


B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 28 · Maig de 2001



**El Dr. Manel
Camps,
acadèmic
numerari**

ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som
eficaços

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

Servei d'Atenció
al Client 24 hores:

902 200 200
www.adeslas.es

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

adeslas
ASSEGUANCES DE SALUT



BUTLLETÍ
mèdic

Número 28, maig del 2001

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

Consell de Redacció:
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Ignasi Casado Zuriguel
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M^a Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascal Pujol
Ferran Pifarré San Agustín
Joan Prat Corominas
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Teresa Utges Nogués
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González
Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i Maquetació:
Baldo Corderroure
Correcció: Dolors Pont
Publicitat: COML
Fotomecànica: Euroscript, SL
Impressió: Artis/ e.g.
Dipòsit legal: L-842/1996
ISSN: 1576-074 X

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

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

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	120.000 PTA
1 Contraportada interna	80.000 PTA
4 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	400.000 PTA

OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	300.000 PTA

OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	25.000 PTAS
Preu total insercions	150.000 PTA

Els foliols van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen l'IVA del 16%

Descentralització de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Quan li preguntes al Manel Camps Surroca des de quan li agrada i es dedica a la història et respon que des de petit. Aquest amor per la història l'ha portat a publicar 85 treballs i 5 llibres. Per la seva valuosa aportació a la història de la medicina, el 25 de març passat, amb un discurs titulat "Inventaris de metges i cirurgians a Catalunya (segles XIV-XVII)", Manel Camps i Surroca va prendre possessió com a membre numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Aquesta entitat, amb més de 200 anys d'història fins l'any 1992 es va anomenar Acadèmia de Medicina de Barcelona i solament tenia membres nascuts o residents a Barcelona.

Manel Camps és el primer lleidatà no resident a Barcelona que pertany de ple dret a aquesta acadèmia. Per tant, aquest metge fill de la Noguera és el primer exemple, en 200 anys, de descentralització d'aquesta entitat. Per aquesta raó, *Butlletí Mèdic*, per primera vegada des que vàrem iniciar la segona etapa, ha sacrificat la tradicional secció d'opinió per poder encabir els discursos del Dr. Camps i del seu professor i amic el Dr. Jacint Corbella.



sumari

"L'especialista és el metge de capçalera de l'esportista"

Entrevista al Dr. Gutiérrez Rincón
PÀGINA 16

Realitats en la disfunció erèctil

Article del Dr. Jordi Cortada
PÀGINA 19

EI PAIMM: balanç després de dos anys de funcionament

Article del Dr. Josep Maria Sagrera

PÀGINA 21



Foto portada: Dr. Joan Flores

El Dr. Camps Surroca, nou acadèmic numerari

El Dr. Manuel Camps i Surroca, fill de la Noguera, va ingressar el 25 de març passat a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya en qualitat d'acadèmic numerari. D'acord amb els estatuts de la corporació, el discurs llegit en l'acte de recepció pel nou acadèmic, "Inventaris de metges i cirurgians a Catalunya (segles XIV-XVIII)", va ser respost per l'acadèmic Dr. Jacint Corbella i Corbella, mestre i amic de Camps.

Una representació del Col·legi de Metges de Lleida va assistir a l'acte protocolari, a més de la família de l'acadèmic lleidatà entre els quals hi havia el seu pare, el Dr. Manuel Camps i Clemente, metge, historiador i membre corresponent de l'Acadèmia des del 1994.

Aquest és el primer cop que la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya nomena un acadèmic que resideix i exerceix la professió fora de l'àmbit de Barcelona. El Dr. Manuel Camps i Surroca ja era acadèmic corresponent des del 1992.

Butlletí Mèdic ofereix els discursos llegits en l'esmentat acte pels doctors Camps i Corbella, ja que els considera de gran interès per a la història de la medicina, per a la professió i per a les terres de Lleida.

Discurs de l'acadèmic lleidatà

Les inexcusables paraules d'agraïment amb què ha de començar un discurs acadèmic crec que tenen en aquesta ocasió, i en primer lloc, un significat genuïnament històric dins el mateix curs vital de l'Acadèmia. Puc dir amb satisfacció que dec l'ingrés com a membre numerari de la corporació al ple de l'Acadèmia de 10 de desembre de 1991, dia que va votar l'ampliació dels seus dominis a terres foranes, més enllà de la ciutat de Barcelona, a Catalunya, en paraules majors.

Començaré el discurs donant les gràcies a tots els acadèmics per haver-me acceptat com a numerari en una institució que ja m'acull, des del 26 de març de 1992, com a membre corresponent, i per donar-me l'oportunitat de poder iniciar, a partir d'ara, un

nou camí de col·laboració, i sobretot d'aprenentatge, avalat pels més de 200 anys d'existència d'aquesta casa que ha albergat els millors mestres de la nostra medicina.

A continuació, vull expressar el meu agraïment a l'acadèmic que m'hi ha encaminat, el doctor Jacint Corbella, al qual em sento unit sobretot pels lligams d'una amistat iniciada com a alumne de la facultat i continuada després fins avui mateix. Puc dir que el meu retorn a Lleida l'any 1985 –després de més de set anys d'estada a la càtedra de medicina legal i com a metge forense de Sant Feliu de Llobregat– influenciat sobretot perquè veia que als meus pares els feia goig de tenir-me al seu costat, va ser una decisió difícil. Em sentia cridat per Lleida i per Barcelona a la vegada, perquè les persones que hi tenia en ambdós llocs eren en aquell temps les més importants per a mi. He de dir que sempre m'he sentit atret per Barcelona i puc assegurar que, amb l'ingrés a l'Acadèmia, he vist complert un antic somni, que potser ja donava per perdut o almenys veia molt difícil que es convertís en realitat. Retornar, des de terra endins, al cap i casal de Catalunya i entrar-hi, a més, per l'històric portal d'aquesta casa constitueix per a mi una autèntica sort.

Transmeto també el meu reconeixement als membres que en el seu dia em van proposar, i als del ple del 5 d'octubre de 1999 que em van acceptar com a acadèmic numerari electe, el primer que arribava de terres llunyanes, justament 70 anys i un dia després de la sessió solemne, amb l'assistència del rei Alfons XIII, que es va fer el 4 d'octubre de 1929, amb motiu de la cessió a l'Acadèmia de l'edifici



A la imatge superior esquerra, el Dr. Manel Camps i Surroca llegeix el seu escrit d'ingrés a l'Acadèmia. A la imatge superior dreta, el nou acadèmic està acompanyat del seu mestre, el Dr. Jacint Corbella, que va pronunciar el discurs de resposta. La resta de fotografies, que han estat facilitades per amics i familiars del Dr. Camps, recullen diferents moments de l'acte protocolari.

del Reial Col·legi de Cirurgia.

Però és evident que no sóc el primer lleidatà que hi arriba, ja que n'hi ha d'altres que m'han precedit, que residien a Barcelona però el seu bressol era a les terres de Lleida. De tots ells en deixo constància en el discurs escrit. Teniu doncs, des d'ara mateix i al vostre servei, senyor president, un



nou acadèmic que resideix a Lleida, que procedeix de Lleida, que té arrels també a l'Anoia i que retorna a Barcelona amb la gran satisfacció de ser, de fet i de dret, el primer acadèmic numerari de fora de l'àrea metropolitana de Barcelona en els 230 anys de vida d'aquesta corporació. Espero poder complir amb els deures i gaudir dels

drets inherents a la distinció conferida, establerts en els estatuts i reglament de l'Acadèmia.

El doctor Manuel Carreras Roca

És costum fer un recordatori de l'acadèmic que ha ocupat anteriorment el setial assignat, en aquest cas el

número 14. Fou el doctor Manuel Carreras Roca, ginecòleg i historiador de la medicina. Ocupà una plaça de la secció sisena per la seva activitat en el camp de la història i les publicacions mèdiques.

PASSA A LA PÀGINA SEGUENT

Havia nascut a Manresa el 4 d'agost de 1914. Estudià a Barcelona i València i després es dedicà a l'obstetrícia i la ginecologia i a l'edició de revistes, principalment mèdiques. Fundà l'editorial Rocas, que tingué també les seves filials literàries, amb fundació d'algun premi. Això féu que tingués bones relacions personals i que, com a exemple, portés Camilo José Cela a parlar de Marañón en el II Congrés d'Història de la Medicina Catalana, fet a la nostra Acadèmia el juny de 1975.

Carreras ingressà a l'Acadèmia el 21 de novembre de 1974, amb el discurs "Efemerides de la Reial Acadèmia de Barcelona", des d'en Pere Güell a n'Augustí Pedro i Pons, que fou contestat pel doctor Alfred Rocha. És un treball molt extens i interessant. L'any 1922 va llegir la lliçó inaugural del curs sobre el tema "Consciència i coratge del cirurgià". Va morir a Barcelona el mes de gener de 1997.

La seva producció en el camp de la història de la medicina fou bastant extensa. En el primer volum de la *Bibliografia històrica de la sanitat catalana* hi ha recollides 57 publicacions seves en aquest camp.

Però també hi ha alguns llibres, potser el més adient d'esmentar ara és el que es publicà l'any 1954, signat amb Sebastià Montserrat i Figueres, sobre *Historia de la Real Academia de Medicina de Barcelona*, que és la història que ens ha quedat de la nostra Acadèmia. La seva tesi de doctorat va ser sobre "La peste en Cataluña durante el siglo XVII".

El doctor Carreras participà molt activament en els congressos d'història de la medicina catalana. Fou un dels vicepresidents del primer congrés, portat pel doctor Sarró, el juny de 1970, i president del segon el 1975. Ambdós es van fer aquí mateix, a l'Acadèmia. El tercer, del qual vaig ser secretari, es va portar a Lleida l'any 1981. Carreras va ser també i durant bastants anys, del 1971 al 1984, professor encarregat de l'assignatura d'història de la medicina a la facultat del carrer de Casanova. Era un professor amable i gens os.

El tema del discurs

Us llegiré el discurs prescrit pels estatuts, que tractarà sobre "Inventaris de metges i cirurgians a Catalunya (segles XIV al XVIII)", és a dir, dels coneixements que he adquirit a través de l'estudi dels inventaris dels béns de més de setanta sanitaris catalans, entre metges i cirurgians, el més antic dels quals, el barber Guillem Pons de Vic, va morir l'any 1351, ara fa 650 anys.

Si d'aquí 650 anys, és a dir, si l'any 2651 es volgués relatar la història de la medicina d'avui en dia, de la qual som protagonistes nosaltres mateixos,



El Dr. Camps Surroca acompanyat de la seva esposa i de les seves germanes, a la fotografia superior. A baix, a l'esquerra, el nou acadèmic amb el seu pare, el Dr. Camps Clemente, i dos dels seus fills; a la dreta, familiars i amics d'Alcarràs envolten Manel Camps Surroca.

l'historiador encarregat de fer-ho ho tindria més difícil, perquè no hauria de parlar solament dels dos tipus de personatges implicats, els metges i els cirurgians, sinó que hauria d'ampliar molt el conjunt de gent que avui treballa en el món de la sanitat.

Des del segle XIV al XVIII, la cirurgia era simplement una part de la medicina i els metges i cirurgians, a part dels apotecaris i llevadores, eren els principals implicats en l'art de curar els malalts.

I quins són els aspectes que es poden estudiar en els inventaris? Hi quedaven retratades moltes facetes de les seves vides, a través de les anotacions que el notari escrivia sobre les cases on vivien, els llibres que tenien, els diners que els devien de les conductes i consultes, els objectes de tota mena que omplien la casa, la seva indumentària, les seves propietats, les seves armes, la seva religió, les seves predileccions artístiques, la venda dels seus béns en els encants públics, etc. En realitat, un conjunt molt heterogeni de dades, que ens permeten estudiar aspectes molt diversos del seu món. Aquesta diversitat ens obliga, d'entrada, a elegir solament alguns d'aquests aspectes. Ara mateix podria seguir dos camins ben diferents, o bé fer un anecdotari del que he anat veient i m'ha cridat més l'atenció, que segurament seria més divertit, o bé sistematitzar alguns aspectes que es troben dispersos entremig dels documents antics dels arxius i que no havia trobat estructurats en cap lloc. He optat per aquest segon camí, conscient, n'estic segur, de resultar potser més avorrit, però també més útil en el camp de la nostra història de la medicina. Per això us parlaré, i per aquest ordre, d'aquestes tres facetes: 1) dels aspectes literaris dels metges i dels cirurgians, 2) de la seva indumentària, i 3) dels obradors o botigues on treballaven els antics cirurgians.

Els aspectes literaris dels metges i cirurgians

Del segle XIV al XVIII, en la formació dels metges van intervenir els estudis universitaris i la consulta de llibres una vegada acabats els estudis. Us parlaré de la seva formació postuniversitària, del que avui en diríem formació continuada.

En aquelles èpoques, un cop acabats els estudis a la facultat, no hi havia com en els nostres dies el suport dels organismes oficials en la formació dels sanitaris. No hi havia cursos de formació continuada, impartits per les confraries o gremis de metges i cirurgians o per les universitats de l'època. La seva formació era exclusivament autodidacta, a través dels llibres que ells adquirien com a béns particulars.

De fet, els llibres eren l'única font d'aprenentatge teòric. A més, els autors antics perduraven molt a les biblioteques, cosa que ens permet comparar-ne de molt allunyades en el temps i trobar-hi gairebé les mateixes obres. Aquesta possibilitat, impossible avui en dia, ens permet veure amb perspectiva suficient les influències i els canvis que s'han anat produint en l'evolució dels coneixements mèdics antics.

Obres mèdiques

Quins eren els autors i quines les obres de medicina més llegides pels metges? L'estudi detallat de les seves biblioteques ens ha permès classificar els autors més llegits en tres grups diferents: els antics o clàssics, els universitaris de la baixa edat mitjana i els de l'època moderna.

Incloem entre els antics tots aquells que van viure i escriure abans de l'inici de la baixa edat mitjana l'any 1153. N'hem trobat molts que classifiquem en el llibre escrit, però solament comentarem els que considero imprescindibles per al propòsit d'aquest discurs oral. Diré que Galè ha estat el més llegit. Hi ha obra seva en el 94,11% de les biblioteques. Després de les *operes omnes*, en diversos volums (64,70%), els llibres més importants van ser els de caràcter terapèutic (52,94%), en la seva triple faceta dels aliments, els medicaments i el mètode de curar.

El segueix, amb un 58,82% de presència a les llibreries, Hipòcrates, del qual les *operes omnes* (29,41%), alguna escrita en francès, i els *aforismes* (29,41%) eren les obres més legi-

des. A més distància esmento solament el tractat d'*Aires, aigües i llocs* (11,76%), pel fet de ser el precedent llunyà de les nostres conegudes topografies mèdiques de l'Acadèmia, recollides i publicades recentment per l'amic traspassat Pere Vallribera.

El tercer lloc l'ocupen els autors àrabs, dels quals vull destacar l'espanyol de Sevilla, Abenzuar (29,41%), pel fet d'haver trobat dos traduccions d'obra seva que desconeixem: una de l'àrab a l'hebreu, que tenia el metge jueu de Venècia, resident a Tortosa, Andree de Beneyto, l'any 1445; i l'altra, que era un manuscrit en llengua romanç pertanyent al metge de Barcelona Ramon de Perpinyà, mort el juliol de 1478 en aquest antic hospital de la Santa Creu on som ara mateix.

El segon grup el formen els autors universitaris de la baixa edat mitjana que eren els que van viure i escriure durant els 363 anys compresos entre la reconquesta de Ciurana (Tarragona), últim bastió sarraí de les nostres terres, l'any 1153, fins a l'inici de l'època moderna, amb la mort de Ferran el Catòlic, el 1516. Els més prestigiosos van ser els metges que, a més de la pràctica, es dedicaven a les tasques docents en aquest ordre: Bernat de Gordon (52,94%), Arnau de Vilanova (41,17%), Ugo Senensis (29,41%), i Bartolomé Montagnana (29,41%).

L'obra d'Arnau de Vilanova va tenir un futur menys gloriós del que esperàvem trobar en aquesta recerca. Sense desmerèixer gens Bernat de Gordon, que va ser el més llegit a Catalunya entre els autors de la baixa edat mitjana –hi havia obra seva en el 52,94% de les biblioteques–, creiem que Arnau hauria encapçalat la llista si la seva obra no hagués sofert les sentències condemnatòries de la Inquisició, que

no solament va prohibir els seus llibres de caràcter espiritual, moral o escatològic, ja molt aviat després de la seva mort, sinó que l'atac va continuar i li va fer mal també a l'obra estrictament mèdica en el segle XVI. Això per una part. Però per l'altra, hem de considerar que l'11,77% més d'obra de Gordon que d'Arnau a les biblioteques dels nostres metges, es deu probablement a l'enfocament tan pràctic que el metge francès va saber donar al seu *Lilium medicine* (1300-1305), on exposava ordenadament, i a l'estil encara actual, les causes, els signes, el pronòstic i els tractaments de cada malaltia, fet sens dubte molt apreciat per la mentalitat pràctica dels nostres metges. Un manuscrit d'aquesta obra es pagava molt, com es pot veure en un encant que es va fer a Manresa, el 20 de novembre de 1411, on es va vendre un exemplar del metge Bernat de Figuerola per 7 lliures.

A partir de les acaballes de la baixa edat mitjana, però sobretot durant l'època moderna iniciada, com deiem, a Catalunya amb la mort de Ferran el Catòlic el 1516, els llibres van experimentar una extraordinària difusió, a causa de les grans possibilitats que va donar el naixement i la propagació de la impremta.

A mesura que avançava el temps, hem vist com els metges anaven tenint cada vegada més llibres. El gran increment dels continguts de les biblioteques tingué lloc, sobretot, a partir de la segona meitat del segle XVI, principalment a les ciutats grans. El doctor Claudi Mas de Barcelona disposava, l'any 1567, d'una llibreria amb 682 volums, 345 dels quals eren de medicina. Aquesta gran quantitat ressalta molt si la comparem amb biblioteques de metges del segle XV que, en gene-

ral, acostumaven a contenir menys de 30 volums. Aquest espectacular increment d'un segle a l'altre, l'hem continuat observant en les llibreries del segle XVII, especialment també a Barcelona. Els metges, si bé continuaven tenint molta obra d'autors antics i de la baixa edat mitjana, van anar incorporant a les seves biblioteques els escrits mèdics dels autors moderns.

Aquesta abundància de nous autors procedia d'Itàlia, França, Castella, Catalunya, València i Mallorca. I, a més distància, d'Alemanya, Bèlgica, Portugal, Suïssa i Holanda. I de tot aquest conglomerat d'autors, hi ha cinc llibres molt importants que van ser autèntics vademècums o llibres de capçalera dels nostres metges: les *Controvèrsies mèdiques i filosòfiques* del castellà Francisco Vallés (45,45%), Els *Llibres de terapèutica* del francès Jacobus Sylvius (45,45%), Les *Centúries mèdiques* del portuguès Amato Lusitano (45,45%), Les *Epístoles medicinals* de l'italià Giovanni Manardi (45,45%), i els comentaris de la *Materia mèdica de Dioscòrides* (45,45%) de l'italià Pere Andreu Mathioli.

Literatura quirúrgica

Fins ara us he parlat dels llibres de medicina dels metges. Seguidament faré el mateix amb la literatura quirúrgica. Però en aquest cas, hem estudiat solament els llibres que tenien els primers cirurgians, és a dir, els que van exercir durant els segles XIV i XV.

La cirurgia, de fet, era una part de la medicina que exercien els cirurgians. Era habitual que els metges autors d'una obra escrita de medicina, tant els antics com els de la baixa edat mitjana, incloguessin en les seves obres mèdiques capítols de contingut quirúrgic

destinats a documentar els professionals en aquesta branca. Això ens explica que els cirurgians adquirissin llibres d'autors mèdics.

Però hem comprovat que durant els

gica de la medicina, es deu precisament a això, al fet que era un recull o col·lecció en un sol llibre de tots els coneixements de cirurgia que fins aleshores es trobaven dispersos

- ◆ *Les obres de medicina escrites per metges solien incloure capítols de contingut quirúrgic*
- ◆ *Després, als segles XIV i XV, hi havia llibres específics de cirurgia escrits ja per cirurgians*

segles XIV i XV els nostres cirurgians compraven llibres ja específicament quirúrgics, escrits per cirurgians amb la intenció de contribuir a la seva formació, alguns traduïts al català. Eren obres procedents d'autors de l'escola de Salern del segle XII (Roger), de l'escola de Bolonya del segle XIII (Lamfranc, Tederich i Guillem de Saliceto) i sobretot de l'escola francesa del segle XIV, encapçalada per Guy de Chauliac, que va ser, sens dubte, el més influent de tots. El 60% dels cirurgians tenien obra seva.

I, per què va ser tan important l'obra quirúrgica de Guido? Realment, tal com hem comprovat en els inventaris, la seva *Cirurgia magna* es va incorporar ràpidament a les biblioteques dels nostres cirurgians i metges, va tenir continuïtat sense èpoques de buit, i va durar fins al segle XVIII. Per exemple, a Cervera, el 1724 circulava encara obra seva.

L'acceptació i èxit del llibre de Guido (1290-1368), que ell mateix va titular *Inventari o col·lector de la part quirúrgica*

entremig d'altres matèries mèdiques. Amb això va facilitar enormement la consulta dels coneixements quirúrgics del seu temps. Va passar el mateix que amb l'obra de Bernat de Gordon (1260-1320) en el camp de la medicina pocs anys abans. El sentit pràctic dels escrits dels dos autors francesos ens explica, al meu criteri, la seva fama i acceptació.

Però, quan va arribar i com es va propagar la cirurgia de Guido per les nostres terres? La cadena dels fets va ser la següent: Guido deixà enllestida l'obra el 1363 i el mateix any s'edità en llatí a França, segons Nicaise. Faltaven 37 anys per acabar el segle XIV. El llibre arribà a Manresa, segurament el mateix segle XIV, ja que el cirurgià manresà Melcior Rotlan l'any de la seva mort, el 1402, en tenia un exemplar que el notari va incriure com "*lo Guido*". El fet d'inscriure'l així en lloc d'anotar-lo com *Guidonis*, en llatí, ens

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Discurs de resposta de l'acadèmic numerari Dr. Jacint Corbella i Corbella

Ara fem realitat, complim, el que havia estat acordat l'any 1992. Quan vàrem reformar el nom de l'Acadèmia, –que n'ha tingut bastants al llarg de més de dos segles–, i hi posàrem el nom d'Acadèmia de Medicina de Catalunya, en comptes de l'indicatiu geogràfic de Barcelona que havia tingut sempre, reconeixi-

em de fet una realitat que, en un àmbit diferent, ja hi era. L'Acadèmia sempre havia estat de Catalunya, però el nom no ho deia.

Gairebé des del començament hi havia els socis corresponents, entre ells els delegats de partits, és a dir, metges de ciutats petites de Catalunya que hi enviaven les seves



comunicacions i eren membres actius de l'Acadèmia. La llista és molt llarga.

També hi havia els concursos de topografies mèdiques, que corresponien a treballs enviats des de fora –àdhuc de fora del Principat– i marcaven la realitat del país.

Igualment entre els numeraris molts no eren pas originaris de Barcelona, però vivien aquí. Un pas més endavant va ser el de marcar, en els nostres propis estatuts, que a cadascuna de les sis seccions en què es divideix l'Acadèmia hi ha d'haver com a mínim un membre resident fora de l'àrea de la ciutat de Barcelona.

Aquest punt dels estatuts és el que ara complim. Per això aquest ingrés, independentment de la personalitat del nou acadèmic, té un significat important en l'evolució de l'Acadèmia. També ho pot ser perquè aquest és el primer ingrés del segle XXI, però això és un altre tema.

El nou acadèmic té tots els drets i obligacions, entre aquestes últimes hi ha la d'assistència, que tenen els que viuen més a prop del nostre local del carrer del Carme. És veritat que les possibilitats de desplaçament són molt diferents de les de fa 200 anys. I ho assenyalo perquè en unes velles actes consta que el doctor Llorenç Grasset estava dispensat de l'assistència perquè vivia a la Barceloneta, que era fora de la muralla. Ara el món ha canviat, en aquesta com en tantes coses.

Dins de la varietat de les comarques de Catalunya aquest primer acadèmic forà ens ve de Lleida. Potser no és gens estrany, fins i tot podia ser esperable. I en tot cas seria de justícia històrica. Només cal recordar que l'any 1300, ara fa set segles gairebé justos, es van obrir els primers estudis *oficials* de medicina de Catalunya al nou Estudi General de Lleida. Al territori dels reis d'Aragó ja s'en-

senyava medicina des de feia anys i amb molt més nivell. Era a Montpeller, el Montpeller que s'ha dit català de 1204 a 1349. I allí feia de mestre Arnau de Vilanova. Ha estat l'única vegada en què el metge i l'escola més importants del món del seu temps parlaven, més o menys, en català i occità i de fet en llatí. Lleida és, docns, a l'arrel més pregona de la nostra medicina. D'allà ve el doctor Camps.

Qui és el nou acadèmic?

Manuel Camps i Surroca va néixer a la Portella, la Noguera, bisbat d'Urgell, el 12 d'octubre de 1948. És, doncs, un acadèmic jove. Allà el seu pare exercia la medicina rural, que després ha exercit durant molts anys a Alcarràs. Venia de nissaga de met-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

permet preguntar-nos si en realitat seria una traducció catalana prematura de l'obra. He llegit en un treball de Pere Vallribera que a la Biblioteca Apostòlica Vaticana hi ha un manuscrit del segle XIV en català.

Uns anys després, el 1435, corria per la ciutat de Vic una *Suma del Guido*, és a dir, un compendi o resum de l'obra, inscrita també en català pel notari, i que pertanyia al barber Jaume Dez Mercadal en el moment de la seva mort aquell mateix any. Aquest compendi devia durar molt temps, si tenim en compte que gairebé 300 anys després, el 1724, el cirurgià de Cervera

L'últim fet, i el més important, és que el 5 de maig de 1475 es va trobar a la casa de la plaça Nova de Vic del cirurgià, batxiller en medicina i antic conseller Miquel Cerver un llibre que al principi, i en lletres vermelles, deia: "en nom de deu comença lo inventari o collectori". I seguia en lletres negres: "pus que primerament gracies hauré fetes". I a l'última pàgina, en lletres negres com tot el contingut del text, deia: "E feneix lo dit llibre lo qual viu e regna en lo secggle dels secggles". Per tant, amb tota seguretat, ja tenim la traducció catalana abans de l'any 1475 circulant per la ciutat de Vic.

Podríem preguntar ara mateix als esperits de Casaldóvol i Masnovell si

gians n'hi ha tres de molt característics: les seves indumentàries, la cultura general més gran dels metges, que tracto en detall en el discurs escrit, i la manera com exercien la professió. Els metges complien la seva tasca assistencial sobretot desplaçant-se amb les seves mules a les cases dels malalts, mentre que els cirurgians, que no solien disposar d'animal de transport, feien les visites a les seves botigues o obradors, excepte en els casos pericials i durant les èpoques de pesta, que anaven a les morberies, barraques, descampats i cases on es trobaven els empestats.

Els coneixements que tenim sobre la indumentària pròpia de l'ofici de metge i de cirurgia es fonamenten en les arts plàstiques de les diferents èpoques i en les fonts literàries, molt riques en la literatura castellana del segle d'or, sobretot en el cas dels metges. En canvi, les dades documentals, els escrits que trobem sobre vestimenta en els inventaris de metges i cirurgians de Catalunya, si bé són abundants i rics en detalls, són difícils d'interpretar.

El notari es limitava a anotar, una per una, les peces de roba que tenien, però gairebé mai no les relacionava amb la seva professió. Podem fer un retrat imaginari d'un metge o cirurgià guarnits amb els seus vestits, però no podem dir que aquests vestits fossin propis del seu art. Ens ho hem de creure.

Dit això, disposem de la roba de molts metges i cirurgians, entre els quals hi ha la metgessa de Vic, Margarida Tornarona, procedent del bisbat d'Elna de Rosselló, que l'any 1401 vestia faixa amb agulles de llautó, calces vermelles, vestit llarg de color blau obert amb un tall llarguer (*cota fesa*),

aquest manuscrit de Vic va arribar a les seves mans, el van corregir i el van lliurar enllestit al llibreter de Barcelona mestre Pere Miquel perquè l'acabés d'estampar el 26 de setembre de 1492, incunable com sabem, guardat en el mateix edifici on som ara.

La indumentària dels metges i dels cirurgians

A través de l'estudi dels inventaris, hem vist que entre els diferents trets que distingien els metges dels cirur-

de la universitat fan entre el seu domicili i el lloc de treball.

Es va vincular a la unitat de medicina legal i va guanyar ben aviat les oposicions de metge forense. Ha exercit alguns anys a Sant Feliu de Llobregat i després a Lleida, on encara està actiu. Per aquesta orientació és professor titular de medicina legal i forense de la Facultat de Medicina de Lleida.

Però el seu camp més important és el de la història de la medicina. Amb el seu pare, el doctor Manuel Camps i Clemente, membre corresponent de la nostra Acadèmia des del 1994, formen un *tàndem* de publicacions i d'investigació important en el camp de la història de la medicina catalana. A vegades és difícil saber en un treball què hi ha fet l'un o l'altre. Deuen tenir més de vuitanta publicacions.

Quines són les línies de treball?

Bàsicament aquelles en què tenen el material de recerca a mà. És a dir, els temes de Lleida i de les comarques catalanes. Viatjar, per anar d'un arxiu a un altre, sembla que no els costa gaire. Què han fet? Assenyalaré els punts que considero més importants.

Un és l'estudi de la medicina més antiga, del temps en què no hi havia documents. És a dir, dels temps prehistòrics o històrics molt reculats. Van publicar un estudi sobre els santuaris antics amb tradició mèdica a Catalunya, centrat a les terres de Lleida. És un llibre de 158 pàgines. Hi ha descrits més de vuitanta llocs on es conserva el coneixement d'una tradició remeiera, des de les *caldes* clàssiques fins a molts altres remeis, amb una anàlisi dels exvots, del record en el poble o de la topografia. És un estudi de primer ordre. Sobre aquest tema Manuel Camps havia fet la seva tesi doctoral, presentada el



A dalt, els Drs. Joan Gené i Josep M. Ustrell. A baix, el Dr. Josep Laporte, president de la Reial Acadèmia de Medicina, amb el Dr. Camps.

cobricat vermell (*capero*) i capa vermella llistada de blanc.

També, i en aquest cas pel seu luxe, direm que Andree de Beneyto, metge jueu de Venècia que exercia a Tortosa, l'any 1445 anava abillat amb vestits llargs o cotes d'home, dels quals en destacarem un de seda vermella amb molts obratges, amb mànegues amples, folrat de pèl de vair blanc (animal semblant a l'esquirol). Portava també capell de sol de *vebres* (pell de castor).

Solament el 24% dels metges d'aquest estudi disposaven de roba que el notari relacionà directament amb la seva professió. Ho comencem a veure a partir del segle XVI, en relació amb el grau de doctor i fins i tot amb la professió de metge, encara que en aquest últim sentit solament disposem del cas del metge de Girona, Melcior Montroig, el qual l'any 1571 tenia una "*roba de metge de cadis*" (teixit prim de llana a imitació dels teixits anglesos). Atès que la roba era la peça de vestir principal, que es posava sobre els altres vestits, és interessant aquesta troballa, ja que ens indica que a Girona, en aquell temps, es devia usar un tipus d'indumentària pròpia de la professió de metge.

En canvi, la roba relacionada amb el grau de doctor constitueix una troballa més freqüent. La veiem, per primera vegada, en el cas del metge jueu de Barcelona Claudi Mas l'any 1567. Tenia "*dues robes llargues de doctor de contray ab una gira de vellut negre*", la qual cosa ens indica que els doctors en medicina de Barcelona anaven vestits de llarg, amb roba de qualitat com era el *contray*. El doctor Mas era membre del Col·legi de Doctors en Medicina de Barcelona.

Més endavant, ja en el segle XVII, i a

les ciutats amb universitat, com ara Barcelona, i també a Cervera al segle XVIII, alguns metges, sobretot els vinculats a la universitat, tenien roba de doctor de caràcter exclusivament acadèmic. Eren el capiro o mussa (capeta botonada per davant, que cobreix el pit i l'espatlla) i la borla. A més, solien portar anell de diamants o de jacint. Solament recordaré el primer i l'últim metge d'aquest estudi que en tenien. Eren el doctor Pere Font, de l'any 1622, mestre de l'Estudi General de Barcelona, autor d'obra escrita, i resident al carrer de la Riera de Sant Joan, just davant de la font de Sant Joan; i el catedràtic de prima de medicina de Cervera, Francesc Cases, també amb obra escrita, i resident a la plaça de Sant Miquel l'any 1743.

En el cas dels cirurgians, la investigació de la indumentària ens ofereix poquíssimes dades sobre roba pròpia de l'ofici. Els cirurgians se solien identificar més pel parament de la botiga que no pas pel seu propi vestit. Quan les ciutats els contractaven per atendre els malalts de pesta, els oferien com a reclam perquè hi anessin el permís perquè un cop acabada l'epidèmia poguessin col·legiar-se, obrir una botiga, "*posar cortina*" i exercir sense necessitat d'examinar-se. Aquestes concessions, extretes de Girona durant la pesta de 1650, les hem seguit veient en altres poblacions. Després, durant l'estudi dels inventaris que els exposo avui, ja des dels temps més reculats del segle XIV, la troballa en cada inventari de les *cortines de cirurgia o barber* ha estat una constant. No hi havia botiga sense *cortines* i *cortinons de barber*, moltes vegades

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

- ◆ Els metges es desplaçaven amb les seves mules a les cases dels malalts
- ◆ Els cirurgians feien les visites a les seves botigues, menys en casos pericials o de pesta

Francesc Rosell tenia un llibre "de mitg 4 dit *Compendi de Cirurgia de Chauillac*".

Malgrat aquestes dues sospites de traduccions primerenques al català, bé de l'obra completa o bé d'un compendi d'aquesta, el cert és que el manuscrit original en llatí seguia el seu curs normal de propagació, si tenim en compte que el 22 de novembre de 1471, en un encant que es va fer a la plaça Beata Maria de Vic, es va vendre una edició llatina que pertanyia al cirurgià vigatà Bernardí Lanes.

20 de juliol de 1978 quan encara no tenia trenta anys. Una segona línia és l'estudi dels arxius parroquials. Van ser els dos Camps els qui van començar aquesta línia de recerca. A les parròquies, més o menys des del Concili de Trento a finals del segle XVI, en molt poques abans, s'apunten en els llibres parroquials els naixements, matrimonis i òbits. Allà, entre molt mala lletra, que canvia d'uns rectors a altres, i entre milers d'inscripcions en llibres sovint mal conservats, es poden trobar dades d'interès per al coneixement de la nostra sanitat antiga al nivell més directe del poble.

Bàsicament hi ha dades sobre la mort, els temps amb més o menys mortalitat (epidèmies), les grans mortaldats d'albats (mortalitat infantil). No se sol dir la causa de la mort, excepte en els casos en què la mort ha estat violenta, sigui per homicidi o per accident: *mori de desgracia, lo*

mataren, lo trobaren ofegat, etc. És, doncs, la primera font d'estudi d'epidemiologia de la mortalitat violenta, la violència social a Catalunya. Els Camps ho van començar l'any 1981 a la parròquia de Sant Joan de Lleida.

Cal dir que ells són els iniciadors d'aquesta línia, que després ha estat molt fèrtil. Els treballs són molt extensos i, per tant, són aptes per fer una tesi de doctorat. En aquest moment se n'han fet més de quaranta a Catalunya, amb resultats importants per conèixer el nostre passat mèdic, sanitari, en els segles XVII i XVIII. I això repartit per moltes comarques de Catalunya. Ha estat, doncs, un estudi propi de l'àmbit, del nom de la nostra Acadèmia.

També han servit per conèixer el nom dels metges, cirurgians, apotecaris, llevadores ..., és a dir, dels sanitaris que han treballat al nostre país. Sovint amb les seves relacions

familiars, de pares a fills, les nissagues sanitàries. També per conèixer el grau de cobertura sanitària, a vegades amb pobles que no tenen ningú i són esmentats els de fora. Sovint molts més cirurgians que metges, que, recordem-ho, era una professió diferent. Això ens ha permès incrementar el contingut de la nòmina dels sanitaris catalans antics.

La tercera línia, amb més d'un llibre ja publicat, és l'estudi de les pestes a Catalunya. Els que analitzen les pestes dels segles XV, XVI i XVII són fonamentals per conèixer l'abast d'aquest assot a Catalunya, que començà amb el brot de 1348, però que va delmar continuament la població del país fins al 1720. L'obra escrita més important d'aquesta pesta és el *Regiment de preservació a epidimia e pestilència e mortaldats*

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

l'listades de diferents colors fins al punt que hem d'acceptar que aquest i no cap altre era el senyal autènticament identificador dels obradors dels cirurgians i, per tant, d'ells mateixos. Igualment passava, encara que extraordinàriament, en el cas dels queixalers, odontòlegs de l'època que s'identificaven per la "bandera de queixaler", tal com es pot veure l'any 1437 en el cas del cirurgià de Barcelona Ramon Joan, estudiant també per Josep Rahola i Sastre.

Tornant a la indumentària personal, com deïem, són excepcionals les dades documentals sobre roba pròpia de cirurgià. Solament hem vist en el cas del cirurgià de Barcelona Francesc Jover, de l'any 1491, que tenia un "tavarro de mester bo". Podem pensar que era propi del seu mester o ofici. De fet, aquesta nota d'arxiu ens permet sospitar que els cirurgians de Barcelona del segle XV portaven roba identificadora del seu treball. Però la mateixa brevetat de l'escrit no ens ho permet assegurar.

En canvi, al segle XVII i al marge oriental d'Aragó, els cirurgians es distingien, precisament, per la seva indumentària. Les mateixes conductes municipals els obligaven a tenir un aprenent "para la mejor asistencia". Així ho diu un contracte d'aprenent de barber i cirurgià, signat a la localitat d'Albelda el 16 d'agost de 1637. I el mateix document segueix dient que, una vegada complerts els tres anys acostumats d'aprenentatge al costat del cirurgià, aquest havia de comprar al seu aprenent un vestit nou "conforme lo requiere dicho officio de barbero y cirujano". I especificava, a més, que havia de ser precisament un vestit

de "pebret" compost per capa, ropilla i calçons, amb els complementos d'un sombrero, mitges i sabates. Tot nou.

Més endavant, en el segle XVIII, cent anys després, el cirurgià del portal de Santa Anna de Cervera Francesc Rosell, mort el 1724, vestia exactament igual que el seu col·lega d'Albelda, però amb l'afegit de la *golella* i l'espasa. Usava "un vestit negre de golilla de panyo ab capa vaheta y dos sombros plans ab son cinto per posar la espasa".

Finalment, una dada interessant de la indumentària dels cirurgians la trobem en època de pesta a Perpinyà i a Reus. Els cònsols de Perpinyà, durant l'epidèmia de 1652, donaven als cirurgians que contractaven per assistir els empestats una *vesta* per tal de ser reconeguts i evitar, així, la comunicació amb ells si no era estrictament necessària amb la finalitat de prevenir la propagació del contagi. Els proporcionaven també les atxes necessàries per visitar els malalts durant la nit. El

◆ Al segle XVII, els cirurgians del marge oriental d'Aragó, la Franja de Ponent, s'identificaven pel vestit

Consell de Reus, també el 1652, pagà 2 lliures i 10 sous al cirurgià Llorens Rovira "per les mans de una vesta de botanam morat y una montera".

Per tant, a la capital del Baix Camp, els cirurgians anaven vestits amb vesta de tela gruixuda de llana, de color morat i capell d'ales amples (*muntera*).

Els obradors dels cirurgians

Si mesurem la categoria social per l'expressió externa del vestit, podem pensar que la nostra classe quirúrgica a mesura que passava el temps manifestava, cada vegada més, el seu desig de sortir de l'estatus en el qual es trobava instal·lada des de temps immemorial, amb l'antiga teoria que el treball manual que feien els cirurgians tenia menys valor que l'intel·lectual dels metges.

Si els metges, ja des del segle XIV, es distingien, com hem vist, per la categoria de la seva indumentària, els cirurgians que trobem en aquesta recerca, que de fet són els que en realitat exercien diàriament en els nostres pobles tret d'algunes excepcions, no comencen a sortir de la seva misèria social fins al segle XVII, com ens ho demostren les gracioses formes dels vestits, gairebé *goyesques*, d'aquells cirurgians del marge oriental d'Aragó i més tard de Cervera, que us acabo de relatar.

Per mi, aquests vestits amb capa, ropilla, calçons i barret són un clar preludi de la revolució que s'atacava i que va suposar, en el segle XVIII, la creació dels reials col·legis de cirurgia i el començament d'una nova ciència quirúrgica.

Si, tradicionalment, els nostres metges es distingien pel fet de ser personatges ben vestits, a cavall de les

seves mules per anar a visitar els malalts, als cirurgians se'ls reconeix més que res pels seus obradors. Per això, acabaré el discurs fent-vos un breu relat d'algunes notes característiques d'aquests.

L'obrador, botiga o dependència operatòria era diferent segons la categoria del cirurgià. Els dels bons cirurgians de Barcelona eren grans i luxosos, a diferència dels de ciutats més petites que eren més modestos.

El mestre cirurgià del Col·legi de Metges i Cirurgians de Lleida Bernardí Blet, mort el 1754, i que gaudia d'una bona i selecta clientela, al costat mateix del seu obrador al carrer de la Llinacera, de la parròquia de Sant Llorenç, tenia un *corralet amb un porc de cria platxat*. Vivia de les conductes i també de les mongetes tendres i altres verdures que li donava la finca de 9 jornals que tenia a la partida de Rufeà. Això sí, solament tenia tres llibres vells de cirurgia.

En canvi, a Cervera, que hi havia universitat, a la mateixa època el cirurgià Francesc Rossell, mort l'any 1724, tenia 128 llibres, dels quals quatre eren d'*Albeyeria*, dels millors autors d'aquesta ciència: de Juan Álvares Borges, Martín de Arredondo, Miguel de Paracuellos i Francisco de la Reina.

Aquests llibres d'*Albeyeria* ens porten a pensar que aquest cirurgià potser també practicava l'ofici de veterinari. De fet, ens hem trobat alguns casos de cirurgians, de temps més reculats, que tenien eines d'aquest ofici, com Melcior Rotlan de Manresa que l'any 1402 tenia un *badal* que servia per obrir la boca de l'animal i així poder-la explorar.

També, a l'entrada de la casa del cirurgià de Vic Pere Barborens, l'any 1465, hi havia un *enclusó de ferrer*, la

qual cosa ens permet preguntar-nos si en realitat també ferraria animals.

Però tornant al que deïem, els bons cirurgians de Barcelona tenien obradors més luxosos i grans que els de les ciutats més petites. Així, l'any 1464, el cirurgià Johan Vicens, amb botiga oberta al carrer Ample, era un exemple de professional benestant i competent, si tenim en compte que en el seu escriptori, decorat amb un retaule petit de la salutació de Nostra Senyora, tenia els millors manuscrits dels autors de cirurgia que es llegien en el seu temps, tots en català: Guillem de Saliceto, Lamfranc (o Alamfranc) i Roger; a part d'obres mèdiques també en català de Johannisi, el quart *Canon* d'Avicenna, de Galè, d'Arnau de Vilanova, de Bernat de Gordon i de Rasis. Tres d'aquests manuscrits els tenia com a garantia d'uns préstecs que havia fet a tres cirurgians.

Com deïem, l'obrador era gran i, a més, tenia dependències annexes com el pati del pou, el celler i l'estable, on hi havia també diversos objectes que s'usaven en cirurgia. Per exemple, al pati del pou hi tenia dues gerres de terra grans per guardar lleixiu i, a l'estable, una pica de pedra rodona per fabricar-lo.

Hem vist que aquest càustic, el lleixiu, era molt utilitzat pels cirurgians. Al cantó de la casa hi havia, encastades a la paret, dues moles per afilar els *raors*, amb llurs bastiments de fusta i tancadures, etc.

La dependència principal de l'obrador, lloc on assistia els malalts, estava decorada amb quatre draps de pinzell, és a dir, un *Pater Noster*, un *Sant Cosme i sant Damià asseguts en una cadira*, un *Somni de París* i *Tres dones en un bany*.

Un altre element molt interessant, que formava part del conjunt, era "una taula de fusta la qual stà pintada la notomia en signes, e altres coses, e escrita de les coses necessàries e pertinents a la dita notomia". Com veïem, una representació dels signes del zodíac que, com és sabut, els cirurgians el consultaven sempre abans de fer una sagnia, d'obrir un abscess, d'administrar una purga o d'altres activitats pròpies del seu ofici. Nosaltres, si bé amb poca freqüència, hem vist aquestes representacions dels signes dels planetes en els obradors d'alguns cirurgians de Barcelona i de Vic.

En aquet ambient, els nostres cirurgians feien les seves feines. Les detallo en el llibre escrit.

Bé, acabo. Com heu vist, solament us he parlat de tres dels diversos i variats aspectes que es poden estudiar a través dels inventaris. Els dos primers, els referents als llibres que llegien els metges i els cirurgians, i a la indumentària que els caracteritzava, plena de sentit social, han estat per mi aspectes particularment laboriosos i difícils d'estructurar. Per això, us els he volgut oferir aquesta tarda festiva, com a collita d'un treball iniciat amb el meu pare tot just acabat el X Congrés d'Història de la Medicina Catalana, que se celebrà a Lleida i a Alcarràs la tardor de 1998.

Us diré també que desitjo, ara més que mai, que aquesta col·laboració generacional entre pare i fill continuï i que pugui seguir aportant, senyor president i acadèmics, unes quantes llores més per a la continuació del bastiment del ja llarg camí recorregut per aquesta casa, la primera pedra del qual es va posar l'estiu de 1770, ara fa gairebé 231 anys.

de Jaume d'Agramunt, que sembla que morí per aquesta causa. El llibre, un dels nostres clàssics més preuats, ha estat reeditat en facsimil per la Universitat de Lleida en ocasió del setè centenari.

Després ve la línia de l'estudi de la violència social a Lleida a la baixa edat mitjana. El *tàndem* segueix funcionant tal com ho demostra el llibre sobre la tortura, el turment judicial, publicat arran del congrés de 1998.

Posteriorment, i és el més recent, el treball que ens ofereix aquí. Ja fa temps que estudiaven els documents més personals de metges i cirurgians. En el camp professional els contractes, les *conductes*, amb els ajuntaments, el compromís professional per atendre la població i la contraprestació econòmica en diners o en espècies. El llibre de les *conductes* encara no està fet, però ja

sortirà. Però en aquest mateix sentit han estudiat els registres dels béns dels sanitaris, metges i cirurgians, els inventaris fets després de la seva mort per tal de saber quins béns tenien i de repartir-los si s'esqueia. Ja hi ha una obra sobre els llibres que tenien els metges, una anàlisi de catorze inventaris, i ara tenim la referència global al contingut. És, crec, el millor estudi sobre els aspectes socials: què guanyaven, què tenien, com vivien, què llegien els nostres metges d'altres temps.

Des del punt de vista del treball institucional hem d'assenyalar que Manuel Camps ha estat el secretari i motor del III Congrés d'Història de la Medicina Catalana, el de Lleida de 1981; president del VI a Manresa el 1990; coordinador del X a Lleida-Alcarràs el 1998. Està, doncs, vinculat a la tasca dels congressos d'història de la medicina catalana iniciats aquí mateix l'any 1970, i ja se

n'han fet onze, dels quals, cal dir-ho, l'Acadèmia és la seu permanent amb un ritme, establert ja fa bastants anys, de fer-los cada dos anys, un a Barcelona i dos a fora de la nostra àrea. El proper, que se celebrarà el 2002, està previst a l'illa de Mallorca, concretament a Pollença.

He deixat per al final les relacions de Manuel Camps amb l'Acadèmia. No és pas un nouvingut. És corresponent des del 1992. Ha publicat alguns treballs a la nostra revista. El seu treball d'ingrés com a corresponent –"Notes sobre els orígens de la prova pericial mèdica a Catalunya"– va ser un dels primers en aquest sentit. Després ha participat en el Col·loqui sobre Responsabilitat de l'any 1996, amb un escrit sobre la sistemàtica dels peritatges mèdics, que demostra la seva àmplia experiència en el camp de l'administració de justícia. És, a més a més, un acadèmic amb una plena disposició



El Dr. Jacint Corbella llegeix el discurs de resposta al nou acadèmic Dr. Camps.

Investigació a l'Arnau de Vilanova i a Santa Maria

Avaluació feta per la Secretaria Tècnica del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC)

Sovint quan es parla de recerca vénen al pensament imatges de provetes, tubs d'assaig i ratolins. Tanmateix, tan important és la recerca que es porta a terme als laboratoris com la recerca mèdica, que es fa amb persones. Aquesta última, que és una continuació necessària de la primera i també es coneix amb el nom d'investigació clínica, busca millorar els procediments preventius, diagnòstics i terapèutics, així com comprendre l'etiologia i la patogènia de les malalties.

La investigació clínica està àmpliament regulada en tots els països sanitàriament avançats, però el pilar bàsic d'aquesta regulació és la Declaració de Helsinki: una posició de consens adoptada per l'Assemblea Mèdica Mundial sobre les normes ètiques fonamentals per les quals s'ha de regir la investigació en i amb persones. En aquesta declaració s'estableixen els tres principis que s'han de respectar en tota investigació clínica: existència d'un protocol experimental, participació voluntària i informada dels subjectes i avaluació d'aquest protocol per part d'un comitè ètic independent de l'investigador i d'altres persones interessades en la investigació.

Des de l'acreditació el 1995 del CEIC de la Regió Sanitària de Lleida, que té la seva seu a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, s'ha produït una veritable eclosió de la investigació clínica en els nostres hospitals i de retruc en l'àmbit de l'assistència primària. Una gran part d'aquesta investigació és desenvolupada per metges que combinen la recerca amb l'atenció mèdica, és a dir, que introdueixen tècniques o tractaments experimentals en l'atenció dels seus pacients. La mateixa Declaració de Helsinki reconeix la necessitat d'aquesta activitat i formula els principis aplicables en aquest cas: a més a més dels esmentats anteriorment (protocol, avaluació externa i consentiment informat), el metge ha de justificar que la tècnica experimental aplicada té un valor potencial justificat, ja sigui preventiu, de diagnòstic o terapèutic.

Actualment és un fet reconegut que la pràctica de recerca clínica combinada amb atenció mèdica millora la qua-

litat global de l'assistència i, de fet, en alguns hospitals el nivell de recerca clínica assolit s'utilitza com a indicador global de qualitat. La majoria de projectes de recerca són necessàriament multicèntrics i multinacionals, la qual cosa obliga els equips investigadors a una actualització constant dels seus coneixements i a posar-los en comú amb centres d'alt nivell de tècniques, procediments, etc. Tots aquests beneficis acaben redundants en l'assistència mèdica als pacients. D'altra banda, molts experts consideren que l'avaluació de la tecnologia mèdica és un imperatiu ètic, ja que l'aplicació de tècniques d'efectivitat i/o seguretat no provades pot esdevenir un comportament no eficient, encara que la intenció sigui la de fer el bé.

Des del gener de 1995, s'han presentat al CEIC un total de 160 projectes d'investigadors de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova o de l'Hospital de Santa Maria perquè siguin avaluats. D'aquests, s'han aprovat un total de 128 estudis, dels quals 78 (61%) corresponen a projectes promoguts per la indústria farmacèutica o bé per grups de recerca d'àmbit espanyol i europeu; la resta han estat estudis promoguts per grups d'investigació local en general vinculats a la Universitat de Lleida.

Del balanç de l'activitat investigadora s'observa que ja han finalitzat 47 dels

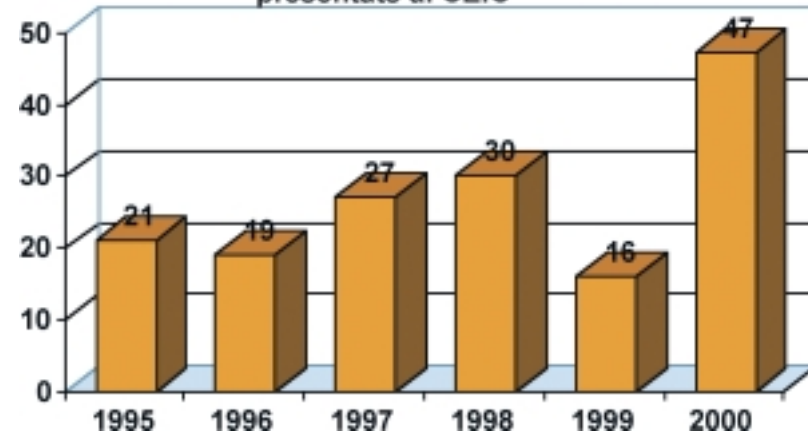
projectes aprovats en el període 1995-2000, mentre que actualment hi ha uns 40 estudis actius. Globalment han participat prop de 500 persones en els diferents assaigs. La resta dels projectes aprovats, o bé no s'han portat a terme o bé estan pendents d'iniciar-se.

Les àrees d'oncohematologia i de malalties infeccioses són les més actives, encara que els nostres hospitals també han participat i participen hores d'ara en alguns importants assaigs multinacionals que investiguen nous tractaments de la malaltia coronària.

Al gràfic que s'adjunta es presenta l'evolució del nombre d'estudis presentats al CEIC des del 1995. Com es pot observar, cada any són més els projectes que es presenten i la davallada del 1999, de tipus conjuntural, va ser àmpliament compensada l'any passat. Aquest augment de l'activitat és fruit de l'esforç de tot el col·lectiu de professionals sanitaris dels nostres centres i posa de manifest la confiança creixent que tenen molts promotors externs en les nostres capacitats. Cal recordar que la participació en assaigs multicèntrics internacionals exigeix una alta qualificació als investigadors i que els promotors d'aquests assaigs duen a terme en els centres participants auditories molt exigents. En aquests casos el factor d'impacte de les publicacions no és garantia d'èxit i solament la bona pràctica en investigació, que s'ha de demostrar durant aquestes auditories, garanteix la continuïtat en la recerca clínica.

Tanmateix, a la Regió Sanitària de Lleida són necessaris nous plantejaments pel que fa a la infraestructura de suport a la investigació clínica per poder continuar amb l'excel·lent nivell assolit. És important proporcionar als investigadors fons de finançament independents per realitzar estudis d'interès local i dotar els hospitals d'agències que gestionin de forma eficient els nombrosos aspectes econòmics i burocràtics que comporta la realització de recerca clínica de qualitat. Sens dubte, aquest és un repte apassionant i tots hi sortim guanyant.

Evolució de la recerca a la Regió en nombre d'estudis presentats al CEIC



CLÍNICA MONTSERRAT



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



NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

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

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



HABITACIONS INDIVIDUALS

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

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

"L'especialista és el metge de capçalera de l'esportista"

Text: Dr. Ferran Pifarré San Agustín

El Dr. Josep Anton Gutiérrez Rincón és el responsable de la medicina de l'esport a la Generalitat de Catalunya i, a més, metge de la secció d'Handbol del Futbol Club Barcelona. *Butlletí Mèdic* va aprofitar la seva presència en unes jornades professionals celebrades a Lleida per entrevistar-lo.

Pregunta: Hom parla de medicina de l'esport, però, concretament, quines són les característiques d'aquesta especialitat i quin és el paper de l'especialista?

Resposta: La medicina de l'esport és una especialitat molt antiga en la seva pràctica i molt jove en la seva reglamentació i estructuració universitàries.

L'eclosió de l'esport en tots els àmbits, tant com a activitat social i de lleure com competitiva, genera necessitats i dubtes en els usuaris, que troben resposta en el metge especialista en medicina de l'esport. I no solament en aspectes patològics, sinó també en la millora del rendiment físic i en el desenvolupament corporal. Per tant, el paper que han de desenvolupar els especialistes és sobretot fer de metge de capçalera de l'esportista i fer un seguiment del seu procés d'entrenament. I aquesta tasca no la poden fer altres especialistes, que poden completar en un moment donat la informació necessària, com els cardiòlegs, traumatòlegs, etc., que només tenen una visió concreta de l'esport.

P: La pràctica de la medicina de l'esport és, ara com ara, extrahospitalària, pot integrar-se en el futur en els centres hospitalaris com una especialitat mèdica més? Quins avantatges i desavantatges plantejaria aquesta integració?

R: Creiem del tot obligada aquesta integració hospitalària. L'esport és actualment l'activitat social més



El Dr. Gutiérrez Rincón amb l'equip d'Handbol del FC Barcelona.

practicada en el nostre país i, per tant, la problemàtica sanitària que genera és molt gran. El problema és que la veiem encara com una medicina alternativa i només d'uns quants atletes d'elit i no com una eina per augmentar la salut de la població.

La implantació hospitalària de la medicina de l'esport seria la consolidació definitiva de la nostra especialitat i el seu reconeixement en un àmbit fonamental de la sanitat i, a la vegada, donaria un servei que cada cop té més demanda per part de la societat.

P: Quines són les característiques i les tasques específiques dels Centres de Medicina de l'Esport de la Generalitat?

R: La Llei de l'esport de Catalunya adjudica a la Generalitat la cura dels esportistes de tecnificació i alt

rendiment, així com l'aptitud esportiva, el control antidopatge i la promoció dels especialistes en medicina de l'esport. Aquestes tasques les fa des dels centres acreditats.

El decret actualment en vigor reconeix centres de medicina de l'esport de primer, segon i tercer nivell. Els centres de primer nivell són acreditats per Sanitat i n'hi ha més de 100 arreu de Catalunya. Els centres de segon i tercer nivell ho són per la Secretaria General de l'Esport (SGE). Tot i que el nombre d'acreditacions de segon i tercer nivell ha sigut sempre limitat per un tema pressupostari, des de l'Administració volem modificar els criteris i augmentar significativament el nombre de centres acreditats de segon nivell, ja que el país els té i els necessita.

P: Pot informar-nos sobre el nombre i el perfil de les persones usuàries?

R: Els clients dels centres de medicina de l'esport propis de la Secretaria General de l'Esport són els esportistes de les federacions catalanes sotmesos a un procés d'entrenament de tecnificació i/o alt rendiment. Estem parlant d'un col·lectiu, d'uns 3.000 esportistes de tot Catalunya.

P: On s'ubiquen els centres de la xarxa de la Generalitat de Catalunya?

R: La Secretaria General de l'Esport té un centre de medicina de l'esport a Lleida, un a Girona i un a Tarragona i dos a Barcelona, a més de dos centres acreditats de segon nivell a les comarques de Barcelona i un de tercer nivell al CAR de Sant Cugat.

P: Quin és el pressupost anual del centre? És rendible aquesta inversió?

R: El pressupost anual d'un centre de medicina de l'esport depèn sempre de les prestacions que pugui donar i de les necessitats socioesportives que cal cobrir. En principi, tenint en compte la mínima despesa, no hauria de baixar dels 10 milions anuals.

La Sanitat no ha de mesurar-se com una empresa o, si més no, cal valorar els beneficis en forma de satisfacció social. Si pensem que quan un familiar estimat té una malaltia greu no ens aturem mai a pensar en el que costaria el seu guariment, no sé per què l'administració ha de pensar a fer rendible econòmicament la salut dels seus ciutadans.

P: Les proves que s'hi realitzen, de quina mena són? Són remunerades aquestes proves?

R: En principi, les podem distribuir en exploracions per determinar el grau de salut de l'esportista i la seva adequació a l'esport que practica, com serien l'exploració bàsica per aparells, les mesures corporals, l'espirometria, l'ECG de repòs, analítiques, etc., i les exploracions per determinar el grau d'entrenament de l'atleta i les seves capacitats de rendiment: tota la variant de proves d'esforç.

Els clients habituals dels centres són els esportistes de tecnificació i d'alt rendiment, que són responsabilitat de l'Administració, com diu la Llei de l'esport. Si els centres tenen possibilitats, poden atendre peticions de particulars als quals s'apliquen els preus públics aprovats en el DOGC.

P: La Generalitat projecta eixamplar l'assistència mèdica esportiva?

R: És lògic pensar que cada vegada més la població esportiva catalana demana una atenció mèdica més específica per a totes les activitats que desenvolupa. Per satisfer aquesta necessitat, l'administració esportiva de la Generalitat intentarà que tots els esportistes puguin tenir a l'abast la

PASSA A LA PÀGINA SEGUENT



possibilitat de consultar amb els especialistes en medicina de l'esport i, per tant, tinguin assistència específica en aquest camp. Ara bé, això no pot pensar-se que sigui sense cost per a l'usuari, tot i que la despesa serà mínima amb relació al gran benefici obtingut per la pròpia salut.

P: Personalment, quins motius us van decidir a escollir aquesta especialitat?

R: Fonamentalment les característiques del pacient: l'energia que es desprèn del practicant d'esport i el seu entusiasme per la vida, que fa que el metge també s'encomani i s'il·lusioni amb la seva tasca.

P: Quina és la vostra tasca i responsabilitat com a metge de la secció d'Handbol del FC Barcelona?

R: Sóc el metge de capçalera dels jugadors, a part de coordinar tots els aspectes físics, d'hàbits, i nutricionals de tot l'equip amb relació a l'assimilació del programa d'entrenament. De tot el quadre tècnic de l'equip, sóc el que treballa en contacte més estret amb els jugadors, encara que és inestimable la col·laboració amb el fisioterapeuta i el preparador físic.

P: Pot explicar-nos les lesions més freqüents en el jugador professional

d'Handbol?

R: Fonamentalment, les lesions de dits i d'espatlla. Des de la simple artritis posttraumàtica fins a les lesions de l'espai subcromial, el membre superior és el més afectat en el nostre esport.

Les lesions de turmell i de genoll, així com les musculars, no són pas

Pel que fa als mitjans de comunicació, el metge ha de fugir de la voluntat de ser protagonista, ha de donar una explicació curta i sempre ha d'explicar al jugador el que dirà.

P: El món de l'esport pateix actualment el problema del *doping*, com es podria combatre d'una manera efectiva?

◆ **Les lesions més freqüents del jugador d'handbol són de dits i d'espatlla**

◆ **Cal destacar una incidència superior de lisi en la cinquena vèrtebra lumbar**

diferents de la resta d'esports col·lectius. Cal destacar una incidència superior de *lisi* en la cinquena vèrtebra lumbar, per la hiperextensió de la columna en el moment del llançament.

P: Com explica la importància d'una lesió al jugador? I als mitjans de comunicació?

R: Al jugador, igual que a tots els malalts, se l'informa amb la màxima fidelitat de l'abast de la seva patologia, però sempre d'una manera optimista i positiva.

R: És molt difícil amb l'actual filosofia d'exaltació del guanyador que du a terme l'entorn actual de l'esport de competició. Sempre hi ha professionals disposats a buscar un tros de glòria al preu que sigui.

S'ha avançat molt en la lluita contra el dopatge i volem des de l'Administració continuar per aquest camí. Així, properament, es constituirà la Comissió Catalana Antidopatge que vetllarà perquè la salut acompanyi sempre la pràctica esportiva.

Realitats en la disfunció erèctil

Dr. Jordi Cortada Robert · Andròleg

La raça humana, a diferència dels animals no racionals, utilitza el sexe per quelcom més que per a la reproducció. Segons les cultures, religions i àmbits socials, el sexe és una de les principals aspiracions i ocupacions dels individus.

En el nostre entorn cultural, el model tradicionalment vigent de conducta sexual és fal·locèntric. Per tant, és normal que qualsevol alteració de les facultats d'aquest membre sigui un autèntic drama per a l'home i la seva parella sexual. La disfunció erèctil, la impotència per dir-ho planerament, genera angoixa i preocupació a tot aquell que, justificadament o no, se'n creu víctima. L'aparició de la paraula

impotència a qualsevol conversa genera multitud de somriures fetotes o de comentaris irònics.

Els sentiments de vergonya o culpabilitat fan que molts pacients afectats per aquest problema es resignin a la seva *desgràcia*. Avui, però, la majoria dels casos tenen solució etiològica, simptomàtica o substitutiva i el bon fer del metge, amb la història clínica i les exploracions que se'n derivin, pot ajudar a apropar les solucions als pacients.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha definit la salut sexual com un dret humà bàsic i la disfunció erèctil com una discapacitat, en el mateix grup que l'artritis reumatoide, la inferti-

litat o l'angina de pit.

La disfunció erèctil NO és igual a:

- Falta de ganes (disminució o absència de llibido).
- Falta de plaer durant la relació.
- Falta d'orgasme.
- Ejaculació prematura.
- Ejaculació retardada.

La disfunció erèctil SÍ que és igual a:

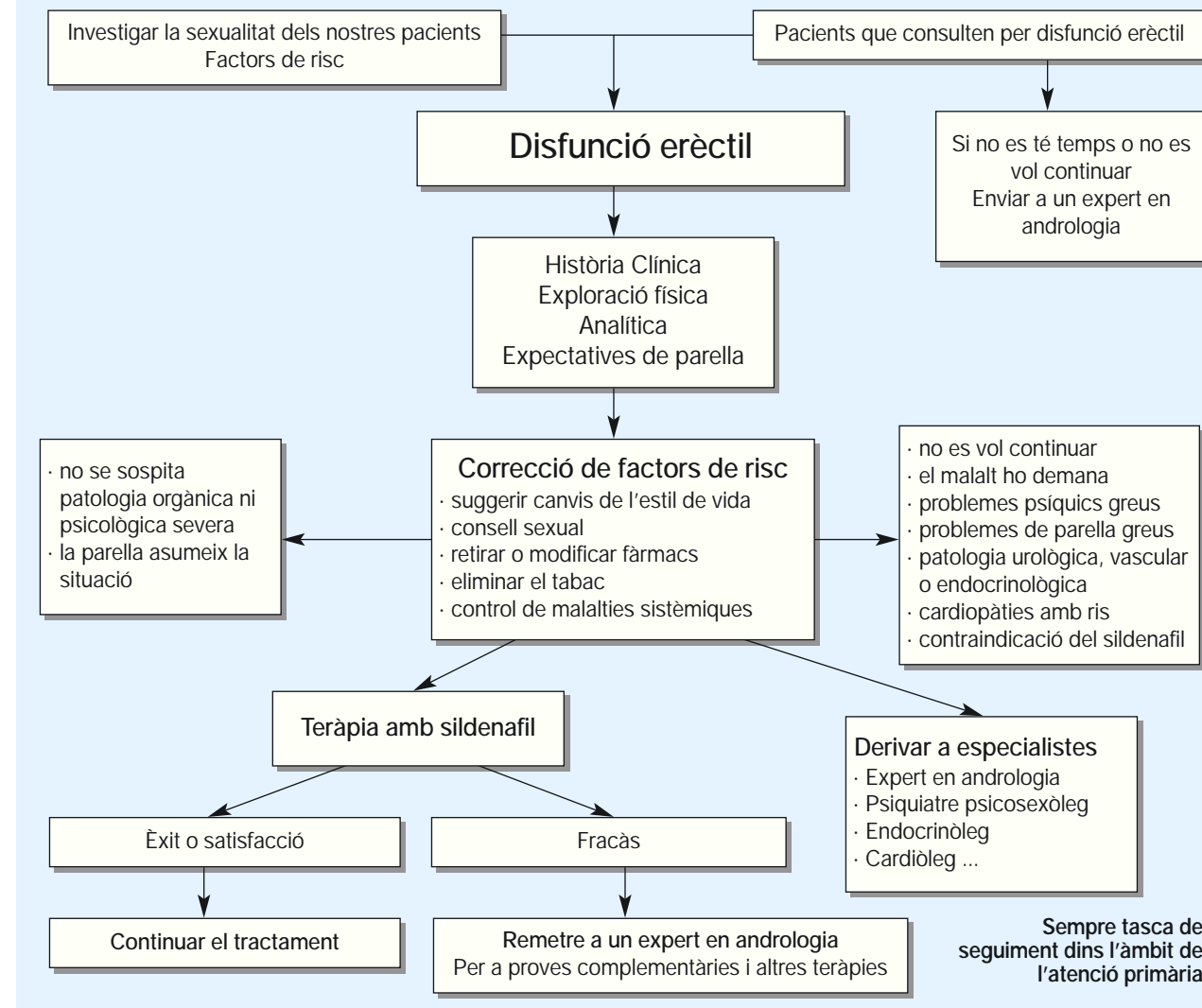
- Trastorn de la rigidesa.

La disfunció erèctil NO apareix:

- Per un excés anterior (no hi ha quotes).
- Per haver-se masturbat habitualment.
- Per no ésser capaç de tenir fills.
- Per l'edat. No hi ha cap edat en què sigui obligatòria l'aparició de la disfunció erèctil, encara que és evident que amb més temps viscut hi ha més possibilitats que factors externs o interns, com ara el colesterol i la diabetis, actuïn i provoquin

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Protocol per al tractament de la disfunció erèctil dins l'atenció primària



Omega Longines Raymond Weil Xemex Gucci S.T. Dupont Tag Heuer Tissot Alflex Mont Blanc Calvin Klein

Joies úniques

De la serie "Geometrics",
anell d'or groc i or gris d'aliació especial,
amb dos diamants de talla princesa.

PERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria
Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida i Ramon Llull, 1 · Tel. 973 24 53 96 · 25008 Lleida · Pàrquing Blondel Gratuït

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

els efectes indesitjables que s'acumulen en processos aguts i crònics.

La disfunció erèctil Sí que pot afectar a tothom:

- Quasi tots els homes en alguna ocasió aïllada tenen dificultats per aconseguir una bona erecció.
- Un 30 % entre 40 i 70 anys pateixen algun tipus de disfunció.

La disfunció erèctil Sí que té solució en la majoria dels casos:

- S'han d'establir les causes.
- S'han de practicar les mínimes proves diagnòstiques.
- S'han de recomanar els tractaments més adients.

Els metges, davant una disfunció erèctil, NO fem una recepta:

La història clínica és imprescindible. S'ha d'estar segur que es tracta d'una veritable disfunció erèctil. Es pot seguir un esquema senzill que ens ajudarà a orientar-nos cap a la causa psicògena o orgànica del problema.

Manifestacions clíniques de causa orgànica

- Inici progressiu.
- Inici agut de causa coneguda (cirurgia radical, lesions medul·lars...).

- Disfunció constant.
- Absència d'ereccions matinals.
- Edat superior a 60 anys.
- Orgasme i ejaculació mantinguts (excepte en malalties específiques).
- Existència de factors de risc de disfunció erèctil.

Manifestacions clíniques de causa psicògena

- Inici sobtat sense causa aparent.
- Problemes de relació.
- Presència d'ereccions matinals normals.
- Homes joves.
- L'orgasme i l'ejaculació poden veure's alterats.
- No existeixen factors de risc rellevants.

El metge de capçalera Sí que pot ajudar en la disfunció erèctil:

La majoria de metges de capçalera poden fer un *screening* i tractar la majoria de pacients. Tan sols uns quants seran enviats a l'especialista. Pacients que han de ser atesos per l'especialista

- Homes joves amb hipogonadisme.
- Hiperprolactinèmia.
- Causes neurològiques amagades.
- Homes amb alteracions psiquiàtriques específiques.
- Homes amb problemes complexos

- de relació.
- Homes que no responen al tractament oral.

Les proves per diagnosticar la disfunció erèctil NO són sempre agressives.

Depèn en general dels casos, encara que després de conèixer la història clínica i de realitzar l'exploració física, el que ens donarà més informació és l'analítica sanguínia: testosterona, testosterona lliure, prolactina i glucèmia.

Totes les disfuncions erèctils NO s'han de tractar amb Viagra:

És evident que no receptem insulina a tots aquells que tenen una glucèmia elevada. Hi ha pacients que recuperen la normalitat amb un simple consell, que relacionat amb hàbits alimentaris o de vida. És cert que la Viagra és aconsellable en molts casos, però no és una panacea per a tots els pacients.

La Viagra NO és perillosa per als pacients amb disfunció erèctil:

Com qualsevol tractament farmacològic té contraindicacions, que s'han sobrevalorat per les especials característiques del tema, pel gran ressò en els mitjans de comunicació i per l'ús sense control per part d'alguns facultatius.

EL PAIMM: balanç després de dos anys de funcionament

En el número 19 del *Butlletí Mèdic*, corresponent al mes de novembre de 1999, vaig escriure un article sobre el Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) que recollia les dades de la seva activitat durant els seus primers vuit mesos de funcionament.

Ha arribat l'hora de fer un segon article sobre les dades assistencials del programa després de dos anys i recordar-vos la seva gran eficàcia per ajudar el metge malalt, amb uns alts percentatges de curació.

Us vull encoratjar perquè ens comuniqueu els possibles casos existents per poder ajudar així els companys que ho necessitin.

Dades més significatives de l'activitat assistencial

Activitat assistencial general

Nombre de casos atesos durant els primers dos anys: 204

TERRITORI	CASOS 1999	CASOS 2000	TI X 1.000 1999 (*)	TI X 1.000 2000 (*)
Catalunya	92	87	3,3	3,03
Espanya	9	16	-	-
Total	101	103	-	-

En el nombre de casos de l'any 1999, s'inclouen també els casos dels mesos de novembre i desembre de 1998. Com es pot veure, es manté una TI molt similar durant aquests dos anys de funcionament del programa.

Aquests 204 metges atesos són tots aquells que reunien els criteris d'inclusió en el PAIMM.

També hi ha hagut, però, moltes consultes telefòniques en què es demanava informació sobre el programa, el seu funcionament i el preu dels serveis per als metges no col·legiats a Catalunya.

Vies d'accés:

VIES	CASOS 1999	% 1999	CASOS 2000	% 2000
Demanda voluntària	69	68,3	97	94,2
Comunicació Confidencial	20	19,8	6	5,8
Denúncia	12	11,9	0	0,0
Total	101	100	103	100

Volem remarcar amb tot l'èmfasi l'augment en un 26%, que considerem força significatiu, de la demanda voluntària com a via d'entrada al programa, fet que posa de manifest la seva gran acceptació entre el col·lectiu professional i el treball que s'ha dut a terme per aconseguir la reconversió de les comunicacions confidencials en demandes voluntàries.

(*) La taxa d'incidència és el nombre de casos atesos durant l'any respecte al total de possibles casos, en aquest cas, al total de metges col·legiats de Catalunya. Com que el resultat d'aquesta taxa és molt baix, el multipliquem per 1.000 i llavors tenim el nombre de casos atesos durant l'any per cada 1.000 metges de Catalunya.

Motius de demanda:

TIPUS DE PROBLEMA	CASOS 1999	% 1999	CASOS 2000	% 2000
Problemes psíquics	45	44,6	59	57,3
Conducta addictiva a l'alcohol	34	33,7	30	29,1
Conducta addictiva a altres drogues	22	21,8	14	13,6
Total	101	100	103	100

En primer lloc, cal aclarir que estem parlant dels motius d'entrada al programa dels 204 casos, que no és el mateix que els seus diagnòstics. S'ha de tenir en compte que davant d'una patologia dual, sempre hi ha tendència a manifestar el problema menor.

Segons aquestes dades, la principal causa de demanda de serveis al Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt són els problemes psíquics, que han augmentat en un 12,7%, mentre les conductes addictives a l'alcohol i a altres drogues han experimentat un descens del 4,6% i el 8,2% respectivament.

Aquest patró és diferent dels programes anglosaxons tipus PAIMM pel fet que aquells són més de tipus coactiu i, a més, no tenen tanta demanda voluntària de serveis per problemes psíquics.

Procedència geogràfica:

PROCEDÈNCIA	CASOS 1999	% 1999	CASOS 2000	% 2000	TI X 1000 (*) 1999	TI X 1000 (*) 2000
Barcelona	81	80,2	75	72,8	3,6	3,2
Girona	3	3,0	5	4,9	1,6	2,6
Lleida	2	2,0	2	1,9	1,5	1,5
Tarragona	6	5,9	5	4,9	2,6	2,1
Restat d'Espanya	9	8,9	16	15,5	-	-
Total	101	100	103	100	-	-

La gran proporció de pacients procedents de Barcelona s'explica pel nombre superior de col·legiats d'aquesta demarcació en relació amb la resta.

Cal destacar els 25 pacients procedents de la resta de l'Estat, perquè han hagut de cobrir el cost del servei particularment, inclosos els desplaçaments des del seu lloc d'origen, fet que posa de manifest la necessitat d'estendre el programa a altres comunitats autònomes.

Tanmateix, volem remarcar que l'atenció de pacients procedents de la resta d'Espanya ha arribat pràcticament a duplicar-se i el percentatge ha augmentat en un 6,6%.

Parlem clar • Parlem el teu idioma

A WALL STREET INSTITUTE EL MÈTODE S'ADAPTA A CADA ALUMNE. NO AL REVÉS.

① **Què significa aprendre amb horaris flexibles?**

A Wall Street Institute, pots aprendre anglès els dies que vulguis, a les hores que més et convinguin. A més, creem un curs específic per a cada alumne, tenint en compte el seu nivell i les seves aptituds. D'aquesta manera, cada alumne segueix el seu propi curs, aprenent al seu ritme i sense perdre ni una sola classe.

② **En què consisteix exactament el mètode multimèdia més professor?**

En primer lloc, gràcies a la tecnologia multimèdia i guiats per un professor, cada alumne adquireix específicament aquells coneixements que necessita. Posteriorment, els posa en pràctica de nou amb un professor sàdhu i amb un màxim de 4 alumnes del seu nivell. Finalment, guanya fluïdesa i confiança en grups de conversa.

20% descompte a tots els membres del **Col·legi Oficial de Metges de Lleida** i als seus familiars



WALL STREET INSTITUTE
SCHOOL OF ENGLISH
www.wsi.es

Informa-te'n trucant al

900 40 40 50

o visitant el teu Centre més proper

A Lleida:
Ramón i Cajal, 6

Edat:

ANYS	CASOS 1999	% 1999	CASOS 2000	% 2000	TI X 1000 (*) 1999	TI X 1000 (*) 2000
< 30	3	3,0	3	2,9	1,4	1,06
31 - 35	7	6,9	11	10,7	2,5	3,9
36 - 40	19	18,8	16	15,5	4,8	4,9
41 - 45	22	21,8	28	27,2	4,6	5,4
46 - 50	18	17,8	24	23,3	6,02	7,2
51 - 55	14	13,9	10	9,7	7,7	5,1
56 - 60	6	5,9	6	5,8	6,3	5,3
61 - 65	6	5,9	2	1,9	7,5	2,6
66 - 70	4	4,0	1	1,0	6,4	1,5
> 71	2	2,0	2	1,9	1,4	1,4
Mitjana	35-55 a.	100	35-55 a.	100	-	-

Aquestes dades dels grups d'edat, corresponen només als casos PAIMM de la província de Barcelona.

Els percentatges bruts, és a dir, sense ajustar per grups d'edat, concentren el gruix de casos entre els 35 i 55 anys d'edat, que arriben a representar un 79 % dels casos l'any 99 i un 86% l'any 2000. Si observem la T I ajustada per edats podem veure que la incidència per edats està molt més repartida.

Gènere:

GÈNERE	CASOS 1999	% 1999	CASOS 2000	% 2000	TI X 1000 (*) 1999	TI X 1000 (*) 2000
Homes	81	80,2	77	74,8	4,7	4,4
Dones	20	19,8	26	25,2	1,8	2,2
Total	101	100	103	100	-	-

Els percentatges bruts ens suggereixen una proporció de 7-8 homes per cada 2-3 dones, però la TI ajustada per gènere ens indica una diferència menor entre ambdós grups. Cal destacar, també, que la diferència entre la TI dels dos gèneres ha patit una reducció en aquest últim any.

Activitat assistencial específica

Activitat ambulatoria:

	ANY 1999	ANY 2000
Primeres visites	77	107
Visites successives	575	1273
Relació 1es/2es visites	7,5	11,9
Total visites	652	1380
Psicoteràpies individuals	52	81
Psicoteràpies individuals + activitat	73	166
Psicoteràpies de grup	38	103
Dictàmens	7	10
Psicomètries	0	30

Com es pot veure, el nombre de primeres visites ha augmentat en un 30% i s'ha duplicat el nombre de segones visites. El total de visites mostra un augment del 100%, igual que les psicoteràpies individuals + activitat. Les psicoteràpies de grup, pràcticament s'han triplicat i s'han fet 30 psicomètries, servei que s'ha iniciat en aquest últim any. S'han fet 3 dictàmens més que l'any passat.

Hospitalització:

HOSPITALITZACIÓ	ANY 1999	ANY 2000
Ingressos	29	55
Reingressos	8	10
Ingressos + Reingressos	37	65
Índex d'hospitalització	37,7	51,4
Índex de reingressos	21,6	15,4
Estada mitjana en dies	24,7	38,2
Psicoteràpies individuals	493	805
Psicoteràpies de grup	102	153
Psicomètries	-	85

En el transcurs del darrer any, l'hospitalització s'ha duplicat, fet que posa de manifest la necessitat de l'ús d'aquest dispositiu per part d'aquest col·lectiu. Cal pensar, a més, que bàsicament tots els metges malalts procedents de fora de Catalunya fan ús d'aquest servei.

Tanmateix, han augmentat el nombre de teràpies: s'han fet 312 psicoteràpies individuals i 52 psicoteràpies de grup més que l'any passat. També s'han iniciat durant aquest darrer any les psicomètries, i se n'han fet un total de 85.

Assistència psiquiàtrica particular de casos PAIMM:

	CASOS 1999	% 1999	CASOS 2000	% 2000
APP	21	22,8	10	11,5

Del total dels 204 casos PAIMM, 31 reben assistència de psiquiatres particulars. Normalment es tracta de metges malalts que ja eren atesos a la consulta d'un psiquiatre particular i que, malgrat adherir-se al programa, han seguit amb el seu psiquiatre. Cal remarcar, però, que en el darrer any el percentatge de metges atesos per terapeutes externs, s'ha reduït a la meitat.

Contractes terapèutics

Finalment, es preveu la figura del contracte terapèutic en determinats casos en què cal supervisar de manera més intensa el metge malalt amb la finalitat d'assegurar tant la seva recuperació com la bona praxi mèdica. Dels 204 casos atesos, s'han fet 28 contractes terapèutics.

	ANY 1999	% 1999	ANY 2000	% 2000
Contracte terapèutic	16	17,4	12	13,8

No obstant això, cal remarcar que durant l'any 2000 ha disminuït el nombre d'aquests contractes terapèutics, cosa que mostra una major conscienciació del col·lectiu a l'hora d'enfrontar-se amb la seva patologia i amb la necessitat de ser tractats.

Dr. Josep Maria Sagrera
Secretari COML

Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM)

Tractament amb la màxima confidencialitat de:

- Addiccions a l'alcohol, a altres drogues il·legals i als psicofàrmacs.
- Transtorns mentals greus i susceptibles de distorsionar la realitat dels professionals que els pateixen.

Les prestacions comprenen atencions sanitàries i socials, assessorament jurídic i laboral i, si és imprescindible, ajuts econòmics durant el tractament.

Telèfons PAIMM: 973 273 859 - 93 567 88 56

La fibromialgia afecta a un 2% de la població

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reumatológica crónica de causa desconocida caracterizada por la presencia de dolor musculoesquelético generalizado. Reconocida como entidad clínica en 1993 por la Organización Mundial de la Salud, figura en el apartado M79.0 de la décima clasificación de enfermedades (ICD-10) publicada por dicha entidad.

Es un proceso frecuente que afecta al 2% de la población general mayor de 16 años (3,4% mujeres y 0,5% varones) y supone, aproximadamente, un 4% de las consultas en Atención Primaria y entre el 8% y el 20% de las consultas especializadas.

El 35% ha visitado por lo menos a 4 médicos diferentes antes de acudir por primera vez al reumatólogo, pero sólo el 1,5% ha sido correctamente diagnosticado antes de esta primera visita.

El 50% de los pacientes padece, por lo menos, otra enfermedad reumatológica concomitante.

En el momento del diagnóstico más de la mitad de estos pacientes ya han sido tratados con diferentes combinaciones de analgésicos, AINE, miorrelajantes, ansiolíticos y antidepresivos sin mejoría.

El impacto de la FM es parecido, o incluso más invalidante, a lo que pueden ser otras enfermedades reumáticas consideradas más graves.

El tiempo medio de evolución en el momento del diagnóstico es de 11 años y en el 80% de los casos la enfermedad ha sido tan invalidante que ha conducido al menos a una incapacidad laboral transitoria, por lo general por motivos conexos con la enfermedad pero no por la propia FM.

Ante un dolor generalizado de larga evolución, generalmente asociado a cansancio, rigidez matutina, alteraciones del sueño,

parestias, ansiedad... todo ello inespecífico, debe establecerse un diagnóstico diferencial con el síndrome de la fatiga crónica, síndromes miofasciales y diversas enfermedades orgánicas. El diagnóstico de la FM es clínico y no se precisan exploraciones complementarias, aunque parece razonable disponer de una analítica básica y radiografías simples de las zonas más dolorosas.

El tratamiento de la FM es extremadamente complejo. La ausencia de evidencia no es evidencia de ausencia: la medicina basada en la evidencia está muy bien cuando disponemos de datos, evidencias, pero cuando no los tenemos no debemos caer en el nihilismo terapéutico. Los tratamientos farmacológicos son difíciles de valorar en cuanto a su eficacia en ensayos clínicos y la tendencia actual es la de maximizar las intervenciones no farmacológicas. De

TABLA 1
Diagnóstico diferencial

- Síndrome de fatiga crónica
- Síndromes miofasciales con o sin sobrecarga repetitiva
- Somatizaciones y depresión
- Síndrome de apnea del sueño
- Hipo o hipertiroidismo
- Polimialgia reumática y otras enfermedades inflamatorias del tejido conectivo
- Miositis, miopatías y enfermedades neuromusculares
- Metástasis óseas

Criterios diagnósticos de la fibromialgia

	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	PRECISIÓN
Dolor generalizado	97,6%	30,9%	65,9%
Dolor 11/18 puntos	90,1%	77,7%	84,2%
Ambos	88,4%	81,1%	84,9%

hecho, diferentes autores apuntan que las terapias cognoscitivo conductuales son las únicas que han demostrado un beneficio en la función física en adultos con FM o fatiga crónica. No está claro que el ejercicio físico sea eficaz en el tratamiento de la FM, en todo caso tiene pocas contraindicaciones. La falta de estudios o los resultados contradictorios en el resto de tratamientos (agentes activos en el sistema central, metabolitos, antivirales...) no permite en estos momentos recomendarlos en la práctica clínica habitual. Es fundamental tratar las alteraciones psiquiátricas que pudieran estar asociadas, esto no cura la FM pero ayuda notablemente en su manejo. Cuando se sospeche una asociación de este tipo hay que establecer un tratamiento específico o remitir al paciente a psiquiatría. No se debe presuponer que un enfermo de FM es también un enfermo psiquiátrico.

Hay que hacer hincapié en la importancia del asociacionismo y del tratamiento en grupos por diversos motivos entre los que cabe destacar: la rentabilidad, el aporte e intercambio de información básica sobre lo que es la FM y sus distintas opciones terapéuticas, el tener un efecto reforzador para incorporar nuevas pautas terapéuticas en la vida diaria y de favorecer los cambios de conducta, el sentimiento psicológico de comunidad y el autoconcepto de normalidad.

En resumen, la FM es una condición crónica compleja y el tratamiento actual es curativo más que paliativo. El objetivo básico del tratamiento es mejorar la función, no quitar el dolor.

Dr. Joan Morros Mose
Reumatòleg

De locos y locuras

Loco, endemoniado, orate, enajenado, demente y lunático son palabras con el mismo significado social. Estos apelativos han sido utilizados reiteradamente para designar a personas que por padecer una enfermedad mental han desarrollado conductas incomprensibles o han formulado y asumido postulados igualmente infranqueables por su falta de lógica para las supuestas mentes lúcidas.

Hoy en día, gracias al devenir histórico de la medicina y al progresivo acercamiento de los nuevos conocimientos científicos a la población en general, muchas de estas palabras han dejado de ser usadas, salvo excepciones todavía remarcables como es el caso del término enajenado en nuestro ordenamiento jurídico.

No ha sido así con la palabra loco, curiosamente de procedencia etimológica incierta, bien arraigada en nuestro entorno.

Locos parecen ser los que han perdido la razón o aquellos que hacen locuras, definidas éstas como acciones inconsideradas o de gran desacuerdo, según la Real Academia Española. Sin embargo, su importante carga peyorativa y despectiva, la ha dotado de una connotación que la acompaña sin ninguna tregua, haciéndole perder toda su aparente dignidad descriptiva.

Siendo así no es de extrañar que hasta los enfermos mentales más graves renieguen de esta palabra de forma explícita e interroguen a profesionales de la psiquiatría y psicología y a sus familiares acerca de su relación con la locura,

PASSA A LA P. SEGÜENT

VE DE LA PÀG. ANTERIOR

para concluir aceptando tratamientos o ingresos psiquiátricos no sin aseverar antes un angustioso y autoafirmativo "¡Pero yo no estoy loco!".

El erudito renacentista Tomaso Garzoni escribía ya en 1589 sobre la locura que "... cuando entra en la casa del cerebro ofusca la capacidad imaginativa, pervierte el conocimiento, enajena la mente, corrompe la razón, impide al hombre discernir, elegir, hablar o llevar a cabo ninguna cosa adecuada, sino que con la imaginación perturbada, con los espíritus vacilantes, con el juicio enfermo, con el cerebro agonizante, con la cabeza tan vacía como una sandía reseca, da vueltas vanamente como pencho de molino en torno a mil necesidades, tan lastimosas como ridículas."

Cuatro siglos más tarde, en pleno siglo XXI, muchos ciudadanos siguen compar-

tiendo sin ninguna justificación estas afirmaciones. Entre tanto el mundo llamado civilizado ha asistido complaciente a los autos de fe de la Inquisición -que juzgaba y condenaba a tormentos y a la hoguera a enfermos delirantes-, a los escarnios públicos de los enfermos mentales, a su aislamiento en las instituciones manicomiales, a la relación no fundamentada por ninguna investigación de rigor entre peligrosidad social y enfermedad mental ... y a tantas otras cosas, estas sí, realmente, inconscientes o de gran desconsideración como mínimo.

El mal llamado loco carga sin ninguna culpa con

todos estos arquetipos. No es de extrañar entonces que el enfermo mental viva con temor la fatídica palabra, esperando que no le sea asignada.

De lo contrario se confirmaría su pertenencia a ese mundo tan intangible y, por qué no decirlo, carente de límites como es la pérdida de la razón y secundariamente se produciría su muerte social como persona.

Eso sí, algunas voces se han alzado en defensa de la dignidad del enfermo mental. Una de las más significativas ha sido la de Esquirol, famoso e influyente médico, quien en 1820 intentó desestigmatizar al

individuo afecto de ideas delirantes escribiendo respecto a éste que "...conserve el uso de la razón, no delira más que sobre un objeto o sobre un pequeño número de objetos; sintiendo, razonando, pensando y actuando por otra parte como sentía, pensaba y actuaba antes de estar enfermo".

Suscribo una a una estas palabras de hace más de un siglo.

Me atrevo a decir que en todos estos años no he visto ni un solo loco entre mis pacientes, pero he podido detectar muchas locuras, aunque no todas ellas dentro de la consulta.

El mundo del sin sentido parece no estar sólo en un lado.

Dra. Isabel Irigoyen
Cap de Serveis de Salut Mental i Drogodependències de l'Hospital de Santa Maria

◆ **La importante carga peyorativa y despectiva de la palabra 'loco' le hace perder toda su aparente dignidad descriptiva**

Abc de la recerca bibliogràfica a internet

Potser l'eina més útil que té Internet per al professional de la medicina és la facilitat d'accés a grans bases de dades per cercar publicacions. Això que fins fa uns anys era una pesada feina de biblioteca (dic pesada perquè els volums de l'*Index Medicus* eren molt grossos), i que després es va alleugerir en aparèixer en format CD-ROM, molt més manejable, però que obligava a anar a la biblioteca a passar els CD i imprimir-ne els resultats. Tot això, deia, s'ha vist ràpidament desfasat amb l'accés gratuït i universal a Medline i a altres bases de dades a través de la xarxa, que permet poder accedir-hi ràpidament i amb facilitat des de qualsevol ordinador connectat, bé sigui al centre sanitari, al despatx o a casa nostra, en qualsevol moment.

La intenció d'aquest senzill article és animar tots aquells que encara no ho hagin fet i donar quatre consells bàsics per tal que ho provin i els pugui sortir amb èxit ja en la primera oportunitat.

Parlarem de Medline perquè és el més estès, però és aplicable a altres bases de dades. Aquest accés el podem fer directament a l'adreça: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/ o bé accedir primerament a qualsevol dels molts i bons portals per a metges que ja coneixeu, i que és el que jo recomanaria.

Un cop hi hem entrat, hem d'escollir, en primer lloc, entre fer una recerca: bàsica, avançada o clínica (Basic, Advanced, Clinical), o bé consultar la MESH (Medical Subject Headings), és a dir el lèxic -la manera exacta d'escriure un terme mèdic - en anglès, si no n'estem ben segurs.

Les regles bàsiques per iniciar la recerca són:

- Els termes bàsics que s'han de posar entre les paraules que hem de

buscar són AND, OR, NOT, que ja sabeu que volen dir amb, o bé, sense.

- Si no escrivim res entre les paraules que hem de buscar, la màquina entendrà que posem AND i ens traurà primerament les referències que tenen tots els termes.

- Si escrivim una paraula que acaba en * (una arrel truncada), farà la recerca de tots els termes que tinguin aquella arrel amb diferents acabaments (per exemple, cardio* = cardiovascular, cardioversion, cardiological, etc.).

- Si escrivim dues o més paraules entre "...", farà una recerca d'aquella frase exacta (phrase searching).

També podrem escollir dos coses més:

1. El nombre de documents per pàgina (per defecte 20).

2. Els anys que volem cobrir en la recerca.

La recerca avançada té més opcions i potencia que la bàsica, però si som principiants ens serà igual.

La recerca clínica està configurada amb uns filtres en què hem d'escollir les nostres preferències entre:

1. Therapy (tractament), diagnosis (diagnòstic), etiology (etiologia) o bé prognosis (pronòstic).

2. Sensitivitat (més articles, potser no tan encertats), o bé especificitat (menys articles, més exactes).

Un cop feta la recerca, apareix la primera pàgina amb el títol dels articles seleccionats. Si volem veure les dades d'aquells articles hem de fer:

- Indicar que els volem veure tots (display all) o només els que haurem marcat en un quadrat que hi ha a l'esquerra de cadascun (display selected).

- Indicar quines dades volem veure (display formats). Normalment el que ens interessa més és l'abstracte i les referències.

Al final de la pàgina



podem imprimir o guardar els resultats (print/save). En aquest darrer cas cal indicar el format (PC) i el lloc.

Si volem seguir la recerca, passem pàgina (next pàg.) i fem el mateix.

De seguida veureu que si la recerca és extensa val la pena haver demanat 50 o 100 articles per pàgina.

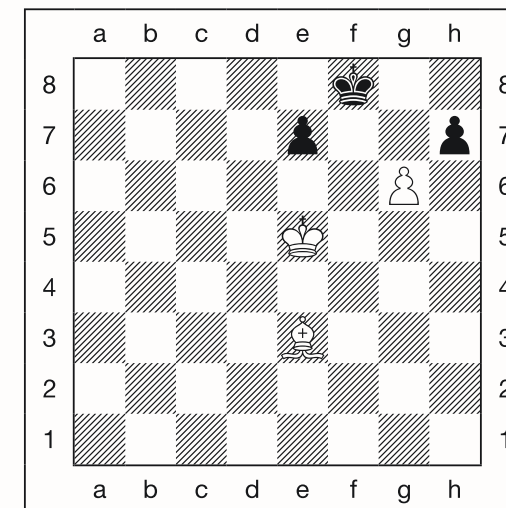
I el detall més important: a la dreta de cada article hi ha l'enllaç. Si el premeu us farà una nova recerca d'articles molt relacionats amb aquell o similars. Això és de moltíssima utilitat quan trobem poques referències exactes d'allò que estem cercant.

Anim i endavant.
Dr. Josep M. Greoles

PROBLEMA D'ESCACS

Tema: Finals de reis i peons

Blanques juguen i guanyen



SOLUCIONS

1. Ah6+ - Rg8 (si 1. - Re8 2. gxh7! es guanya) 2. g7 - Rf7 (si 2. ... - Rg8 3. Rf6 - e4 4. Re6 - e4 5. Rf6 - e3 6. Axc3 - h5 7. Af2 - h4 8. ... - e3 9. Rf6 - e4 10. g8=D - Rf5 11. g8=D - Rf5 12. g8=D - Rf5 13. Rf7 - Rf7 14. Rf7 - Rf7 15. Rf7 - Rf7 16. Rf7 - Rf7 17. Rf7 - Rf7 18. Rf7 - Rf7 19. Rf7 - Rf7 20. Rf7 - Rf7 21. Rf7 - Rf7 22. Rf7 - Rf7 23. Rf7 - Rf7 24. Rf7 - Rf7 25. Rf7 - Rf7 26. Rf7 - Rf7 27. Rf7 - Rf7 28. Rf7 - Rf7 29. Rf7 - Rf7 30. Rf7 - Rf7 31. Rf7 - Rf7 32. Rf7 - Rf7 33. Rf7 - Rf7 34. Rf7 - Rf7 35. Rf7 - Rf7 36. Rf7 - Rf7 37. Rf7 - Rf7 38. Rf7 - Rf7 39. Rf7 - Rf7 40. Rf7 - Rf7 41. Rf7 - Rf7 42. Rf7 - Rf7 43. Rf7 - Rf7 44. Rf7 - Rf7 45. Rf7 - Rf7 46. Rf7 - Rf7 47. Rf7 - Rf7 48. Rf7 - Rf7 49. Rf7 - Rf7 50. Rf7 - Rf7 51. Rf7 - Rf7 52. Rf7 - Rf7 53. Rf7 - Rf7 54. Rf7 - Rf7 55. Rf7 - Rf7 56. Rf7 - Rf7 57. Rf7 - Rf7 58. Rf7 - Rf7 59. Rf7 - Rf7 60. Rf7 - Rf7 61. Rf7 - Rf7 62. Rf7 - Rf7 63. Rf7 - Rf7 64. Rf7 - Rf7 65. Rf7 - Rf7 66. Rf7 - Rf7 67. Rf7 - Rf7 68. Rf7 - Rf7 69. Rf7 - Rf7 70. Rf7 - Rf7 71. Rf7 - Rf7 72. Rf7 - Rf7 73. Rf7 - Rf7 74. Rf7 - Rf7 75. Rf7 - Rf7 76. Rf7 - Rf7 77. Rf7 - Rf7 78. Rf7 - Rf7 79. Rf7 - Rf7 80. Rf7 - Rf7 81. Rf7 - Rf7 82. Rf7 - Rf7 83. Rf7 - Rf7 84. Rf7 - Rf7 85. Rf7 - Rf7 86. Rf7 - Rf7 87. Rf7 - Rf7 88. Rf7 - Rf7 89. Rf7 - Rf7 90. Rf7 - Rf7 91. Rf7 - Rf7 92. Rf7 - Rf7 93. Rf7 - Rf7 94. Rf7 - Rf7 95. Rf7 - Rf7 96. Rf7 - Rf7 97. Rf7 - Rf7 98. Rf7 - Rf7 99. Rf7 - Rf7 100. Rf7 - Rf7

laboratorio de análisis
DR. ECHEVARNE

Laboratori: Príncep de Viana, 70-72 baixos
25008 LLEIDA
Tel. 973 010 000

Horari d'atenció al públic:
de dilluns a divendres, de 7.30 h a 19.30 h
dissabtes de 8.30 h a 13.00 h

Clínica Montserrat: Bisbe Torres, 13 • 25002 LLEIDA
Tel. 973 266 300

Horari d'atenció al públic:
de dilluns a divendres, de 8.30 h a 11.00 h
dissabtes de 7.30 h a 8.30 h

Unim esforços per multiplicar resultats.

QUALITY MANAGEMENT Certificate
www.echevarne.com
informacion@echevarne.com

Acords de la Junta de Govern del COML

La Junta de Govern del Col·legi de Metges de Lleida ha adoptat els següents acords en les sessions ordinàries dels dies 1 de març i 5 d'abril passats:

- Nomenar el Dr. Casanova, sotsopresident i responsable de formació continuada, representant del Col·legi de Lleida en la Fundació Andragos de Formació Continuada
- Declarar càrrecs electes de la junta col·legial el Dr. Josep Maria Greoles i Solé, com a vocal representant de la secció de Medicina Extrahospitalària de la Seguretat Social, i el Dr. Àngel Pedra Camats, com

a vocal representant de la secció de Metges d'Exercici Lliure.

La junta va rebre informació sobre el nomenament dels Drs. Fumadó i Izquierdo, del Col·legi de Metges de Tarragona, com a representants del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en els tribunals per a les proves de la convocatòria P2000.

Així mateix, la junta també va conèixer el projecte d'ordre que regularà els estàndards de qualitat que han de complir els centres, serveis i establiments sociosanitaris d'utilització pública de Catalunya. El



A l'esquerra, el Dr. Josep Maria Greoles, a la dreta, el Dr. Àngel Pedra, nous membres de la Junta de Govern del COML.



Col·legi de Metges de Lleida ha presentat esmenes a aquest projecte.

Igualment, es va donar informació sobre la constitució i presentació de la comissió permanent inter-

disciplinària contra la Violència de Gènere de la Generalitat de Catalunya, que comptarà amb un representant del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

Fòrum d'Hospitals 2001

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida organitza el Fòrum d'Hospitals any 2001, que tindrà lloc al llarg de dos divendres del mes de novembre d'enguany, concretament els dies 9 i 16. Cadascuna de les dues jornades es dividirà en dues taules rodones d'acord amb el següent programa:

Dia 9 de novembre

- De les 17 a les 19 hores: "Sistemes retributius de la carrera professional".

Moderarà el Dr. Xavier Galindo i hi participaran els Drs. Xavier Rodamilans, Josep Maeso, Pau Pla i Jordi Vilaret.

- De les 19 a les 21 hores: "Gestió sanitària, satisfacció mèdica?".

Moderarà el Dr. Joan Flores i hi participaran la Dra. Elvira Fernández i els Drs. Mateu Hugué, José Manuel Castillo i Armand Arilla.

Dia 16 de novembre

- De les 17 a les 19 hores: "Urgències".

Moderarà el Dr. Xavier Cabré. Els participants estan pendents de confirmació.

- De les 19 a les 21 hores: "Nous aspectes de la relació metge-pacient: confidencialitat i consentiment

informat".

Moderarà la Dra. Teresa Puig i hi participaran els Drs. Joan Viñas, Màrius Morlans, Francesc Pallisó, la Dra. Maria Nabal i el jutge Eduardo Enrech. Els propers números de *Butlletí Mèdic* informaran sobre el desenvolupament del programa d'aquest fòrum.

UNIVERSITAT DE LLEIDA

El Dr. Joan Prat, nou degà de la Facultat de Medicina

La Junta de la Facultat de Medicina de la UdL va elegir el dia 28 de març passat el Dr. Joan Prat com a nou degà. L'anterior degà, Joan Viñas, havia exercit el càrrec al llarg de dos mandats, període màxim permès per la normativa vigent. Tots dos professionals havien col·laborat ja en l'anterior junta de la facultat.

El nou degà és fill de Lleida, concretament de la Bordeta, on va néixer l'any 1959. Després de cursar els estudis secundaris a l'Institut Màrius Torres, va llicenciar-se el 1982 en Medicina a la UAB. Doctorat l'any

1990, és professor titular de fisiologia des del 1992, cap del grup de recerca de fisiopatologia metabòlica del Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques des del 1992 i cap d'estudis des del 1993. També coordina l'elaboració de l'actual pla d'estudis i és creador de l'Oficina Docent.

El Dr. Prat ha realitzat estades a París (INSERM U58) l'any 1990 i a Calgary (Medical Education Office, Fac. Med.) l'any 1998. Va presidir el comitè científic del XIV Congrés de la Societat Espanyola d'Educació Mèdica i és autor d'articles científics publicats en revistes nacionals i internacionals. En l'àmbit cientí-



Dr. Joan Prat, nou degà de la Facultat de Medicina.

fic i professional, treballa en els camps dels lípids i la nutrició, de les alteracions no enzimàtiques en la diabetis i l'envelliment, i de l'educació mèdica.

El nou degà ha nomenat el següent equip directiu: Vicedegans: Drs. Àngel Rodríguez Pozo i Josep M. Porcel Pérez.

Cap d'estudis: Dr. Miquel Falguera Sacrest.

Secretari: Dr. Gerard Mintenig Florensa.

Nous directors dels departaments de medicina

Els nous directors dels departaments de la Facultat de Medicina són des del mes de maig els següents professionals: Dr. Enric Herrero Perpiñán, de Ciències Mèdiques Bàsiques; Dr. Joan Viñas Salas, de Cirurgia, i Dr. Josep M. Reñé Espinet, de Medicina.

La Dra. Bellmunt, catedràtica, i el Dr. Boix, professor titular

La Dra. Josepa Bellmunt és des del mes de febrer passat catedràtica de bioquímica i biologia molecular i el

Dr. Jacint Boix és professor titular de farmacologia. Tots dos desenvolupen les seves activitats docents en el Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de la Facultat de Medicina.

2a edició del premi Michael Balint

El Departament de Medicina de la Universitat de Lleida convoca la segona edició del premi Michael Balint, que s'atorgarà al millor treball de reflexió sobre què és, què ha estat o què hauria de ser el procés d'educació mèdica. El premi, dotat amb 600 euros, està reservat per a estudiants i professors de la Facultat de Medicina i per a metges que exerceixen a les terres de Ponent.

Les persones interessades a participar en aquest premi han de presentar la docu-

mentació a la secretaria de la facultat abans del dia 31 d'octubre vinent.

Les bases del premi són a la secretaria de la facultat, a la secretaria del Departament de Medicina de la Unitat Docent de l'Hospital Arnau de Vilanova i al Col·legi de Metges.

NOMENAMENTS

El Dr. Casas, director de les DAP de Lleida i Segrià-Garrigues

El Dr. Josep Ramon Casas Iglesias és el nou director de la DAP de Lleida i de la DAP Segrià-Garrigues.

El Dr. Ferrer, cap d'Urgències de l'Arnau

La direcció de l'Hospital Arnau de Vilanova ha nomenat el Dr. Gerard Ferrer cap del Servei d'Urgències.

El Dr. Arilla, gerent de GESESA

El Dr. Armand Arilla és des del mes de març passat el nou gerent de Gestió de Serveis Sanitaris (GESESA) de l'Hospital de Santa Maria.

ALTRES

Beca Mutual Mèdica

Mutual Mèdica de Catalunya i Balears convoca la beca que porta el seu nom per a un treball de recerca de metges residents de l'últim any o que hagin complert el període de residèn-

cia els dos darrers anys.

Els candidats, que hauran de ser socis de Mutual Mèdica, cal que facin arribar la seva sol·licitud a la secretaria de la Mutual abans del dia 30 de setembre d'enguany.

Les bases d'aquesta beca estan penjades al tauler d'anuncis del COML

Sopar d'homenatge al Dr. Pérez Lladós (l'Ernestín de Casa la Batista')

Un grup de companys i amics del Dr. Ernest Pérez Lladós li organitzen un sopar d'homenatge, que tindrà lloc el dia 15 de juny al restaurant Can Nenet. El Dr. Pérez Lladós és conegut a la Vall d'Ager per *Ernestín*

PASSA A LA PÀG. SEGÜENT

¿Recibe una pensión?

¡Enhorabuena!

Hemos creado un nuevo producto para usted con muchas ventajas:

ANTICIPO DE PENSIÓN • TARJETAS GRATUITAS
REGALO SEGURO • MEDICO 24 HORAS
ASISTENCIA DOMICILIARIA • SERVICIO DE VACACIONES
Y VEINTE VENTAJAS MÁS.

Todo esto puede ser Gratis.

Y por supuesto: Libreta de Ahorro sin comisiones de administración y mantenimiento. Servicio de Banca Telefónica y Electrónica por Internet Gratuitos. Seguros Gratuitos. Crédito Directo Pensión en condiciones especiales...

902 40 40 70



LA ATENCIÓN QUE USTED MERECE



BANCO POPULAR ESPAÑOL
BANCO DE CREDITO BALEAR
BANCO DE ANDALUCIA
BANCO DE GALICIA
BANCO DE CASTILLA
BANCO DE VASCONIA

VE DE LA PÀG. ANTERIOR

de Casa Batista.

Les persones que desitgin assistir-hi han de posar-se en contacte amb el Dr. Àngel Pedra o bé amb la Dra. Irene Montardit.

Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular

La I Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular va celebrar-se el mes de març passat a la Facultat de Medicina de Lleida, organitzada pel Servei de Medicina Interna de l'Hospital de Santa Maria, amb participació de metges d'assistència primària, internistes i cardíologs.

El Dr. Peñasal va moderar la primera taula rodona, que va constar de tres ponències. En la primera ponència, el Dr. Pena, metge del CAP d'AP de Molle-russa, va parlar sobre l'estratificació del risc cardiovascular, que permet avaluar la possibilitat de presentar un episodi cardiovascular en els propers 10 anys per part d'un pacient. Aquesta és una eina eficaç per prioritzar el tractament farmacològic en persones sanes que presentin una associació d'un o més factors de risc cardiovascular (FRCV), o que d'una forma greu es manifesti un sol factor de risc, i en els familiars de primer grau que presentin malaltia cardiovascular on la genètica tingui una significativa expressió. Malgrat no existir un consens generalitzat en la utilització les diverses taules que hi ha, la taula de Framingham sembla ser el millor mètode per calcular el risc coronari.

La Dra. Sarriegui, metgessa del CAP de la Bordeta, va aportar en la segona ponència la seva experiència en la utilització de l'AMPA per valorar el diagnòstic i control del pacient hipertens. Amb una eina relativament fàcil d'obtenir es pot resoldre el diagnòstic de la HTA de *bata blanca*, que

preval en un 20% dels hipertensos, i també permet controlar correctament la pressió arterial en el domicili pel pacient mateix.

La Dra. Hernández, internista de l'Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet, actualitzà informació en la tercera ponència sobre la utilització del MAPA en la clínica diària, indicat en el diagnòstic de la HTA límit, l'avaluació de la HTA refractària, la sospita del fenomen de la *bata blanca*, la comprovació de l'efecte farmacològic i els assaigs clínics per estudiar nous fàrmacs. Els avantatges són la mesura de la pressió arterial en l'activitat quotidiana, la valoració del ritme nictemeral, les mesures del període diürn i nocturn i la detecció de les mesures extremes. Va explicar que les xifres més baixes en el període nocturn són degudes al fet que el pacient dorm (efecte *dipper*) i que la pèrdua d'aquesta propietat (efecte no *dipper*) està relacionada amb més dany d'òrgans diana; també va ressaltar la importància de la HTA de *bata blanca* en la pràctica diària.

En la segona taula rodona, moderada pel Dr. Cabau, cardíolog de l'Hospital de Santa Maria, es va descriure el perfil dels 92 pacients visitats en la Unitat de Factors de Risc Cardiovascular (UFRCV) l'any 2000, on el 81% són hipertensos, el 48% dislipèmics, el 66% tenen excés de pes o obesitat, el 12% són diabètics, el 12% tenen tabaquisme i l'11% són hiperuricèmics; de tots els pacients, el 25% només tenien un factor de risc C-V, el 32% en tenien dos, el 29% tres, el 6% quatre i el 7% cinc. Cal destacar que aquesta unitat és un servei per al metge de capçalera per fer una valoració cardiovascular en pacients complexos o de difícil maneig en la pràctica habitual.

En la primera ponència, el Dr. Torres, internista de l'Hospital de Santa Maria, va parlar sobre els trastorns de la son i la HTA; el SAOS és l'aturada intermitent del flux d'aire en passar pel nas i la boca mentre es dorm, ja

sia per causa central, obstructiva o mixta, avaluada per l'índex d'apnea-hipopnea, nombre d'hipoventilacions i dessaturació en el període nocturn. El SAOS s'associa amb obesitat central, resistència a la insulina, dislipèmia i HTA. El SAOS pot produir ell mateix hipertensió, perquè la hipoxèmia i la hiperquèmia episòdica alteren els quimiorceptors i els baroreceptors, i l'estimulació simpàtica produïda per la fragmentació de la son estimula el simpàtic que, al costat de l'alteració de la funció endotelial, amb atenuació en la producció d'òxid nítric, són factors que afavoreixen la presència de HTA.

En la segona ponència el Dr. Armario, internista de l'Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet, va parlar sobre la relació del sistema nerviós i la HTA en l'hipertens jove, en el qual predomina l'estimulació simpàtica i va afirmar que un 37% dels hipertensos límit presenten circulació hiperkinètica amb nivells elevats de noradrenalina. En els joves l'augment de pressió sistòlica induïx hipertrofia ventricular; un marcador clínic de la hiperactivitat simpàtica és la taquicàrdia (>80 batecs per minut), que està relacionat amb la hipertrofia ventricular, la insulinore-sistència i la morbimortalitat cardiovascular. Les persones hiperreactives presenten més HTA. La reactivitat vascular es valora amb el test mental (càlcul aritmètic) i l'estrès psicossocial (parlar en públic) i es confirma la modificació de les xifres de pressió arterial en l'aplicació d'ambdues proves. Si predomina l'augment de la pressió arterial el tractament és amb IECAS i si hi ha augment de la freqüència cardíaca amb betabloquejadors.

El Dr. Abella, psicòleg de l'Hospital de Santa Maria, en la tercera ponència va parlar sobre el tabaquisme, que produeix la mort de 135 de cada 1.000 habitants d'Espanya, i les causes cardiovascular i respiratòria són les més importants. El Dr. Abella va expli-

car les fases que presenta el fumador en el procés de precontemplació, de contemplació, de preparació, d'acció i de manteniment. En totes, l'actuació del psicòleg és important per tenir èxit en la deshabitua-ció del tabac; la lectura del monòxid de carbó és un sistema de reforç força interessant, ja que la seva concentració es redueix a les 72 hores de deixar de fumar, fet que pot constatar el mateix pacient.

Per últim el Dr. Losfablos, internista de l'Hospital de Santa Maria, va informar sobre la utilització actual de les estatines, fàrmacs que han demostrat el seu benefici en la reducció de morbi-mortalitat cardiovascular mitjançant el control de la dislipèmia; en general redueixen un 20% el colesterol total, un 30% les LDL, un 10-15% els triglicèrids i augmenten d'un 5 a un 10% les HDL, no modifiquen la Lp(a). Les estatines milloren el perfil lipídic i el pronòstic cardiovascular de significativament són ben tolerades i són polivalents, ja que es comporten com a antiaterogènics, immunomoduladors, osteoblàstics, antiproliferatius i prevenen la demència. Aquests efectes s'han de demostrar en estudis posteriors, que confirmaran la seva utilització en altres patologies, com el càncer, l'osteoporosi, la prevenció de l'ictus i la millora de la funció endotelial.

Dr. J. Cabau i Rúbies

MOVIMENT COL·LEGIAL

Altes

Jorge Melé Olivé, nou M. Francisca Mayoral Masana, nova Óscar Galindo Correas, procedent de Saragossa Javier Gómez Montes, procedent de Girona

Canvis de situació

Máximo A. Gracia Gracia, passa a col·legiat honorífic Ernest Pérez Lladós, passa a col·legiat honorífic

Monoartritis crònica de la tercera interfalàngica proximal

Paciente de 69 años con antecedentes de Tbc renal izquierda y pulmonar hace 20 años para lo cual recibió tratamiento tuberculostático durante un año. Actualmente presenta monoartritis crónica de la 3a IFP de la mano izquierda de 6 meses de evolución.

Después de un pinchazo accidental en el tercer dedo de la mano izquierda inicia tumefacción no dolorosa a nivel de la IFP que no mejora con AINES, antibióticos ni infiltraciones de corticoides. Dada la mala evolución de la artritis, ingresa en el servicio de Traumatología al cabo de unos tres meses donde se desbrida y se practica biopsia de la lesión, que se informa como necrosis fibrinoide, tejido fibroso con marcada reacción histiocítica y patrón granulomatoso. El cultivo de Lowenstein y Ziel-Nilsen del líquido articular y tejido sinovial fueron negativos.

A los quince días del alta, presenta varios puntos de fistulización por donde sale un líquido seroso no purulento. Ingresa en el servicio de Reumatología para nuevo estudio de la artritis.

Entre las pruebas complementarias realizadas tenemos un Mantoux positivo, analítica normal con PCR, FR, ANA y ECA negativos.

Los cultivos para bacterias, micobacterias y la tinción de Ziel-Nilsen del líquido de la fístula fueron negativos, al igual que la serología para brucella.

En la Rx Tórax se

observa una paquipleuritis izquierda y en la Rx de la mano, imágenes líticas y erosiones a nivel de la 3a IFP con pinzamiento articular.

Se realiza gammagrafía ósea donde se evidencia una acumulación anómala del citrato y del tecnecio en esta IFP, relativamente intensa, atribuible a la actividad de un proceso infeccioso. Posteriormente, se realiza un TAC y una RMN de la mano, donde se objetiva una masa de partes blandas adyacente a esta articulación con afectación de los tendones flexores y erosión ósea de la región infra y yuxtaarticular.

Ante la sospecha de monoartritis tuberculosa, se decide iniciar tratamiento empírico tuberculostático con isoniazida, rifampicina y pirazinamida.

Un mes después, se observa una disminución de los signos inflamatorios articulares y desaparición de la fistulización a nivel de la lesión.

Ante la buena evolución clínica de la artritis, aumenta la sospecha diagnóstica de tuberculosis.

Dra. Neus Soler i Solé
R2 de Família

Trastornos conductuales y psicológicos en las demencias

Aunque los trastornos psicológicos y conductuales de las demencias no son criterio diagnóstico de las clasificaciones actuales, son muy importantes por varios factores. Podemos citar entre ellos su elevada frecuencia (70-90%), el

sufrimiento del paciente, el del cuidador, el hecho de que son el principal motivo de ingreso y la posibilidad de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Los principales síntomas psicológicos y conductuales son las ideas delirantes (robo, celos, etc.), las alucinaciones (sobre todo visuales), la depresión, la ansiedad, la euforia, la apatía, la irritabilidad, el insomnio, la agresividad, la deambulación errática, la desinhibición y la indiferencia.

Es muy importante valorar la figura del cuidador e identificar al cuidador principal y sus necesidades antes de que aparezca la sobrecarga. La mayoría de las veces el cuidador será una persona de edad avanzada y necesitará ayuda de la familia o de las instituciones y será decisiva, en este momento, la ayuda de la trabajadora social para organizar los recursos adecuados. Se debe ofrecer al cuidador la posibilidad de incorporarse a grupos de familiares o asociaciones de familiares de pacientes con demencia.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, se trata de valorar las conductas y los problemas y estudiar las posibles causas desencadenantes, así como la posibilidad de modificarlas mediante técnicas en las que instruiremos al cuidador.

Respecto al tratamiento farmacológico, se deben reducir las BDZ, incrementar los ISRS frente a los AD clásicos por su menor efecto anticolinérgico, valorar los NL según el perfil de eficacia y efectos secundarios de acuerdo con la patología de base del paciente y tener en

cuenta que los IACE (Donepezilo, Rivastigmina) son también útiles en los trastornos conductuales y psicológicos y nos permiten reducir la dosis de psicótropos.

Dr. Andrés Martín

Trombosi venosa cerebral

Presento el cas d'una dona de 48 anys que, com a antecedent remarcable, presenta enolisme de més de 200 g d'alcohol al dia. Sobtadament presenta pèrdua de consciència, crisi comicial i febre de 39°.

Exploració física: TA: 140/90. Glasgow 15. Sense focalitat neurològica ni signes meníngis. Analítica: 9800/ cc amb recompte i fórmula normal. PL normal. La TAC cranial s'informa de noral.

Inicialment se li diagnostica virasi aguda inespecífica. Síndrome d'abstinència alcohòlica greu -síndrome de wenicke. Tractament: Distranerine 2/6 h., Becozyme C forte 1/8 h., Tiamina 100 mg im/dia i paracetamol 500 mg/6h.

Posteriorment, presenta hemiplegia dreta, afàsia completa i obnubilació.

Traslladada novament a l'hospital, aquest cop se li practica RM i s'arriba a la conclusió diagnòstica de: trombosi del sinus longitudinal superior i transversal esquerre. Infart del territori siliuà esquerre secundari. Tractament amb anticoagulants i anticonvulsius. Evolució favorable.

La trombosi venosa cerebral és una entitat d'etiologia diversa i clínicament molt variable ocasionada per la trombosi de la circulació venosa cerebral. Afecta més freqüentment

PASSA A LA P. SEGÜENT

MTB
DISTRIBUCIONES
TECNOLOGICAS, S.L.

Especialitzats en equips endoscòpics

*ORL, Ginecologia, Urologia, Traumatologia,
Aparell Digestiu, Neonatologia,
Pediatría, Cirurgia Abdominal*



**ENDO
SCOPY
Units**

- Distribuïdors en exclusiva a Catalunya de GIMMI GmbH
- Components, recanvis i reparació d'avaries d'aparells de les principals marques del mercat (Storz, Olympus, Pentax, Rudolf, Fiegert Endotech, Ausculap, Arthrex, Dyonix, Wolf...)

Finançament especial per a les comandes de torres d'endoscòpia

AL SEU SERVEI A:

Av. de l'Alcalde Rovira Roure, 38
25006 Lleida
Telèfon: 973 221 020
Fax: 973 220 709
E-mail: mtb@mhe.es

Col·legi Oficial de Metges de Lleida

documents

Número 1 · Maig del 2001

B U T L L E T Í
m è d i c

Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

EL PRESIDENT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

Sia notori a tots els ciutadans que el Parlament de Catalunya ha aprovat i jo, en nom del Rei i d'acord amb el que estableix l'article 33.2 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya, promulgo la següent

LLEI

Preàmbul

La importància de la consideració dels drets dels pacients com a eix bàsic de les relacions clínicoassistencials es posa de manifest en constatar l'interès que hi han demostrat gairebé totes les organitzacions internacionals amb competència en aquesta matèria. Ja des de l'acabament de la Segona Guerra Mundial, organitzacions com les Nacions Unides, la UNESCO o l'Organització Mundial de la Salut, o, més recentment, la Unió Europea o el Consell d'Europa, entre moltes altres, han impulsat declaracions o, en algun cas, han promulgat normes jurídiques sobre aspectes genèrics o específics relacionats amb aquesta qüestió d'una manera decidida. En aquest sentit, cal esmentar la transcendència de la Declaració universal dels drets humans, de l'any 1948, que ha estat el punt de referència obligat per a tots els textos constitucionals promulgats posteriorment o, en l'àmbit més estrictament sanitari, la Declaració sobre la promoció dels drets dels pacients a Europa, promoguda l'any 1994 per l'Oficina Regional per a Europa de l'Organització Mundial de la Salut, a banda de múltiples declaracions internacionals de major o menor abast i influència que s'han referit a aquestes qüestions.

Darrerament, cal subratllar la rellevància especial del Conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte a les aplicacions de la biologia i la medicina (Conveni sobre els drets de l'home i la biomedicina), subscrit el dia 4 d'abril de 1997, el qual ha entrat en vigor a l'Estat Espanyol l'1 de gener de 2000. Aquest conveni és una iniciativa cabdal: en efecte, a diferència de les diverses declaracions internacionals que l'han precedit en el temps, és el primer instrument internacional amb caràcter jurídic vinculant per als països que el subscriuen, i la seva especial vàlua rau en el fet que estableix un marc comú per a la protecció dels drets humans i la dignitat humana en l'aplicació de la biologia i la medicina. El conveni es refereix expressament i amb deteniment a la necessitat de reconèixer, en diversos aspectes i amb els quals ressalten el dret a la informació, al consentiment informat i a la intimitat de la informació relativa a la salut de les persones, tot perseguint l'assoliment d'una harmonització de les legislacions dels diversos països en aquestes matèries; en aquest sentit, esdevé del tot convenient de tenir en compte el conveni en el moment d'abordar el repte de regular qüestions tan importants.

Cal dir, tanmateix, que la regulació del dret a la protecció de la salut, recollit per l'article 43 de la Constitució de 1978, des del punt de vista de les qüestions més estretament vinculades a la condició de subjectes de drets de les persones usuàries dels serveis sanitaris,

és a dir, la plasmació dels drets relatius a la informació clínica i l'autonomia individual dels pacients pel que fa a la seva salut, ha estat objecte d'una regulació bàsica en l'àmbit de l'Estat, per mitjà de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat.

D'altra banda, la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, malgrat que fixa bàsicament l'atenció en l'establiment de l'ordenació del sistema sanitari des d'un punt de vista organitzatiu, dedica a aquesta qüestió diverses previsions, entre les quals destaca la voluntat, entre les finalitats del Servei Català de la Salut, de la humanització dels serveis sanitaris, manté el màxim respecte a la dignitat de la persona i a la llibertat individual, d'una banda, i, de l'altra, declara que l'organització sanitària catalana ha de permetre garantir la salut com a dret inalienable de la població i l'accés a guarir-se, per mitjà de l'estructura del Servei Català de la Salut, que l'ha d'oferir en condicions d'un escrupolós respecte a la intimitat personal i a la llibertat individual de l'usuari, tot garantint la confidencialitat de la informació relacionada amb els serveis sanitaris que es presten, sense cap mena de discriminació.

A partir d'aquestes premisses, aquesta Llei completa extensament les previsions que la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya va enunciar com a principis generals. Amb aquesta intenció fa un tractament especial del dret a l'autonomia del pacient. Finalment, la Llei tracta en profunditat tot allò que fa referència a la documentació clínica generada als centres assistencials, tot subratllant especialment la consideració i la concreció dels drets dels usuaris en aquest aspecte.

La inclusió de la regulació sobre la possibilitat d'elaborar documents de voluntats anticipades en la part relativa a l'autonomia del pacient constitueix segurament la novetat més destacada de la Llei. Incorporar aquesta regulació comporta reconèixer de manera explícita la possibilitat que les persones puguin fer el que comunament es coneix com a testaments vitals o testaments biològics, per primera vegada a l'Estat espanyol, per tal de poder determinar, abans d'una intervenció mèdica, llurs voluntats per si, en el moment de la intervenció, no es troben en situació d'expressar-les. Un document d'aquestes característiques, d'acord amb el que estableix l'article 9 del Conveni del Consell d'Europa sobre els drets de l'home i la biomedicina del 1997, abans esmentat, s'ha d'entendre com un element coadjuvant en la presa de decisions, a fi de conèixer amb més exactitud la voluntat del pacient.

La darrera part de la Llei, i tanmateix la més extensa i detallada, es refereix al tractament de la documentació clínica i, en concret, de la història clínica, és a dir, al conjunt de documents que configuren l'historial mèdic de cada persona. Tot i que existeix alguna normativa que regula aquesta matèria, aquesta normativa és certament dispersa, aproximativa i poc concreta. És per això que es propugna l'establiment d'un seguit de criteris especialment pràctics, des del punt de vista tant de l'usuari dels serveis sanitaris com dels professionals sanitaris, que són els qui configuren les històries clíniques i hi treballen diàriament en tant que eina bàsica de l'assistència sanitària. Aquesta qüestió s'aborda des de diversos punts de vista. D'una banda, es descriu el contingut de la història clínica, com a document que incorpora tota la informació sobre l'estat de salut del pacient i les

actuacions clíniques i sanitàries corresponents als diversos episodis assistencials, com també, si escau, aquelles observacions o apreciacions subjectives del metge. Així mateix, es regulen els drets dels usuaris en relació amb la documentació clínica, el tractament que han tingut en els diversos nivells assistencials, l'accés a la informació que conté, qui hi pot accedir i en quines condicions, i els terminis durant els quals aquesta informació s'ha de conservar.

L'objectiu bàsic d'aquesta Llei és, al capdavall, aprofundir en la concreció pràctica dels drets a la informació, al consentiment informat i a l'accés a la documentació clínica dels ciutadans de Catalunya en l'àmbit sanitari, sens perjudici d'un ulterior desplegament per reglament, tot recollint la filosofia del reconeixement ampli del principi de l'autonomia del pacient i materialitzant, per mitja d'una explicació de rang legal, les declaracions produïdes al més alt nivell en aquest sentit.

CAPÍTOL 1

Les disposicions directives

Article 1

Objecte

Aquesta Llei té per objecte:

- Determinar el dret del pacient a la informació concernent a la pròpia salut i a la seva autonomia de decisió.
- Regular la història clínica dels pacients dels serveis sanitaris.

CAPÍTOL 2

El dret a la informació

Article 2

Formulació i abast del dret a la informació assistencial

1. En qualdevol intervenció assistencial, els pacients tenen dret a conèixer tota la informació obtinguda sobre la pròpia salut. Això no obstant, cal respectar la voluntat d'una persona de no ésser informada.

2. La informació ha de formar part de totes les actuacions assistencials, ha d'ésser verídica, i s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments del pacient, per a ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma.

3. Correspon al metge responsable del pacient garantir el compliment del dret a la informació. També han d'assumir responsabilitat en el procés d'informació els professionals assistencials que l'atenen o li apliquen una tècnica o un procediment concrets.

Article 3

El titular del dret a la informació assistencial

1. El titular del dret a la intervenció és el pacient. S'ha d'informar les persones vinculades al pacient en la mesura que aquest ho permet expressament o tàcitament.

2. En cas d'incapacitat del pacient, aquest ha d'ésser informat en funció del seu grau de comprensió, sens perjudici d'haver d'informar també qui en té la representació.

3. Si el pacient, a criteri del metge responsable de l'assistència, no és competent per a entendre la informació, perquè es troba en un estat físic o psíquic que no li permet fer-se càrrec de la seva situació, se n'ha d'informar també els familiars o les persones que hi estan vinculades.

Article 4

Formulació del dret a la informació epidemiològica

Els ciutadans tenen dret a tenir coneixement adequat dels problemes de salut de la col·lectivitat que impliquen un risc per a la salut, i

que aquesta informació es difongui en termes verídics, comprensibles i adequats per a la protecció de la salut.

CAPÍTOL 3

Dret a la intimitat

Article 5

Formulació i abast del dret a la intimitat

1. Tota persona té dret que es respecti la confidencialitat de les dades que fan referència a la seva salut. Igualment, té dret que ningú que no hi estigui autoritzat hi pugui accedir si no és emparant-se en la legislació vigent.

2. Els centres sanitaris han d'adoptar les mesures oportunes per a garantir els drets a què es refereix l'apartat 1, i a aquest efecte han d'elaborar, si escau, normes i procediments protocol·litzats per a garantir la legitimitat de l'accés a les dades dels pacients.

CAPÍTOL 4

Respecte al dret a l'autonomia del pacient

Article 6

El consentiment informat

1. Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hi hagi donat el seu consentiment específic i lliure i n'hagi estat informada prèviament, d'acord amb el que estableix l'article 2.

2. Aquest consentiment s'ha de fer per escrit en els casos d'intervencions quirúrgiques, procediments diagnòstics invasius i, en general, quan es duen a terme procediments que comporten riscos i inconvenièns notoris i previsibles, susceptibles de repercutir en la salut del pacient.

3. El document de consentiment ha d'ésser específic per a cada supòsit, sens perjudici que s'hi puguin adjuntar fulls i altres mitjans informatius de caràcter general. Aquest document ha de contenir informació suficient sobre el procediment de què es tracta i sobre els seus riscos.

4. En qualsevol moment la persona afectada pot revocar lliurement el seu consentiment.

Article 7

Excepcions a l'exigència del consentiment i atorgament del consentiment per substitució

1. Són situacions d'excepció a l'exigència del consentiment:

a) Quan hi ha risc per a la salut pública, si ho exigeixen raons sanitàries d'acord amb el que estableix la legislació que hi sigui aplicable.

b) Quan en una situació de risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt no és possible aconseguir l'autorització d'aquest o dels seus familiars o de les persones que hi estan vinculades.

En aquests supòsits, es poden dur a terme les intervencions indispensables des del punt de vista clínic a favor de la salut de la persona afectada.

2. Són situacions d'atorgament del consentiment per substitució:

a) Quan el malalt, a criteri del metge responsable de l'assistència, no és competent per a prendre decisions, perquè es troba en un estat físic o psíquic que no li permet fer-se càrrec de la seva situació, el consentiment s'ha d'obtenir dels familiars d'aquest o de les persones que hi estan vinculades.

b) En els casos d'incapacitat legal, d'acord amb el que estableix l'article 219 de la Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família.

documents / BUTLLETÍ mèdic

c) En els casos de persones internades per trastorns psíquics, en qui concorren les circumstàncies de l'article 255 de la Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família.

d) En el cas de menors, si aquests no són competents, ni intel·lectualment ni emocionalment, per a comprendre l'abast de la intervenció sobre la pròpia salut, el consentiment l'ha de donar el representant del menor si és major de dotze anys. En la resta de casos, i especialment en casos de menors emancipats i adolescents de més de setze anys, el menor ha de donar personalment el seu consentiment.

Això no obstant, en els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, d'assaigs clínics i de pràctica de tècniques de reproducció humana assistida, cal atènr-se al que estableix amb caràcter general la legislació civil sobre majoria d'edat, i, si escau, la normativa específica que hi sigui aplicable.

3. En els supòsits definits a les lletres a), b) i c) de l'apartat 2, es poden dur a terme les intervencions indispensables des del punt de vista clínic a favor de la salut de la persona afectada.

4. En els casos de substitució de la voluntat de l'afectat, la decisió ha d'ésser la més objectiva i proporcional possible a favor del malalt i de respecte a la seva dignitat personal. Així mateix, el malalt ha d'intervenir tant com sigui possible en la presa de decisions.

Article 8

Les voluntats anticipades

1. El document de voluntats anticipades és el document, adreçat al metge responsable, en el qual una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, expressa les instruccions a tenir en compte quan es trobi en una situació en què les circumstàncies que concorren no li permetin d'expressar personalment la seva voluntat. En aquest document, la persona pot també designar un representant, que és l'interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari, perquè la substitueixi en el cas que no pugui expressar la seva voluntat per ella mateixa.

2. Hi ha d'haver constància fefaent que aquest document ha estat atorgat en les condicions esmentades en l'apartat 1. A aquest efecte, la declaració de voluntats anticipades s'ha de formalitzar mitjançant un dels procediments següents:

a) Davant de notari. En aquest supòsit, no cal la presència de testimonis.

b) Davant de tres testimonis majors d'edat i amb plena capacitat d'obrar, dels quals dos, com a mínim, no han de tenir relació de parentiu fins al segon grau ni estar vinculats per relació patrimonial amb l'atorgament.

3. No es poden tenir en compte voluntats anticipades que incorporin previsions contràries a l'ordenament jurídic o a la bona pràctica clínica, o que no es corresponguin exactament amb el supòsit de fet que el subjecte ha previst a l'hora d'emetre-les. En aquests casos, s'ha de fer l'anotació al centre sanitari en què la persona és atesa. Aquest document de voluntats anticipades s'ha d'incorporar a la història clínica del pacient.

4. Si hi ha voluntats anticipades, la persona que les ha atorgades, els seus familiars o el seu representant ha de lliurar el document que les conté al centre sanitari en què la persona és atesa. Aquest document de voluntats anticipades s'ha d'incorporar a la història clínica del pacient.

CAPÍTOL 5

Sobre la història clínica

Article 9

Definició i tractament de la història clínica

1. La història clínica recull el conjunt de documents relatius al procés assistencial de cada malalt tot identificant els metges i la resta de professionals assistencials que hi ha intervingut. S'ha de procurar la màxima integració possible de la documentació clínica de cada pacient. Aquesta integració s'ha de fer, com a mínim, en l'àmbit de cada centre, on hi ha d'haver una història clínica única per a cada pacient.

2. El centre ha d'emmagatzemar les històries clíniques en instal·lacions que en garanteixin la seguretat, la conservació correcta i la recuperació de la informació.

3. Les històries clíniques es poden elaborar mitjançant suport paper, audiovisual i informàtic, sempre que se'n garanteixin l'autenticitat del contingut i la plena reproductibilitat futura. En qualsevol cas, s'ha de garantir que resten registrats tots els canvis i identificats els metges i els professionals assistencials que els han fet.

4. Els centres sanitaris han de prendre les mesures tècniques i organitzatives adequades per a protegir les dades personals recollides i evitar-ne la destrucció o la pèrdua accidental, i també l'accés, l'alteració, la comunicació o qualsevol altre processament que no tinguin autoritzats.

Article 10

Contingut de la història clínica

1. La història clínica ha de tenir un número d'identificació i ha d'incloure les dades següents:

a) Dades d'identificació del malalt i de l'assistència:

Nom i cognoms del malalt.

Data de naixement.

Sexe.

Adreça habitual i telèfon, a l'efecte de localitzar-lo.

Data d'assistència i d'ingrés, si escau.

Indicació de la procedència, en cas de derivació des d'un altre centre assistencial.

Servei o unitat en què es presta l'assistència, si escau.

Número d'habitació i de llit, en cas d'ingrés.

Metge responsable del malalt.

Així mateix, quan es tracta d'usuaris del Servei Català de la Salut i l'atenció es presta per compte d'aquest ens, s'ha de fer constar també el codi d'identificació personal contingut a la targeta sanitària individual.

b) Dades clinicoassistencials:

Antecedents familiars i personals fisiològics i patològics.

Descripció de la malaltia o el problema de salut actual i motius successius de consulta.

Procediments clínics emprats i llurs resultats, amb els dictàmen corresponents emesos en cas de procediments o exàmens especialitzats, i també els fulls d'interconsulta.

Fulls de curs clínic, en cas d'ingrés.

Fulls de tractament mèdic.

Full d'informació facilitada al pacient en relació amb el diagnòstic i el pla terapèutic prescrit, si escau.

Informes d'epicrisi o d'alta, si s'escauen.

Document d'alta voluntària, si s'escau.

Informe de necròpsia, si n'hi ha.

En cas d'intervenció quirúrgica, s'ha d'incloure el full operatori i l'informe d'anestèsia, i en cas de part, les dades de registre.

c) dades socials:

Informe social, si escau.

3. A les històries clíniques hospitalàries, en què sovint participen més d'un metge o d'un equip assistencial, hi han de constar individualitzades les accions, les intervencions i les prescripcions fetes per cada professional.

4. Els centres sanitaris han de disposar d'un model normalitzat d'història clínica que reculli els continguts fixats en aquest article adaptats al nivell assistencial que tenen i a la classe de prestació que fan.

Article 11

Usos de la història clínica

1. La història clínica és un instrument destinat fonamentalment a ajudar a garantir una assistència adequada al pacient. A aquest efecte, els professionals assistencials del centre que estan implicats en el diagnòstic o el tractament del malalt han de tenir accés a la història clínica.

2. Cada centre ha d'establir el mecanisme que faci possible que, mentre es presta assistència a un pacient concret, els professionals que l'atenen puguin, en tot moment, tenir accés a la història clínica corresponent.

3. Es pot accedir a la història clínica amb finalitats epidemiològiques, d'investigació o docència, amb subjecció al que estableix la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i la Llei de l'Estat 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, i les disposicions concordants. L'accés a la història clínica amb aquestes finalitats obliga a preservar les dades d'identificació personal del pacient, separades de les de caràcter clínic-assistencial, llevat que aquest n'hagi donat abans el consentiment.

4. El personal que té cura de les tasques d'administració i gestió dels centres sanitaris pot accedir només a les dades de la història clínica relacionades amb les dites funcions.

5. El personal al servei de l'Administració sanitària que exerceix funcions d'inspecció, degudament acreditat, pot accedir a les històries clíniques, a fi de comprovar la qualitat de l'assistència, el compliment dels drets del pacient o qualsevol altra obligació del centre en relació amb els pacients o l'Administració sanitària.

6. Tot el personal que accedeix en ús de les seves competències a qualsevol classe de dades de la història clínica resta subjecte al deure de guardar-ne el secret.

Article 12

La conservació de la història clínica

1. La història clínica s'ha de conservar com a mínim fins a vint anys després de la mort del pacient. Això no obstant, es poden seleccionar i destruir els documents que no són rellevants per a l'assistència, transcorreguts deu anys des de l'última atenció al pacient.

2. En tot cas, en la història clínica s'han de conservar, juntament amb les dades d'identificació del pacient, durant vint anys, com a mínim, a comptar de la mort del pacient: els fulls de consentiment informat, els informes d'alta, els informes quirúrgics i el registre de part, les dades relatives a l'anestèsia, els informes d'exploracions complementàries i els informes de necropsia.

3. No obstant el que estableixen els apartats 1 i 2 d'aquest article, la documentació que a criteri del facultatiu sigui rellevant a efectes preventius, assistencials o epidemiològics, s'ha de conservar durant tot el temps que calgui.

CAPÍTOL 6

Drets en relació amb la història clínica

Article 13

Drets d'accés a la història clínica

1. Amb les reserves assenyalades a l'apartat 2 d'aquest article, el pacient té dret a accedir a la documentació de la història clínica descrita per l'article 10, i a obtenir una còpia de les dades que hi figuren. Correspon als centres sanitaris regular el procediment per a garantir l'accés a la història clínica.

2. El dret d'accés del pacient a la documentació de la història clínica mai no pot ésser en perjudici del dret de tercers a la confidencialitat de les dades d'aquests que figuren en l'esmentada documentació, ni del dret dels professionals que han intervingut en l'elaboració d'aquesta, que poden invocar la reserva de llurs observacions, apreciacions o anotacions subjectives.

3. El dret d'accés del pacient a la història clínica es pot exercir també per representació, sempre que estigui degudament acreditada.

Article 14

Drets en relació amb el contingut de la història clínica

El pacient té dret que els centres sanitaris estableixin un mecanisme de custòdia activa i diligent de les històries clíniques. Aquesta custòdia ha de permetre la recollida, la recuperació, la integració i la comunicació de la informació sotmesa al principi de confidencialitat en els termes establerts per l'article 11 d'aquesta Llei.

DISPOSICIÓ ADICIONAL

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb l'objectiu d'avançar en la configuració d'una història clínica única per pacient, ha de promoure, mitjançant un procés que garanteixi la participació de tots els agents implicats, l'estudi d'un sistema que, atenent l'evolució dels recursos tècnics, possibiliti l'ús compartit de les històries clíniques entre els centres assistencials de Catalunya, a fi que pacients atesos en diversos centres no s'hagin de sotmetre a exploracions i procediments repetits, i els serveis assistencials tinguin accés a tota la informació clínica disponible.

DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA

Els centres sanitaris disposen d'un termini d'un any, comptador a partir de l'entrada en vigor d'aquesta Llei, per a adoptar les mesures tècniques i organitzatives necessàries per a adaptar el tractament de les històries clíniques a les previsions que s'hi contenen, i elaborar els models normalitzats d'història clínica a què fa referència l'article 10.2. Els processos assistencials que es portin a terme transcorregut aquest termini s'han de reflectir documentalment d'acord amb els models normalitzats aprovats.

DISPOSICIÓ FINAL

Es faculen el Govern i el conseller o la consellera de Sanitat i Seguretat Social perquè facin el desenvolupament reglamentari del que estableix aquesta Llei.

Per tant, ordeno que tots els ciutadans als quals sigui d'aplicació aquesta Llei cooperin al seu compliment i que els tribunals i les autoritats als quals pertorqui la facin complir.

Palau de la Generalitat, 29 de desembre de 2000

Jordi Pujol

President de la Generalitat de Catalunya

(00.364.003)