts que solament es dediquen a una sola cosa. En aquest sentit, s'ha d'impulsar la investigació interdisciplinària. La propera convocatòria del Ministeri de Sanitat sobre el Reial decret d'acreditació de l'Institut de Recerca, que encara no ha estat publicada, intenta que hi hagi aproximació entre la universitat, el Consell i els hospitals del Sistema Nacional de Salut.

També va advertir que no hi ha gairebé relació entre els autors individuals, el factor d'impacte de revista i el nombre de cites que reben. En aquest sentit, Rodés creu que una publicació científica clínica és important si ha provocat canvis reals en la pràctica mèdica, si l'autor és copiat perquè les seves idees són acceptades, si és citat i si se'l coneix internacionalment. Aquests són els quatre criteris pels quals qualsevol persona pot ser valorada d'una forma totalment objectiva.

Finalment, Rodés va parlar de la importància de la recerca de la investigació. On estem? Per on hem d'anar? En aquest sentit, va dir que hi ha la necessitat de fer revisions sistemàtiques de la literatura.

Algunes opinions del debat

Un cop acabada l'exposició dels tres ponents, es va encetar un animat debat sobre la necessitat de la investigació biomèdica, en el qual van intervenir, entre altres, els professors Porcel, Rodríguez, Reñé, Herrero, etc.

◆ En el debat va sorgir l'opinió que cal trencar els serveis dels hospitals, perquè no hi ha cosa pitjor que la jerarquia per la jerarquia

d'altres amb una gran càrrega que gairebé no mereixen atenció, com per exemple la bronquitis crònica, perquè es considera que la contrauen els fumadors i com que la societat és molt hipòcrita creu que és un pecat i, per tant, és culpa d'ells.

Això vol dir que no es fa una bona correlació entre les publicacions i la importància de la malaltia des del punt de vista clínic. En aquest sentit, Rodés considera que s'ha d'estructurar la investigació clínica considerant en primer lloc la càrrega de malaltia. En canvi, això no és necessari en la recerca bàsica, on l'investigador ha de sentir-se completament lliure i escollir ell mateix el tema, perquè en realitat crea coneixement.

Deixant de banda aspectes genèrics de la investigació, que també van ser discutits, comentarem solament algunes opinions que a criteri dels ponents es podrien aplicar a Lleida:

- Cal trencar els serveis dels hospitals, perquè no hi ha cosa pitjor que la jerarquia per la jerarquia, sobretot pel fet que no sol ser una jerarquia intel·lectual. S'ha de donar llibertat perquè els investigadors clínics s'associïn amb altres investigadors clínics d'altres especialitats i tecnologies. També s'ha de facilitar la incorporació d'investigadors bàsics. Així es va fer a l'Hospital Clínic de Barcelona fins que es va crear la fundació l'any 1989. Es van haver de trencar les càtedres, i això va costar molt perquè els catedrà-

tics tenien tots els serveis a la seva disposició: cardiologia, digestiu, etc. Cada càtedra disposava d'un petit hospital. La situació avui a Lleida és diferent i més fàcil d'arreglar, però ara els caps de servei també tenen una posició una mica com els catedràtics d'abans i això no és bo.

- Les ciències mèdiques bàsiques actuals a Lleida són més propenses a connectar amb les clíniques del que ho foren fa anys a Barcelona. Hi havia una tendència a pensar que el bàsic estava al servei del clínic i això era fatal. Era gairebé impossible la coordinació entre uns i altres. Avui, a Lleida, hi ha un nucli bàsic potent i reconegut en l'àmbit nacional. El que s'hauria de fer, ja que l'hospital està en inferiors con-

dicions, és estimular els que tinguin voluntat de publicar i, sobretot, aconseguir que els diners destinats als assaigs clínics facin cap a la Fundació Roc Pifarré. Això permetria buscar becaris, crear massa crítica i sembrar.

El fet que Lleida sigui un lloc petit pot afavorir també la coordinació, però ha d'haver-hi espais comuns, com pot ser el laboratori d'investigació. S'ha de posar molt esforç d'entrada, ja que la col·laboració entre clínics i bàsics no obeeix a una voluntat innata, o per decret, sinó que ha de néixer de la unió d'investigadors d'ambdós camps amb la finalitat de dissenyar projectes d'investigació comuns.

Lleida està en la situació ideal per crear un petit institut entre l'hospital i la

universitat. No tothom ha de fer investigació, sinó que s'ha d'escollir la gent amb ganes de fer-la. No és convenient aliar-se amb gent d'altres hospitals de Catalunya, sinó que l'ideal és ajuntar-se els bàsics i els clínics que treballen a Lleida.

L'institut no ha de tenir solament una estructura funcional, sinó també física. En aquest sentit, és fonamental aconseguir un edifici de la universitat per ajuntar-se els investigadors.

També és convenient no donar a l'institut un nom gaire genèric, com pot ser institut de biomedicina, perquè d'aquests n'hi ha molts i no tindria una imatge de marca com pot ser, per exemple, patologia cel·lular, envelliment cel·lular, o el que sigui.

El Dr. Belmonte va aconsellar que, en coordinació amb l'hospital, es faci un edifici d'investigació que sigui el punt de trobada, el laboratori comú on es moguin els científics que vulguin pertànyer a l'institut. La solució a Lleida és engegar un petit institut d'investigació amb un grup de gent il·lusionada i disposada a progressar.

NOTES

(1) CAMPS SURROCA, M. "El peritatge en matèria de responsabilitat sanitària". *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*. Vol. 12, núm. 1, 1998, 27-34.

El COML va regalar un tapís a la facultat

El Col·legi de Metges de Lleida va regalar el 15 de desembre un tapís, obra de l'artista Edith Schaar, a la Facultat de Medicina de la UdL amb motiu de la celebració del 25è aniversari de la recuperació d'aquests estudis. A la fotografia, facilitada pel Servei de Reproducció i Imatge de la UdL, el Dr. Rodamilans, president del COML; el Dr. Prat, degà de la facultat, i la Dra. Ciutat en l'acte de lliurament del tapís.



L'entorn familiar i l'activitat de Martí Castells a l'Ajuntament de Lleida

Ja havíem parlat del Dr. Martí Castells i Melcior (Almenar, 1813 - Barcelona, 1887) en una altra ocasió i vam fer referència, sobretot, a la seva obra escrita. Recordarem que per branca paterna era fill del metge Pere Castells i Sapiens i nét del cirurgià Bernat Castells; i per la materna, era nét del notari d'Almenar Josep Melcior i Gordell.

Drs. Manuel Camps i Surroca i Manuel Camps i Clemente

Quan Martí Castells encara no havia fet els 15 anys, el seu avi Bernat ja era mort, encara que és probable que hagués influït sobre el nét, fet gens estrany en les nostres nissagues mèdiques.

El seus pares, Pere i Maria Francesca, políticament partidaris de Ferran VII, s'esforçaren a instruir els tres fills. Així, si el Martí va ser metge, el Joan l'encaminaren a Balaguer a iniciar els estudis de filosofia pel procediment de *conferència privada*, sota la direcció d'un batxiller en filosofia i, a continuació, el traslladaren a Barcelona per cursar la carrera. La Martina, com veurem més endavant, va ensenyar l'èuscar a la que després seria la seva neboda, Martina Castells i Ballespi, aquella que va donar fama a tota la nissaga.

La trajectòria de l'estudiant Martí la podem sintetitzar en els següents passos. Primer, la segona ensenyança a les Escoles Pies de Balaguer, que constava de tres anys de gramàtica i un de retòrica. Segon, Cervera, ciutat on cursà el 1830-31 el primer any de filosofia (lògica i matemàtiques). I tercer, Barcelona, on el 1831-32 féu el primer any de matemàtiques; i a continuació, el 1832-33, física experimental a l'Institut de la Reial Junta de Comerç del Principat, sota la direcció del metge cirurgià i catedràtic Pere Vieta i Gibert, i botànica i agricultura amb el metge cirurgià i catedràtic Francesc de Bahí i Fontseca.

L'any 1833 va ser admès al Reial Col·legi de Medicina i Cirurgia de Barcelona, un cop fet el tràmit reglamentari necessari aleshores per demostrar la neteja de sang per ambdues vies, paterna i materna.

La guerra l'obligà a marxar a servir l'exèrcit del nord, on el 20 d'octubre de

1837 el subinspector de cirurgia el nomenà segon ajudant. D'aquesta manera, exercí de *practicant de cirurgia* fins al final del desembre de 1839, que passà a servir l'exèrcit de Catalunya. Mentrestant, el 28 d'agost de 1839, s'havia fet *batxiller en medicina i cirurgia* a Vitòria, encara que per motius burocràtics no obtingué el diploma, però la Direcció General d'Estudis li lliurà una certificació d'aquest grau l'1 de setembre de 1840.

Immediatament, quinze dies després i servint, com deïem, l'exèrcit de Catalunya, es preocupà d'iniciar els tràmits burocràtics per examinar-se i obtenir el *grau de llicenciatura en medicina i cirurgia*. Amb el pas dels anys, aconseguí doctorar-se en medicina el 1858.

El que si és cert és que les activitats sanitàries militars a l'exèrcit les veurem reflectides en la seva obra escrita i també en la tasca política a l'Ajuntament de Lleida. Per altra part, aquest esperit de superació que acabem de veure, de pujar graons dins de l'àmbit acadèmic, obtingué el seu fruit en la seva descendència, si tenim en compte que els seus quatre fills metges també lluitaren en aquest sentit, amb la sort que la Martina aconseguí ser la primera dona que obtingué el doctorat en medicina a l'Espanya contemporània.

Va començar el seu exercici com a cirurgià de Lleida l'any 1841, en una ciutat que aleshores tenia 2.114 veïns i 10.570 habitants, repartits entre les quatre parròquies de Sant Llorenç, Sant Andreu, Santa Magdalena i Sant Joan. Tres anys després, el 1844, el quadre sanitari de la ciutat el componien 10 metges, 12 cirurgians i 6 farmacèutics, i Castells continuava com a

cirurgià¹. Sense cap mena de dubte, era el més destacat de tots si tenim en compte que acabava de publicar un llibre sobre l'organització que al seu criteri havia de tenir la medicina espanyola i que ja vam comentar en un altre treball del *Butlletí Mèdic*².

Després consta com a metge cirurgià, facultat que ja exercia quan l'octubre del 1847 denuncià al subdelegat de Medicina i Cirurgia els casos d'intrusisme –molt perseguits en aquella època– del conegut amb el nom de *Pastor del Cabildo* i de la dona anomenada *la Barceló*, dos grans intrusos en el camp de la cirurgia de l'època³.

En canvi, en una llista dels facultatius amb residència fixa a Lleida de l'11 d'agost de 1866, no hi consta Martí Castells. Aquell any exercien a la capital 14 metges cirurgians, 11 cirurgians, 6 metges i 7 farmacèutics⁴.

En el camp de les malalties de la dona, al qual dedicà una atenció particular, encara que poc propens a publicar els casos pràctics que veia per la manca de costum d'escriure de cara al públic, Castells explica un episodi prou interessant ocorregut el maig del 1874. Ens relata l'operació i les peripècies que va passar per aconseguir alliberar el coll de la matriu d'una malalta histèrica de Lleida, atrapat per un suspensori que li va aplicar un cirurgià de Barcelona per tractar-li el prolapse de la víscera.

La pacient, després d'oferir molta resistència perquè tenia un intens sentiment de vergonya, havia acceptat de ser visitada per un cirurgià de Lleida amb la condició que fos molt vell per evitar, d'aquesta manera, que la conegués. El facultatiu és limitat a indicar-li que un cirurgià de Barcelona li col·locaria l'aparell, ja que ell no ho sabia fer. La malalta seguí la indicació i es traslladà a la dita ciutat.

Fet el tractament i sense cap més control, al cap del temps el suspensori li estrangulà el coll de la matriu i fou cridat el doctor Castells per solucionar-li el problema. La intenció de la publicació del cas, com ens diu el mateix autor, fou posar en guàrdia els seus col·legues sobre la necessitat de no confiar als pacients els tractaments prolongats sense el corresponent control mèdic periòdic⁵.

El seu fill gran, Frederic, un cop llicenciat el 1870, vingué a Lleida a tre-



Imatge de sant Roc, patró de la pesta, a la capella del Peu del Romeu de Lleida.

ballar al seu costat i com a metge de la Beneficència Provincial a les cases de la Maternitat i Expòsits, fet que li permeté publicar unes notes sobre la higiene dels dos edificis, moviment de malalts i malalties dels interns durant l'any 1873⁶.

Les mancances de tota mena, segons el criteri del Frederic, definien l'assistència que la ciutat oferia a la maternitat i als nens abandonats. Aquest era un maldecap que afectava les autoritats des de feia temps. Deu anys abans, el gener del 1863, la Junta Provincial de Beneficència demanava a l'ajuntament que fixés l'alineació i els rasants dels carrers on s'hauria d'edifi-

car la nova Inclusa, al terreny de l'hort de la casa de beneficència⁷.

L'obra, però, va tardar molts anys a acabar-se. S'inicià, no es continuà i restà molt temps mig construïda amb les bigues sense teulada i completament a la intempèrie, fins que transcorreguts 25 anys es reprengué i s'inaugurà el 9 d'agost de 1889.

Un altre problema sanitari que provocà diverses morts en diferents punts i també a la ciutat en un curt període de temps –estiu del 1874– va ser la ràbia, malaltia de la qual el Frederic ens relata un cas mortal tractat per ell i el seu pare⁸.

Frederic (1851), Martina (1852) i Camil

(1854) van ser els tres fills metges del doctor Castells nascuts a Lleida durant el quadrienni 1851-1854 i, per tant, immediatament abans de la seva etapa política al capdavant de l'Ajuntament de Lleida durant el bienni progressista (1854-1856). El 1868 va tenir l'últim fill, Rossend, també metge.

El primer destacà a Barcelona en el camp de la higiene pública; el tercer, el Camil, va continuar bàsicament l'activitat del seu pare com a director d'establiments balnearis i fou el fundador del d'Alcarràs, vila on té dedicat un carrer; però la Martina va ser la que donà popularitat a la nissaga, tal com ho demostra el carrer que llueix el seu nom a l'actual barri de Cappont de la ciutat de Lleida.

Nascuda a la parròquia de Sant Llorenç la tarda del 23 de juliol de 1852, va ser batejada dos dies després a la catedral de la ciutat, on actuà de padrina per procura la germana del seu pare, Martina, resident a Gorostiza (Baracaldo). Anys després, la nena adquirí coneixements d'èuscar durant les seves estades a Zumaya.

Inicià la segona ensenyança a l'Institut de Lleida el 1874, on es graduà en batxillerat amb la qualificació d'aprobat el 26 de juny de 1877. En aquests tres anys destacà, entre altres, en les assignatures de fisiologia i higiene de tercer curs, en les quals va obtenir excel·lent i premi.

Es va llicenciar en medicina a Barcelona als 28 anys, després de quatre cursos consecutius d'estudis (1877-78 a 1880-81), i va residir sempre als voltants de la facultat: el 1877, al carrer Pelai, número 12, segon pis; els anys 1878 i 1879, al carrer del Carme, 23 bis, segon, i els anys 1880 i 1881, a Portaferrisa, 19, segon.

Destacà en les assignatures d'anatomia I, dissecció I i II, clínica mèdica II i clínica quirúrgica II, amb la qualificació d'excel·lent.

Poc després aconseguí ser investida doctora en medicina a Madrid, el 27 d'octubre de 1882, apadrinada per José de Letamendi (Barcelona, 1828 - Madrid, 1897). Però no va poder continuar la tasca científica a causa de la seva mort prematura durant el primer embaràs, a Barcelona, el 21 de gener de 1884 (tenia antecedents infantils de corea).

El doctor José de Letamendi, ja cap al final de la seva vida i a punt de complir els 70 anys, recordava la solemnitat de l'acte acadèmic d'aquesta investidura al Col·legi de Sant Carles de Madrid, presidit pel degà de la facultat, Juan Magaz y Jaime⁹.

Ja feia temps que coneixia la Martina, ja que havia estat el catedràtic d'anatomia i dissecció a Barcelona quan ella feia aquestes assignatures entre els anys 1877 i 1879, en un curs format per 250 alumnes, entre els quals hi havia tres noies, d'uns 17 anys.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

Segons Letamendi, va ser la primera dona que a l'època contemporània va rebre a Espanya el títol de doctora en medicina. Hi havia el precedent, però en el camp de la filosofia i lletres, del doctorat obtingut a la Universitat d'Alcalà d'Henares el 5 de juny de 1785 per l'aristocràtica Maria Quintina de Guzman y de la Cerda (*Diario de Barcelona*, divendres 27 d'agost de 1948).

Aquest doctorat constituí un fet realment heroic si tenim en compte que en aquella època generava una actitud social completament adversa. Letamendi considerà el seu apadrinament com un acte autènticament liberal en una època en la qual no hi havia veritables liberals o eren excepcionals. Comentava que els esperits més avançats, tant monàrquics com republicans, no eren més que mestissos de sagristà i progressista, descendents d'aquell funest connubi d'Espartero i Maroto anomenat *l'abraçada de Vergara*.

El saló de graus, replet d'estudiants emocionats que col·laboraven en la solemne investidura, comptava també amb la presència del gran liberal que fou Pi i Margall, qui va enaltir l'acte i el considerà un autèntic salt mortal polític i artístic.

Letamendi judicà el seu apadrinament com una autèntica manumissió professional de la dona en el seu temps, amb l'oposició que això comportava en la societat de l'època. Segons ell, va necessitar una gran energia de caràcter i fermesa de voluntat per dur-lo a terme.

Com a docent que era, exalçà l'adhesió, la cooperació i el sentit liberal d'aquella generació escolar barcelonina de la Martina, on els estudiants d'anatomia actuaren com a camarades sense sexe amb relació a les seves condeixebles; i després a Madrid, on van rebre la nova col·lega amb la noble expansió que els inspirava aquella gran novetat, i es van desentendre tant del mesquí temor de possibles futures competències com de les malignes suggestions de l'opinió pública.

Tan importants va considerar Letamendi aquests fets, que al seu estudi de Madrid tenia penjada la fotografia de la Martina vestida amb roba doctoral al costat dret d'una augusta figura que pel seu propi fur havia d'ocupar el lloc principal.

Acabava l'elogi amb aquestes paraules: "Como caballero español conservo perpetua gratitud a la dama que me eligió campeón para el momento crítico del mayor y más noble empeño de su vida".

Catells, alcalde segon durant el bienni progressista

Castells va ser un personatge important de Lleida durant el bienni progres-



sista (1854-1856), ja que va formar part de l'ajuntament i va ser jutge de pau¹⁰.

Inicià el càrrec consistorial tot just acabat de néixer el seu fill Camil (1854), tal com dèiem abans, el continuador de la seva tasca hidroteràpica encetada l'any 1851 amb la direcció interina del balneari de Caldes de Boí i culminada, després de diversos canvis de lloc, amb la direcció del de Caldes de Montbui a partir de 1878, del qual escrigué una memòria amb la intenció d'ésser presentada a l'exposició balneològica alemanya de Frankfurt, on merescué el premi de medalla de plata¹¹.

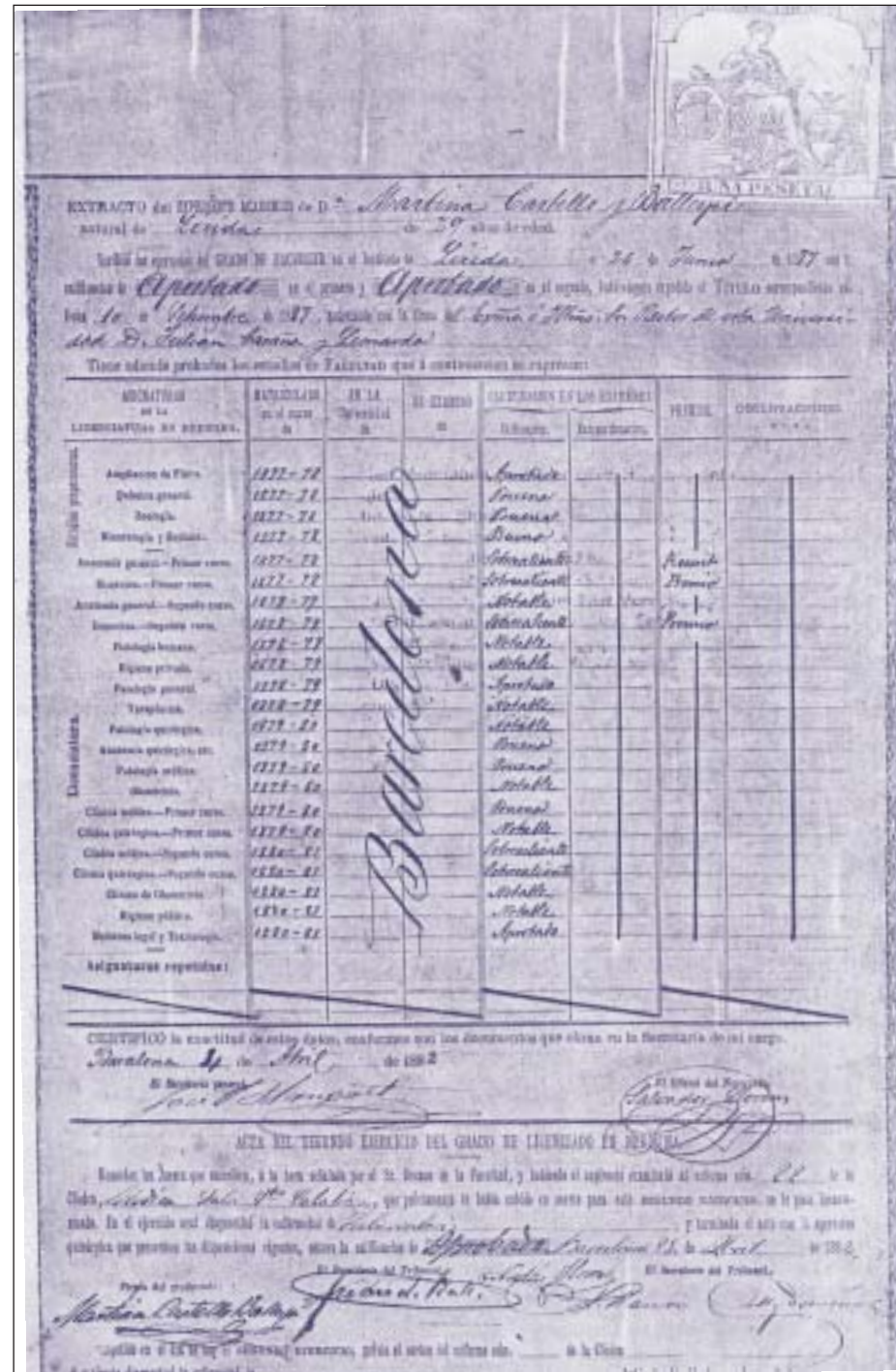
Inclogué en el llibre una taula indicadora de la procedència dels malalts que durant el quinquenni 1878-1882 van acudir als banys, segons la qual hi van anar 9.918 barcelonins, 1.778

tarragonins, 1.351 lleidatans i només 275 gironins, a més de malalts de moltes altres provincies, tant nacionals com estrangers.

Va entrar a formar part del consistori com a alcalde segon, en substitució de Manuel Tubau, el 15 d'octubre de 1854 quan presidia la corporació l'advocat Ramon Soldevila. Però tres mesos després, el 28 de gener de 1855, aquest era canviat per l'advocat Ramon Castejón.

El duet Castejón-Castells, alcaldes primer i segon respectivament, s'encarregà de la direcció municipal durant el bienni progressista, època caracteritzada per un ambient d'alta conflictivitat social, on també tingué el seu paper l'epidèmia de còlera¹².

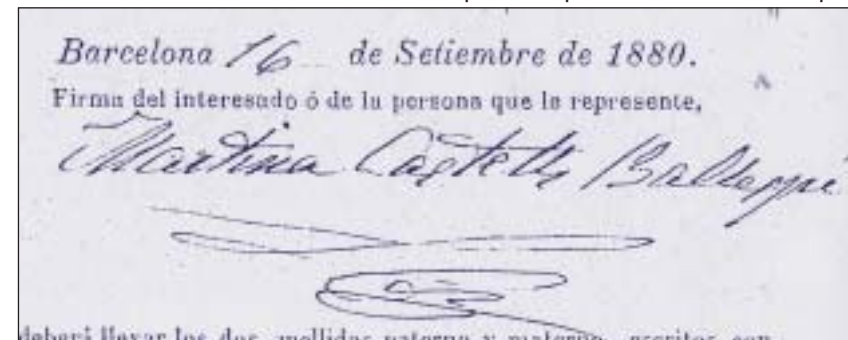
El seu mandat acabà el 7 d'agost de 1856, quan el governador militar de la



A les imatges superiors, es poden veure dues còpies de l'expedient acadèmic de la Dra. Martina Castells, la primera dona que obtingué el doctorat en medicina a Espanya. A sota, la signatura de la Dra. Castells.

plaça dissolgué la Diputació i l'Ajuntament constitucional de Lleida, i constituí una corporació provisional presidida per Francesc Benet i per Damià Bigorra com a alcalde segon.

Quina va ser la tasca de Castells a l'ajuntament? Hem de tenir en compte que bona part de les actes municipals



d'aquest bienni estan ocupades per activitats de caràcter militar protagonitzades per l'anomenada Milícia Nacional. Són molt nombroses les peticions fetes a l'ajuntament per donar-se de baixa o d'alta de la milícia, o per aconseguir rebaixar l'impost municipal obligatori per aquest concepte. Eren molts els lleidatans que la servien.

De fet, la Milícia Nacional era considerada una institució de caràcter benemèrit i els ajuntaments n'eren els caps i tutors en les respectives poblacions, per la qual cosa administraven els fons que s'aplicaven al manteniment de l'anomenada *força ciutadana*. Almenys aquest era el concepte que en tenia la corporació lleidatana¹³.

El mateix Castells era aleshores capità de caçadors de la dita milícia¹⁴ i Castejón, tinent de la segona companyia del Batalló d'Infanteria de Lleida¹⁵.

Durant el bienni progressista es vivia a Lleida un notori ambient bel·ligerant. Un bon exemple és la proposta de Castells perquè es paguessin les despeses que va haver de fer l'alcalde Castejón en formar part d'un comissió formada per un diputat provincial i dos comandants de la Milícia Nacional davant el capità general del Principat amb la finalitat de suspendre l'ordre d'afusellament d'uns presoners agafats per la *força ciutadana* procedents de la facció del baix Aragó¹⁶.

La primera actuació consistorial de Castells, el 18 d'octubre de 1854, coincidià amb la concessió que la reina acabava de fer a la població del títol de *Molt liberal ciutat de Lleida*, com a premi a la decisió i valentia amb què va fer costat a l'alçament nacional del mes de juliol, responnent al crit de Vicálvaro donat pels generals O'Donnell i Dulce.

Com és sabut, el 19 de juliol triomfà a Lleida el pronunciament anomenat *Vicalvarada* (de Vicálvaro, lloc on es va resoldre la lluita entre moderats i progressistes), que retornà el poder al general Espartero¹⁷.

Aquells dies la ciutat encara estava afectada pels estralls de la greu epidèmia de còlera. Només a la parròquia de Sant Joan havien mort 116 persones durant els mesos de setembre i octubre, d'un total de 261 traspassats aquell any.

Es va esgotar el gel del pou de Lleida i va ser necessari portar-ne d'Alguaire per distribuir-lo gratuïtament als malalts que indiguessin els metges¹⁸.

Els farmacèutics reclamaven a l'ajuntament els dispendis que van haver de fer per atendre de franc els pobres, tal com s'havia fet amb els metges que havien prestat serveis nocturns i de districte¹⁹.

El 21 d'octubre, i atès que la malaltia ja havia perdut el caràcter epidèmic i eren molt rars els casos de còlera, l'ajuntament, a petició de la Junta

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

Provincial de Sanitat, acordà que el dia següent es cantés un *Te Deum* a la catedral en acció de gràcies. També formalitzà un programa de festes amb la participació de tots els ciutadans per celebrar l'esdeveniment.

Pel mateix motiu, la comunitat i obra de l'església de Sant Joan invitava la corporació a assistir a les funcions que en obsequi de sant Sebastià se celebrarien els dies 28, 29 i 30 del mateix mes²⁰.

Per altra part, la Junta Municipal de Beneficència havia tingut un paper destacat en l'epidèmia, durant la qual hi va haver la necessitat d'habilitar les sales de la casa de Maternitat, situada a l'exconvent dels Caputxins, per albergar els malalts que no cabien a l'hospital. Atès que aquesta casa era contigua a la de dementos i molt pròxima a la de caritat, s'acordà encarregar els serveis facultatius als professors dels establiments de beneficència²¹.

Per aquest motiu, l'esmentada junta reclamà a l'ajuntament 744 rals i 12 morabatins de la quantitat que el Govern havia destinat a la ciutat per socórrer les famílies més necessitades. El comú no va voler atendre la petició, ja que va considerar que les ajudes eren destinades únicament i exclusivament als pobres, i que l'edifici de la Maternitat no era més que un departament les despeses del qual depenien únicament dels seus propis recursos.

Per altra part, quan fou necessari establir aquest servei mèdic, el governador va prevenir l'ajuntament que només costegés les despeses dels facultatius i els servents nomenats pel

◆ Castells i Castejón van publicar un ban amb articles de caràcter higiènic

◆ El metge va proposar enderrocar la capella gòtica del Peu del Romeu

doctor Castells amb aquesta finalitat, als quals ja es van pagar les dietes²². Per exemple, el practicant de cirurgia Antoni Domingo cobrava 20 rals diaris²³, etc.

A part de l'epidèmia, el que més preocupava els ciutadans era poder disposar d'una bona força militar per fer front als aldarulls que es vivien arreu de la nació. El mateix Castells, veient que alguns propietaris volien reparar el rec de l'horta amb els sobrants dels impostos que es van destinar a cobrir les necessitats del còlera, reclamà invertir aquells dipòsits en el vestuari

dels militars, tal com havia projectat l'ajuntament²⁴.

Acabat aquell any 1854, marcat per l'alçament nacional del mes de juliol i per l'epidèmia de còlera de la tardor, s'encetà el 1855 amb un nou ajuntament presidit per Ramon Castejón a partir del 28 de gener.

El dia següent, el partit liberal es reuní al teatre de la ciutat i prengué l'acord de felicitar el ministre d'Hisenda, Pasqual Madoz, pel manifest que havia fet a les Corts Constituents amb la intenció de reanimar les esperances que el país havia concebut arran de l'alçament nacional.

La primera actuació notable de Castells i que ens marca clarament el seu pensament, tingué lloc uns dies després, quan ell mateix decidí convocar una sessió extraordinària de la corporació destinada a decidir la celebració d'una diada en honor del president del Govern i duc de la Victòria i de Morella, Baldomero Espartero, el qual representava "el pacificador de España, el hombre ilustre que simboliza los principios del partido progresista".

Castells sabia que la demostració cívica que despertaria més simpatia als lleidatans seria prestar socors a la classe pobre. Per això, s'encarregà a persones filantropes dur a terme una col·lecta entre el veïnat destinada a repartir una sopa als necessitats el dia 27 de febrer²⁵. També s'acordà verificar lots de 200 rals de billó que es rifarien entre els més pobres de cada barri²⁶.

La diada anà acompanyada de l'exposició d'un retrat d'Espartero sobre un cadafal a la placeta de la Paeria, amb guàrdia muntada pels oficials de

la milícia, il·luminació de la ciutat i els balcons de les cases adornats amb domassos.

Un altre fet positiu que es pot atribuir al tàndem Castejón-Castells va ser la publicació, el 2 de juny de 1855, d'un ban molt complet destinat a la lluita contra les males pràctiques i abusos que s'observaven a Lleida, malgrat altres avisos i edictes d'aquest estil fets pels seus antecessors²⁷. Aquest ban constava de 50 articles, molts de caràcter higiènic, com la matança dels porcs, la neteja de les xemeneies i dels carrers, la salubritat de la carn i del peix procedent de Tarragona, la prohibició d'orinar i defecar al carrer, etc.

Un aspecte d'aquell ban era el de la higiene de la llet. S'obligava els cabrers a utilitzar només els recipients autoritzats per l'ajuntament. En aquell temps, la llet era un mitjà terapèutic molt preuat, però l'ajuntament no volia que les cabres lleteres pernoctessin dins els murs de la ciutat. Això ocasionà una protesta de la Junta de Beneficència, ja que aquesta gaudia d'un antic privilegi gràcies al qual 30 cabres que pertanyien a l'hospital, del qual era administradora, podien pernoctar a la ciutat.

Al final, es va fer cas de la proposta del regidor Francesc Soldevila i es permeté que 15 cabres de l'hospital pernoctessin al recinte murallat, amb la finalitat de subministrar la llet que pogués necessitar urgentment qualse-

vol veí malalt i a qualsevol hora de la nit. L'única condició era que l'encarregat de dispensar-la l'havia de vendre al mateix preu que la venien els altres cabrers durant el dia²⁸.

A causa del dèficit econòmic i els deutes que tenia l'ajuntament a les acaballes d'aquell any, Castells va proposar com a mitjà més adaptable i menys oneros per al veïnat, establir un dret sobre els carrers i les places de la ciutat que ocupaven els que es dedicaven a la venda d'articles de tota mena. Per exemple, els llocs ocupats per carros que no entressin a les fondes i posades valien 8 morabatins diaris.²⁹

El 1856 s'encetà també amb conflictes bèl·lics. S'acordà que el 13 de gener es cantés un *Te Deum* a la catedral amb la participació de les autoritats i els veïns, i que s'engalanessin i il·luminessin els balcons i les finestres de les cases en acció de gràcies per la pacificació de les terres de Lleida gràcies a l'actuació del comandant general de la província, Diego de los Rios, el qual va exterminar diverses gabelles de rebels que recorrien alguns pobles de la província³⁰.

Els aspectes militars continuaven essent molt importants. El reglament de 10 de febrer de 1855 disposava que per fer els reconeixements dels soldats tenien preferència els metges cirurgians. A Lleida, previ sorteig, van sortir elegits Francesc Roca i Marià Pérez³¹.

Durant la primera quinzena de maig, diversos membres de la Diputació, l'Ajuntament i la Milícia Nacional de Lleida es traslladaren a Saragossa per felicitar Espartero. Castells, que hi va assistir amb Castejón i el síndic Josep Pinós, explicava que la immensa majoria dels lleidatans, li manifestaren els sentiments de lleialtat i adhesió a la seva persona³².

Ja cap al final de la seva actuació com a alcalde segon i guiat per les tendències del partit progressista al qual pertanyia, Castells proposà en la sessió del 16 de maig de 1856 l'enderroc de l'oratori gòtic de Sant Jaume, el qual es trobava comprès en la segona desamortització decretada per la llei de l'1 de maig de 1855.

La finalitat era eixamplar el carrer Major en aquell lloc tan cèntric i de gran concurrència de públic. El més greu és que la desafortunada proposta va ser admesa i es decidí impetrar a la munificència de la reina, o si era convenient de les Corts Constituents, la cessió de l'edifici a favor del municipi.

Hem de pensar que l'esmentada capella, coneguda també amb el nom de les Neus o del Peu del Romeu, fou fundada per Berenguer Marquès el 1399 i conté les figures de la Mare de Déu de les Neus, sant Roc i sant Jaume de principis del segle XV³³. Afortunadament, l'entranyable Peu del Romeu encara resta en peu.

ACRÒNIM

AML: Arxiu Municipal de Lleida

NOTES

- (1) AML. Caixa 1608.
- (2) MARTÍN CASTELLS. *Agonia de la Medicina y medios para sacarla del borde del sepulcro. O sea un Proyecto de Asociación Médico-Política del Reino*. Lérida, 1844.
- (3) AML. Caixa 1557.
- (4) AML. Caixa 1558.
- (5) MARTÍN CASTELLS. "Extrangulación del cuello del útero". *La Independencia Médica*. Año IX. Barcelona, 21 de mayo de 1874. Núm. 24, 276-277.
- (6) CASTELLS BALLESPÍ, F. "Las casas de maternidad y expósitos de la beneficencia provincial de Lérida en 1873". *La Independencia Médica*. Año IX. Barcelona, 21 de marzo de 1874. Núm. 18, 212-214.
- (7) CAMPS SURROCA, M. i CAMPS CLEMENTE, M. *Aspectes sanitaris i culturals de Lleida durant la segona meitat del regnat d'Isabel II*. En premsa.
- (8) CASTELLS, F. "Un caso de rabia". *La Independencia Médica*. Año IX. Barcelona, 11 de julio de 1874, núm. 29, 337-339.
- (9) CASTELLS BALLESPÍ, C. *Historia de la legislación sanitaria desde los tiempos primi-*

tivos hasta la promulgación de la Ley de Sanidad de 28 de enero de 1855. Lérida, 1897.

- (10) AML. Actes municipals. Any 1856 (sessió del 30 de gener).
- (11) CASTELLS, M. *Memoria Médico-Química-Hidrológica sobre las aguas bi-carbonatadas salinas, nitrogenadas de Caldas de Montbuy, provincia de Barcelona*. Barcelona, 1883.
- (12) MENÉNDEZ PIDAL, R. *Historia de España*. Espasa Calpe, 1981, vol. XXXIV, 437.
- (13) AML. Actes Municipals. Any 1855 (sessió del 10 d'octubre).
- (14) CASALS BERGÉS, Q. *Polítics de Lleida. El poder local i les seves mutacions a través del temps (1716-1868)*. Lleida, 2002, 255.
- (15) AML. Actes municipals. Any 1855 (sessió del sessió del 16 d'abril).
- (16) AML. Actes municipals. Any 1855 (sessió del 27 de juny).
- (17) LLADONOSA I PUJOL, J.: *Història de Lleida*, 1991, vol. IV, 734.
- (18) AML. Actes municipals. Any 1856 (sessió del 25 d'abril).
- (19) AML. Actes municipals. Any 1854 (sessió del 18 d'octubre).
- (20) AML. Actes municipals. Any 1854 (sessió del 25 d'octubre).

(21) AML Actes municipals. Any 1864. Fols 286v. i 295v.

(22) AML. Actes municipals. Any 1855 (sessió del 7 de setembre); any 1856 (sessió del 119 de març).

(23) AML. Actes municipals. Any 1856 (sessió del 16 de març).

(24) AML. Actes municipals. Any 1854 (sessió del 6 de novembre).

(25) AML. Actes municipals. Any 1855 (sessió del 26 de febrer).

(26) Aquests lots es formarien a còpia dels fons d'imprevistos més el que sobrés de la col·lecta un cop cobertes les despeses que hagués ocasionat la compra de la sopa.

(27) AML. Caixa 1418.

(28) AML. Actes municipals. Any 1855 (sessió del 27 de juny).

(29) AML. Actes municipals. Any 1855 (sessió del 5 de desembre).

(30) AML. Actes municipals. Any 1856 (sessió del 12 de gener).

(31) AML. Actes municipals. Any 1856 (sessió del 12 d'abril).

(32) AML. Actes municipals. Any 1856 (sessió del 16 de maig).

(33) LLADONOSA PUJOL, J. *Història de Lleida*, 1991, Vol. II, 669.



Radiografia d'una mà o radiografia d'un ratolí?

Som experts en veure la vessant informàtica de la medicina

SALUS

Software de gestió integral per a Centres Sanitaris

Ginecologia • Urologia • Psiquiatria • Traumatologia
Fisioteràpia • Neurologia • Odontologia • Medicina Fetal
Laboratori d'anàlisis • Atenció Primària • Centres Mèdics
Facturació • Cobraments • Agendes

C. Taquígraf Martí, 16 • Tel. 973 223 185 • 25008 LLEIDA
www.q-soft.net

Dermaweb, docència dermatològica a Internet

La web de la Unitat de Dermatologia de l'HUAV-FMUdL és conseqüència dels anys que portem treballant en la docència de la dermatologia. Concebuda al començament per a l'ensenyament del pregrau, el primer pas fou l'edició, el 1997, d'un cd-rom de casos clínics per als seminaris pràctics de l'assignatura, que contenia una història clínica resumida, els objectius d'aprenentatge i 2 o 3 fotografies significatives de cada cas. Es van escollir els quadres més habituals i altres de no tan freqüents, però importants per la seva gravetat. Per comprovar si l'alumne aconseguia els objectius, es van elaborar una sèrie de preguntes de tipus pràctic per a cada cas: quin és el diagnòstic més probable?, amb quines dermatosis s'ha de fer el diagnòstic diferencial?, quin és el tractament?

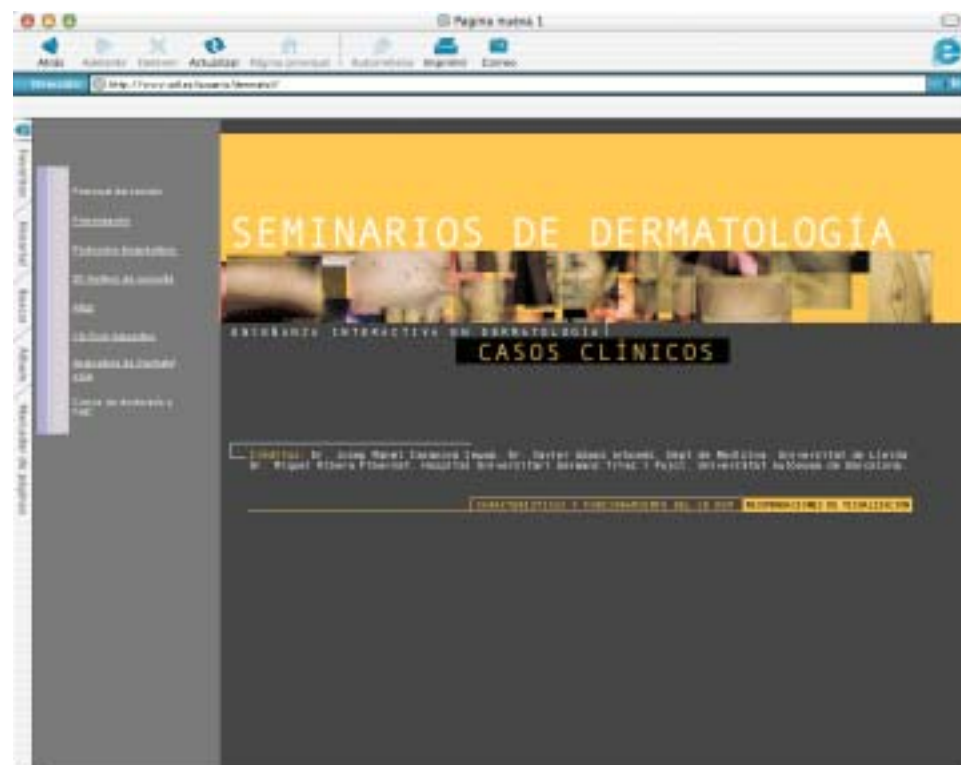
Posteriorment, l'any 1999, amb motiu de la celebració a Lleida del XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Educación Médica, vàrem organitzar, amb els Drs. Xavier Gómez i Miquel Ribera, un taller sobre l'edició de material multimèdia per a la docència de pregrau. Per a aquest taller vàrem confeccionar un cd-rom interactiu que conté un temari, un atlas i un recull de casos clínics amb diverses preguntes tipus test. Els casos deriven dels seleccionats prèviament per freqüència o gravetat. Si cliquem sobre les respostes podem saber si són o no correctes i obtenir la resposta raonada clicant sobre el número de la pregunta. El temari està dividit en deu apartats i inclou el text que és la base de l'aprenentatge dels alumnes per a l'examen teòric de dermatologia. Des del text es pot accedir a imatges representatives de cada malaltia, en dos grandàries, i a taules de diagnòstic diferencial i de

teràpica. En l'atles del cd-rom es poden observar les imatges agrupades segons patologies, que també es poden veure

ampliades. L'accés al cd-rom era restringit als alumnes, que havien d'introduir una clau per poder entrar. En els dos anys en què

l'accés a la web era limitat als estudiants va rebre més de 3.000 visites, cosa que dóna idea de la utilitat que té per als alumnes.

L'any 2000, vàrem decidir potenciar l'autoaprenentatge i introduir les presentacions clíniques i la integració vertical en el programa de l'assignatura. Els professors de ciències mèdiques



Un atlas incorpora 3.000 imatges seleccionades.

bàsiques aporten coneixements que ajuden a comprendre millor la patogènia de les dermatosis i a resoldre els casos clínics. El programa, que pot consultar-se a l'apartat "Asignatura de Dermatologia", aplega els diferents casos clínics que componen el nucli de l'aprenentatge dels estudiants, amb imatges representatives, un breu resum de la història clínica, els objectius d'aprenentatge que plantegem i les diapositives de les classes. També hem afegit els exàmens clínics dels darrers anys, que serveixen com a exemple als alumnes.

Aquesta experiència ens ha demostrat que la web és un mètode ideal per a l'aprenentatge. Difícilment en un únic llibre es poden trobar un nombre tan gran d'imatges. L'altre avantatge és la possibilitat d'actualitzar els coneixements de forma gairebé immediata.

Des de fa uns mesos ha

sorgit la idea que aquest sistema també és molt útil per a la formació mèdica continuada i per això hem decidit obrir la web a la resta de metges. L'hem adreçat principalment a metges d'atenció primària, residents de dermatologia i al dermatòleg pràctic.

En primer lloc, vàrem dissenyar unes taules de diagnòstic diferencial dels 20 motius de consulta més freqüents. Contenen imatges representatives de les dermatosis que poden motivar una determinada consulta, les característiques clíniques i el seu tractament. Per altra banda, si cliquem sobre la foto s'obre una pàgina amb 5-6 fotos de format més gran que també poden ampliar-se.

Alhora, hem començat la redacció d'una guia de protocols terapèutics en dermatologia. Estan elaborats per metges del nostre servei i per un grup d'exalumnes que avui són dermatòlegs i treballen en altres

centres. S'hi inclouen, des d'un punt de vista independent, els tractaments fonamentats i s'aniran actualitzant periòdicament.

Finalment, hem afegit un atlas, amb les malalties classificades per ordre alfabètic, que incorpora unes 3.000 imatges seleccionades. En el *frame* inferior hi ha les lletres de l'alfabetari. Clicant sobre cadascuna d'elles apareix a l'esquerra el nom de les dermatosis que comencen per la lletra seleccionada. Si cliquem sobre aquest nom apareixen en el *frame* principal les imatges en format reduït, que s'amplien clicant novament sobre elles.

Falten per incloure els cursos impartits pel personal del servei: de doctorat, d'especialització i de formació mèdica contínua. Entre aquests hem de destacar el curs de dermatologia per a metges d'atenció primària, del qual s'han fet fins ara 32 edicions i que

ens ha portat a recórrer totes les comarques de la província i de diferents parts de Catalunya.

Dermaweb està en fase d'expansió. A més de la seva ubicació a www.udl.es/usuarios/dermatol, també es pot veure des del domini www.dermatoweb.net i està actualment pendent d'acreditació pel COMB. Aconseguirem que tingui una veritable utilitat i que el seu ús es vagi estenent si mantenim la independència i un bon nivell de qualitat. Com és d'imaginar, es tracta d'un treball inacabat i inacabable. Cadascun de nosaltres tenim l'interès i el compromís d'afegir i renovar els continguts de Dermaweb amb la finalitat que el treball dut a terme fins ara no resti obsolet en poc temps.

Drs. Josep M. Casanova, Manel Baradad i Rosa M. Martí

Unitat de Dermatologia.
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Facultat de

Joies úniques

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

PERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

Acords de la Junta de Govern

El plenari de la Junta de Govern del COML ha adoptat els següents acords en les sessions celebrades els dies 7 i 28 de novembre, 12 de desembre i 8 de gener:

Nova llei de col·legis professionals

El Col·legi, a través del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, ha presentat esmenes i suggeriments a l'avantprojecte de llei de col·legis professionals de Catalunya. S'ha comptat amb la col·laboració dels col·legis de Diplomats en Infermeria i de Farmacèutics per valorar l'avantprojecte de forma conjunta.

25 aniversari de la Facultat de Medicina de Lleida

El Col·legi participa d'una manera activa en aquesta celebració del 25 aniversari de la Facultat de Medicina. El 15 de gener va regalar a la facultat un tapís commemoratiu d'aquest aniversari. Està programada la col·laboració del COML en altres actes de celebració que oportunament es comunicaran.

Eleccions COML

La Junta Electoral del Col·legi de Metges va declarar el 13 de desembre Gonzalo Marión Navasa candidat electe a la vocalia de metges titulars després de conèixer la renúncia de José Antonio Morales del Río a mantenir la seva candidatura.

El Dr. Morales havia manifestat aquesta decisió en una carta adreçada al president del COML, Xavier Rodamilans.

Per tant, les eleccions han estat innecessàries i la composició de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida és la següent:

President: Xavier Rodamilans de la O.
Vicepresidenta: Rosa Pérez Pérez.

Secretari: Carles Querol Vela.

Tresorer comptador:

Agraïment per la dedicació al Col·legi

L'actual Junta de Govern fa constar, en la sessió del 8 de gener, el seu agraïment per la dedicació al Col·legi durant els darrers quatre anys dels companys que han cessat en els seus càrrecs i que són: M^a Pilar Biendicho Palau, Antonio Agelet Pérez, Josep Pifarré Barqué, Josep M. Casanova Seuma, Joan Flores González i Josep M. Sagrera Mis.

Lloguer de la sala d'actes

A) Cessió d'ús de la sala d'actes. El preu mínim per a una sessió de durada màxima de tres hores és de 300 euros. Si la durada és superior a 3 hores, caldrà estudiar-ho i fixar el preu segons la naturalesa de la sessió. Aquest preu inclou l'ús de la megafonia, l'ús dels projectors de diapositives i l'ús del PC i el canó informàtic.

B) Facilitar les etiquetes per fer un mailing, d'acord amb la selecció de metges que desitgi l'organitzador de la sessió. El preu estarà

en funció d'aquesta selecció, amb un mínim de 20 euros. Les trameses es faran segons el procediment establert.

C) Confecció de sobres i targetes per a conferències. Amb una antelació d'almenys un mes, el Col·legi podrà encarregar-se d'encomandar el material gràfic a la impremta habitual. A part del cost de la impremta, el Col·legi cobrarà 30 euros per aquesta gestió.

D) Tramesa de circular per mitjà de l'empresa que el Col·legi designi. La facturació es farà a nom del promotor i el Col·legi cobrarà per la gestió 15 euros.

E) Aperitiu. Si es considera necessari fer un aperitiu, es procurarà que finalitzi com a màxim a les 22.00 hores. El Col·legi podrà facilitar informació sobre aquest tema a l'organitzador. Si el Col·legi s'encarrega de gestionar l'aperitiu, cobrarà 30 euros en concepte de gestió a més del cost del menjar i beure, que es facturarà a nom de l'organitzador. A tots els preus s'afegirà l'IVA corresponent.

Moviment col·legial

ALTES

Antoni V. Plana Blanco, procedent de Barcelona.
Marta Aragón Serrano, procedent de Barcelona.
M. Luisa Plana García, procedent de Barcelona.
Araceli Fuentes Botargues, procedent de Barcelona.
M. Pilar Biendicho Palau, procedent de Barcelona.
Valentina Martín Miquel, procedent de Barcelona.
Alfonso V. Arias Pastor, procedent de Cantàbria.
Yolanda Pérez Lopera, nova.

BAIXES per defunció

Jaume Cardona Vila.
Francesc Rabasa Reimat.
Ignacio Mola Mayayo.
Emilio Rotellar Lampre.

Jornades de cirurgia

El Servei de Cirurgia General de l'Hospital de Santa Maria de Lleida va celebrar el dia 13 de desembre les XVI Jornades de Cirurgia i les IX Jornades d'Infermeria de Cirurgia als hospitals de Catalunya. L'acte, que va tenir lloc al campus de Ciències de la Salut, va ser inaugurat per l'alcalde de Lleida, Antoni Siurana, i va comptar amb la participació de més de 350 profes-

sionals.

En el decurs de diferents taules rodones, es van fer actualitzacions sobre les controvèrsies amb la cirurgia oncològica, la cirurgia laparoscòpica i els problemes laborals i professionals dels cirurgians de Catalunya. Al mateix temps, i en sales paral·leles, es van presentar comunicacions lliures sobre casos clínics, així com una exposició de pòsters mèdics.

La jornada estava reconeguda i acreditada per



L'alcalde de Lleida, Antoni Siurana, va presidir les jornades.

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





Un compromís dels metges i per als metges

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

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

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

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



MUTUAL MÈDICA
de Catalunya i Balears

Tel. 93 319 78 00 www.mmcbs.es