

BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 79 · Desembre de 2009



**Reunió a Lleida del Consejo
General de Colegios de Médicos**

Està segur que l'assegurança del seu cotxe cobreix el més important?*

- En cas de sinistre, Medicorasse li donarà suport i li garanteix defensa jurídica i reclamació.
- En cas de robatori o danys propis, amb assegurança a TOT RISC o TOT RISC AMB FRANQUÍCIA, indemnització del 100 % del VALOR DE NOU DEL VEHICLE els 3 primers anys, des de la primera matriculació i, en tot cas, el valor que s'indemnitza el 4t i 5è any serà superior al valor venal.
- Lliure elecció de taller.
- Cotxe de substitució durant un màxim de 14 dies per reparacions en taller de més de 15 hores reals, en cas d'accident o robatori.
- Substitució d'una roda, canvi de claus i subministrament de combustible si el cotxe se'n queda sense**.
- Assistència en viatge i indemnització no limitada en assistència sanitària durant 2 anys, en cas d'accident del conductor assegurat, encara que viatgi en un vehicle que no sigui el vehicle assegurat o en cas d'accident com a vianant o ciclista.
- Cobertura de defensa en multes.
- Reemborsament, en cas de pèrdua total de punts de la persona assegurada, de l'import del curs obligatori, així com de les taxes d'examen (límit màx. 500 €).
- Cobertura dels danys produïts per causes atmosfèriques (pedregada, neu, pluja, gel,...).
- Amb la seguretat de ser un producte assegurador d'una companyia líder com ZURICH i intermediat per Medicorasse, que dona el seu assessorament professional i defensarà els seus drets com a assegurat.



Informi-se'n al
973 270 811
902 113 667

Demani ara un pressupost
al **973 270 811 / 902 113 667** o a **medicorasse@med.es**

* MediMotor (zmp). Resum de la base de la contractació dels paquets de valoració, assistència i defensa jurídica. Les condicions generals aplicables estableixen amb detall totes les garanties a què fa referència aquest resum. Model 2/2.01.03.41, juliol 2006.

**Cost màxim: 100 €; no cobreix el cost del combustible.

El producte MediMotor (zmp) és fruit de l'anàlisi objectiva de les assegurances d'automòbil realitzada per Medicorasse.

BUTLLETÍ mèdic

Número 79, desembre del 2009

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

Consell de Redacció:

Tomás Alonso Sancho
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esqueda Aresté
Josep M. Greoles Solé
Xavier Matias-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació

Disseny i maquetació:
Baldo Corderroure

Correcció: Torsitrad

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 inserció (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

Sostenibilitat del sistema sanitari

L'Informe Càtedra FEDEA-McKinsey afirma que el sistema sanitari espanyol és insostenible segons l'esquema actual i que requerirà un esforç de tota la societat (gestors, polítics, professionals...) per garantir aquest servei fonamental de la societat del benestar. L'informe assenyala que s'ha produït un augment de la demanda, que comporta un increment de la despesa, i una disminució dels ingressos públics agreujada per la crisi econòmica.

L'informe recull també dades del dèficit creixent del sistema sanitari i adverteix, fins i tot, del risc de col·lapse. Les causes que apunta són l'ús excessiu i inadequat de les urgències, una despesa farmacèutica molt més elevada que la dels països desenvolupats d'Europa i l'envel·liment progressiu de la població, amb el conseqüent augment de malalties cròniques i de despesa farmacèutica, entre d'altres.

Altres estudis i debats aportaran, molt probablement, informació i opinió sobre la sostenibilitat del nostre sistema sanitari a mitjà i llarg termini. Ara bé, sembla inqüestionable que el problema existeix i necessita canvis. Canvis que han de decidir i protagonitzar els ciutadans i els seus representants, i dels quals els professionals hem de ser un motor important.

Adoptar les mesures adequades serà un procés complex, potser difícil. També ho serà entendre-les i acceptar-les en una societat caracteritzada per una alta demanda i poc amant de sacrificis. Però haurem de consensuar un pacte social i explicar que les prestacions són finites i tenen un cost.

SUMARI

Un somni fet realitat en el 20è aniversari dels Drets dels Infants

El Dr. Francesc Domingo explica la seva experiència després de treballar com a pediatre voluntari a l'Hospital de Sierra Leone. **14**

Addiccions: un desig incontrolable o dèficit d'inhibició de resposta

Jaume L. Celma analitza els motius que condueixen al descontrol d'impulsos, addiccions, etc. **26**



Reunió a Lleida del Consejo General de Colegios de Médicos

Fotografia portada: LAURENT SANSEN



Membres de la comissió permanent del Consejo General de Colegios de Médicos de España

Lleida acull la reunió del Consejo General de Colegios de Médicos de España

Per primera vegada en més de cent anys d'història del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), el Consejo General de Colegios de Médicos de España (CGCM) ha celebrat la reunió del ple i de l'assemblea general a la ciutat de Lleida. Els actes van tenir lloc els passats dies 23 i 24 d'octubre a la Sala Víctor Siurana de l'edifici del Rectorat de la Universitat de Lleida (UdL).

El rector de la Universitat de Lleida (UdL), Dr. Joan Viñas, exmembre de la Comissió de Deontologia Central del Consejo General, va rebre la comissió permanent d'aquest òrgan. La comissió està formada pel president, Dr. Rodríguez Sendín; el vicepresident, Dr. Gutiérrez Martí; el secretari, Dr. Romero Agüit; el vicesecretari, Dr. Fernández Torrente, i el tresorer, Dr. Rodríguez Vicente. Cal destacar que aquest ple i aquesta assemblea són els primers que se celebren fora de Madrid des que el Dr. Rodríguez Sendín va prendre possessió del nou càrrec el passat maig.

Els presidents dels consells autonòmics, els vocals nacionals, a més de la comissió permanent, van acordar, en el ple del dia 23, la creació del Consell Social del CGCM. Els representants de la professió mèdica consideren que la promoció d'iniciatives sanitàries o



Imatge dels assistents a la reunió del Consejo

sociosanitàries és una de les maneres de contribuir a un desenvolupament millor i més just dels grups de població més desfavorits. Això permetria millorar les condicions de vida mitjançant ajudes a projectes sanitaris de solidaritat, a més d'afavorir la formació dels professionals sanitaris de països en vies de desenvolupament. Així mateix, els assistents van tractar les normes de funcionament que s'han d'establir per als representants del CGCM en les comissions nacionals d'especialitats

en Ciències de la Salut.

El dissabte 24 d'octubre va ser el torn de l'assemblea general formada per la comissió permanent, els vocals nacionals i cada un dels presidents dels col·legis. L'assemblea va aprovar la creació de la Fundació Red de Colegios Solidarios i un document sobre agressions a metges. Els informes del president i de l'assessoria jurídica respecte a la Llei Omnibus també es van traslladar a l'assemblea i es va aprovar la Declaració de la

Comissió Central de Deontologia i Dret Mèdic sobre objecció de consciència. Aquesta darrera qüestió és molt actual i es planteja en diferents circumstàncies, atès el pluralisme ètic de la societat i els canvis transcendents que s'han produït en la manera d'exercir la medicina en les últimes dècades. Per aquest motiu, es va aprovar la creació d'un registre col·legial de metges objectors de consciència.

L'assemblea va tractar altres qüestions com, per exemple, l'informe sobre el Pla Estratègic i de Comunicació del CGCM 2009-2010. Hi ha tres eixos principals dins d'aquest pla. En primer lloc, tenim les línies estratègiques internes, que estan adreçades a l'organització pròpia de la institució, la revisió dels estatuts i del Codi de Deontologia. Es tracta d'accions dirigides a potenciar la comunicació interna entre l'OMC i els col·legis i a millorar el coneixement social i econòmic. En segon lloc, hi ha les línies estratègiques externes, adreçades a la representativitat de la institució, a reforçar el seu paper com a primer interlocutor de la professió mèdica i a fomentar la presència en fòrums internacionals. En tercer i últim lloc, hi ha un eix sobre la defensa de l'exercici professional i la promoció de la salut en la societat actual.

A banda del ple i l'assemblea esmentats, el primer dia es va celebrar un sopar de benvinguda a les caves de Raimat amb la presència de la consellera de Salut, Dra. Marina Geli. La comissió permanent del CGCM, els vocals nacionals, els presidents dels col·legis d'Espanya i les autoritats professionals de la nostra ciutat van participar en aquest sopar. També van assistir-hi els dos expresidents del COMLL, Dr. Bonaventura Lladonosa i Dr. Xavier Rodamilans; el director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida, Dr. Sebastià Barranco; el rector de la UdL, Dr. Joan Viñas; el degà de la Facultat de Medicina, Dr. Joan Ribera; la presidenta de la Comissió Deontològica del nostre col·legi, Dra. Teresa Puig, i el director del BUTLLETÍ MÈDIC, Dr. Joan Flores. Així mateix, van participar en la trobada Maria Rodríguez, alumna de Medicina i representant del Consejo



Membres de l'assemblea en la visita al Museu de Lleida



Imatge dels assistents al sopar a les caves de Raimat

Nacional de Estudiantes de Medicina, i el Sr. Lana, representant de la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears. Els membres de la Junta del COMLL i els empleats del col·legi també van ser-hi presents.

La presidenta del COMLL, Dra. Rosa Maria Pérez, va donar la benvinguda als assistents i els va agrair que haguessin acceptat la invitació de venir a les nostres terres. A continuació, la consellera de Salut, Dra. Marina Geli, i el president de la comissió permanent

del CGCM, Dr. Rodríguez Sendín, van saludar les personalitats presents i van incidir en la col·legiació obligatòria i la importància que tenen i que hauran de tenir en un futur pròxim els col·legis de metges.

Un cop concloues les sessions de treball, el dia 24, els membres de l'assemblea i els acompanyants respectius van visitar el Museu de Lleida, on van gaudir de la magnífica exposició. La jornada va concloure amb un dinar fred.



Sopar de benvinguda a les caves de Raimat amb la presència de la consellera de Salut, Marina Geli



Dibuix guanyador de Cristina Montaña

Cristina Montaña Arnau guanya el Concurs Infantil de Nadales del COMLL

El dibuix de Cristina Montaña Arnau, de 9 anys i estudiant de quart de primària, ha guanyat el Concurs Infantil de Nadales del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL). La guanyadora rebra un val de 100 euros per comprar material didàctic a la llibreria Abacus i un maletí de dibuix. A més, el dibuix de la guanyadora il·lustrarà la nadala d'enguany del COMLL.

Valldeflors Pifarré Prats i Maria Pifarré Prats, de 9 i 10 anys, respectivament, han estat les finalistes del concurs, en el qual han participat 23 nens i nenes.

El Col·legi va convocar per segon any consecutiu el concurs de nadales entre els fills i les filles dels col·legiats i col·legiades. La condició per participar-hi era cursar com a màxim estudis de segon d'ESO.



Dibuix finalista de Valldeflors Pifarré



Dibuix finalista de Maria Pifarré

La Universitat de Lleida i el Col·legi de Metges de Lleida col·laboren en el Campus Agroalimentari Pirineus Sud

La presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), Dra. Rosa Maria Pérez, i el rector de la Universitat de Lleida (UdL), Dr. Joan Viñas, han signat un conveni per col·laborar en el Campus Agroalimentari Pirineus Sud

(CaPs). L'acord respon a l'objectiu general del CaPs de millorar, de forma coordinada, el sector agroalimentari i forestal a través de la investigació científica, la formació i la transferència de tecnologia i coneixement. El Col·

legi considera la integració en el CaPs com un mitjà per desenvolupar la sensibilitat i l'esperit de participació de la societat en el camp de la medicina i de la salut.

El CaPs és un model de campus de la UdL que vol arribar a ser el principal referent per a les empreses i l'Administració en el sector agroalimentari i forestal a escala nacional. Pretén també situar-se entre els tres primers en l'àmbit europeu. Per aquest motiu, el projecte opta a la distinció de Campus d'Excel·lència Internacional.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions ordinàries entre el 20 d'octubre i el 24 de novembre de 2009, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- S'ha acordat concedir el VIII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del COMLL al Club Rotary de Lleida pel seu projecte *Oli solidari per a la vacunació de la poliomielitis*.

- El Col·legi ha obert el període per sol·licitar ajuts econòmics per a l'organització de cursos, congressos, jornades, etc. amb càrrec al pressupost col·legial del 2009.

- Els dies 23 i 24 d'octubre es van celebrar a Lleida el plenari i l'assemblea de presidents de l'OMC. En el transcurs d'aquestes sessions, es van prendre, entre altres acords, el de cre-

ació de la Fundació Red de Colegios Solidarios, l'aprovació de la declaració sobre l'objecció de consciència elaborada per la Comissió Central de Deontologia i Dret Mèdic, l'aprovació d'un document sobre agressions i es va tractar també sobre la situació actual de la Llei Omnibus.

- Societats professionals que s'han registrat al Col·legi durant el mes d'octubre de 2009: Traumaseu, SLP (SP2500012).

- S'està elaborant un conveni específic d'execució del conveni marc per implementar la signatura electrònica dels professionals sanitaris en diferents projectes de sistemes d'informació, per a l'obtenció de subvencions.

- S'ha presentat, en col·laboració amb l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida, la programació de la formació continuada per a l'any 2010, que consisteix en: Curs de Formació Contínua en Pediatria, Curs d'Actualització de Laboratori Clínic, Curs de Medicina Natural Basada en l'Evidència i Curs d'Atenció de Patologia Urgent.

- S'ha proclamat guanyador del concurs de felicitacions de Nadal del COMLL el treball presentat per Cristina Montaña Arnau, de 9 anys.

- S'ha publicat la sentència del Tribunal Suprem que desestima el recurs de cassació interposat en el conflicte AMF-AT i que posa fi al procediment de responsabilitat patrimonial iniciat.

Moviment de col·legiats

ALTES

Octubre: Beatriz Lara Gallego (4412), Igor Kolotylo (4413), Andrés Villoria López (4414), Beatriz de Rueda Ciller (4415), Carlos Montoy Santacreu (2586), Estefania Vall Atero (3847).
 Novembre: María Begoña Berlanga Morán (3416), Violant Pujol Aymerich (3896) i Natividad Romeo Martín (3282).

BAIXES

Octubre: 7. Novembre: 2
 Entre aquestes baixes, figuren les dels doctors Josep Maria Mirats Marsiñach i Domingo Mortes Arqués, que ho han estat per defunció.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passa a col·legiat honorífic el Dr. Josep Maria Rubí Esteve (2112).
 COL·LEGIATS EL 30/11/2009: 1.666

- Renovació de les llistes de metges disposats a actuar de perits, amb la novetat de la publicació d'una nova ordre del Departament de Justícia que regula les peritacions per a la justícia gratuïta i els procediments penals i fixa uns preus taxats segons l'objecte del dictamen.



La Secció de Metges Jubilats visita el Castell del Remei



Visita al Museu de Juguets de Verdú

Noves excursions de la secció de Metges Jubilats

Uns quinze membres de la Secció de Metges Jubilats del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) van visitar, entre altres, el passat 29 d'octubre, l'Estany d'Ivars i Vilasana, situat entre aquestes dues localitats (Ivars i Vila-sana), a la comarca del Pla d'Urgell. Els assistents també van viatjar fins a la localitat de Verdú, a la comarca de l'Urgell, per descobrir el miler de peces que té exposades el Museu de

Juguets i Autòmats de Verdú. Posteriorment, els membres de la Secció de Metges Jubilats del COMLL van dinar al restaurant Castell del Remei, ubicat al municipi de Penelles, a la comarca de la Noguera. Després de dinar, els assistents van aprofitar la seva estada per visitar també els cellers que hi ha en aquesta mateixa localitat i que han esdevingut un referent en la denominació Costers del Segre.

La sostenibilitat del sistema sanitari

El debat més important plantejat en l'àmbit del sistema sanitari és actualment la seva sostenibilitat. Per aquest motiu, Butlletí Mèdic publica l'informe editat per la Fundació de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), que va fer-se públic el passat 16 de novembre. El Butlletí recull també l'opinió de dos professionals de la medicina sobre aquest tema tan punyent. El debat segueix obert. Us oferim aquestes pàgines per expressar la vostra opinió en els següents exemplars del Butlletí Mèdic.

INFORME CÀTEDRA DE FEDEA- MCKINSEY

El sistema sanitario español no es sostenible bajo su esquema actual

La sanidad pública española es un referente internacional, pero su sostenibilidad, calidad y accesibilidad están en riesgo (por ejemplo, el déficit sanitario acumulado supera el 20% del presupuesto, y podría alcanzar los 50.000 millones de euros en 10 años).

Garantizar este pilar fundamental del Estado del Bienestar requiere una mayor responsabilización de todos (pacientes, profesionales y gestores), que se traduciría en cuatro medidas: moderar la sobreutilización de los servicios sanitarios, introducir de forma sistemática las nuevas prestaciones sanitarias, generar transparencia en la actuación de centros sanitarios y profesionales y otorgarles mayor autonomía de gestión e incentivos.

Este conjunto de reformas busca mejorar la sanidad pública y preservar los principios básicos de la universalidad y equidad en la atención sanitaria de todos los pacientes.

Bajo el esquema actual, el sistema sanitario español no es sostenible en el futuro

- El sector sanitario público representa el 5% del PIB, da empleo a un millón de personas y gestiona un presupuesto de casi 60.000 millones de euros.
- Su situación de partida es buena, con un coste entre los más bajos de Europa y la esperanza de vida más alta, con 81,1 años, seguida de Francia, Italia y Suecia, con 80,9 años.
- A corto plazo, la situación financiera del sistema es muy preocupante. Acumula un déficit de 11.000 millones de euros (20% del presupuesto total de sanidad en 2007). En algunas comunidades autónomas, el retraso en el pago a proveedores sanitarios supera el año. A medio plazo, el gasto sanitario podría llegar a duplicarse, y su déficit superaría los 50.000 millones de euros.
- En diez años, la calidad y equidad del sistema se resentirán si no se introducen reformas estructurales.
- En una década, 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años, lo que hará que 10 millones de personas tengan un coste sanitario entre 4 y 12 veces superior al del resto de la población.
- 6 de cada 10 españoles pade-

cerán una enfermedad crónica, lo que incrementará considerablemente su gasto sanitario. Este tipo de pacientes consumen el 70% del gasto sanitario actual.

- Con el esquema actual, en 10 años las listas de espera se dispararán. La saturación actual ya es muy alta. La tasa de ocupación en los hospitales públicos supera el 80%. En atención primaria, los pacientes son asignados con un promedio de 6,5 minutos al médico de familia.
- Si se mantienen los niveles de productividad actuales en el sistema sanitario, en 10 años podrían faltar entre 15.000 y 20.000 médicos.
- De no introducirse reformas, en una década cada español deberá trabajar al menos 30 días al año para atender al coste del sistema sanitario público. Más del 50% del gasto público de las comunidades autónomas se tendrá que destinar a la sanidad.
- La responsabilización de todos los agentes (pacientes, profesionales y gestores) es clave para revertir esta tendencia
- Los pacientes deben adquirir una mayor conciencia sobre el uso que hacen del sistema: los españoles acudimos al médico un 40% más que el promedio de la UE-15, entre un 30 y un 80% de las visitas de urgencias podrían evitarse y el gasto farmacéutico per cápita es un 40% superior en España que en Bélgica, Dinamarca o el Reino Unido.
- Los pacientes deben también ser más responsables de su propia salud: España es el segundo país de Europa en número de fumadores. 1 de cada 2 personas sufre sobrepeso.
- Los profesionales sanitarios son claves en la gestión de los recursos sanitarios. Sin embargo, hoy no es posible conocer qué centros o profesionales destacan en términos de calidad clínica y eficiencia en la gestión (al contrario que en Suecia o Alemania).
- Los médicos son los profesionales cualificados que sufren tasas de contratos temporales más elevadas, superando el 10,5%. Más de la mitad de los médicos afirman no sentirse suficientemente valorados por la Administración y por la sociedad.
- Los gestores tienen que asegurar una mejora de la productividad del sistema (que apenas ha crecido desde 1995), introducir de

forma más racional las prestaciones y ceder espacios de responsabilidad a centros y profesionales.

Hay que empezar a caminar con tres o cuatro medidas que mejoran el sistema público

- Medida 1- Introducir un tique moderador por visita en atención primaria y urgencias para reducir la hiperfrecuentación o la sobreutilización del sistema. Se propone también una revisión del actual sistema de copago farmacéutico, para asimilarlo al de otros países europeos, con distinción de porcentajes en función de renta y no únicamente de edad.
- Medida 2- Asegurar que las dificultades económicas no retrasan la introducción sistemática de las nuevas prestaciones y la innovación terapéutica que realmente suponga una mejora en la calidad de vida de los pacientes.
- Medida 3- Elaborar una comparativa de desempeño clínico, calidad de servicio y eficiencia de centros sanitarios a nivel nacional, con comunicación de resultados a gestores y, progresivamente, a pacientes.
- Medida 4- Fomentar la autonomía de gestión para centros y profesionales, con un sistema de incentivos y una asunción de los riesgos asociados.
- Las barreras al cambio han sido importantes, pero debemos aprovechar el incipiente consenso para mejorar el sistema
- Las reformas sanitarias hay que hacerlas a largo plazo, mientras que en términos políticos son a corto plazo. Esto dificulta la adopción de medidas que puedan tener un cierto coste político asociado. Hasta el momento los problemas se han resuelto gastando más, no administrando mejor.
- Los pacientes son cada vez más exigentes con sus derechos, pero no han sido concienciados de sus obligaciones.
- Los profesionales tienen que ser eje central y motor del cambio, pero lograr su implicación es un reto.
- El incipiente consenso sobre la necesidad de un pacto por la sanidad que aborde los retos del sistema genera el ambiente propicio para lograr este cambio.

EDITOR I AUTORS DE L'INFORME CÀTEDRA

FEDEA és un centre d'investigació per

generar anàlisis econòmiques i promoure propostes econòmiques. El consell executiu de FEDEA està format pel president Josep Olliu, del Banco Sabadell; Felipe Benjumea, d'Abengoa, SA; Emilio Botín, del Banco Santander Central Hispano; Isidro Fainé, de "la Caixa", i Angel Ron, del Banco Popular Español. El president d'honor de FEDEA és José Vilarasau.

MCKinsey & Company és una consultoria d'alta direcció fundada el 1926.

Sostenibilitat i cartera de serveis

La sostenibilitat del sistema sanitari estarà garantida sempre que aquesta sigui, com fins ara, una prioritat manifestada pel ciutadà i, per tant, continuï constituint un pilar de l'Estat del Benestar. Fins on es pot arribar?

Quin augment de percentatge sobre el producte interior brut (PIB) pot assumir la nostra economia

Fins a quin punt la despesa sanitària podrà competir amb altres pilars de l'Estat del Benestar com la llei de la dependència, l'habitatge o les pensions?

sense afectar altres béns públics de primera necessitat pel que fa a la nostra factura sanitària en un moment de crisi amb creixement quasi zero? Fins a quin punt la despesa sanitària podrà competir amb altres pilars de l'Estat del benestar que també són importants generadors de salut com, per exemple, habitatge, ensenyament, llei de la dependència, pensions, etc.?

El ciutadà és, sens dubte, qui ha triat el model que vol de serveis de salut. El Sistema Nacional de Salut i el dret constitucional a la salut expressen la voluntat del ciutadà.

La nostra tradició, la dels nostres pares, ja ve d'un model de Seguretat Social inicialment finançat per cotitzacions. Aquest model fomenta i es basa en el principi de solidaritat. Es va implantar la primera meitat del segle passat i, per tant, es tracta d'un model molt arrelat en la nostra cultura.

Els principis de la universalització i l'equitat de la llei general de sanitat, llei 14/86, encara augmenten la cobertura pública sanitària i cons-

titueixen uns paràmetres que defineixen molt bé el nostre model. Tot el que es posi en marxa a partir d'aquell moment, ha de respectar aquestes premisses.

D'altra banda, ja coneixiem el concepte de restricció. La preocupació per la despesa sanitària ha arribat sense haver d'esperar l'actual crisi. De fet, en tractar-se de diners públics és bo que tothom, tots els agents que intervenim en el sistema sense excepció, coneguem l'import del que produïm en matèria de salut.

En el nostre cas, sentim parlar del problema del finançament des de les primeres transferències l'any 1981. La balança fiscal amb la resta de l'Estat ha estat poc generosa des d'aquells moments. Tot i així, Catalunya disposa d'un model sanitari competitiu i modèlic en molts aspectes i extraordinàriament ben valorat per la població en les enquestes de satisfacció.

Tot i el creixement i desenvolupament dels últims anys, sembla que encara ens queda un marge per arribar al que altres països amb models similars al nostre destinen a la partida sanitària. Les dades de l'Institut Nacional d'Estadística i el Ministeri d'Economia i Hisenda així ho afirmen en referir-se a la despesa pública en salut a Catalunya en relació amb el PIB.

Per tant, és evident que els esforços recents realitzats per millorar el nostre finançament, que s'ha de traduir en resultats en el proper període d'entre 2 i 5 anys, haurien de suposar un discret alleujament per suportar millor la sortida de la crisi econòmica. En definitiva, el finançament que el ciutadà, a través del Parlament, voldrà destinar a la factura pública dins dels seus pressupostos dependrà de la confiança i satisfacció percebuda. Dependrà del que li reporti el seu dispositiu sanitari públic i de l'eficiència a l'hora de gestionar el servei, a més de la xifra de recaptació d'impostos.

Cal tenir molt clar que la cartera de serveis comuns promulgada pel Sistema Nacional de Salut, que

es publica al BOE, també depèn del que el ciutadà està disposat a finançar amb pressupost públic. Si més no, la situació de crisi actual esdevé una oportunitat per aplicar plans de millora en el nostre model. Plans que, si pot ser, el facin més eficient i que ajudin a mantenir la confiança de l'administrat en l'Administració.

Fins a quin punt, sota l'epígraf *la salut no té preu*, de vegades es realitzen accions poc eficients en termes de resultats i beneficis? Podem prendre com a exemple les conseqüències de la crisi del

Prenent aquesta situació com a exemple, i partint de la premissa que tenim un bon model sanitari, potser estem en el moment adequat per analitzar-lo amb la humilitat, serenitat i maduresa que genera la crisi, lluny de corporativismes que són estèrils, en ocasions. Avui, amb les condicions necessàries de representativitat, és el moment d'arrodonar el model i aconseguir fites de manera conjunta després d'haver escoltat ciutadans, professionals clínics, agents sanitaris, estaments, altres òrgans de participació, gestors, tècnics i polítics.

la solidaritat i amb accés gratuït. Té com a objectiu mantenir i millorar l'estat de salut de la població.

Ens trobem en un moment en què la sostenibilitat del sistema està compromesa; d'una banda, tenim un augment de la demanda, amb més necessitats de serveis sanitaris, que comporten un increment de la despesa. Les causes són àmpliament conegudes: augment de la població amb un component d'immigració important, envelliment poblacional, increment de patologies cròniques i degeneratives, canvis en les estructures

de suport social i familiar, més demandes de caire social, medicaments i tecnologies cada cop més cares. Al mateix temps, ens trobem en un moment de crisi econòmica amb disminució dels ingressos públics que dificulta atendre aquest augment de la demanda amb l'agreujant d'una manca de professionals en algunes especialitats per poder fer front a l'atenció dels usuaris.

Per fer més sostenible el sistema podem reduir l'oferta, actuar sobre la demanda, ser més eficients en la gestió i provisió dels serveis

sanitaris, o una combinació de tot això.

Pel que fa a l'oferta, penso que no s'ha de retallar la cartera de serveis bàsica, fins i tot, possiblement, s'hauria d'ampliar en alguns aspectes. La majoria estariem d'acord a fer-ho pel tractament medicamentós de la deshabitació tabàquica; també en el cas de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques que siguin clarament efectives, útils i amb un cost-efectivitat adequat, vigilant en aquests casos que no es produeixin duplicitats tecnològiques innecessàries

(convivència de la tecnologia nova i la vella), i algú podria pensar a incloure-hi la correcció del trastorn de la refracció per mitjans optomètrics i quirúrgics, ampliar la cartera de salut bucodental, nous programes poblacionals de detecció precoç... però, es clar, potser no tot el que és efectiu pot ser finançat.

En l'apartat referent a la prestació farmacèutica, sí que s'ha de continuar actuant en tots els aspectes de racionalització que van des del registre fins que l'usuari es pren, o no, la medicació; aquest és un tema suficientment important i crec que requereix un article específic.

Un altre aspecte són les diferències que hi ha entre les comunitats autònomes, en aspectes no directament relacionats amb la cartera bàsica, però que poden crear confusió, en molts casos innecessària, com són els diferents calendaris vacacionals existents, no sempre relacionats amb causes epidemiològiques.

Es podria limitar la cartera de serveis en alguns casos? Si això significa fer-ho per a determinats grups poblacionals, penso que és èticament reprovable. Limitar-ne algun aspecte concret? Potser es podria valorar el que fa referència a la reproducció humana i assistida; no en la indicació en si, en tot cas, en el temps d'accés i en el nombre d'intents.

La cartera de serveis també contempla la facultat de facturar a tercers la prestació de serveis a determinats col·lectius, tipus d'assegurances i convenis. És una possibilitat que s'ha de potenciar per poder augmentar els ingressos.

Qui i com s'ha de crear la cartera de serveis del sistema sanitari?

Han de dir-hi alguna cosa els professionals o és un tema que només han de decidir els polítics i els gestors sanitaris?

En principi, hi haurien de participar tots els estaments implicats: els ciutadans, a través dels seus representants, els gestors i els professionals.

La sanitat (i la cartera de serveis) no sol estar en l'agenda política i no sol sortir en els debats electorals, ja que no dóna massa rèdit polític, més encara en moments de dificultat com els que estem vivint. Fa falta un consens polític i social per decidir quina sanitat volem,

La sostenibilitat del sistema vindrà donada pel finançament, per la satisfacció i la confiança dels ciutadans en el servei públic i les seves estructures

petroli de 1973, en què els països de l'OPEP van pujar el preu fins a quadruplicar-lo. L'activitat econòmica del món occidental, la que més depenia del cru, va caure i va provocar altes taxes d'atur.

És evident que, davant d'una situació de crisi com la que es va iniciar l'any 1973, va produir-se una concatenació de canvis en els anys successius per adaptar-se a les circumstàncies. Aquests canvis condicionen l'actual present. Un d'aquests va ser el canvi del finançament, ja que, en caure l'activitat econòmica va pujar la taxa d'atur. Llavors, els sistemes de salut es van deixar de finançar per cotitzacions per fer-ho a través de l'IRPF. Un altre canvi necessari es va produir a causa de la insostenibilitat d'un model sanitari car, poc eficient, basat en "l'hospitalcentrisme" i en el qual l'atenció primària era una mala caricatura de l'actual sense el concepte d'atenció integral, treball en equip o multidisciplinarietat. Aquest concepte tampoc incloïa activitats preventives ni de promoció de la salut, per citar-ne algunes.

És obvi que la Declaració d'Alma-Ata de 1978 i tot el desenvolupament posterior han condicionat la pràctica assistencial de diverses generacions i han reportat importants beneficis a les societats que van creure en la sostenibilitat d'aquest model. Aquella declaració va proclamar la necessitat d'una atenció primària potent com a primer i majoritari nivell d'atenció.

Potser en un altre moment de més opulència tot plegat hauria estat impossible. És el moment d'arrodonar el model de forma que ens garanteixi i augmenti la confiança de la ciutadania en els seus recursos públics més enllà de la restricció econòmica. És l'oportunitat per consolidar-nos en empreses modernes, innovadores i que, a més de prestar serveis, siguin una força d'arrossegament per la seva transcendència cap a altres sectors de l'economia.

La sostenibilitat del sistema vindrà donada pel finançament i, fonamentalment, per la satisfacció i la confiança dels ciutadans en el servei públic i les seves estructures.

Dr. Jaume Capdevila Mas
Director mèdic
GSS-Hospital de Santa Maria

Sostenibilitat del sistema i cartera de serveis

Què poden fer els metges per afavorir la sostenibilitat del sistema? Qui i com decideix la cartera de serveis?

La sostenibilitat del sistema sanitari requereix retallar o limitar la cartera de serveis del sistema sanitari públic?

Tenim un sistema sanitari públic basat en la universalitat, l'equitat,



quant hi estem disposats a gastar i informar-ne els ciutadans d'una manera clara i transparent.

La cartera de serveis sanitaris s'ha de crear segons les necessitats sanitàries de la població i els avenços científics i tècnics que es van produint. Aquí és on intervenen els professionals, a través d'agències d'avaluació, comitès d'experts o òrgans professionals, que han de fer la proposta amb una memòria tècnica i econòmica —han d'evitar que cap nova tècnica, tecnologia o procediment clínic rellevant es generalitzi en el sistema sense una avaluació de seguretat, eficàcia, cost i utilitat— i els gestors, que han de decidir la inclusió o no en funció de l'interès públic i les possibilitats de finançament.

La cartera de serveis ha de ser detallada fil per randa o només ha d'abastar aspectes més generals?

El fet de ser detallada permet saber amb claredat quines són les prestacions incloses; això comporta haver de posar-ho tot, cosa que pot resultar difícil. La cartera de serveis vigent, per exemple, és molt concreta en alguns apartats (pal·liatius, salut bucodental, salut mental, prestació ortoprotèsica) i més general en altres, que són més difícils de concretar (promoció de la salut, prevenció de la malaltia, activitats comunitàries).

És bo que també es concreti quines prestacions estan excloses (en salut bucodental; procediments diagnòstics i terapèutics amb finalitat estètica sense relació amb accident, malaltia o malformació congènita; els tractaments balnearis; aspectes de salut mental com psicoanàlisi o hipnosi; determinats productes farmacèutics, transport sanitari per causes no clíniques...).

Per evitar el col·lapse del sistema i per fer-ne valer la sostenibilitat, com creus que es podria evitar el mal ús i l'abús en la utilització dels serveis sanitaris?

Primer ens hauríem de plantejar si efectivament hi ha un mal ús i abús en la utilització dels serveis. Segurament hi és, només cal veure els motius i la freqüència de visites a les consultes, tant d'adults com en pediatria, i als serveis d'urgències (fer guàrdies al CUAP ha estat una revelació). En tot cas, sí que hi ha un increment de les deman-



des d'atenció sanitària per part de la població, i això comporta dificultats per poder augmentar o mantenir els recursos, amb les consegüents repercussions sobre la sostenibilitat del sistema.

És tot per culpa dels usuaris? Penso que no. A més d'actuar sobre l'oferta a través de la cartera de serveis, també es pot actuar sobre la demanda sanitària mitjançant mesures organitzatives i de provisió més eficients i/o actuant directament sobre l'usuari.

Hem de tenir en compte que l'assistència sanitària és una conquesta social que l'usuari veu com un dret amb unes expectatives il·limitades. Li costa de veure el deure de fer-ne un bon ús i, per tant, entendre que si no ho fa es posa en risc la sostenibilitat del mateix sistema. Frases com "jo pago els meus impostos" o "jo pago el teu sou" les sentim amb certa regularitat.

El model que tenim permet demanar de tot, tantes vegades com es vulgui i a qualsevol hora. En l'àmbit organitzatiu i de provisió dels serveis s'haurien de potenciar mesures que facin més eficaç i eficient el sistema, que permetin

canalitzar l'atenció de la demanda i prestar el servei en el nivell més apropiat. Hi ha actuacions que incumbeixen principalment als gestors, però els professionals també hem de cercar la qualitat i l'eficiència en les nostres accions. Entre altres possibilitats, la majoria referents a l'atenció primària, hi hauria:

- ◆ Conscienciar l'usuari de la importància de fer un bon ús dels serveis en el mateix moment en què acudeixi al servei, tant si és a urgències com al CAP, amb un missatge clar per part de tots els professionals.

- ◆ Fa un temps, a l'alta dels hospitals, es donaven factures no efectives per conscienciar l'usuari del cost que havia comportat l'atenció del seu procés; sembla que ara no es fa, no sé si es va considerar que no era un procediment suficientment efectiu.

- ◆ Tenir un diagnòstic de salut de la nostra població pot fer adaptar el sistema organitzatiu a les seves necessitats.

- ◆ Que la integritat, la continuïtat i la coordinació entre primària, hospitalària i els serveis socials

sigui real i efectiva, amb l'usuari com a protagonista i el metge de família com a gestor del seu pas pel sistema; realitzar el procés assistencial al lloc més eficient i amb la qualitat requerida, si es pot fer a l'atenció primària no cal fer-ho a l'hospitalària. L'aposta de l'ICS per la descentralització i per l'autonomia dels centres i el fet de tenir una gerència única ha de ser un element facilitador.

- ◆ Sempre es parla de la capacitat resolutiva de la primària, que resol el 85% de les demandes, però per fer-ho bé es necessita temps i recursos diagnòstics i terapèutics; per tant, s'ha de tenir accés als productes intermedis i garantir-ne un ús racional. Això comporta una disminució de les llistes d'espera, permet que l'especialista hospitalari faci coses més pròpies del seu servei i augmenta l'efectivitat del sistema.

- ◆ Potenciar més els recursos socials, ja que moltes consultes no són per demandes sanitàries, sinó per problemes socials que queden retinguts per una manca de coordinació i una adequada dotació de recursos socials de mitjana i llarga estada.

- ◆ Aprofundir en un funcionament intern dels equips amb consultes més resolutives i buscar la màxima eficàcia en el procés d'atenció. Això, entre altres coses, comporta:

- Tenir temps per realitzar tasques de promoció, educació sanitària per fomentar hàbits de vida saludables (alimentació; exercici físic; actuacions per evitar el tabac, l'abús d'alcohol i drogues; educació sexual...), detecció proactiva dels factors de risc, accions planificades per a les persones que tenim en atenció domiciliària.

- Gestionar la demanda aguda amb uns circuits d'atenció resolutius i realitzats pel professional més adient en funció del tipus de demanda: pot ser que la resolució es faci en l'àmbit administratiu, d'infermeria o facultatiu.

- Adaptar les tasques a les noves realitats; la instauració de la recepta electrònica ha significat, sobretot pel que fa a la infermeria, poder redirigir la seva activitat cap a tasques que poden contribuir a millorar l'atenció a l'usuari, ha afavorit un ús més racional dels serveis: estic pensant en la potenciació de les mesures no farmacològiques de tractament de patologies cròniques (expertesa en dietètica, rehabilitació osteomuscular i respiratòria, exercici físic segons patologies...), educació grupal, tasques a la comunitat.

- Desburocratitzar les consultes, les coses que es poden fer en un altre nivell no han d'arribar a la consulta mèdica; el 30% del nostre treball el podria fer un altre professional.

- Si es té més temps per visita o aquest s'organitza millor (és un indicador de qualitat que no es visualitza a les DPO), es millora la pràctica clínica, es desmedicalitza l'atenció, no es creen noves necessitats i es fa una visita més integral que disminueix la freqüentació, les derivacions i l'ús inadequat dels serveis. El benefici de tenir controlada una insuficiència cardíaca és inqüestionable, sobretot per a la persona implicada, però també per al sistema; tindriem uns professionals i uns usuaris satisfets, i veuríem una atenció primària de qualitat, i no com un lloc que limita l'accés de la població als serveis sanitaris.

Un altre apartat per influir en la

sostenibilitat del sistema seria actuar directament sobre la demanda mitjançant una aportació econòmica de l'usuari quan fa ús dels serveis sanitaris. No es tractaria d'augmentar la recaptació, sinó d'una mesura de contenció en la utilització dels recursos que regularia la demanda.

Ja tenim copagament en la prescripció farmacèutica de la població activa, però aquesta aportació és minsa en relació amb el total de la despesa farmacèutica; s'hauria de realitzar un copagament segons el nivell de renda dels usuaris; no té gaire sentit que un aturat pagui i un pensionista no.

En sentit contrari, tenim més del 20% de la població amb una doble assegurança, pública i privada; si no la tinguessin, augmentaria el col·lapse del sistema públic.

Ha de pagar l'usuari per accedir als serveis sanitaris? A tots els serveis o, de forma puntual, a algun servei? Han de pagar els que van a urgències hospitalàries sense estar derivats pel metge de família i no tenen una patologia greu? S'han de pagar els serveis hotelers mentre s'està ingressat (hi ha llocs on l'aigua no entra en el menjar)? S'ha de pagar si la patologia té una clara relació amb estils de vida no saludables (com es vol fer en els rescats de muntanya, si es demostra una imprudència)? S'ha de pagar una taxa per recepta?

Hi ha arguments en contra del copagament: pot afectar l'equitat i la solidaritat del sistema i penalitzar l'atenció a persones amb rendes baixes, immigrants sense papers o persones amb patologia crònica; també s'argumenta que el sistema administratiu per gestionar-lo és complicat i car, i que per evitar els problemes en l'equitat s'haurien de fer tantes exempcions que es perdria l'efecte buscat.

És una decisió difícil de prendre que fa necessari obrir un debat social seriós. Si, malgrat les mesures organitzatives i d'educació sanitària, tant les que realitzen les institucions com les que fem els professionals, la sostenibilitat del sistema per mantenir l'oferta actual continua en perill, es fa necessari decidir si es continua augmentant el finançament sanitari (a Catalunya es va instaurar el centim sanitari) preservant la solidaritat del sistema i/o s'actua regulant la demanda.

Dr. Miquel Casanovas Gabal
Metge del CAP Eixample



Compartir un somni fet realitat

Les mateixes pors inicials, les mateixes llàgrimes finals

Pau Domingo i Cetó

Aquests dies he rellegit la nota editorial d'un llibre que estimo¹. El Dr. Joaquim Ramis hi apuntava que, malgrat que l'Assemblea de les Nacions Unides proclamà per unanimitat, el 20 de novembre de 1959, la Declaració dels Drets de l'Home, i que, 20 anys després, també signà la Convenció del Drets dels Infants, hem de posar en dubte que en molts llocs s'hagin instaurat els mitjans adequats per fer efectives aquestes declaracions de principis. I, si es donés el cas que els governs de les nacions fessin possible que la igualtat fos una realitat per a tots els infants, mancaria encara un altre factor: la necessitat d'un canvi de mentalitat i d'una presa de consciència col·lectiva.

Són els canvis de mentalitat i de costums els que menen als canvis legislatius, i no a l'inrevés. No cal demanar, doncs, grans proclames legals, sinó que allò que convé són canvis fonamentals en la mentalitat dels pares, dels educadors, dels funcionaris i de la comunitat en conjunt. És llavors quan se'ns fa evident la veritat del model ecològic de funcionament social. La realitat del dia a dia d'una comunitat —i de les famílies que la formen com a nuclis base— es fonamenta en els valors socials i culturals que la sostenen i que impregnen totes i cadascuna de les activitats dels individus, de les famílies i dels professionals. Una dita africana diu que “per educar un infant cal la participació de tota la tribu, i no solament la dels seus pares”.

Una reflexió després de dues crisis: la de l'arribada allà i la de la tornada ací

He viscut, del 20 d'abril al 20 de juny d'enguany, una de les meves millors vivències personals i professionals: treballar de pediatre voluntari i col·laborador en el Programa d'Agermanament entre l'Hospital Sant Joan de Déu, de Barcelona, i el Saint John of God Hospital, de Mabesseneh, a Lunsar, Sierra Leone.

Certament Mabesseneh és tota una altra realitat, tot i que visquem en un mateix món. Els valors que fan de suport de la gent d'allà són molt diferents dels nostres, ací a Catalunya.

Aquests valors, que s'han anat establint lentament ací i allà en el decurs de moltes generacions, no es poden modificar en poc temps. Per això, el xoc és inevitable. Les realitats són massa diferents per adaptar-se amb facilitat a la realitat d'allà per a nosaltres o a la d'ací, per a ells.

L'esperança de vida a Catalunya volta els 80 anys amb serveis de tota mena i, paradoxalment i massa sovint, amb la queixa als llavis, el negativisme i l'exigència per bandera. A Sierra Leone, amb 40 anys de mitjana d'esperança de vida, la xarxa elèctrica encara no existeix, l'aigua és un bé escàs que cal anar a cercar al pou de la comunitat i els serveis bàsics són un luxe a l'abast de pocs. La feina que cal fer cada matí és aconseguir que, si més no una vegada al dia, els de casa tinguin quelcom per menjar, cosa difícil quan el jornal d'un dia és de 5.000 lleons (1,25 euros) i un pa de mig costa 1.000 lleons.

Per tant, la malnutrició infantil és la mare de totes les desgràcies posteriors per als infants. Llavors, podem arribar a entendre que el nen que no doni senyals d'una mica de vivesa i que demani més esforços que un altre fill més despert i vital sigui deixat de banda. La migradesa de recursos fa que calgui invertir en la descendència que doni fruits més fàcilment. La mortalitat infantil de Sierra Leone és la més alta del planeta. Abans dels 5 anys mor un de cada tres nens. Vés a saber si, com diuen els d'allà, “els nens que es moren ho fan perquè no els ha agradat el món al qual han arribat i se n'han tornat allà d'on venien”. Quin és el món que no els ha agradat? El vaixell comú del planeta blau o el petit món tropical de misèria i mort, però també d'agraïment i misteri? Potser tornaran a provar sort més endavant per veure si els toca la rifa de néixer al nostre món econòmicament ric?²

És especialment dur acceptar aquesta realitat per part dels pediatres d'ací, acostumats a lluitar amb mitjans de tota mena —que les famílies exigeixen fins al límit— per a infants que en molts llocs no tindrien cap possibilitat.

A l'anada, l'adaptació a una realitat tan i tan diferent és complicada. D'entrada, cal que el cos s'adapti a un clima tropical que et sorprèn en descobrir-lo per primera vegada. A l'enriquidor llibre *Ébano*, l'escriptor Kapuscinski³ hi parla dels impactes de



El Dr. Francesc Domingo acompanyat de nens i nenes a Lunsar, localitat situada al nord de la província de Sierra Leone

qui s'apropa per primer cop a l'Àfrica: la llum del sol que tot ho inunda i tot ho escalfa, l'olor del tròpic que ens fa comprendre que som en un lloc de la Terra on la biologia no s'atura mai, de la germinació a la putrefacció, en un cicle accelerat de vida i mort sense fi, i, finalment, la gent del lloc, amb la seva força, gràcia i resistència del tot encaixats al paisatge, la llum i l'olor. L'home blanc, *opoto*, perquè els portuguesos van ser els primers blancs que van veure els nadius, és un ésser estrany, amarat de suor i temorós de tot, pàlid i dèbil enmig d'aquesta exhuberència selvàtica.

I és cert. La xafogor tot ho impregna.

Un regal preuat que jo podia rebre a Mabesseneh era l'alenada de vent suau que, a estones, entrava per la mosquitera de la finestra de la sala de pediatria i alleujava el cos amarat de suor. I un altre regal preuat també era el primer got d'aigua fresca que podia prendre en arribar al menjador per dinar. Allà l'aigua filtrada i mantinguda a la nevera era accessible durant les poques hores de llum que teníem a l'hospital.

Tot i això, el millor bàlsam ha estat l'amabilitat dels nadius i dels germans de Sant Joan de Déu, i dono les gràcies al Manuel, al Justino, al Peter, al Blessius, al Georges i al Michael, així

La mortalitat infantil de Sierra Leone és la més alta del planeta

Quan tornes entens que l'agulló de l'Àfrica t'ha picat, perquè voldries ser-hi un altre cop

com l'agraïment i la riulla generosa de les famílies i els infants, el consol de les altres mares i de les infermeres quan els primers nens es morien malgrat l'esforç compartit. Un esforç compartit amb la Laura, la Lola, l'Esther i la Roser, les altres voluntàries amb qui he conviscut i els professionals d'allà que han permès una experiència única. Una experiència de la vida essencial, de la de la supervivència de l'home en un medi ple de sol i humitat que el sobrepassa, on la vegetació i la fauna de totes mides no s'atura en el cicle continu de vida i mort, indestruïbles l'una de l'altra, que accepten del tot, a diferència de nosaltres, que, massa



» sovint, ens esforcem a ignorar la mort, l'únic esdevenir cert que tenim.

És llavors, dos mesos després, quan el cos i l'esperit s'han adaptat a aquesta nova manera de veure el món, al ritme essencial de vida i mort dels *pikins* ("nens", en timini) i a la manca crònica de mitjans, que cal tornar a casa. Quan sents que la teva feina ja té uns resultats evidents i els infants crítics se'n surten malgrat les dificultats i que les mares et donen el seu agraïment amb els ulls i el gest, arriba el moment de tornar. A quina casa? A algunes companyes, que han estat 6 o 12 mesos a Mabesseneh, els ha costat i els costa acceptar aquest retorn a un món de valors tan diferent, a un món a voltes massa interessat i que ha perdut una part de la dimensió humana. Per això, em sento proper a cadascun i a cadascuna d'ells o d'elles quan sé que tornen. Si jo, amb tan sols dos mesos d'estada, m'he sentit tan trasbalsat a la tornada, com deu ser després de mig any o un any d'aquest petit món de misteri que és Mabesseneh!

Certament, el retorn no és fàcil. Veus el món d'ací empobrit de valors bàsics i t'adones de la poca estima que donem a la qualitat de vida de què disposem, de les banalitats a què ens enfrontem i del malbaratament dels recursos que la vida ens ha donat. A estones et preguntes: què hi faig jo, aquí, quan fa unes setmanes em sentia viu en l'atenció realment urgent i necessària d'un munt de petits de Sierra Leone? Llavors entens que l'agulló de l'Àfrica t'ha picat, perquè voldries ser-hi un altre cop.

En el meu cas, hi ha hagut tres motius que han fet que aquest període post-Mabesseneh s'hagi perllongat en el temps durant dos mesos i mig més. Tenen els noms de Kadiatu, Kadijatu i Tamba. Són tres nens de Sierra Leone inclosos al programa *Cuida'm*. I també un quart, el programa *Apadrina un tractament*.

«Cuida'm» o «Apadrina'm»? Les dues coses, si us plau!

El programa *Cuida'm*⁴ va néixer amb la finalitat que qualsevol infant d'arreu del món pugui rebre el tractament que li calgui i que no pugui obtenir en el seu entorn habitual. Els socis fundadors foren l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues (HSJD), la companyia d'Assegurances DKV Seguros, la Fundació El Somni dels Nens i la Fundació Sant Joan de Déu. Els principis fundacionals són: la no-discriminació de sollicituds per motius de raça, creences o raons polítiques; l'execució de la feina amb objectivitat i rigor, així com amb sensibilitat i humanitat, i la transparència en totes les accions dutes a terme i en els fons emprats.

Amb el programa *Cuida'm*, nens de qualsevol lloc del món poden disposar



de les instal·lacions, la tecnologia i els especialistes de l'Hospital Sant Joan de Déu. És dins aquest programa que vaig tenir el privilegi de retornar a Catalunya acompanyant i acompanyat per tres infants de Sierra Leone, un d'ells amb la seva mare, una infermera d'allà que ha fet de tutora dels dos més grans, i de l'Esther, una infermera també voluntària amb qui vaig compartir els dos mesos a Mabesseneh. Seguir llur evolució durant els dos mesos i mig que s'han estat aquí m'ha permès continuar vivint Sierra Leone.

A banda del programa *Cuida'm*, existeix el Programa d'Agermanament de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) d'Esplugues de Llobregat amb el Saint John of God Hospital (SJGH) de Lunsar, a Sierra Leone. L'HSJD dóna suport tècnic i formatiu als professionals de Sierra Leone i assegura el trasllat continuat de personal i de material sanitari cap a Sierra Leone. Gràcies a aquesta iniciativa, jo he

estat per a un pediatre d'Atenció Primària el llibre de butxaca de l'Organització Mundial de la Salut sobre atenció hospitalària d'infants a països amb recursos limitats⁵.

Programa «Apadrina'm!»

El programa *Apadrina un tractament*⁶ va néixer amb la finalitat d'aconseguir finançament per al tractament dels nens al Saint John of God Hospital (SJGH) de Lunsar (Sierra Leone). Els objectius són que cap nen deixi de ser tractat o ingressat al SJGH per manca de mitjans econòmics, que les famílies puguin anar al SJGH quan apareguin els primers símptomes i que, un cop iniciat el tractament, es completi i tingui el seguiment necessari.

Per aconseguir-ho, aquí, s'ha creat un sistema de socis que es fa càrrec de bona part de les despeses de l'hospitalització dels nens al SJGH. Els impulsors del programa han estat

L'Hospital Sant Joan de Déu assegura el trasllat de personal i de material sanitari cap a Sierra Leone

El programa pretén que, a la llarga, siguin els professionals d'allà els que tinguin cura dels petits

Per a ells, la mort d'un infant és una realitat quotidiana, per a nosaltres constitueix un fracàs

pogut viure aquesta experiència, que continua oberta per a tots aquells pediatres i metges de família capaços d'engrescar-se a fer el pas i a posar el seu gra de sorra en un programa que té continuïtat i que pretén que, a la llarga, siguin els professionals d'allà els que tinguin cura dels seus petits. I sempre amb el benentès que no tot són flors i violes.

El món a l'Àfrica s'ha gestat durant molts segles amb uns valors diferents als nostres. Això es nota a l'hora d'encarar la vida, la salut i la mort. Mentre que per a ells la mort d'un infant és una realitat quotidiana, per a nosaltres constitueix un fracàs. Per tant, no és estrany que a voluntaris d'ací ens afecti emocionalment quan arribem allà i que el desgast físic sigui enorme, especialment per les poques hores de son i l'estrès de no disposar de recursos. Tot i això, al cap i a la fi, han estat dos mesos de confiança plena en allò que la vida ens posa al davant i el creixement personal ha estat immens. Des del primer dia fins al darrer, el camí l'he fet cada dia, perquè, com afirmava el germà Justino, «avui ja és demà». D'altra banda, no em sé estar de recordar ara l'ajut inestimable que

l'Hospital Sant Joan de Déu, els voluntaris i socis de Lunsar i l'Obra Social dels Germans de Sant Joan de Déu.

Per quina raó s'ha escollit Sierra Leone per a aquesta iniciativa? Els motius són els següents⁸:

1. Sierra Leone ocupa el darrer lloc del planeta a la Taula d'Índex de Desenvolupament Humà, que mesura l'esperança de vida en néixer, el nivell educatiu de la població infantil i adulta i el producte interior brut de cada país.
2. El país continua amb múltiples problemes socials i polítics després de 10 anys de guerra civil, que es va acabar el 2002.
3. Els recursos sanitaris personals i materials són escassos.
4. L'índex de mortalitat infantil és el més alt del món. Abans d'arribar als 5 anys, mor un de cada tres nens.
5. L'alta incidència de malària i malnutrició.
6. Atès que l'eficàcia dels tractaments depèn de si es pren prou aviat, cal engegar programes que no ajornin l'abordatge dels molts reptes sanitaris que tenen al davant.
7. L'atenció sanitària amb un mínim de garanties és massa cara per a les



]]]] famílies.
 8. L'OMS recomana atenció gratuïta per als menors de 5 anys, però la pobresa del país no ho permet.
 9. Els nens són els grans perjudicats, i més encara quan en la societat de Sierra Leone són els darrers de la cadena.
 10. Eliminar la barrera econòmica de l'hospitalització és bàsic per poder implantar programes preventius.

Convenció dels Drets dels Infants. 20 anys de drets? On?

El 14 de juny de 2009, un dels darrers dies de la meua estada a Mabesseneh, el nou president dels Estats Units d'Amèrica, Barack Obama, féu una fugaç visita a Ghana, l'estat que ha apostat més fort per democratitzar les institucions arreu del continent africà. Al Parlament, Obama va demanar

Eliminar la barrera econòmica de l'hospitalització és bàsic per poder implantar programes preventius

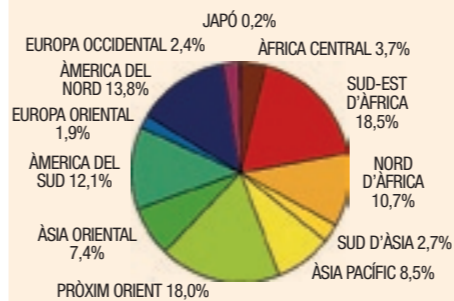
Com a professionals, una de les nostres tasques és saber ser els portaveus dels que no tenen ni veu ni vot

perdó pels abusos comesos en el passat per les potències colonials, però, adreçant-se a tots els africans, els digué que el futur era seu, dels africans. I emprà l'adaptació del seu reeixit "We can": "Vosaltres podeu, si lluiteu contra la corrupció generalitzada i endèmica arreu del continent i us decidiu a viure en llibertat. I els primers que cal que canviïn són les elits polítiques i econòmiques que us impedeixen sortir de la misèria i la pobresa en què milions de vosaltres esteu immersos." I, com recordava en el seu escrit d'aquells dies el periodista Lluís Foix, un altre president dels Estats Units, Teodor Roosevelt, deia que "les persones no poden ser lliures si són pobres, desgraciades i tenen una educació deficient". "La llibertat és llibertat", afegia, "només si se'n pot gaudir en el context d'un cert grau d'igualtat social".]]]



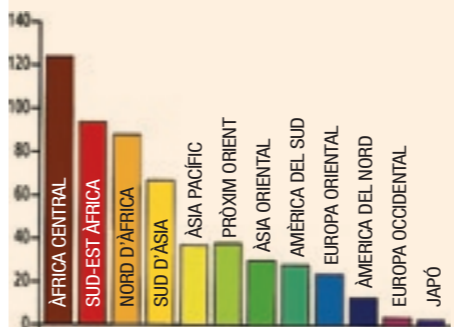
Els nens són els grans perjudicats i els darrers de la cadena en la societat de Sierra Leone

Distribució mundial de la terra



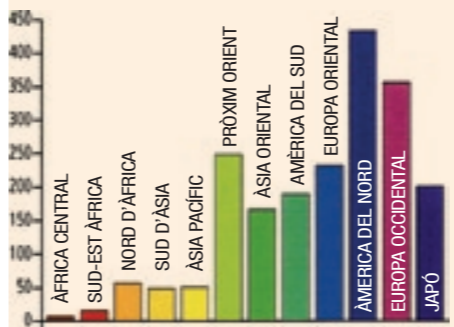
Mortalitat infantil

Mortalitat infantil per cada 1.000 nascuts vius, 2002



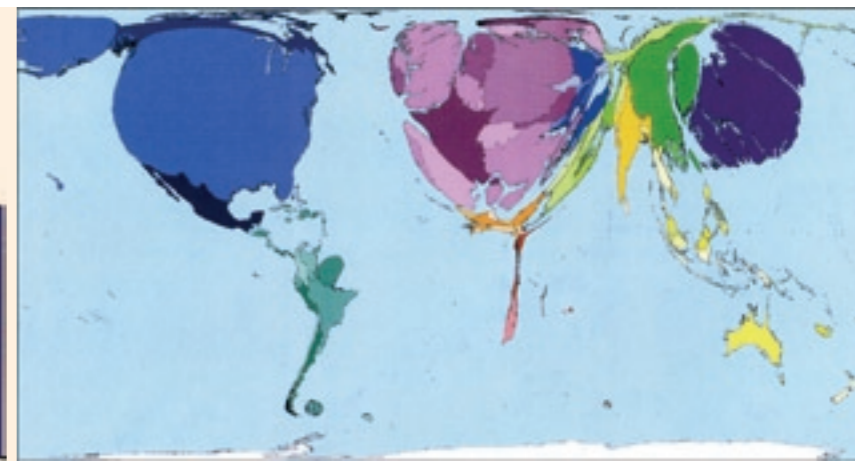
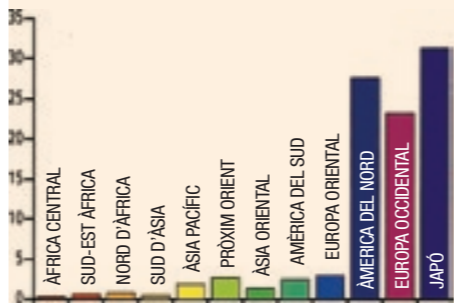
Metges que treballen

Metges treballant per cada 100.000 persones, 2002



La distribució de la riquesa al món

Producte interior brut per persona i any en milers de dòlars





» Aquest 2009 es compleixen els 20 anys de la signatura de la Convenció dels Drets dels Infants'. Malgrat l'esforç de molts, hi ha dificultats evidents per assegurar els drets bàsics a milions de nens i nenes del nostre planeta. La Convenció és el primer instrument internacional jurídicament vinculant que incorpora tota la gamma de drets humans: civils, culturals, econòmics, polítics i socials. L'any 1989 els dirigents mundials decidiren que els nens i les nenes havien de tenir una convenció especial destinada exclusivament a ells, atès que els menors de 18 anys necessiten una atenció i una protecció especials no necessària per als adults.

La Convenció estableix aquests drets en 54 articles i dos protocols facultatius. Així, defineix els drets humans bàsics de què gaudeixen els nens i les nenes a tot arreu: el dret a la supervivència, al ple desenvolupament, a la protecció contra les influències perilloses, als maltractaments i a l'explotació i a la plena participació en la vida familiar, cultural i social. Els quatre principis fonamentals de la Convenció són la no-discriminació, la dedicació a l'interès superior del nen, el dret a la vida, la supervivència i desenvolupament i el respecte dels punts de vista del nen. Tots els drets que es defineixen a la Convenció són inherents a la dignitat humana i al desenvolupament harmoniós de tots els nens i nenes. La Convenció protegeix els drets de la infantesa en estipular pautes en matèria d'atenció a la salut, l'educació i la prestació de serveis jurídics, civils i socials. En acceptar les obligacions de la Convenció, els governs nacionals s'han compromès a protegir i a assegurar els drets de la infància i han acceptat que se'ls consideri responsables d'aquest compromís davant la comunitat internacional. Els estats que formen part de la Convenció estan obligats a estipular i tirar endavant totes les mesures i polítiques necessàries per protegir l'interès superior del menor.

No obstant això, com es pot fer compatible això que les lleis i les convencions proclamen amb la realitat de mancances socials globals que molts països sofreixen? Com es poden fer respectar els drets dels infants en països on els drets bàsics dels adults ja no són respectats? Qui votarien els infants? Com a professionals del món de l'infant, una de les nostres tasques és saber ser els portaveus dels que no tenen ni veu ni vot⁸.

I com a cloenda, l'agraïment

Treballar de pediatre voluntari i col·laborador en el Programa d'Agermanament ha estat per a mi un veritable regal. Per tant, és amb l'agraïment com millor es pot cloure aquesta redacció.



El millor bàlsam ha estat la rialla generosa de les famílies i els infants

He d'agrair a la gent d'ací que ens permet poder sentir-nos una anella més en una cadena i participar en programes de suport com aquest que he volgut compartir, encara que sigui en un tast, amb tots vostès. Tot i això, vull expressar el meu agraïment especialment a la gent i al món de Mabesseneh, gent amable i generosa, fraternal i respectuosa. Deixeu-me, doncs, que ho faci en les quatre llengües natives de Sierra Leone: el timini, el crio, el limba i el mende: *Momo, Thenki, Wali-wali i Bisié*. Gràcies!

Dr. Francesc Domingo i Salvany
Pediatre. Balaguer

NOTES:

1. Els cartogrames de les figures corresponen als mapamundis adaptats a diferents realitats i han estat obtinguts de la pàgina web especialitzada⁹. Worldmapper és una col·lecció de mapes del món, el territori del quals ha estat recalculat en funció del subjecte d'interès.
2. Una part d'aquest article va ser exposada al Curs de Medicina Tropical 2009, organitzat per Medicus Mundi Lleida, i a la Taula Rodona de Cooperació Internacional en el 25è aniversari de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Lleida (2009).

BIBLIOGRAFIA

1. Dargallo Reventós J, Martínez-Roig A, Domingo Salvany F. La síndrome del nen apallissat. Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona, 1981; 23.
2. Domingo Salvany, F. Els diners, la rendibilitat social i la consciència pediàtrica. *Pediatría Catalana* 2008; 68:116 (pòster).
3. Kapuscinski R. Ébano. 19ª ed. Barcelona: Ed. Anagrama; 2009
4. www.facebook.com/cuidam?v=app_
5. World Health Organization: Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva; 2005.
6. www.apadrinauntractament.org
7. Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions Unides per als Drets Humans (<http://www.unicef.org/spanish/crc/>). Convenció sobre els Drets del Nen. Assemblea General en la resolució 44/25, del 20 de novembre de 1989.
8. Domingo Salvany, F. Qui votarien els infants? *But Soc Cat Pediatr* 1991; 51:87-88.
9. www.worldmapper.org

L'aplicació d'anticossos monoclonals en terapèutica humana: farmacologia general i indicacions concretes

En un exemplar anterior d'aquest butlletí vam presentar els anticossos monoclonals (mabs) com un nou tipus de medicament. En aquell article definíem amb detall els mabs, que no són més que grans quantitats d'una sola immunoglobulina (Ig), fins ara del tipus G (IgG), obtinguda a partir de ratolins i cultius cel·lulars per un procediment que va valer als seus autors, G. J. F. Köhler i C. Milstein, un premi Nobel l'any 1984. Explicàvem que per poder aplicar els mabs a la terapèutica humana s'havien hagut d'humanitzar, és a dir, transformar el màxim possible la IgG de ratolí en una IgG humana (figura 1). Per fer-ho s'empraven tècniques d'enginyeria genètica sobre cèl·lules o animals, que ens havien anat apropant progressivament a l'objectiu, un mab completament humanitzat. Les etapes en aquest procés d'humanització, definien 4 tipus diferents de mabs o productes farmacològics:

Els mabs originals de ratolí, que poden ser administrats a humans però només en administració única o amb escassa repetició de dosis. Tractem així d'evitar les conseqüències de la producció en el pacient d'anticossos contra els anticossos de ratolí. El seu nom genèric conté la terminació "momab".

Els mabs quimèrics, que mantenen del ratolí els dominis variables de la IgG. Són identificats per la terminació "ximab" en el seu nom genèric.

Els mabs humanitzats, que només conserven del ratolí els dominis hipervariables de la IgG, les anomenades CDR (Complementarity Determining Regions). Mostren la terminació "zumab" en el nom genèric.

Els mabs completament humanitzats (fully human mabs), 100% humans, mostren la terminació "numab" o "umab".

Els mabs comparteixen una característica comuna, el fet de ser proteïnes. De fet, són glicoproteïnes, ja que en el seu domini constant experimenten glicosilacions que varien en funció de la línia cel·lular de la qual s'obtenen industrialment. Aquesta naturalesa

Els mabs comparteixen una característica comuna: són proteïnes
Es poden administrar per la via endovenosa i la subcutània
La farmacodinàmica estudia l'acció i els efectes dels fàrmacs

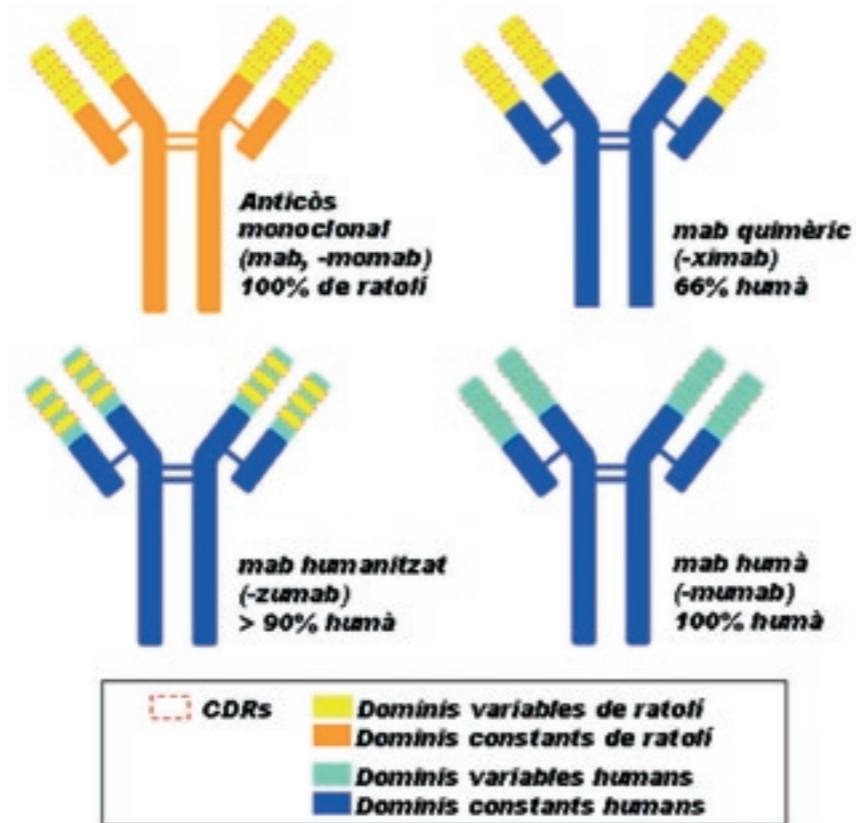


Figura 1: Tipus de mabs que resulten dels processos d'humanització

química determina la seva farmacocinètica. La farmacocinètica estudia l'absorció, la distribució i l'eliminació dels fàrmacs. Aquests aspectes condicionen la posologia dels medicaments. Centrant-nos en el mab, la seva estructura química determina que requereixin vies d'absorció parenterals, és a dir, formes d'administració injectables. Les formes més habituals d'administració són l'endovenosa (EV) i la subcutània (SC). La via EV és la més adient en el context dels tractaments aguts o antitumorals, on els mabs s'associen freqüentment a una altra medicació per perfusió EV. La via SC és la més adient per a tractaments més crònics, com les malalties de base inflamàtori i autoimmunes. Si administrem un mab, és a dir, una IgG, per via EV veurem que ràpidament es distribueix entre l'aigua del plasma i del medi extracel·lular del nostre organisme en una proporció del 40 i el 60% respectivament. Posteriorment, a través dels dominis constants de les IgG, els mabs s'uneixen a receptors de membrana cel·lulars, s'interioritzen i destrueixen catabòlicament. La semivida plasmàtica (t1/2) d'aquests fàrmacs és llarga però variable, des d'una setmana en el subtipus IgG3 fins a unes 3 setmanes en la resta de subtipus (IgG1, IgG2, IgG4). En aquest punt hi incideix també el tipus i estat de glicosilació.

La farmacodinàmica estudia els mecanismes d'acció i els efectes que es deriven dels fàrmacs. En els mabs distingim dues parts estructuralment,

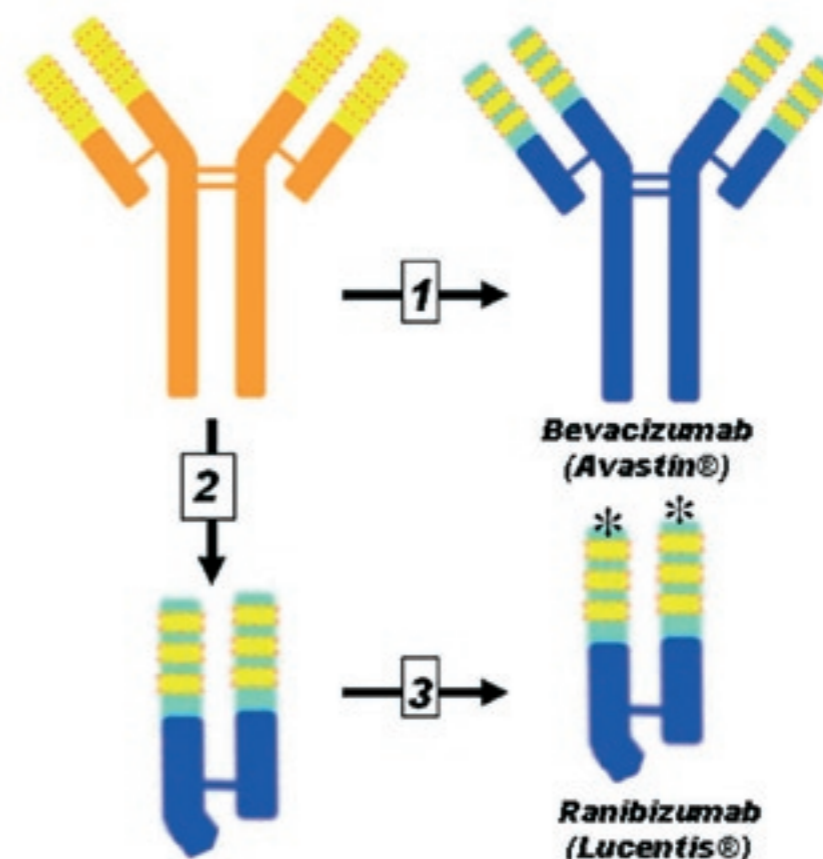


Figura 2: Relacions estructurals entre bevacizumab i ranibizumab. (1) A partir d'un mab original de ratolí obtingut contra VEGF es va obtenir el mab humanitzat bevacizumab. (2) A partir del mateix mab de ratolí es va obtenir i humanitzar l'anomenat fragment Fab. (3) En el DNA d'aquest fragment Fab es van anar introduint mutacions i seleccionant aquelles que donaven major afinitat per a VEGF. Ho indiquem a la figura per asteriscs. En resum, després d'un procés de maduració per afinitat, teníem ranibizumab. [Noteu que hem mantingut el mateix codi identificatiu per colors que a la figura 1]

on localitzem funcions diferents:

Els dominis variables que determinen l'especificitat d'interacció amb un antigen, en altres paraules, la selectivitat de la unió a la diana molecular del mab. Quan aquestes dianes són proteïnes receptors en la superfície de les cèl·lules, les podem activar o inhibir, trastornant la senyalització intracel·lular i causant la mort cel·lular, freqüentment pel procés d'apoptosi. Addicionalment, els mabs poden unir i, per tant, neutralitzar dianes que siguin solubles, molècules transmissores de senyals, com, per exemple, interleucines, TNF, VEGF, etc.

Els dominis constants que presenten les activitats efectores del mab. Per exemple, a través dels dominis constants, els mabs promouen l'activació del complement i la mort de cèl·lules invasores (bacteris, fongs...) o tumorals. Els dominis constants també dirigeixen cèl·lules citotòxiques (limfòcits, macròfags...) contra les dianes del mab, promovent així la destrucció de les cèl·lules on aquestes dianes moleculars estan ancorades.

Pel que fa als efectes, solem distingir entre els efectes curatius o terapèutics i els efectes adversos o indesitjables.

La LEMP és un efecte advers d'elevada mortalitat en els pacients
Els mabs són una eina nova per als especialistes en oncologia

bles. Els efectes terapèutics d'un mab determinen les seves indicacions. Els efectes terapèutics són conseqüència de la diana molecular contra la qual es dirigeix el mab (vegeu les taules 1, 2 i 3). Els efectes indesitjables es tradueixen en reaccions adverses quan apliquem els mabs. A diferència dels efectes terapèutics, els efectes indesitjables no són necessàriament una conseqüència de la seva diana molecular. Per exemple, la incompleta humanització desencadena en els humans la producció d'anticossos contra els anticossos de ratolí,

els anomenats HAMA (Human Anti-Mouse Antibodies). Aquests HAMA s'uneixen als mabs i en causen la seva neutralització, fet que es tradueix en una progressiva pèrdua de l'efecte, és a dir, una tolerància farmacològica de causa immune. Finalment, en els mabs menys humanitzats, és possible l'aparició de reaccions d'hipersensibilitat o anafilaxi.

Altres reaccions adverses tenen a veure directament amb la diana molecular, per exemple, el TNF alfa és una citocina involucrada en la patogènia de processos inflamatoris crònics. Però TNF alfa és també un agent actiu en la nostra defensa immune enfront de la tuberculosi. Per tant, els efectes terapèutics dels mabs contra TNF alfa (infliximab i adalimumab) s'acompanyen d'una predisposició a contraure o agreujar la tuberculosi, fet que el metge haurà de controlar estretament durant el tractament.

Altres reaccions adverses tenen a veure indirectament amb la diana molecular del mab, l'exemple més greu és l'anomenada leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP). La LEMP és un efecte advers d'elevada mortalitat en els pacients, que s'ha observat amb mabs dirigits contra dianes moleculars diferents. Encara que tinguin en comú que són molècules moduladores de la immunitat, malgrat que són diferents. La LEMP no és exclusiva dels mabs, també s'observa en pacients sota immunosupressió farmacològica o sida. Aquesta patologia es caracteritza per la desmielinització ràpida del sistema nerviós central, que es deu deguda a la reactivació del virus JC de la família dels poliovirus. Es calcula que aquest virus és latent fins en un 80% dels individus sans i els mecanismes que expliquen la seva reactivació són encara molt poc coneguts. Encara que amb una baixa freqüència, la LEMP s'ha presentat en tractaments efectuats amb rituximab, natalizumab i efalizumab. CD20, l'integrina alfa-4 i CD11a (altament coneguda com integrina alfa L) són les dianes moleculars d'aquests mabs. D'aquest tres mabs, efalizumab (Raptiva®) ha estat ràpidament retirat del mercat després de la seva comercialització. En les formes més greus de psoriasi, efalizumab havia demostrat eficàcia. Però la psoriasi, fins i tot en les formes més greus, no és una malaltia mortal; la LEMP, per contra, és mortal o severament invalidant. Sortosament, des de fa poc, ustekinumab (Stelara®) ha substituït efalizumab en la indicació psoriàsica. Ustekinumab és un mab completament humanitzat que no sembla que causi la LEMP. En el cas de rituximab i natalizumab, encara comercialitzats, s'ha de sospesar la gravetat de la LEMP i la de les seves indicacions. És dir, pacient a pacient, s'hauria de fer balanç entre

el benefici que s'obté amb el mab i el risc de la LEMP. En tot cas, el metge ha d'estar especialment alerta enfront de la LEMP.

La farmacoterapèutica estudia com els fàrmacs incideixen sobre la patologia i fisiopatologia de les malalties, modificant-les per aconseguir resultats curatius o paliatius. La farmacoteràpia estableix les indicacions i les contraindicacions dels medicaments. En el cas dels mabs, comentàvem a l'article anterior que eren medicaments d'especialista i, freqüentment, d'ús intrahospitalari. Els mabs són una eina terapèutica nova per als especialistes en oncologia (taula 1). En oncologia, els mabs formen part de les anomenades terapèutiques específiques del càncer. Actualment, ens referim a la quimioteràpia més clàssica o convencional com teràpia inespecífica del càncer. Recordem que els quimioteràpics convencionals són verins cel·lulars que resulten més tòxics per a les cèl·lules que més proliferen, com és el cas de les canceroses. Aquests agents farmacològics, en combinacions obtingudes empíricament, són aplicats a un ampli ventall de tumors, que són diversos tant a nivell histològic com molecular. En altres paraules: teràpia inespecífica. Els mabs i alguns quimioteràpics aparreguts al segle XXI, com ara Glivec®, només són útils davant d'un tipus de tumor molt concret, per exemple, Herceptin® en el càncer de mama. És més, Herceptin® només és eficaç en el càncer de mama positiu per a la proteïna HER2. Aquesta aplicació tan ben delimitada exemplifica el concepte de teràpia específica del càncer.

Altres especialitats mèdiques beneficiades pels mabs terapèutics han estat la reumatologia, la neurologia, etc. Els mabs han permès neutralitzar fenòmens autoimmunes i inflamatoris crònics presents en les patologies que tractaven aquests especialistes (taula 2). Comentàvem a l'article anterior que els mabs són monoepitòpics en contraposició a les Y-globulines específiques d'origen humà, que són poliepitòpiques. Els anticossos poliepitòpics permeten la unió a un antigen a través de diferents llocs i, per tant, una neutralització múltiple d'aquest antigen. Amb aquest fet justificàvem a l'anterior article la vigència, encara, de les Y-globulines per tractar algunes infeccions virals o toxifèccions com la tetànica. Si bé això continua sent cert, la comercialització de palivizumab (Synagis®) obre la porta al fet que altres mabs puguin anar-se incorporant a l'arsenal de recursos terapèutics antiinfecciosos (taula 3).

Un concepte que també emfatitzàvem a l'anterior article és que la tecnologia dels mabs, combinada amb enginyeria genètica, origina una àrea molt creativa d'obtenció de productes innovadors. Per exemple, els mabs

NOM GENÈRIC (NOM COMERCIAL)	DIANA MOLECULAR	INDICACIONS
Rituximab (Mabthera®)	CD20	· Limfoma no Hodking · Leucèmia limfàtica crònica · Artritis reumatoide
Ibritumomab tiuxetan, ⁹⁰ Y (Zevalin®)	CD20	· Limfoma no Hodking
Alemtuzumab (Mabcampath®)	CD52	· Leucèmia limfàtica crònica · Limfomes cutanis i de cèl·lules T
Cetuximab (Erbix®)	EGFR	· Carcinoma colorectal metastàtic · Càncer de cèl·lules escamoses de cap i coll
Panitumumab (Vectibix®)	EGFR	· Carcinoma colorectal metastàtic
Trastuzumab (Herceptin®)	HER2	· Càncer de mama, positiu per a HER2
Bevacizumab (Avastin®)	VEGF	· Carcinoma colorectal metastàtic · Càncer de mama metastàtic · Càncer de pulmó no microcític · Càncer de cèl·lules renals en fases avançades

Taula 1: Mabs comercialitzats a la Unió Europea amb indicacions oncològiques. CD20: Cluster of Differentiation 20, antigen de membrana expressat en els limfòcits B tumorals o immadurs. CD52: Cluster of Differentiation 52, antigen de membrana expressat en tots els limfòcits madurs i cèl·lules presentadores d'antígens. EGFR: Epidermal Growth Factor Receptor, també anomenat ErbB-1, és el receptor a la membrana de les cèl·lules que mitjança els efectes estimulants de la proliferació cel·lular del factor de creixement epidèrmic (EGF). HER2: També anomenat ErbB-2, pertany a la família ErbB o de l'EGFR, però és un receptor orfe, sense lligam específic identificat. És un factor de mal pronòstic en el càncer de mama. VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor és un factor de creixement soluble que estimula el creixement dels vasos, és dir, el fenomen de neoangiogènesi necessari per al creixement dels tumors i les metàstasis

poden esdevenir vehicles que dirigeixin isòtops radioactius contra els tumors, l'anomenada radioimmunoteràpia del càncer. Aquesta idea és ja una realitat amb Zevalin®, un mab de ratolí (ibritumomab) que conjugat al quelant químic tiuxetan uneix l'isòtop 90 de l'itri (90Y). D'aquesta manera es pot focalitzar la radiació beta de l'isòtop d'itri sobre les cèl·lules que expressen CD20. De forma similar, i per metodologia de DNA recombinant es poden jugar els mabs a proteïnes tòxiques per a les cèl·lules, citotoxines com ara la cadena A de la ricina o l'exotoxina de Pseudomona aeruginosa. Al producte final l'anomenem immunotoxina i és una perspectiva terapèutica innovadora que no s'ha traduït encara en productes comercialitzats. En resum, els mabs permeten construir una mena de missils moleculars intel·ligents portadors de càrregues radioactives o químiques contra les cèl·lules canceroses.

Finalment, un altre exemple de possible innovació és ranibizumab. A partir d'un mateix mab original de ratolí que reconeixia VEGF es van obtenir bevacizumab (Avastin®), un mab humanitzat, i ranibizumab (Lucentis®), que no és un mab humanitzat malgrat que en porta el nom. Ranibizumab és un frag-

ment Fab humanitzat i optimitzat per a la unió a VEGF (figura 2). Recordem que VEGF és un factor determinant de la neoangiogènesi present en els tumors, d'aquí la indicació oncològica de bevacizumab (taula 1). Però VEGF també és un agent patogènic a la degeneració macular retiniana (taula 3). En aquesta darrera indicació s'ha situat ranibizumab. Podem argumentar que ranibizumab, com que és un Fab, és més petit molecularment que un mab i, per tant, després d'una injecció intraocular, a l'humor vítri, pot difondre i arribar millor a la retina macular. El PVP (preu de venda al públic) de bevacizumab és de 4,03 €/mg en el seu format més car. El PVP de ranibizumab és de 451,43 €/mg. No hi ha dubte que ranibizumab és un producte encara més sofisticat que bevacizumab. També és sabut que el preu dels productes biotecnològics en general no reflecteix el preu de cost, sinó l'amortització de la gran inversió en recerca que hi ha al darrere. La pregunta en aquest punt és si és justificable que el preu de bevacizumab s'hagi multiplicat 112 vegades per donar el preu de ranibizumab. De fet, molts oftalmòlegs, conscients d'aquest fet, han emprat bevacizumab en comptes de ranibizumab amb bons resultats

NOM GENÈRIC (NOM COMERCIAL)	DIANA MOLECULAR	INDICACIONS
Basiliximab (Simulect®)	CD25	· Profilaxi del rebuig agut en transplantament renal
Omalizumab (Xolair®)	IgE	· Asma al·lèrgica greu persistent
Natalizumab (Tysabri®)	Integrina alfa-4	· Esclerosi múltiple remitent-recidivant molt activa
Ustekinumab (Stelara®)	Subunitat p40	· Psoriasis moderades a greus refractàries a altres tractaments sistèmics
Infliximab (Remicade®)	TNF alfa	· Artritis reumatoide · Artritis psoriàsica i psoriasi · Espondilitis anquilosant · Malaltia de Crohn i colitis ulcerosa (formes actives, greus o refractàries a altres tractaments)
Adalimumab (Humira®)	TNF alfa	· Artritis reumatoide · Artritis psoriàsica i psoriasi · Espondilitis anquilosant · Malaltia de Crohn · Artritis idiopàtica juvenil poliarticular (formes actives, greus o refractàries a altres tractaments)

Taula 2: Mabs comercialitzats a la Unió Europea amb indicacions immunosupressores i/o antiinflamatories. CD25: Cluster of Differentiations 25, antigen de membrana dels limfòcits T que no és altra cosa que la cadena alfa del receptor de la interleucina-2 (IL-2). Recordem el rol central de la IL-2 en activar la immunitat cel·lular, en la qual es basa el fenomen de rebuig dels òrgans trasplantats. IgE: Immunoglobulina E, l'element central en la patogènia de l'al·lèrgia. Integrina alfa-4: Molècula d'adhesió intercel·lular amb una elevada expressió a tots els leucòcits amb l'excepció dels neutròfils. p40: És una subunitat proteica compartida per les interleucines 12 i 23 (IL-12 i IL-23). Ambdues estan implicades en la patogènia de la psoriasis. TNF alfa: Tumor necrosis factor alfa, citocina involucrada en la regulació del sistema immune, la inflamació i la defensa antitumoral

NOM GENÈRIC (NOM COMERCIAL)	DIANA MOLECULAR	INDICACIONS
Ecilizumab (Soliris®)	C5	· Hemoglobinúria paroxística nocturna
Palivizumab (Synagis®)	Proteïna de fusió del VRS	· Infecció per VRS del tracte respiratori inferior en pediatria
Ranibizumab (Lucentis®)	VEGF	· Degeneració macular geriàtrica

Taula 3: Mabs i derivats comercialitzats a la Unió Europea amb altres indicacions (miscel·lània). C5: Factor 5 del complement, l'anticòs impedeix la seva activació proteolítica i la seva participació en el procés hemolític intravascular que caracteritza la malaltia hemoglobinúrica paroxística nocturna. VRS: Virus Respiratori Sincitial, la proteïna de fusió és emprada pel virus per infectar noves cèl·lules. VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor és un factor de creixement soluble que estimula el creixement dels vasos, està involucrat en la neoangiogènesi associada a l'envelliment i localitzada a la retina macular

en la degeneració macular. Internacionalment s'ha generat un debat al voltant de les implicacions econòmiques d'usar un producte o l'altre. La farmacoeconomia és una disciplina científica recent que aborda aquestes qüestions (les relacions cost/benefici, cost/eficàcia, etc.). Actualment hi ha en marxa almenys 6 assaigs clínics controlats amb l'objectiu de comparar de forma directa bevacizumab i ranibi-

zumab en el tractament de la degeneració macular. Creiem que l'evidència científica és l'únic camí vàlid per acabar amb el debat generat.

En conclusió, amb aquest article i l'anterior aparegut en aquest Butlletí, hem tractat d'oferir una visió general, completa i actualitzada d'aquest nou tipus de medicament, els anticossos monoclonals. Hem intentat ser amens i donar una informació que pugui ser

útil per als metges assistencials de la demarcació de Lleida.

Judit Cirera i Torres
Prof. associada de Farmacologia
Jacint Boix i Torras
Prof. titular de Farmacologia
Universitat de Lleida

BIBLIOGRAFIA:

L'agència europea del medicament (European Medicines Agency o EMEA) publica a Internet una detallada i extensa informació sobre els medicaments que aprova per a la prescripció mèdica. Aquesta informació està traduïda a tots els idiomes oficials de la Unió Europea. Hem considerat aquesta informació el millor suport bibliogràfic del nostre article i una eina molt útil per al metge que busqui ampliar el seu coneixement d'aquests productes. Les següents adreces són vigents actualment i hi donen accés:

- Rituximab (Mabthera®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/mabthera/mabthera.htm>
- Ibritumomab (Zevalin®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/zevalin/zevalin.htm>
- Alemtuzumab (Mabcampath®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/mabcampath/mabcampath.htm>
- Cetuximab (Erbix®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/erbitux/erbitux.htm>
- Panitumumab (Vectibix®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/vectibix/vectibix.htm>
- Trastuzumab (Herceptin®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/herceptin/herceptin.htm>
- Bevacizumab (Avastin®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/avastin/avastin.htm>
- Basiliximab (Simulect®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/simulect/simulect.htm>
- Omalizumab (Xolair®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/xolair/xolair.htm>
- Natalizumab (Tysabri®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/tysabri/tysabri.htm>
- Ustekinumab (Stelara®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/stelara/stelara.htm>
- Infliximab (Remicade®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/remicade/remicade.htm>
- Adalimumab (Humira®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/humira/humira.htm>
- Ecilizumab (Soliris®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/soliris/soliris.htm>
- Palivizumab (Synagis®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/synagis/synagis.htm>
- Ranibizumab (Lucentis®): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/lucentis/lucentis.htm>

La nissaga dels Bonifaci

Els meus mestres d'Història de la Medicina, els doctors Corbella i Camps (pare i fill), m'han ensenyat que els fets quotidians de la vida diària dels metges, cirurgians, apotecaris, adroguers i llevadores de les nostres contrades configuren les pàgines de la història de la medicina del nostre país. La meva vinculació familiar amb el Pallars Jussà i el fet de conèixer personalment els historiadors i dinamitzadors locals de la comarca Sisco Farràs, Francesc Prats, Josep Armengol i Ramon Canal, que m'han facilitat tota la documentació, em porta a parlar d'una nissaga de metges de Llimiana i, especialment, de Josep Bonifaci Mora.

La nissaga dels Bonifaci va començar l'any 1803, i durant quatre generacions van exercir la medicina a Llimiana i altres poblacions. El primer dels Bonifaci es va llicenciar a la Universitat de Cervera l'any 1803 i els altres, a la de Barcelona. Per les seves particularitats, tan especials, parlarem del darrer dels Bonifaci, Josep Bonifaci Mora, que va ser metge personal dels principals líders comunistes d'Espanya a l'exili (José Díaz, Santiago Carrillo i Dolores Ibarruri, *La Passionària*), així com el director general d'Assistència Social del Govern de la República.

No tenim gaires fonts documentals de Bonifaci, però disposem d'una dotzena de fulls, mecanografiats per ell mateix, referits a la seva família i uns trenta-tres fulls, també mecanografiats per ell, on parla dels seus periples durant la Guerra Civil i la Segona Guerra Mundial. També disposem d'una entrevista que li va fer l'historiador pallarès Sisco Farràs l'any 1979, que es va publicar al número 14 de la revista *Escudella* de la Poble de Segur, titulada "Josep Bonifaci, de Llimiana al Kremlin".

1. Una nissaga de metges

Josep Bonifaci Mora va néixer a Llimiana el 22 de juliol de 1895 en una família molt religiosa. Era el gran de cinc germans i tant el seu pare com el padri i el besavi havien fet de metges a Llimiana i en poblacions de Lleida i d'Osca.

Les primeres lletres les va fer a l'escola de Llimiana, després va anar al col·legi de la Sagrada Família de Tremp, on va estar-hi intern. Els darrers cursos de batxillerat els va fer al Liceu Escolar de Lleida. L'any 1911 va començar Medicina a la Universitat de Barcelona.

L'any 1914 era meritori a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, i el 1916 va llicenciar-se amb la qualificació d'excel·lent. Malgrat que no va llegir la



Josep Bonifaci Mora

tesi, l'any 1917 se'n va anar a Madrid a fer els cursos de doctorat. Sembla que la volia fer sobre el reumatisme i la medicina als balnearis.

Dos anys més tard, l'any 1919, va guanyar per concurs oposició la plaça de metge supernumerari a la Secció d'Higiene de la Prostitució del Departament de Sanitat del Govern Civil de Barcelona.

L'any 1930 va guanyar un concurs de mèrits per ser metge intern sota la direcció del Dr. Gallart a la Secció de Medicina (especialitat Aparell Digestiu) de l'Hospital de Sant Pau, on va compaginar la seva tasca amb una consulta privada de digestiu al carrer del Consell de Cent fins al seu exili. Les vacances d'estiu les aprofitava per fer de metge de balneari a Caldes de Boí.

L'any 1920 va participar en la fundació del Sindicat de Metges de Catalunya, i col·laborava activament en la seva revista. L'any 1933 va ser inspector de la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears. L'any 1932 es va casar amb Elvira Antonio Denosajut i en aquella època també va ser vocal de la junta del Col·legi de Metges de Barcelona. No sabem si va estar col·legiat a Lleida, ja que, com a conseqüència de la Guerra Civil es va malmetre quasi tot l'arxiu del Col·legi de Metges de Lleida.

2. La Guerra Civil. L'afiliació comunista

Va ser mentre feia el batxillerat quan Bonifaci va tenir les primeres inquietuds polítiques. Malgrat que durant la dictadura de Primo de Rivera havia militat a Centre Nacionalista Republicà i a Estat Català, no va ser fins que es va llicenciar en Medicina i Cirurgia que s'afilià a Unió Catalanista.

L'inici de la Guerra Civil el va sorprendre a Caldes de Boí, on feia de metge de balneari a l'estiu. Ben aviat es va afiliar al Partit Socialista Unificat de Catalunya (PSUC). L'any 1938, el seu amic i ministre de Treball Josep Moix el va nomenar director general d'Assistència Social del Govern de la República. La seva militància comunista i el fet de ser especialista en aparell digestiu va fer que es convertís en el metge de José Díaz (secretari general del Partit Comunista d'Espanya), que estava afectat d'una úlcera gastroduodenal.

José Díaz va ser operat a Sevilla l'any 1927 d'una úlcera gastroduodenal pel català Dr. Cortés (catedràtic de Patologia Quirúrgica de la Universitat Hispalense). Li va fer una gastroenterostomia, però va deixar la nafra al seu lloc, pensant que amb això ja n'hi hauria prou. La millora va durar poc, per la qual cosa la seva família va consultar el metge francès Mutier (reconegut especialista en aparell digestiu a tot Europa), que va aconsellar que el cirurgià Desmarxis, de París, desfés l'operació que li havien fet a Sevilla. El pacient, després d'aquesta segona intervenció, no va notar cap tipus de millora.

Aleshores va ser quan Díaz va conèixer Bonifaci, que li va fer una radiografia de l'estómac i el duodè amb pasta de contrast, on se li va veure un nínxol al bulb duodenal amb contingut estratificat. Davant d'aquesta prova, es va considerar que el tractament ideal era una gastrostomia parcial amb extirpació del bulb duodenal, motiu pel qual l'any 1939 va tornar a París per consultar els metges que anteriorment l'havien operat. Aquest facultatiu no van discutir el diagnòstic ni tampoc la indicació quirúrgica, però es van negar a operar el malalt.

3. La caiguda de Barcelona i la Segona Guerra Mundial. Rússia

Aquesta actitud dels francesos va fer que Díaz i Bonifaci anessin a Moscou on, després de cridar a consulta els millors cirurgians russos, se li va fer una ablació del cap duodenal amb la nafra, i es va ressecar una part de l'angle pilòric i vagotomia dreta. Va tenir



Grup de metges de l'Hospital de Sant Pau (el segon per l'esquerra i amb cigarreta és Josep Bonifaci)

un postoperatori complicat, que va fer tèmer per la seva vida, però al final se'n va sortir. Bonifaci, en l'exercici del seu càrrec de director general d'Assistència Social, va aprofitar aquest viatge a Moscou per visitar els infants espanyols exiliats.

Mentre Díaz es refeia d'un postoperatori llarg, la ciutat de Barcelona va ser ocupada per les tropes nacionals i Bonifaci no va poder tornar a Espanya. Ni Bonifaci ni la seva dona dominaven el rus i volien exiliar-se a Mèxic. Però no van poder anar-hi perquè, al mes d'agost, Alemanya va envair Polònia, i França i Anglaterra van declarar la guerra als alemanys, que al cap d'uns mesos van atacar Rússia. A Josep Bonifaci li van oferir feina a la sanitat de la URSS com a especialista en malalties de l'aparell digestiu, però, per fer de metge, calia parlar rus. Bonifaci i la seva dona van buscar un professor particular de rus.

A començaments de 1940, Bonifaci va trobar feina de metge en un sanatori en un poble a 30 quilòmetres de Moscou anomenat Barbija. En aquest poble hi van romandre fins al març de 1941 i de Barbija van anar a l'Hospital de Kúbixev, que era el lloc on es va refugiar de forma temporal el govern rus, mentre van durar els bombardeigs a Moscou. No va ser fins al març de 1942 quan en Bonifaci va ser traslladat

Bonifaci va ser el metge de José Díaz, secretari general del PSUC

Va treballar a l'hospital de Kúbixev, on el govern rus es va refugiar a la Segona Guerra Mundial

Tots els metges espanyols van col·laborar a la revista "Anals de l'Hospital de Varsòvia"

a l'Hospital del Kremlin, a Moscou, on va treballar d'internista i gastroenteròleg i on va romandre fins a l'octubre de 1946.

4. L'Hospital Varsòvia

Finalitzada la Segona Guerra Mundial, Bonifaci va anar a França. A

Toulouse hi havia una mena de casolot al carrer Varsòvia que, en un principi, era l'hospital militar que atenia la resistència francesa en guerra contra els alemanys. Més endavant també va atendre els milicians exiliats del règim franquista. Posteriorment, aquest hospital es va transformar en un hospital civil i es va convertir en l'Hospital Varsòvia.

El primer lloc on va treballar Bonifaci a França va ser a Meillon, on va estar col·laborant en un centre mèdic que també atenia milicians espanyols. No va ser fins a l'any 1948 quan va començar a treballar a l'Hospital Varsòvia, i cal destacar que la seva muller, Elvira, també treballava al rober d'aquest hospital. A les seves memòries, Josep Bonifaci diu que quan va arribar a l'Hospital Varsòvia aquest només tenia uns quants llits, uns quants matalassos malmesos i instrumental molt rudimentari.

Posteriorment, el govern francès va enviar-hi material mèdic que, juntament amb el que havia estat requisat als alemanys i als ajuts econòmics de diverses institucions dels Estats Units, Mèxic, Cuba, l'Argentina i Anglaterra, va fer que aquest hospital fos un referent a la zona. Més endavant, l'edifici del Varsòvia es va quedar petit i van haver de fer un edifici annex on es van instal·lar el laboratori, els raigs X i la

]]] fisioteràpia.

En aquest hospital també hi treballaven altres metges espanyols, com el Dr. Francesc Bosch. Tots els metges espanyols van col·laborar activament en una revista científica d'aquest hospital que van anomenar *Anals de l'Hospital Varsòvia*.

5. La deportació a Còrsega

Començada la guerra freda, França va viure una mena de psicosis anticomunista que va fer que els comunistes estrangers que vivien a França fossin vistos com a enemics. El setembre de 1950 es va produir l'operació *Bolero-Paprika*, que era una mena d'acció policial contra tots els comunistes, en especial els estrangers i, sobretot, els espanyols. L'operació *Bolero-Paprika* va comportar la detenció de 288 comunistes, dels quals 177 eren espanyols. En aquesta operació va ser detingut Josep Bonifaci. El van empresonar al camp de Sables (prop de Portet-sur-Garone), on va ser acusat de conspirar contra el govern francès i des d'on també va ser deportat, juntament amb 83 espanyols més, al port d'Ajaccio (Còrsega), on al principi vivien pèssimament. D'Ajaccio va viatjar a un poble petit, que estava a 25 quilòmetres, anomenat Tavera.

Posteriorment, va rebre l'ajut d'un metge local d'Ajaccio, el Dr. Franccini, que també havia de desplaçar-se un cop a la setmana a Tavera i que li permetia visitar en nom seu sense cobrar. La gent responia donant-li queviures. Durant tot aquest temps, la dona de Bonifaci va continuar treballant a l'Hospital Varsòvia.

La consideració de Josep Bonifaci davant del poble de Tavera va guanyar



Façana principal de l'Hospital Varsòvia

Bonifaci va ser detingut i acusat de conspirar contra el govern francès

Va ser expulsat de França el juny de 1953

molts punts quan va diagnosticar un quadre d'oclusió intestinal secundari en una brida peritoneal a una tia d'en Franccini, de 85 anys, seqüela d'una antiga operació abdominal i que va requerir cirurgia.

El juny de 1953 van comunicar a en Josep Bonifaci que era expulsat definitivament de França i se li va oferir d'anar a Txecoslovàquia, Hongria o Polònia. Bonifaci va triar Txecoslovàquia.

6. L'Europa de la guerra freda

A Txecoslovàquia es va retrobar amb la seva muller. Va residir a Praga del 1953 fins a 1963, excepte alguns mesos en què, per qüestions formatives, va residir a Hongria. A Txecoslovàquia va treballar d'especialista en aparell digestiu a l'Hospital i a la Policlínica de Praga, i també a la Facultat de Medicina de Praga, on va traduir alguns llibres al castellà.

L'any 1956 va ser elegit membre del Comitè Executiu del PSUC i del PCE, i va mantenir el càrrec fins a l'any 1977. Aquest any va viatjar a la Xina al VII Congrés del Partit Comunista Xinès.

Durant tot aquest temps a l'exili, el contacte amb les seves germanes va ser telefònic i epistolar. La primera trobada familiar amb elles va ser l'any 1963 a Suïssa i amb un passaport cubà. Morta la seva mare, l'any 1952, va heretar tot el patrimoni familiar de Llimiana.

Sembla que el clima de Txecoslovàquia no li anava bé i l'any 1963 es va traslladar a Romania, on el clima era més benigne. Hi va romandre fins a l'any 1967, que va ser quan les autoritats franceses van aixecar la prohibició

de residir a França. Va tornar a viure a París i hi va tornar a exercir la medicina. Des de França va fer gestions per poder entrar a Espanya, permís que se li va concedir com a turista l'any 1970 i, definitivament, l'any 1971.

7. El retorn a Catalunya

El govern espanyol li va concedir el passaport l'estiu de l'any 1970 i el retorn definitiu a Espanya va ser el 1971. A Barcelona van residir al carrer Aristides Maillol i passaven temporades llargues a Llimiana.

Amb més de 75 anys, per poder tornar a treballar de metge es va col·legiar a Barcelona. La seva pena era que, després de treballar molts anys en diferents països de l'òrbita comunista, no tenia dret a una jubilació digna, per la qual cosa va haver de completar el que guanyava fent de metge privat a Barcelona amb la venda del patrimoni familiar.

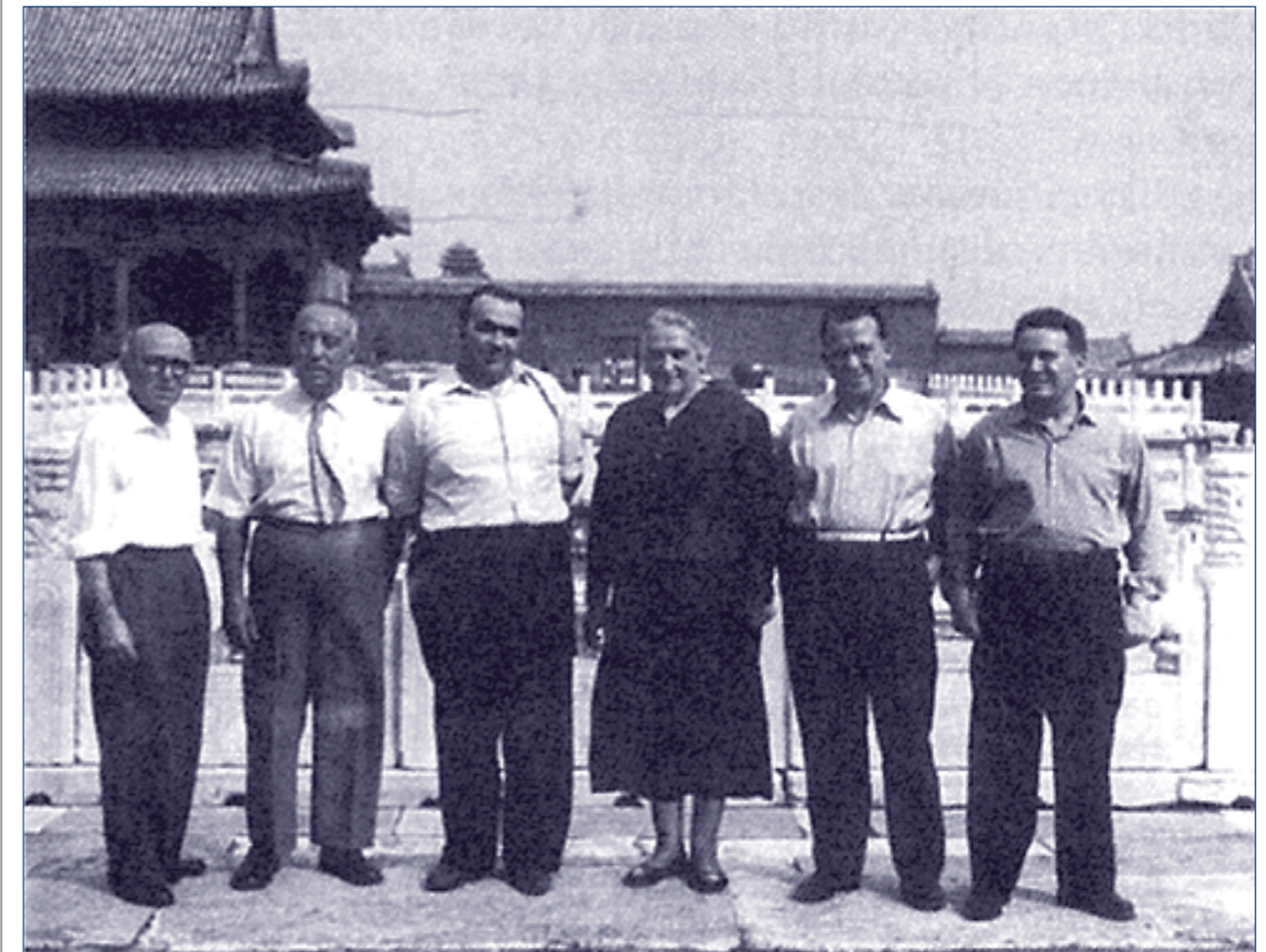
L'any 1973, i malgrat que encara hi havia dictadura, el Consejo General de Colegios de Médicos li va retre un homenatge. L'any 1978 va presidir les primeres jornades mèdiques del PSUC. L'any 1977 va abandonar els

càrrecs a la direcció del PCE i del PSUC, tot i que encara va continuar-hi com a membre d'honor fins a la seva mort.

Durant aquest anys de la Transició espanyola va viure de primera mà episodis d'especial rellevància, com quan Carrillo va anar amb la famosa perruca a Llimiana amb el consentiment de la Guàrdia Civil de Tremp. Bonifaci diu que admira molt la Rússia de la guerra freda, però, no obstant això, no pensa com els seus governants. A les darreries de la seva vida es va identificar molt amb la versió socialdemòcrata de l'eurocomunisme de Santiago Carrillo. Va morir el 22 d'abril de 1989 a Barcelona i les seves despulles descansen al cementiri de Llimiana.

Santiago Carrillo ens ha dit que, si la salut no li fa una mala passada, vindrà l'estiu del 2010 a Llimiana per presentar un DVD que s'està preparant sobre Bonifaci. Us recomanem que, si aneu alguna vegada al Pallars Jussà, visiteu la Casa Bonifaci-Museu de Llimiana, on es conserva una quantitat important de material gràfic i escrit d'en Pepe de Casa el metge.

Dr. Fernando Pifarré San Agustín



Bonifaci, a l'esquerra, amb Planelles, Lister, La Passonària, Carrillo i Gallego al Congrés del Partit Comunista Xinès l'any 1956 (gentilesa de Santiago Carrillo)

PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professionals de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs.

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà.

Truca ARA i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 36 24 92**

Telèfon Lleida: **973 27 38 59**

90 anys
de compromís
amb el metge

Els metges també pensem en el futur

Si és metge, a Mutua Mèdica estarà segur. Treballem per a oferir-li la millor previsió social i garantir-li el millor complement per a la seva pensió de jubilació, perquè els metges també pensem en el futur. Especialistes en assegurances personalitzades pels metges, amb la màxima capacitat asseguradora. Més de 35.000 metges ja confien en l'entitat.



MutuaMèdica

De metge a metge