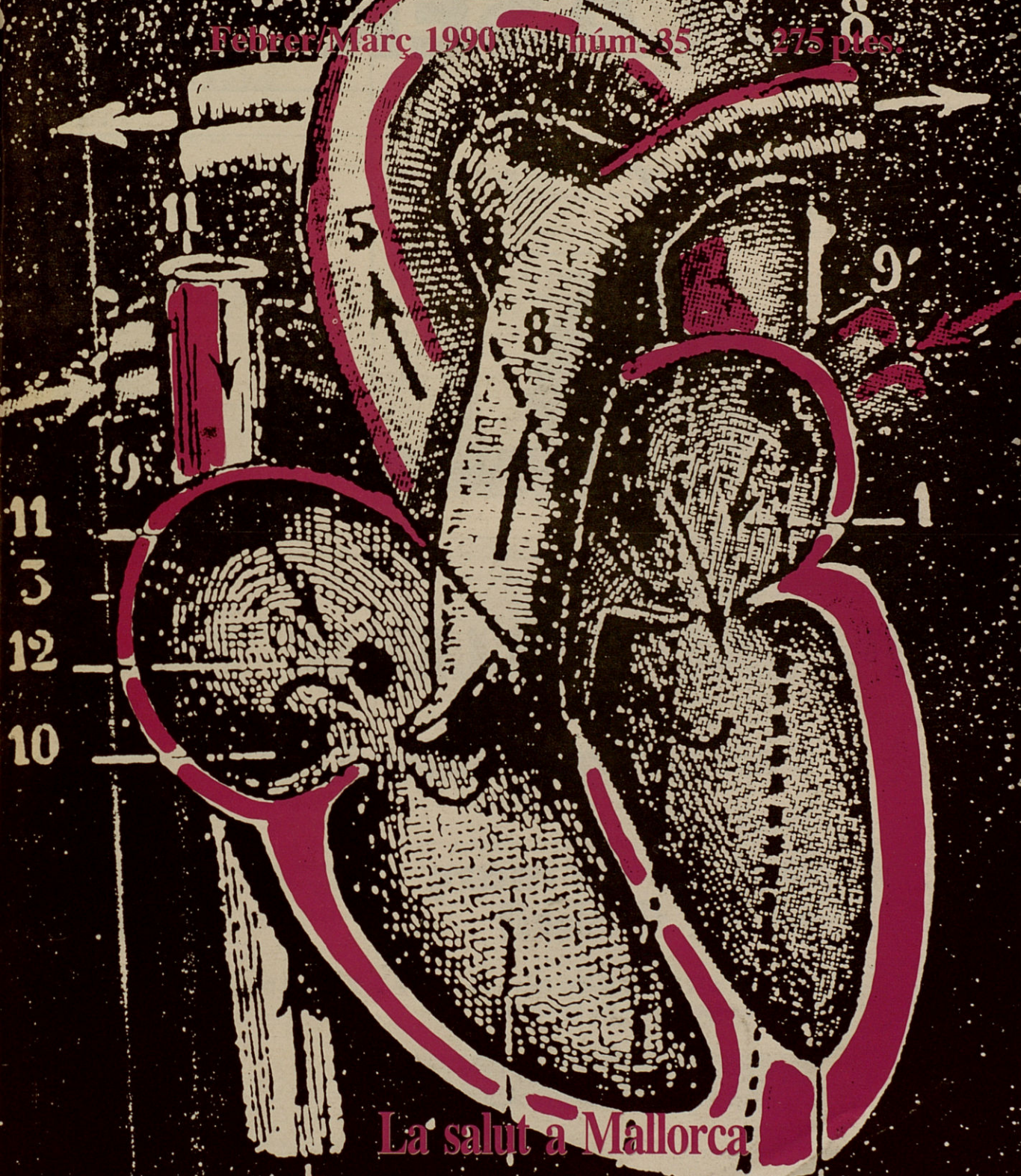


EL MIRALL

Febrer/Marc 1990 Núm. 35 275 ptes.



La salut a Mallorca
Introducció a les flastomies
Albert Ribas / Pere Bennàssar

Febrer/Marc

2 III 90

Milton
GLASER

1990



exposició

PALAU SOLLERIC

Carrer Sant Gaietà, 10

Palma

**Del 16 de març
al 12 d'abril**

**Horari: d'11 a 13.30 hores i de 17 a 20.30 hores.
Diumenge i dilluns tancat.**

FUNDACIÓ CAIXA DE CATALUNYA



**ajuntament
de palma**
balears

EL MIRALL

Revista mensual
Febrer/Març 1990 - núm. 35
ANY IV

Edita:
OBRA CULTURAL BALEAR

Publica:
Associació EL MIRALL

Informació i Correspondència:
Apartat de Correus núm. 179
07080 - Palma (Mallorca)
Telèfons: (971) 72 32 99 / 71 48 57
Telefax: (971) 71 93 85

Delegació a Barcelona:
C/ Montcada, 20 (Palau Dalmases)
08003 - Barcelona

Delegació a València:
C/ Moratín, 15
46001 - València

Director:
Climent Picornell

Cap de Redacció:
Pere Estelrich i Massutí

Secretari de Redacció:
Josep M^a Magrinyà i Brull

Consell de Redacció:
Macià Blázquez i Salom
Francesca Bosch i Capó
Rosa M^a Calafat i Vila
Joan Company i Siquier
Antoni Ginard i Bujosa
Joana Lladó i Ballester
Antoni Marimon i Riutort
Antoni Nadal i Soler
Joan Perelló i Ginard
Antelm Pujol i Fülgençio
Andreu Ramis i Puigros
Pere Rosselló i Bover
Gaspar Valero i Martí

Els articles publicats en aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.

Coberta: Original per a EL MIRALL de Pere Bennàssar.

Fotos:
EL DIA i arxiu EL MIRALL

Producció, Administració i Publicitat:
C/ Impremta, 1, Pral-2a. Tel. 72 32 99
07001 - Palma (Mallorca)

Maquetació i Fotocomposició:
EL MIRALL i DOCUMENTA BALEAR

Impressió:
Interior: OMNI S.A. Gremi Ferrers, 42.
Polígon de Son Castelló - Palma.
Coberta: Xisco Arts Gràfiques. C/ del Baix Riera, 1-A - Palma. tel. 24 03 86

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS



5102891579

4 — **Joan Barceló i Coll:** Memòries i vivències

6 — **TURONS DE CACERA**
Ramon Turmeda: L'esquerra nacional

8 — **POLÍTICA**
Joan Pons Fraga: El projecte unitari de l'Entesa de l'Esquerra de Menorca, en la incertesa, a punt de dissoldre's

9 — **L'ULL DE VELLUT**
Guiem Daviu Vich: Morir per viure

10 — **ENTREVISTA**
G. R. de C. F.: Albert Ribas i Juan, director del Centre de Cultura de Sa Nostra

14 — **BARRAQUETA VALENCIANA**
Antoni Rovira: Pel gener, el millor ofici és pastisser

15 — **F. Company, A. Rotger:** Introducció a les flastomies de Mallorca (II)

17 — **OCB - VOLTOR**
Per segona vegada desapareix el sumari obert a Jaime Martorell
18 — **TVE-2 Sant Cugat** es torna a veure a Mallorca.
18 — **L'OCB** vol aconseguir que el canal autonòmic català dediqui major atenció a les illes Balears

DOSSIER: LA SALUT A MALLORCA
20 — **A. Corrales, J. Llobera:** La reforma de l'atenció primària, un desafiament que cal guanyar

25 — **Josep M. Carbonero i Malbertí:** Els hospitals necessiten canviar

31 — **Francisco Sevilla:** Cal fer hospitals a Mallorca

35 — **Pilar Magrinyà i Brull:** El control de qualitat assistencial

39 — **Jaume Santandreu i Sureda:** Marginació a Mallorca, ara

43 — **Alfredo García:** Apunts sobre salut mental

49 — **Luis Ciria:** La infecció VIH en els infants (SIDA)

52 — **M. Servera, M. Lluch:** La Sida: la malaltia del segle XX

55 — **Jordi Altés:** El fenomen de les drogues des de Mallorca

59 — **Enric Benito:** Càncer: els camins de la recerca als anys 90

61 — **M. Rubí, F. Peña, J.M. Magrinyà:** Deformacions de columna: les escoliosis

71 — **J. M. Cano i Darder:** Algunes consideracions sobre les clíniques del dolor

74 — **Antoni Obrador:** Malalties digestives a Mallorca

76 — **Antoni Oliver:** Bronquitis crònica, la malaltia del fum

78 — **Joan Pujadas:** Arteriosclerosi

81 — **Juan Fajardo López-Cuervo:** Urgències vitals: un altre repte per als 90

ENIGMES DE LA NOSTRA HISTÒRIA
85 — **Miquel Ferrà i Martorell:** El cavallet almoràvid de Mallorca, és un siurell?

ARTISTES DE LA PART FORANA
87 — **Miquel V. Sebastian:** Pere Bennàssar, un felanitxer a Ciutat

ENTREVISTA
90 — **Miquel López Crespi:** Agustí Pons

LA MOGUDA PLANETÀRIA
91 — **Antoni Ginard:** Les rebaixes

GUAL PERMANENT
92 — **Pere Font:** Cultures

LLIBRES
94 —

TALAIÀ
97 — **Benigne Palos:** Semàfor

98 — **Pep Messa:** La Quarantameula, una associació arrelada a la fidelitat

MEMÒRIES I VIVÈNCIES

(Consideració d'hivern)

Joan Barceló i Coll

*"The memory throws up high and dry
a crowd of twisted things;
a twisted branch upon the beach
eaten smooth and polished
as if the world gave up
the secret of its skeleton"*

(Thomas Stearns Eliot, Saint-Louis,
Missouri, 188-Londres 1965)

Estic arran de mar, davant del golf de Roses. Al costat de l'Escala s'aixequen les restes de la presència greco-romana d'Empúries. Més enllà, els sorralis solitaris de Sant Pere Pescador, que tan bellament amaren la poesia precisa i intimista de Joan Teixidor. Al fons, uns petits nuvols s'esfilagarsen sobre el massís del Pení, prop del Cap de Creus marí. L'escumeig, blau i blanquinos, forma, en el vaivé continuat de l'embarcament de les ones, una cançó de sons que voreja la curva suau del golf. A l'esquerra, al bell fons, els Pirineus mostren la carena nevada del Canigó. Un lleu ventijol just empeny l'aire fred de l'hivern.

El lleure d'aquest desembre m'ha portat a capficar-me amb la lectura de les cabòries i figuracions que representen les memòries i vivències personals de diversos autors. L'atzar, la premeditació o el desig em porten cap a quatre autors importants: tres en llibres propis i el quart en una biografia sobre ell. Es tracta de Miguel Delibes, Miquel Martí i Pol, Julian Marías i Sigmund Freud. És difícil trobar un nexa comú. Si considerem la seva procedència ens trobem amb dos castellans (Delibes i Marías) de Valladolid, un català (Martí i Pol) de roda de Ter i un

Miguel Delibes
Mi vida al aire libre



Ediciones Destino *Ancora y Delfin*



austriac-germànic-hongarès (Freud) de Freiberg, Moravia, l'actual Pribor. O, mirat del cantó professional, un novel·lista (Delibes), un poeta (Martí i Pol), un assagista (Marías) i un científic (Freud).

En tot cas es tracta de quatre llibres ben definidors dels seus autors o protagonistes i, sobretot, del seu tarannà i significació personal, amb una clara voluntat d'estil.

En el llibre de Delibes ("Mi vida al aire libre. Memorias deportivas de un hombre solitario". Ed. Destino, Barcelona 1989) hi trobem molt ben descrit, tot i la gran discreció personal de l'autor, la vida interior del vailet Delibes i com troba, i descobreix, la seva alegria i impuls vital en la presència de la natura, el camp, el mar i la seva gent, movent-se, o inclús enclas-

tada, en aquest medi. Difícilment es pot entendre la bellesa cisellada i l'encant sever de l'escriptura castellana de Delibes sense comprendre aquest amor i visió de la natura. Però, fixem-nos bé, Delibes no és un escriptor "costumista" -com ho eren José María de Pereda o Emilia Pardo Bazan- ni porta la seva narració cap al "lirisme descriptiu" -com posem el cas de Gabriel Miró- ni tampoc és un amant de la delicadesa estilística del detall -com ho era Azorín- sinó que va més enllà. El seu llenguatge es fon admirablement en la "descripció narrativa", i li dona el relleu i la sonoritat cantelluda de la parla i la terra castellana. Per aquest camí, la màgia del llenguatge aconsegueix una vertadera òsmosi home-paisatge. Aquest és, al meu entendre, el seu gran mèrit com escriptor i el que ens fa assaborir, amb delectació amorosa, la seva prosa de cadència seca i musical.

D'un altre cantó, Miquel Martí i Pol ("Defensa Siciliana". Ed. Empúries, Barcelona 1989) en aquestes breus memòries mostra el poeta essencial que sempre ha estat, amb un fil lineal, complexament elaborat, dels seus estats d'ànim. Així, més que les coses, o el pas de les coses, ens descriu el tret distintiu i el ressò intern que li produeixen. Una vegada més, com també era el cas de J.V. Foix o de Salvador Espriu, veiem la capacitat expressiva de la prosa dels poetes que permet una rara síntesi d'aproximacions analítiques.

Julian Marías mereix tota una consideració a part. Marías és un intel·lectual espanyol molt atípic del

país. Per formació és un bon escriptor. D'Ortega y Gasset i de Zubiri n'ha heretat el do lingüístic de fer entenedor, amb prosa neta i precisa, els conceptes i sensacions més abstractes. Té un bon coneixement dels clàssics i dels moments històrics i una clara vocació docent que potser l'ha portat, de vegades, a excessos de simplificació. La personalitat de Marías, a part de la valoració que pugui donar cada u a la seva producció filosòfica o d'assagista de les idees, és prou estimable. Ha estat i és un dels pocs intel·lectuals independents del país i ha sabut encarar els errors propis i les situacions personals difícils o delicades amb estoïcisme, dignitat i honestat. És potser aquesta postura, el caràcter prolífic de la seva producció i el seu tremp orteguian el que més enemics li ha portat, que li han vingut des de tots els cantons de la "fauna" universitària d'aquest país, tan procliu als apriorismes més que a la seriositat i serenitat del pensament. Dels tres volums de les seves memòries ("Una vida presente. Memorias", vols. 1-3. Alianza Editorial, Madrid 1988 i 1989) personalment destacaria algunes parts del primer, per la viva descripció dels anys d'universitari, en un dels moments més gloriosos i gratificants de la Universitat Central de Madrid (els anys 30, abans de la guerra). També trobem una lúcida visió retrospectiva dels últims mesos de la guerra civil a Madrid. Tot plegat ens ajuda a explicar la misèria material, moral i intel·lectual de la postguerra alhora que ens dona algunes claus sobre

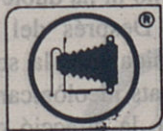


la "transició" política del país en aquests últims anys que analitza sobre tot en el tercer volum.

A posta, deixem com a última l'obra de Peter Gay sobre Sigmund Freud ("Freud. Una vida de nuestro tiempo". Ed. Paidós, Barcelona 1989). No és una biografia convencional, ni una síntesi d'obres i punts de vista anteriors. L'autor en les seves anàlisis arrisca judicis propis sobre la personalitat del pare de la "psicoanàlisi". L'obra no és fàcil sinó complexa, com ho eren les pròpies contradiccions personals d'aquest debel·lador nat que era Freud. Hi trobem la passió dels coneixements i l'obsessió d'ésser i del

propi ser que era Freud. L'entrellat del personatge, la preocupació filosòfica, la família, les amistats i enemistats, els deixebles, la mitologia, el sentit oníric, el poder de suggestió, la força dels records, l'ambivalència, la consciència de l'inconscient, l'afany escorcollador, l'amor, la malaltia, la mort... tots hi tenen una definició i un sentit crític i analític.

Aquesta repassada ràpida crec que ja ens indica ben bé prou el valor del "contingut" d'aquests quatre llibres. Ara sí que em sembla que ja podem dir que tots quatre tenen, doncs, un tret essencial en comú: traspuen la identitat personal dels autors o biografiat, aconseguida per mitjà de la seva producció escrita que mostra, a més a més, amb sensibilitat i intel·ligència, la fragilitat i el tremp personal de cada u d'ells i diversos models i graus de creativitat. Però el que potser ens els fa més atractius és que, en tots ells, hi ha una consciència ben clara de les diverses opcions personals que han hagut de vèncer en el seu cicle vital i com s'ha anant definint i atansant la seva vocació i ideal interior, mantingut en el temps, pesi a qui pesi. La seva conseqüència és una clara voluntat d'estil i una obra plena, unitària i harmoniosa. En definitiva, tots quatre ens ajuden a entendre el valor, vigor i poder evocador i definidor del "llenguatge" per expressar l'interior de l'home, com el que tenen els versos d'Eliot -un altre debel·lador nat en el món literari- que encapçalen aquesta consideració d'hivern. ■



ICARIA
ciutat

**Els millors
preus en
fotografia**

- 31 de desembre, 12
- Jaume II, 24
- Balanguera, 8



YBLOS

**llibreria universitària
galeria d'art**

**Agència d'informació
bibliogràfica (AIB)**

**Avda. Argentina, 16
Tel. 23 80 12
07011 Palma de Mallorca**

TURONS DE CACERA

L'ESQUERRA NACIONAL

Ramon Turmeda

	1986	1989
ERC	84.628	84.400
UPV	40.264	40.770
PSMa/PSMe	7.539	7.988
total	132.431	133.158

Els resultats anteriors corresponen als vots obtinguts per Esquerra Republicana de Catalunya (ERC), Unitat del Poble Valencià (UPV) i Partit Socialista de Mallorca-Partit Socialista de Menorca (PSMa-PSMe) en les eleccions legislatives al parlament espanyol, celebrades als anys 1986 i 1989. Com hom pot observar, el vot nacionalista i d'esquerra als Països Catalans (PPCC), representat significativament per aquests partits, ha quedat estancat. Si algú és capaç d'autofelicitar-se per aquests resultats electorals o se'n mostra satisfet, no hi ha dubte que o bé no és nacionalista ni d'esquerres, o bé vol l'anihilament polític de les formacions abans esmentades.

Cal que l'esquerra nacional dels PPCC sigui objectiva amb els seus fracassos, que els analitzi i, sobretot, que cerqui la solució adequada per sortir de l'atzucac. Per què el vot als partits de l'esquerra nacional no s'ha vist significativament augmentat en quasi quatre anys?. Les causes són, ben probablement, múltiples i complicades.

No hi ha dubte que en l'atmosfera es respiren aires no tan esquerrans com fa uns quants anys,

que partits tradicionalment centralistes han estat capaços de digerir plantejaments que fins ara eren patrimoni de la nostra esquerra nacional, que hi ha un cert desencís, i que darrerament el vot útil s'ha convertit en una actitud que entra en les previsions de tots els partits.

Però a banda de tot això hi ha alguna altra cosa més, ha d'haver-hi alguna altra cosa que expliqui l'estancament del vot. Potser aquest estancament ve motivat per l'obsessió que han demostrat aquests partits per aconseguir ampliar el nombre d'electors a qualsevol preu, pactant amb formacions polítiques no nacionalistes, renunciant a principis ideològics, posant en pràctica un excessiu pragmatisme, distanciant-se, com fan els grans partits, de les bases, i, finalment, oblidant que cadascuna de les tres formacions no té cap sentit si perd l'horitzó i la consciència de formar part d'un tot que no ha de disgregar-se. Comentant ara els punts anteriorment exposats i passant a fets concrets, caldria que ens preguntàssim si li ha servit de molt a la UPV, electoralment parlant, festejar en anteriors eleccions *Izquierda Unida* i darrerament apro-

● Cal que l'esquerra nacional dels PPCC sigui objectiva amb els seus fracassos, que els analitzi i, sobretot, que cerqui la solució adequada per sortir de l'atzucac

par-se a agrupacions ecologistes no precisament nacionalistes; caldria preguntar-se sobre la poca confiança que tenen en ells mateixos, tant ERC i UPV com PSMa/PSMe, quan han de presentar-nos a les eleccions al parlament europeu. Ho fan amb partits forans i accepten com a cap de llista un basc; caldria preguntar-nos quina justificació pot tenir que el PSMa/PSMe sols contempli la possibilitat de canviar l'orientació política del Govern Balear votant en el parlament el candidat que presenta el PSOE.

ERC ha començat ja una reforma interna que no sols afecta la cúpula dirigent i això no hi ha dubte que és una bona notícia. Després del traumàtic congrés de Lleida i de la sortida dels dissidents ubicats ideològicament en el centre-esquerra, la direcció col·legiada formada per Colom, Barrera, Carod-Rovira i Prujà ha decidit donar una nova orientació i una nova imatge al partit, canviant part dels seus plantejaments ideològics, la dinàmica interna, l'estratègia política i obrint-se a altres formacions nacionalistes, polítiques o no. És ben probable que la nova ERC sigui capaç d'il·lusionar les bases i re-

EUROPA ETS TÚ.



PARLAMENT EUROPEU
ELECCIONS 1989

cuperar un vot desencisat que se n'havia anat al PSOE, al PSUC, a l'abstenció o fins i tot a CIU, per allò del "vot útil". Existeixen al País Valencià i a les Illes les mateixes circumstàncies que a Catalunya?. No, evidentment no, perquè ni a la UPV ni al PSMa/PSMe hi ha cap crisi interna latent, almenys de la mida de la que arrossegava ERC, però l'estancament del vot és exactament igual de preocupant i convida a una reflexió profunda i seriosa fins a les darreres conseqüències.

Quina ha de ser l'estratègia de l'esquerra nacionalista dels PPCC?. Evidentment, no és aquest el lloc adequat per plantejar punts concrets d'un debat polític que podria servir per reorientar aqueixes formacions polítiques. La consigna comuna, però, podria ser la de convertir-se en el *pal de paller* del que Angel Colom (ERC) anomenà el Moviment Popular d'Alliberament Nacional, catalitzant les reivindicacions nacionals i donant suport a les aspiracions del nostre poble en tots els àmbits.

Com es fa tot això?. Evidentment no és gens fàcil, però per començar la feina seria convenient injectar al projecte una gran dosi de coratge, d'il·lusió i d'imaginació, sobretot il·lusionant les bases en un projecte antic però renovat que hauria de servir per vertebrar d'una vegada una societat tan desnacionalitzada com la nostra. Potser l'estratègia podria passar pel retorn ideològic, als orígens, a la utopia, segons diuen alguns, deixant de costat d'una vegada un pragmatisme que s'ha demostrat estèril per al nacionalisme i que sols ha servit per desvirtuar-lo i desprestigiar-lo. Un canvi de denominació no seria sobrer, si tenim present que les actuals denominacions regionalistes, que coincideixen precisament amb l'actual estructuració de l'Estat, sols serveixen per dividir-nos, enfrontar-nos i crear consciències provincianes.

Per a ERC la reforma ha començat, tot i que ha hagut de ser de forma traumàtica. En el cas del UPV i del PSMa/PSMe la reorientació no hauria de ser tan difícil, però evidentment és necessària si volen sortir del forat on es troben. L'esquerra nacional dels PPCC necessita un pal de paller per a reorganitzar-se. Potser no es veuran a curt termini uns resultats espectaculars si aconseguim tenir una Nova Esquerra, però no hem d'oblidar que l'esquerra nacional ha treballat, hauria de treballar, mirant el futur, que és on es troba el nostre projecte. Aquells que volen resultats pràctics i immediats, val més que reorientin la seva ubicació política i s'inclinin cap al vot útil. ■



FAJAS REINA

José Tous Ferrer, 1 - Tel. (971) 71 60 33
07002 Palma de Mallorca

dona
corseteria

J. Masdeu

Colón, 20 - Tel. (971) 71 65 58
07001 Palma de Mallorca

EL PROJECTE UNITARI DE L'ENTESA DE L'ESQUERRA DE MENORCA, EN LA INCERTESA, A PUNT DE DISSOLDRE'S

Joan Pons Fraga

L'esquerra menorquina ha anunciat un procés de debat i reflexió sobre quin ha de ser el seu futur i l'estratègia per a les eleccions municipals i autonòmiques de 1991.

L'Entesa de l'Esquerra de Menorca, projecte unitari que va nèixer en 1986, amb la participació del Partit Comunista de les Illes Balears (PCIB), el Partit Socialista de Menorca (PSM), l'Agrupament d'Esquerres (AE), el Partit Comunista Balear (PCB) i independents, passa en aquests moments per una situació d'incertesa per la proposta que ha formulat el secretari executiu del PSM consistent en sortir d'aquesta coalició política. La proposta serà debatuda en el congrés que els nacionalistes menorquins celebraran el pròxim 3 de març a Maó.

El Conseller i diputat al Parlament Balear Ramon Orfila ha presentat una esmena en què rebutja la proposta del secretari i com a alternativa demana l'elaboració d'una proposta estratègia que permeti el reforçament del PSM en el si de l'Entesa de l'Esquerra de Menorca, de la qual el PSM s'ha de convertir en dinamitzador, i que es faci una proposta d'estructuració de l'Entesa, alhora que obri un ample debat sobre la construcció de l'esquerra i sobre el projecte de Menorca que pretenia impulsar des de les institucions.

Atacs des d'Esquerra Unida

El document que ha elaborat el secretariat del PSM fa una anàlisi crítica i negativa de la presència del partit en la coalició d'Entesa de l'Esquerra.



Ciutadella, festa de Sant Joan.

Es refereix concretament a la campanya per eleccions europees de 1988: la majoria dels atacs de què fou objecte el PSM provenien dels "socs" de la coalició. Qualificats dirigents d'IU atacaren amb duresa càrrecs públics del PSM, la seva política i el seu projecte, no per la via del raonament, sinó des de la desqualificació i l'insult.

D'altra banda, militants de l'Agrupament d'Esquerres i càrrecs

públics es definiren públicament per Izquierda Unida. Aquesta situació crea una greu dificultat en el procés de consolidació de l'Entesa de l'Esquerra de Menorca, ja que AE ha perdut el seu paper d'àrbitre i moderador, diu l'executiu del PSM.

Pel que fa a les eleccions generals del 29-O, el sector comunista de l'Entesa va jugar al tot o res. El PSM té el convenciment i les proves de que s'intenta, des de fa algun

temps, la seva desaparició amb tots els mitjans possibles, exposa en aquest document la direcció del partit.

S'indica que la feina feta com a Entesa ha estat molt improvisada, i s'apunten tres sortides: el PSM, com a grup de debat i pressió, sense responsabilitats electorals; la continuïtat en l'Entesa de l'Esquerra; i la ruptura amb tot allò que ha significat una política de feina unitària, per considerar que és un procés esgotat. L'opció escollida és la desvinculació de l'Entesa i obrir un debat en el si del PSM per definir la nova actitud entorn dels problemes i necessitats de Menorca. El PSM es troba en la urgent necessitat d'encetar un nou camí, conclou el secretariat.

Ramon Orfila: L'irresistible ascens de la dreta

El document de l'executiva té la seva rèplica en la proposta elaborada pel conseller i diputat del Parlament de les Illes Ramon Orfila, que manifesta: una volta que el PSM hagi definit la seva política, caldrà donar una resposta a la proposta que s'ha formulat des de l'AE, consistent en construir una federació amb els components de l'Entesa: PCIB, PCB, PSM, AE i independents.

Orfila diu que no es pot tornar enrera la història i que no podem tornar enrera tot allò que hem construït en set anys per situar-nos altra vegada al 1982 si no ens volem condemnar a la mort a mig o curt termini.

L'Entesa de l'Esquerra de Menorca no té comparació amb cap altre experiència unitària de l'esquerra arreu de l'Estat: a Iniciativa per Catalunya hi manquen els comunistes

del PCC, mentre que a Menorca hi són. A Catalunya hi ha candidatures verdes, que en el cas de Menorca participen com a independents dins l'Entesa. Les conseqüències d'una desaparició de l'Entesa serien fatals pel PSM, que apareixeria davant l'opinió pública com l'autor de la ruptura. Difícilment pot el PSM sortir d'una de les poques experiències on han coexistit els diferents components de l'esquerra plural, diu el Conseller Orfila, cap del sector que propugna donar continuïtat a l'Entesa amb la participació del PSM.

Però les reflexions de Ramon Orfila van més enllà, tenint en compte que a les eleccions generals del 29-O el PP fou la força política més votada a Menorca, i que després de deu anys, el Senador elegit per Menorca no era socialista: l'irresistible ascens de la dreta a la nostra illa fa absolutament imprescindible preparar una estratègia que permeti aturar-la, i aquesta no passà precisament per disgregar el que ara és unitari. Ben al contrari, hauríem de preparar una estructuració de l'Entesa que permeti l'elaboració d'un projecte de Menorca atractiu i capaç de recollir el desencís que la gestió del PSOE i l'esquerra en general han produït, afirma Ramon Orfila, que afegeix: una desfeta de l'Entesa de l'Esquerra de Menorca conduirà amb molta probabilitat a una desfeta electoral dels seus components per separat, posant en perill així la representació a Ajuntaments on som la clau perquè no governi la dreta, i pot impedir la formació de grup parlamentari propi a nivell de les Illes, amb la qual cosa el perjudici té altres dimensions. ■

INFORMACIÓ DE PREMSA (5-3-90): L'assemblea general del Partit Socialista de Menorca (PSM) ha decidit no desvincular-se de l'Entesa de l'Esquerra de Menorca. Durant l'assemblea, Ramon Orfila va ser elegit secretari general del PSM i acceptada la seva proposta de reforçar la presència del partit a l'Entesa, front la direcció del mateix partit que havia elaborat el document que en feia una valoració negativa.

L'ULL DE VELLUT

MORIR PER VIURE

Guiera Daviu Vich

Quan jo tenia uns 13 anys (mai he estat gaire precoç) sentí parlar de les primeres accions d'oposició al règim franquista. Es tractava de les vagues de miners asturians. No és estrany que un règim que havia vençut la classe obrera (segons paraules aproximades del "conde de Motrico", primer batle franquista de Bilbao) la volqués tenir subjugada i les seves veus emmordassades.

De llavors ençà he seguit sempre (encara que no personalment ni en directe) les vagues mineres, els miners asturians desafiant les lleis (paramilitars) anti vaga colpejaren la meua ment adolescent, preocupada pel pecat solitari.

Aquests darrers anys també he estat al corrent de les seves lluites i en el cas de Gran Bretanya, m'ha dolgut la derrota (provisional) que a mans de la primera ministra Thatcher han sofert (anys 84-85).

Però ara, només fa dos mesos, les morts de miners asturians per accidents s'ha afegit al seu patrimoni de victòries i derrotes.

Dic accidents però no és lo propi. Accident és si mos cau un meteorit damunt al cap quan anam d'excursió. Els accidents laborals són uns fets (que podrien ser greus i criminals) produïts per unes condicions de feina i seguretat que deuen tenir responsables (Institucions i persones) i que causen aquests efectes.

596 morts a la mineria espanyola hi ha hagut entre el 80 i el 89 (22% superior a la mitjana europea). Els miners (i ara algunes mineres) volen viure, volen guanyar-se la vida vivint. Baixen al pou per la vida i alguns hi troben la mort.

Volem sebre qui ha provocat les seves morts i que posin tots els mitjans perquè no n'hi hagi més. Ara ja!

No més morir per viure.

ALBERT RIBAS I JUAN, DIRECTOR DEL CENTRE DE CULTURA DE SA NOSTRA

G.R. de C.F.

La recent inauguració del Centre de Cultura de Sa Nostra al carrer de la Concepció i el nomenament com a director del senyor Albert Ribas i Juan, fins ara poc conegut en els "ambients" culturals ciutadans, ens motiva apropar-nos a la personalitat d'aquest eivissenc, que amb una aparença tranquil·la afronta un projecte ambiciós.

-En primer lloc, ens podríeu contar com heu desembarcat aquí.

-Això és una pregunta... L'any 1984 fou la culminació d'una sèrie de desastres editorials a Barcelona, on tenia una petita editorial que, conjuntament amb altres, féiem revistes d'art, revistes de literatura, obra gràfica, etc; i a un moment determinat es va esfondrar tot, diverses editorials i sobretot distribuïdores, que ens deixaren enganxants. Potser no eren molts de milions, però per nosaltres era una fortuna. A rel d'allò i que no funcionava massa bé,...

Ja feia una sèrie d'anys que feia feines per a Sa Nostra; m'encarregaven exposicions, muntatges, llibres, i ja que Sa Nostra volia potenciar el centre d'Eivissa em plantejaren si volia treballar amb l'entitat. Ens proposàrem aquesta feina. Vàrem fer una planificació. Va anar bé durant una sèrie d'anys.

Quan es va plantejar la creació d'aquest Centre a Palma, que era un projecte que ja feia anys que Sa Nostra tenia, quan ja anava endavant me'l varen oferir. Llavors, de comú acord, ens donàrem un temps per fer una planificació, l'acceptaren i a partir d'aleshores vaig venir aquí.

Realment, la idea era àmplia, no només dur el Centre, sinó fer tota una estructuració del que hi havia, coordinar des d'aquí. Això és una de

les primeres peces que s'ha montat, però el projecte és molt ampli. Fins d'aquí a uns tres anys no es veurà completat, però el feim amb il·lusió i crec que pot anar bé.

-En efecte, és un projecte ampli, però quina és la filosofia d'aquest Centre?

-La filosofia és montar una estructura que, basada en el Centre i respallada per les sales que tenim a

UNA BONA INICIATIVA: EL CENTRE

Tomàs Garcia

El passat dia 14 de desembre s'inaugurava oficialment el Centre de Cultura de Sa Nostra, al carrer de la Concepció de Palma, que representa una important iniciativa de la Caixa de Balears Sa Nostra per a la promoció d'activitats i manifestacions culturals. Sens dubte, a partir d'ara, ha de contribuir de manera decisiva a la dinamització i a la potenciació de la cultura a les illes.

El Centre de Cultura de Sa Nostra, situat a un casal rehabilitat del carrer de la Concepció de Palma, obria les seves portes al públic dia 15 de desembre amb la voluntat d'estimular la promoció de la cultura i de les activitats culturals a les illes Balears.

Entre la seva infraestructura, equipada amb els mitjans tècnics més moderns, consta de dos espais habilitats per a exposicions -les Sales Gran i les Sales de Paper- i un auditori, de nova planta amb capacitat per a 240 persones, a més d'aules (amb una cabuda entre 40 o 50 persones), sala de juntes, sales de reunió i una cafeteria.

Igualment, serà la seu del Centre d'Imatge i Comunicació (CIC), un muntatge per estar al dia, fet en col·laboració amb la Universitat de les Illes Balears, per a l'ensenyament acadèmic i la formació professional en

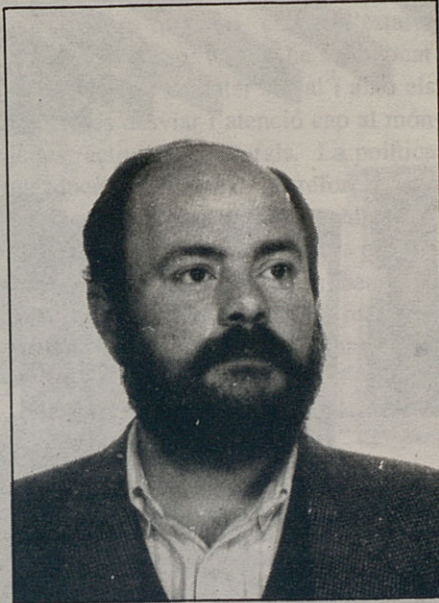
Menorca i a Eivissa, juntament amb una sèrie més que volem potenciar, resulti una estructura viable per mostrar aspectes culturals de les illes en primer lloc, és a dir, tot el que es faci a la resta de les illes, no només a Mallorca, potenciar-ho des de Palma, i al mateix temps produir coses aquí que poguem mostrar als altres centres.

La filosofia és simplement intentar la intercomunicació cultural entre les illes que no ha existit mai. Això és bàsic, però, al mateix temps tenir l'estructura per rebre tot el que podem dur de fora, que sigui positiu cap als aspectes culturals de les illes, no només per a la gent, sinó per als creadors en tots els sentits, els artistes plàstics, els literats, els músics, etc.

La filosofia bàsica és primer tenir una infraestructura suficient per fer les coses i després les coses vénen soles.

-Quina part de les activitats seran de creació pròpia i quina part procediran de fora?

-Això sempre dependrà del pressupost econòmic. Indubtable-



Albert Ribas

ment, la il·lusió de qualsevol centre cultural és intentar que tot el que faci sigui de producció pròpia i que es pugui exportar. Per exemple, l'aspecte que més conec és la plàstica. I, avui en dia, la plàstica a les illes a nivell mundial està en primera línia, i si podem ajudar a potenciar-la, molt millor.

CULTURAL DE SA NOSTRA

cursos especialitzats sobre tècniques de vídeo i fotografia. El seu complement natural ha de ser el Centre de Recursos Audiovisuals.

Al Centre de Cultura també s'hi troba una nova delegació del Centre d'Informació i Documentació Acadèmica (CIDA), fruit de la col·laboració amb la Universitat de les Illes Balears.

A més, es preveu la creació, també amb la Universitat de les Illes Balears, d'un centre de dades, el Centre d'Informació d'Art Contemporani.

Per a la inauguració de les seves activitats públiques el Centre de Cultura ha començat amb dues exposicions: una sobre fotografia a les illes Balears, i una altra de pintura, amb obres del fons de la Caixa de Balears Sa Nostra.

En el futur, aquest Centre de Cultura ha de ser el punt de partida de més exposicions, concerts, projeccions audiovisuals, cicles de conferències, cursos, seminaris, congressos i d'altres activitats.

El Centre de Cultura és dirigit per Albert Ribas i Juan, un home vingut d'Eivissa per desenvolupar aquesta tasca. L'horari obert al públic és diari, de les 10,30 a les 21 hores, excepte els diumenges.

Indiscutiblement, la creació del Centre de Cultura de Sa Nostra suposa una excel·lent iniciativa, que obrirà noves i nombroses expectatives al món de la cultura de les illes. Cal esperar i desitjar que el seu tarannà es correspongui amb les raons que han fet possible el seu naixement.

Aquí no ens hem de regir per criteris comercials, econòmics sí, però comercials no, llavors podem fer coses per mostrar realment la cultura de les illes.

Ara estam planificant tota una sèrie d'exposicions, per exemple, cercant les fonts i les arrels de grups i de gent que treballà plàsticament a les illes i que ja no se'n té record, com és ara el grup Tago, a Mallorca; el grup 59, a Eivissa, format per expressionistes abstractes del milloret que hi havia en aquells moments...; els dadàs, surrealistes plàstics; fotògrafs... que poden donar molt de si.

-Aquest potencial, generador de cultura i d'art, es veu correspost per un esforç institucional?

-Fins ara l'esforç no existia, havia estat una lluita més individual que no institucional, però ara canvia. S'estan montant una sèrie d'infraestructures que poden donar molt de si.

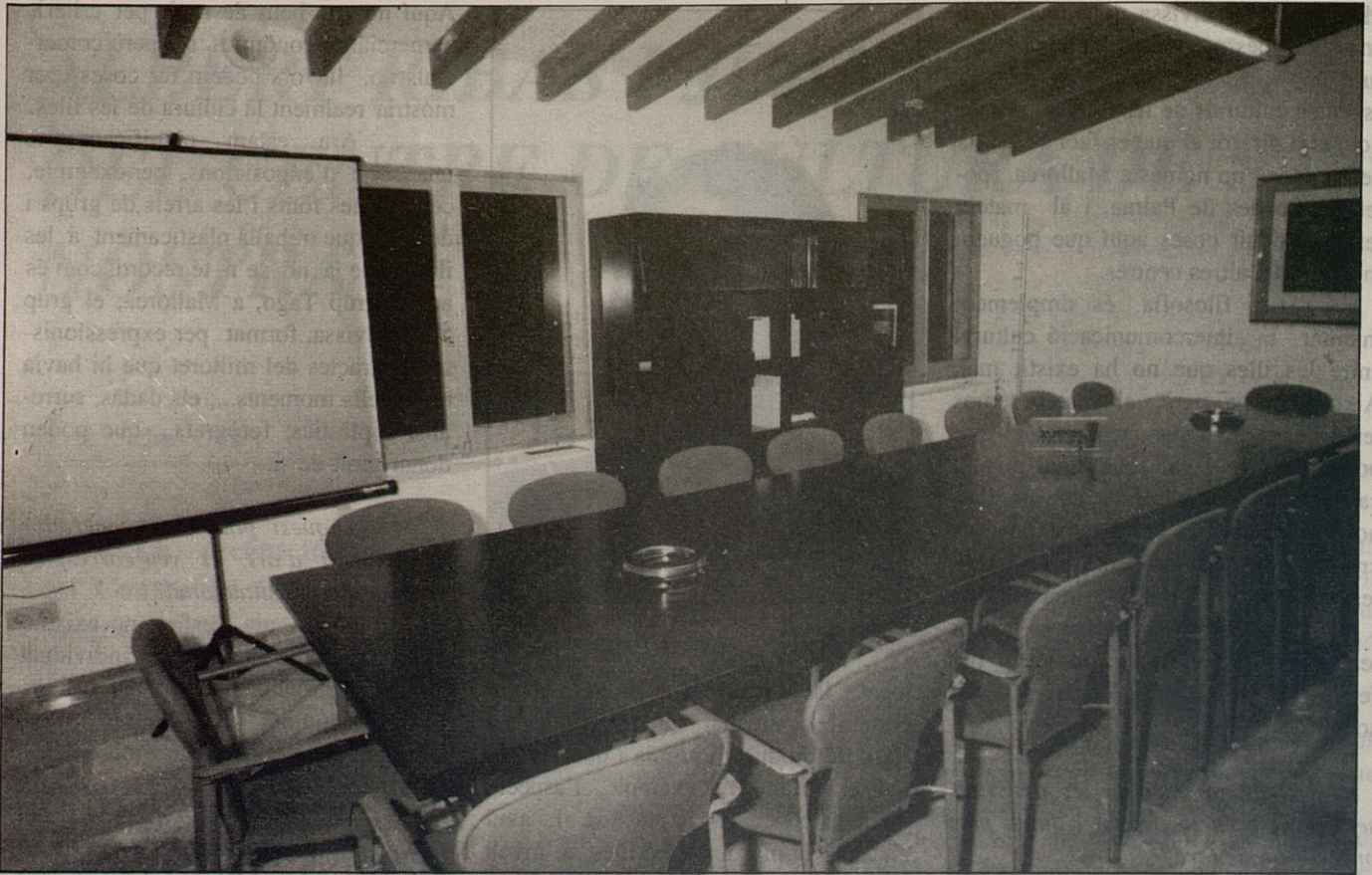
-A la generació d'activitats hi ha una part de mostrador, de cara a la galeria, però què queda al fons? què queda de documentació?

-Realment, el més important que queda d'una exposició, a part de la gent que hagi tengut la sort de veure-la, és la documentació d'aquella mostra que s'ha fet en un moment determinat. Això és indubtable, però aquí ens trobam amb un problema econòmic fort. Ens barellam amb els editors per aconseguir que ens rebaixin els costos. En aquesta lluita hi ha implícita la voluntat de deixar una constància. Actualment feim miracles, feim catàlegs a preus que la gent ni s'ho creu per tal de deixar testimoni i deixar testimoni a la gent que no ho hagi pogut veure en directament.

Per a les vuit exposicions previstes per aquest any a la Sala Gran, excepte una de didàctica, tenim la intenció de fer un catàleg i d'alguna ja el tenim fet.

-A curt termini, quina és la programació que teniu prevista?

-A la Sala Gran, noble, de la casa, hi farem una antològica de Will Faber, que començarà a principis de



La política que duen les Caixes de reforçar els aspectes culturals crec que va en benefici dels ciutadans.

febrer, amb un llibre de Lourdes Cirlot, catedràtica d'Art Contemporani de la Universitat Autònoma de Barcelona. Una altra exposició d'Astronàutica per a la Pau, amb maquetes a escala natural, que serà majestuosa. Després, juntament amb el Consell Insular de Mallorca i el Museu de Lübeck, una exposició de Micus: a la Misericòrdia es farà una antològica i aquí s'exposarà el que es presentà a la catedral de Lübeck. El catàleg s'ha fet entre les tres institucions, és una exposició extraordinària amb peces espectaculars que tenen 5x4 metres, són immenses. Abans de l'estiu tenim prevista una exposició dels murals del palau dels Comptes de Sert de Barcelona, que els ha fet Mateo Vilagrassa, pintor espanyol resident a Alemanya, que també serà majestuosa. L'agost aturam. Després de l'estiu, una altra exposició del fons de pintura de Sa Nostra amb la part dels moderns i dels contemporanis. Llavors, una revisió del grup Tago. Després, una exposició

de recopilació de monedes de les seques de les illes.

-A més de l'art i de la plàstica, quines altres previsions teniu?

-A la Sala de Paper, destinada preferentment a fotografia i obra gràfica, hi tenim previstes exposicions que van des d'una antològica de fotografia de Frederic Barcelay, que és un clàssic francès, especialista en nusos. És l'home que ha tractat millor les dones del món, i és preciosa. Amb el British Council, tenim prevista una exposició de fotografia pre-rafaelista. Una exposició de fotografies sobre Miró. També, una exposició de Marcos Eguizarri, pintor portorriqueny, un dels millors gravadors que hi ha a Amèrica.

Això quant a exposicions. Llavors a l'Auditori ja tenim organitzada una programació amb Jovents Musicals de joves intèrprets, molt sel·leccionats i d'una gran qualitat. Una programació de dos o tres concerts mensuals. Estam preparant una sèrie

de lectures poètiques que començarà a darrers de febrer i actualment treballam amb Llompart, Villangómez, Colinas, Brines, Parcerisas, en una primera etapa, i seran editades. Després, conjuntament amb la Universitat, es preveu una sèrie de conferències sobre els països de l'Est. Convidarem gent d'aquests països perquè ens expliquin directament com són, com funcionen i què pretenen.

Juntament amb la Universitat preparam el Centre d'Imatge i Comunicació que és una escola destinada a professionalitzar gent en el món de la imatge i la comunicació, video, cine, televisió i fotografia que ocuparà part de l'any amb cursos de 300 hores, dos semestres de duració, i un trimestre amb cursos monogràfics orientats a professionals, de creació gràfica i de disseny. Un altre apartat és el Centre de Recursos Audiovisuals, especialitzat en temes d'art i temes culturals específics de les illes, recopilant tota mena d'informació sobre fauna i flora,

art, folklore, artesanía, arquitectura,...

-Hi haurà connexió amb altres entitats i institucions de reconeguda categoria, de les illes i de l'estranger?

-El primer és intentar tenir una col·laboració amb les institucions d'aquí. Precisament l'exposició de l'Astronàutica per a la Pau la feim amb l'Ajuntament de Palma, el Ministeri d'Educació i l'Institut San Miguel del CSIC, on hi col·laboren entitats com la NASA. Amb el Consell Insular de Mallorca estam treballant en un conveni de col·laboració, un acord marc, de base. Amb el Govern Balear acabam de fer una exposició del Taller 6a a Sa Llotja, i estam ara en converses per fer una exposició sobre l'expressionisme abstracte a les illes, els moderns i els clàssics. Sempre hem tengut contacte amb les altres illes per fer col·laboracions, com amb el Consell Insular d'Eivissa, l'Ajuntament d'Eivissa, el Consell Insular de Menorca i els ajuntaments de Menorca.

Quant a l'exterior, en poc temps, estarem connectats als circuits internacionals d'exposicions. Tenim bones relacions amb la resta de les caixes, que s'ofereixen a col·laborar amb coses que fan. A nivell de museus, tenim contactes amb el Museo Gargallo de Saragossa, que ens han ofert projectes conjunts; amb l'IVAM de València començam a tenir algun contacte. El que passa és que són exposicions de gran envergadura que nosaltres sols tampoc no podem assumir.

No es tracta de fer exposicionetes, sinó fer exposicions de gran envergadura que després poguem oferir a altres entitats. Llavors també tendrem dret a rebre'n de seves. Però, sí, estam oberts a tota mena d'intercanvis i els intercanvis són necessitats culturals.

-Les institucions públiques generen activitats de caràcter cultural per raons de deure institucional o polític, però quina és la dimensió, el rerefons, què mou les entitats privades? Què pot variar?

-Hi ha un altre esperit. El

que passa és que les caixes d'estalvi s'han adonat que l'Estat ha solucionat problemes de caràcter social i això els ha permès desviar l'atenció cap al món de les activitats culturals. La política que duen les caixes de reforçar els aspectes culturals crec que redunda en benefici del ciutadà, encara que és indubtable que repercuteix en beneficis d'imatge. De tota manera, el fet de la seva implantació de molts d'anys als

● Volem potenciar tot el que és faci a les illes, no només a Mallorca, que poguem mostrar als altres centres

● La filosofia és intentar la intercomunicació cultural entre les illes que no ha existit mai

pobles i a les altres illes demostra que no només es persegueixen els efectes publicitaris. Tenir un centre amb aquesta infraestructura permetrà crear una sèrie d'ofertes culturals que podrem desviar cap a zones desateses. Només això, ja justifica la seva existència.

-En aquest sentit, és possible pal·liar el centralisme de Palma i de Mallorca?

-El centralisme de Palma s'ha patit sempre i això és lògic ja que hi viu gairebé la meitat de la població de totes les illes. Ara bé, això no eximeix les institucions d'oblidar que l'altra meitat viu a fora. A això hi volem donar una resposta.

-Actualment les institucions orienten els seus esforços cap a la creació de centres amb una oferta molt

similar. No és abusiva aquesta reiteració? Com afectarà a la qualitat de l'oferta? No s'haurien de coordinar els esforços i diversificar l'oferta?

-Ho he sentit moltes vegades i sempre m'ha espantat. Que la gent es queixi i es demani què ferem amb tants de centres culturals, només és una mostra d'incultura. La manca de centres culturals que hem tengut no vol dir que no siguin necessaris. Hi ha ciutats europees relativament petites que tenen 300 museus i centres culturals. Perquè se n'han fet quatre de cop sembla que són molts, però jo crec que són pocs. Això se soluciona amb una política d'activitats coherent, i sí que serà necessari coordinar els esforços i diversificar l'oferta.

Es poden fer coses de gran qualitat. Es confon la qualitat amb el cost, crec que es poden fer coses de gran qualitat i que no siguin cares. Necessitam saber què ens manca i què volem i oferir el que interressi a la gent. Tot i així hi ha aspectes que s'han de fer encara que no interessin estrictament al gran públic.

-En una societat que viu del monocultiu del turisme, fins a quin punt s'ha d'oferir una imatge a l'exterior amb una oferta cultural cap al visitant?

-És un plantejament que encara no ens hem fet. Sembla una mica tant absurd, mentre tinguem el tipus de turista que tenim. Però si realment volem una millora, un turisme que cerqui altres temes, hauríem de fer un plantejament diferent.

-Un tema que ens preocupa a la revista. Quin plantejament té el Centre pel que fa a la nostra cultura i la nostra llengua?

-Formam part de la cultura catalana. Podem tenir unes característiques peculiars dins dels Països Catalans que enriqueixen la cultura catalana i no ens podem sortir d'aquestes premisses; seria absurd. Ara bé, estam en una comunitat on han aflorat altres cultures, que tampoc no es poden oblidar. I nosaltres estam oberts a qualsevol aportació. ■

BARRAQUETA VALENCIANA

PEL GENER, EL MILLOR OFICI ÉS PASTISSER

Antoni Rovira

Poc podia imaginar-se Raimon, quan va escriure aquella cançó dedicada al País Basc titulada "Tots els colors del verd", que el seu país, el valencià, arribaria a tenir els matisos de verd que ha aconseguit després de les pluges que l'han afectat en forma continuada en els últims mesos. L'aigua ja ha arribat a enfitar els llauradors -que ja és dir!- quan ha començat a perjudicar arbres fruiters, hortalisses i cereals, provocant milions de pèrdues a sectors com el de la taronja o l'arròs.

* I mentre les pluges posaven a prova la paciència de molts, a la Generalitat esclatava un escàndol després que el seu president, Joan Llerma, destituís, de forma fulminant, el titular del departament d'Obres Públiques, Urbanisme i Transports, Rafael Blasco, per irregularitats detectades en la gestió de determinats funcionaris, denunciades per una directora general de la mateixa conselleria. La incidència ja ha tenguut entrada en els tribunals i el cas està en mans de jutges, fiscals i advocats. Mentrestant, tot el procés, potser amb més repercussions de les que hom podia imaginar-se quan esclatà, està provocant una greu crisi a la sucursal valenciana del PSOE, de conseqüències imprevisibles.

* L'arribada del portaavions nord-americà "Forrestal" al Grau de València, probablement carregat amb armament nuclear, provocà la reacció de protesta de determinats partits polítics nacionalistes i/o d'esquerra, així com d'algunes entitats ciutadanes, que prengué cos en una manifestació front al vaixell de guerra, que acabà

amb enfrontaments amb la policia espanyola i algunes detencions, mentre centenars de valencians, més o menys impassibles, seguien visitant l'enginy bèl·lic.

* La Unitat del Poble Valencià (UPV) prepara la seva Assemblea de País, amb fortes discrepàncies internes entre aquells que volen un partit més nacionalista que esquerrà i aquells altres que el volen més ecopacifista que nacionalista. Tot un embolic derivat d'una indefinició que aqueix partit polític porta darrere pràcticament d'ençà que va ser fundat.

* Segueix sense saber-se què passarà amb els repetidors instal·lats per Amics de TV3, després que el Ministeri de Comunicacions, al front del qual es troba Don José Barrionuevo, imposàs setze milions de pessetes de multa a Acció Cultural del País Valencià per emetre sense freqüència. De moment, però, a amples zones del país, se segueixen veient amb normalitat les emissions de TV3.

* La TVV ha passat ja els seus 100 primers dies de "gràcia", amb més

poca gràcia que altra cosa. Poca qualitat, bilingüisme patètic i llengua catalana en versió "ligh" (quan s'usa), són els defectes més detectables per aquells que ens agradaria que Canal-9 TV no fos un canal acomplexat i provincial. Tanmateix el problema no sembla tenir remei, almenys a curt termini, a no ser que un profund examen de consciència faci recapacitar els responsables del mitjà de comunicació més important depenent de la Generalitat. Mentrestant, a Canal-9 Ràdio hi ha hagut canvis, després que el director general de la RTVV, Amadeo Fàbregat, destituís sense donar explicacions la directora, Rosa Solbes.

* Encara quedava el record del "Forrestal", quan arribà al Grau de València el portaavions francès "Foch", també amb armament nuclear. En aquesta oportunitat va ser "Greenpeace" qui protestà, fent una de les seves accions espectaculars i no-violentes. Al front de l'operació es trobava, un cop més, Nicolau Barceló.

* I mentre aquestes coses passaven al Grau, la Mesa de les Corts Valencianes, rebutjava la proposta no-de-llei presentada per la UPV, perquè es discutís el tema de l'autodeterminació. Front a la negativa institucional de tractar la qüestió, la Unitat ha decidit sortir al carrer i demanar el suport popular necessari perquè es duigu endavant la proposta. ■

INTRODUCCIÓ A LES FLASTOMIES DE MALLORCA (II)

Francesca Company i Vicens
Antònia Rotger i Vadell

Injuriar és fer una ofensa a l'altre amb paraules o actes. Flastomar, per extensió, al·ludeix també al fet d'expressar verbalment despropòsits injuriosos i, d'això, precisament, parlarem en aquesta ocasió. Més concretament, ens volem referir als insults, és a dir, a l'acció d'ofendre el proïsme amb paraules ultratjoses.

L'insult sol estar format per una o diverses paraules que fan referència a un aspecte determinat de la persona. La flastomia, entesa en un sentit ampli, afecta tant al camp diví com l'humà, mentre que l'insult té pròpiament un caràcter humà: sempre està en funció d'una altra persona a qui es vol desqualificar.

No tots els insults verbals tenen la mateixa força ni el mateix valor ofensiu; la intensitat no només depèn del tipus de mot que es fa servir sinó també de l'entonació en què es diu i del grau de coneixença existent entre l'ofensor i l'insultat, en aquest cas, emissor i receptor, respectivament.

Al material recollit trobam una sèrie rica de recursos morfològics i sintàctics, a més a més de l'aspecte metafòric del llenguatge, que no és l'objectiu concret d'aquest article.

Al camp dels insults torna a veure construccions molt prolífiques i paraules simples. Amb la base fixa *cap de*, formada per un nucli més una preposició, es combinen tot un conjunt de



Original de Pere Bennàssar per a EL MIRALL.

substantius, que constitueixen la part variable de la construcció.

Segons el camp lèxic dels complements del nom que hi apareixen podem parlar d'expressions amb: Noms de vegetals: *cap de fava*, ...*de fava amb orelles*, ...*de fava amb orelles peludes*, ...*de fava amb orelles planes i peludes*, (alguns d'aquests exemples mostren que continua vigent el procediment d'afegir complements i adjectius intensificatius a una mateixa base. Aquest mecanisme es tornarà a fer

palès a d'altres mostres), ...*cap de fesol*, ...*de pèsol*, ...*de tronxo (o tronxol)*, ...*de nispero*, ...*de ciuró*, ...Amb noms d'animals: *cap de bèsti(a)*, *bisti*, ...*de titina*, ...*de titina pelada*, ...*de ruc*, ...*d'ase*, ...*de porc*, ...*de cadenera*; amb nom d'objectes: *cap de suro*, ...*de fusta*, ...*d'alfàbia*, ...*de serradís*, ...*d'olla*. També és possible sentir una fórmula germana formada pel mot "cap+adjectiu": *cap esflorat*, *cap buit*, *cap quadrat*, ...

L'estructura comparativa "ets

(o és) més... que..." dóna lloc a un seguit d'injúries que agrupam segons la paraula que constitueix el primer terme de la comparació, el qual es reitera en molts de casos. Amb els adjectius "pardal", "beneit", "colló", "pur", com a primer terme: *Ets més beneit (pardal, colló, pur), que donat a fer (per encàrrec), ...que fet a posta, ...que una merda seca darrera un forn de set dies, ...que unes esgrelles, ...que en Pep Merda, ...que es pèls d'es cul que veuen merda i no se la lleven, ...que es dos d'oro, ...que una espardenya, ...que una espardenya que vol contar com un canari, ...que es cagar de panxa,...* D'altres, agafen com a primer terme de comparació adjectius que indiquen caparredusa, exemples: *ets més dur que una pedra, ...que una roca, ...que un mac, ...que un piló d'un carnisser que li peguen tot l'any i no li fan senyal, ...que un mul, ...que una somera, ...* Amb l'adjectiu "curt": *ets més curt que una màniga de guardapits, ...que una màniga de sostens, ...* Amb el castellanisme "vago", trobam exemples com: *ets més "vago" que gat d'hostal, ...que es jeure (de panxa), ...que es barram de dalt,...* Amb l'adjectiu "brut": *ets més brut que un porc, ...que un "palo", ...de galliner, ...que una xinxa,...* Amb l'adjectiu "dolent": *ets més dolent que un dimoni, ...que pesta, ...que sa carn de xinxa...* Amb "bast" o "basto": *ets més bast que un collar de cocos, ...que un "polo" de sobrassada,...* Amb "puta": *ets més puta que una puta, ...que ses putes, ...que sa puta de Canan, ...que sa puta*

'del dimoni,...

Entre les fórmules més ofensives de l'idioma hi ha les que prenen com a base fixa "fill de", a la qual s'afegeix un complement de nom que designa sovint un parent de l'ofès. En són una mostra: *fill de puta, ...d'una gran puta, ...d'una tru(t)ja, ...d'una cussa (viuda), ...de catorze mames, ...de set pares, ...de setanta pares, ...de setanta pares i setanta més que no varen arribar a temps, ...d'un ca bord, ...de guàrdia civil, ...*

La fórmula "substantiu més complement de nom" que hem vist als exemples esmentats fins ara apareix a d'altres casos: *curt de gambals, tronxo de col, tros de pardal, ...de banya, ...d'ase, ...*

En parlar d'insults no podem deixar de citar el procediment de composició de paraules aplicat a aquest camp lingüístic, tal és el cas de l'estructura verb més complement "directe": *torracollons, bufacanyes, xupablens, "pixatinteros", torrapipes, caganiu, tocadores, ...*

Però l'insult en forma més pura seria aquell que es diu amb un sol mot, sigui substantiu o adjectiu; en trobam formats per: Noms d'animals: *endiots, ase, boc, borinot, cotorra, tru(t)ja, conilla, cussa, mussol, rata-pinyada, jarret, puput, verro, ...* noms de vegetals: *carabassa, tronxo, pàmpol, poma, colflori, figa-flor, bleda, bajoca, flor, moneato, albercoc, pastanaga, patata,...* i d'altres: *pardal, colló, bandarria, rebarbero, virolla, estrúmbol, burot, foradell, sull, gro-*

ller, bandera, perdut, curt, banyut, dimoni, llabrins, parètal, fobiol, bajà, albardà, fetjut, xorrac, encrúyia, xueto, xerraina, cabot, closca, bàmbol, esburbat, pur, tutup, esquiroi, cruu, betzol,...

En ocasions, un substantiu es combina de manera, sovint fixa, amb un adjectiu que apareix davant o darrera: *cul esclafat, cul brut, cul escaldat, pardal assolellat, pardal bàmbol, mala pècora, mala baina, mala estella, truja patera, poll escaldat, poca cosa, poma xapada, mula somera, puta xueto, lloca vella, estrúmbol brut, collons llargs, mitja verda,...*

L'augmentatiu s'aplica amb freqüència als insults com un procediment més d'intensificació expressiva, exemples: *foradellot, domatigot, banyota, moneot, pardalot, pardalàs, pardalango, pomot, pagesot, bossot, xuetonarro,...*

Aquest camp concret de l'expressió oral és obert a noves aportacions de la creativitat popular, que hi ha incorporat tota mena d'expressions al llarg de la història. Però aquesta parcel·la de la llengua es veu també afectada, com moltes d'altres, per la influència de l'idioma de pressió, que hi actua com a fre empobridor a través de la introducció de mots no genuïns ("gilipollas", "cabrón"...), que arrelen a la parla popular de cada vegada més. ■

Francesc Company i Antònia Rotger
són llicenciades en filologia catalana.

ROLDAN

OFICINES I DESPATXOS S.A.

A la seva disposició en:

- Despatxos Direccionals
- Despatxos i Oficines Generals
- Mampares d'Oficina
- Separacions simples i dobles
- Estanteries Emmagatzematge

- Estanteries Gran Càrrega
- Biblioteques
- Cadires i Taules apilables per a col·lectivitats

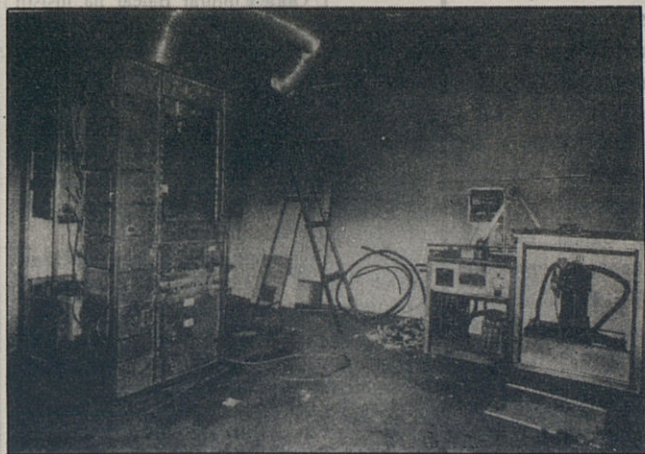
Complements: Llums

Cendrers (de peu i sobretaula)
Caixes Fortes, etc.

Eusebi Estada, 68 (carrer del tren de Sóller)
Telèfon 20 98 13

CIUTAT

PER SEGONA VEGADA DESAPAREIX EL SUMARI OBERT A JAIME MARTORELL, ACUSAT DE L'INCENDI DEL REPETIDOR DE TV3



FE D'ERRATES

PREMIS 31 DE DESEMBRE

La transcripció en el núm. 34 d'EL MIRALL de l'acta d'adjudicació dels Premis, en la seva part final, la que es refereix a les mencions, va aparèixer amb una línia de menys i el lector no va saber que **Antoni Ordines i Garau** havia rebut una menció al *Premi Miquel dels Sants Oliver*. Repetim a continuació tot el paràgraf, correcte:

“Finalment el Jurat vol mencionar els mèrits rellevants que es donen en el conjunt de l'obra d'investigació històrica, centrada especialment en els teixits i la indumentària, de **Mossèn BARTOMEU MULET I RAMIS**, de Sineu, al qual s'atorga una Menció al *Premi Bartomeu Oliver*, així com també en el treball publicat d'**ANTONI ORDINES I GARAU**, integrat pel llibre “Els noms de lloc del terme de Selva” que inclou el no menys important “Mapa toponímic del terme de Selva”, al qual s'atorga una Menció al *Premi Miquel dels Sants Oliver*”.

La premsa diària de dia 7 de febrer, va informar que havia tornat desaparèixer el sumari que s'instrueix a **Jaime Martorell** acusat de provocar l'incendi en el repetidor de TV3, instal·lat a la serra d'Alfàbia. Si ja és inhabitual que desaparegui un sumari del jutjat, què cal dir si desapareix per segona vegada? Bastarà reproduir unes declaracions del President del Tribunal Superior de Justícia de les Balears, **Angel Reigosa**, prou explícites i informatives, efectuades el mateix dia 7:

“No tenc paraules per expressar què sent en aquests moments, únicament puc dir que estic avergonyit per aquesta nova desaparició. Des del primer moment que en vaig tenir notícia pel propi jutge, vaig ordenar que s'efectués una investigació a fons per determinar les responsabilitats en què s'hagi pogut incórrer. Estic convençut que aquesta nova desaparició del sumari de **Jaime Martorell** es tracta d'una substracció, de la qual cosa se'n deriven responsabilitats molt serioses. La intenció de qui ha comès aquest acte és retrassar indefinidament el judici, però no ho aconseguiran perquè, tal com ja he dit, en previsió que es produís qualche anomalia se n'havia fet una còpia”.

Tot plegat és tan inexplicable i tan penós, que no cal fer-hi comentaris.

EL PREU DE LA NOSTRA REVISTA

L'increment gradual que es va produint en els costos de l'edició així com el major nombre de pàgines que ha experimentat la revista, fan necessari establir un petit augment en els preus de venda d'EL MIRALL, que són els següents:

Un número solt 275 pts.

Subscripció anual 3.000 pts.

Els preus de publicitat han variat, aproximadament, entre un 7 i 10%.

No subtam que els nostres lectors, subscriptors i anunciants ho entendran adequat i justificat.

TVE-2 SANT CUGAT ES TORNA A VEURE A MALLORCA. VOLTOR facilita la recepció de 25 hores més de TV en català a les illes

Arran dels comicis generals de finals d'octubre, TVE-Balears va anunciar que durant la campanya electoral no connectaria amb Sant Cugat, però el fet és que tres mesos després continuen sense veure's els programes en català de TVE-2, els quals s'havien rebut des de sempre a les nostres Illes, fins i tot en el règim anterior.

El Parlament Balear ha demanat reiteradament que es puguin veure simultàniament l'emissió castellana i la catalana. Dues resolucions del Ple sobre *l'estat de l'autonomia*, aprovades el propassat dia 16 de novembre, tractaven això, i una d'aquestes instava el Govern Balear a *realitzar gestions immediates encaminades a recuperar la recepció de TVE-2 en català a les Illes Balears*. Peticions idèntiques, adreçades a OCB i Voltor, es van produir al II Seminari sobre LLengua i Model de TV, fet a l'Auditori el 25 de novembre, i a les Assemblees de socis, el 20 de desembre; i en el primer cas hi ha una demanda expressa del Director Territorial de TVE.

Per tot això, Voltor, com a entitat dedicada primordialment a treballar per aconseguir la normalització lingüística als mitjans de comunicació, que ja havia anunciat al desembre el seu interès i la seva oferta de col·laboració per facilitar la recepció dels programes del circuit català i valencià de TVE a les Illes Balears, ha decidit repetir els programes de TVE-2 en català utilitzant el canal 51 d'UHF en les hores de no emissió del Canal 33, que es troba en període de proves des de poc abans de Nadal i que molt pròximament augmentarà notablement la seva potència.

Fonts d'OCB/Voltor han assegurat que s'han limitat a posar les seves instal·lacions a disposició d'una demanda social forta i per avançar i possibilitar la voluntat manifestada del Parlament

Balear sense cap cost addicional per a la societat balear. El senyal de TVE-2 arriba perfectament a Mallorca i a tota la Serra Nord, i ens limitam a fer possible que el privilegi dels habitants d'aquesta zona s'estengui als altres habitants de la nostra comunitat. I han afegit: És clar que la decisió sobre quines emissions de TV es volen rebre a les Illes Balear és únicament dels seus habitants i representants legítims. Rebre TVE-2 en català, mantenint la recepció en castellà, és tècnicament senzill. Mentre el "dinosauri" Ens Públic RTVE, amb exclusiu poder de decisió a Madrid, arbitra un sistema tècnic, no tenim per què deixar de veure TVE-2 en català. És ben clar que la direcció territorial de TVE està d'acord amb la recepció de les dues emissions; solament que ella no pot decidir-ho. Per això ens hem posat al front de la iniciativa. Creim que, a partir d'ara, serà més fàcil i ràpid d'aconseguir.

Com a precedent d'aquest fet, s'esmenta que l'Ens públic de RTV catalana (CCRTV), responsable de TV3 i Canal 33, va oferir a la TV Valenciana l'ús de la mateixa freqüència del Canal 33, a les hores de no emissió, per facilitar que es pogués veure el Canal 9/TVV a Catalunya.

Entre els programes que es recuperen hi figuren *Falcon Crest* i *Bellesa i poder*, la missa dels diumenges matí, l'espai cinèfil *Va de cine*, concerts, obres de teatre, el magazine *La Palmera*, sèries d'humor, musicals com *Plàstic*, l'espai cultural *Glasnost*, *Catalunya Misteriosa*, i molt probablement l'espai-estrella d'Àngel Casas *Un dia és un dia* que inclou un agosarada mitja hora golf final.

Al mes de novembre l'OCB ja havia demanat públicament a TVE la recuperació per a les Illes almenys dels programes estrella de TVE-2 en català com a mesura per a la recepció completa.

L'OCB VOL ACONSEGUIR QUE EL CANAL AUTONÒMIC CATALÀ DEDIQUI MAJOR ATENCIÓ A LES ILLES BALEARS MITJANÇANT UN INFORMATIU ESPECÍFIC

L'Obra Cultural Balear ha insistit sempre prop de la Direcció de la Corporació Catalana de Ràdio i TV, i de TV3/Canal 33, que la televisió pública autonòmica de Catalunya, en funció de l'audiència i implantació que ja té a les Illes Balears i de l'absència de TV autonòmica pròpia a la nostra Comunitat, es fes més ressò i recollís molt més intensament els assumptes, notícies i personatges d'interès per als habitants del nostre arxipèlag.

Coincidint amb la inauguració de la Delegació de TV3 a les Illes Balears (26/01/90), publicà un comunicat als diaris de Palma i encetà una campanya a fi d'aconseguir un servei informatiu especialment dirigit a la nostra Comunitat.

L'OCB basa el seu propòsit en l'existència d'un *Tele-Notícies* de 15 minuts de durada que s'adreça específicament a la gent de les terres de Barcelona, Tarragona, Lleida i Girona i al seu territori d'influència i que es difon de dilluns a divendres entre les 13.40 i les 13.55 hores. Aquest noticiari territorial, que s'afegeix als tres de caràcter general titulats *TN-Migdia*, *TN-Vespre* i *TN-Nit*, es va posar en marxa dins un recent pla de descentralització dels Serveis Informatius de TV3 i podria ocupar l'espai que l'OCB demana per a les Balears.

A les Illes ens veim en el cas d'haver de veure el *TN-Tarragona*, cosa que per molta gent no té cap sentit. I la informació pública per TV està exclusivament en mans de l'Ens Públic RTVE, amb seu a Madrid, i de la seva Delegació Territorial a les Illes Balears. La proposta d'OCB, doncs, enriquiria substancialment el panorama informatiu per via televisiva, sobretot tenint en compte el *saber fer*, la qualitat i l'interès, altament valorat en mitjans professionals, polítics, empresarials i ciutadans, dels Serveis Informatius de TV3. Altres avantatges de la proposta serien potenciar l'activitat dels sector audiovisual a les Illes i el seu entorn, vitalitzar els reporters locals, millorament i formació del periodisme audiovisual, major integració de la C.A., etc.

L'OCB no ignora que hi ha problemes de tipus tècnic i de mecanismes legals i polítics que s'haurien de solventar, però té la seguretat, més que l'esperança, que això es podrà aconseguir. Insisteix que la mesura és perfectament viable dins el present marc institucional.

Palma, 25 de gener de 1990

LA SALUT A MALLORCA

DOSSIER



Sovint ens preocupam perquè un familiar o un amic ha estat malalt i amb la preocupació hem descobert un enfilall de coses sobre la malaltia, la manera de tractar-la, els metges, els hospitals, les anàlisis... Però, tenim la visió general que caldria sobre l'estat de la salut a Mallorca?

De vegades sembla que no siguin una cosa nostra les informacions que es publiquen sobre les deficiències hospitalàries i els projectes i orientacions que apareixen per superar-les. Probablement la majoria de la gent no té una idea prou real de la complexitat de l'organització hospitalària i per això es fa tan difícil entendre la permanent conflictivitat que ocasionen les relacions pacient-hospital.

D'altra banda, què sabem dels metges que ens tracten? Estan gaire al corrent d'allò que ens afecta? hi ha especialistes eficients? Les dues grans epidèmies d'aquest segle, la Sida i la drogodependència, les coneixen bé els nostres metges?

Preguntes inacabables que fan possible que, amb la coordinació del Dr. Josep M. Carbonero i la col·laboració dels metges que han atès escriure sobre les respectives especialitats, EL MIRALL oferesqui el present dossier amb el propòsit d'ampliar la informació que d'alguna manera i més o menys correctament tenim cada u de nosaltres sobre la salut a Mallorca, començant per la pròpia definició del concepte de salut.

LA REFORMA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA, UN DESAFIAMENT QUE CAL GUANYAR

Abelard Corrales Nadal, Joan Llobera Cànaves

L'Atenció Primària de la Salut (APS) constitueix el primer nivell del sistema sanitari. És la porta d'entrada per la qual el ciutadà té accés als professionals, tècniques i activitats sanitàries. És on es prestarà cura inicial a la pèrdua de salut, però també al seu manteniment i promoció.

Per situar-nos en termes més pròxims, estam parlant de tot allò que envolta la figura tradicional del metge de capçalera, de l'infermera que no fa feina a l'hospital (el "practicant"), del pediatra que ens atén fora de l'hospital.

Abans de parlar de la situació actual i de la reforma, ens caldrà, almenys, fer un poc d'història recent. Abans de la guerra civil sorgiren iniciatives higienistes de prevenció, promoció i curatives que avui encara ens sorprenen pel progressisme que contenen. La figura del metge de la família, que en part es pretén recuperar en el moment actual, era una figura prestigiada i respectada, de caire paternalista, força vocacional, però aïllada professionalment i amb una càrrega de treball que avui ens semblaria insuportable.



La declaració d'Alma-Ata posà en relleu la triple vessant biològica, psíquica i social de la Salut.

L'aparició l'any 1942 del "Seguro Obligatorio de Enfermedad" (SOE), suposà un canvi important en dos sentits:

Als metges titulars, encarregats de vetllar per la salut pública dels pobles (condicions higièniques dels locals

públics, vacunacions, exàmens de salut escolars...), se'ls adjudicà l'atenció curativa, que anà ocupant progressivament gairebé tot el seu temps.

Alhora es consolidà un sistema en el qual el metge solia comptar

amb un local més o menys digne, cedit per l'ajuntament, un escàs material sanitari, una solitud palesa en el desenvolupament de les seves activitats, una manca important d'incentius científics, i una dedicació horària sovint sobrehumana.

Aquest panorama, amb certs canvis qualitatius (més equipaments, compartir guàrdies amb companys de pobles pròxims, ...) encara es manté en molts dels nostres pobles.

A les ciutats el procés fou un poc diferent. Apareix la figura del metge de consultori, amb certa dedicació horària (al voltant de dues hores de consulta) per atendre un col·lectiu que anava en augment. Les consultes d'assistència primària s'anaren massificant i burocratitzant. Paral·lelament, l'assistència especialitzada creixia, agafava més pes.

El desenvolupament tecnològic

El desenvolupament tecnològic i científic dels anys cinquanta i seixanta comportà que els coneixements bio-mèdics s'eixamplassin i que un sol professional no pogués estar al corrent de tot. Calia, per tant, limitar el seu camp d'acció a un aparell o tècnica concreta.

L'especialització i superespecialització s'imposà, com sempre, per la necessitat que crea dominar una realitat complexa. A nivell sanitari comportà la potenciació dels hospitals com a punt de concentració de tècniques i coneixements mèdics.

L'atenció especialitzada, que per les seves pròpies característiques és cara, cada vegada disposà d'una tallada més gran dels pressuposts. El sistema sanitari esdevenia cada cop més hospitalocèntric i més costós.

El metge de capçalera, als ulls de la població, ja no representà el saber mèdic i es transformà en el professional de problemes banals, en el dispensador de prescripcions indicades pels especialistes, i en qui t'orienta i t'ajuda a accedir als especialistes i a l'hospital. L'infermera de carrer és vista com la

secretària del metge o l'administradora d'injectables.

La població veu l'assistència especialitzada com l'únic dispositiu que li pot resoldre els seus problemes de salut.

La crisi econòmica

La crisi econòmica dels seixanta qüestionà "l'estat de benestar", influí en el sistema sanitari, mostrà que el creixement tenia límits i que

● Als metges titulars, encarregats de vetllar per la salut pública dels pobles se'ls adjudicà l'atenció curativa, que anà ocupant progressivament gairebé tot el seu temps

● El desenvolupament tecnològic i científic comportà que els coneixements bio-mèdics s'eixamplassin i que un sol professional no pogués estar al corrent de tot

continuar la inflació al mateix ritme que en la dècada anterior suposava uns costos que la societat no estava disposada a assumir. Es podia seguir caminant, però més lentament, i avaluant el benefici marginal de cada nova inversió sanitària.

A més dels límits econòmics, i dins el marc cultural que genera el maig del 68, autors com I. Illich i R. Dubos iniciaren un moviment crític envers la medicina sofisticada moderna, pels efectes perversos que comportava: iatrogènia, deshumanització i destrucció de l'autonomia humana. També sorgiren opinions i

estudis que observaven la inexistència de la correlació precisa entre l'increment de recursos sanitaris en països desenvolupats i la millora d'indicadors sanitaris.

Tota l'argumentació expressada porta a la reflexió que cal la recerca d'alternatives que donin solució més humanitzada, efectiva i eficient i a uns costos suportables per la societat. Ningú no discuteix la necessitat de l'hospital i de l'especialització d'una part dels professionals, però comporta l'atomització de l'assistència i per força es contraposa a l'atenció integral, és a dir, a la persona com un tot físic, psíquic i social. L'hospital, a vegades única solució reparadora eficaç, és necessari, però, com a recurs escàs i costós, s'ha de reservar pels casos on la solució no es pot trobar en un altre lloc.

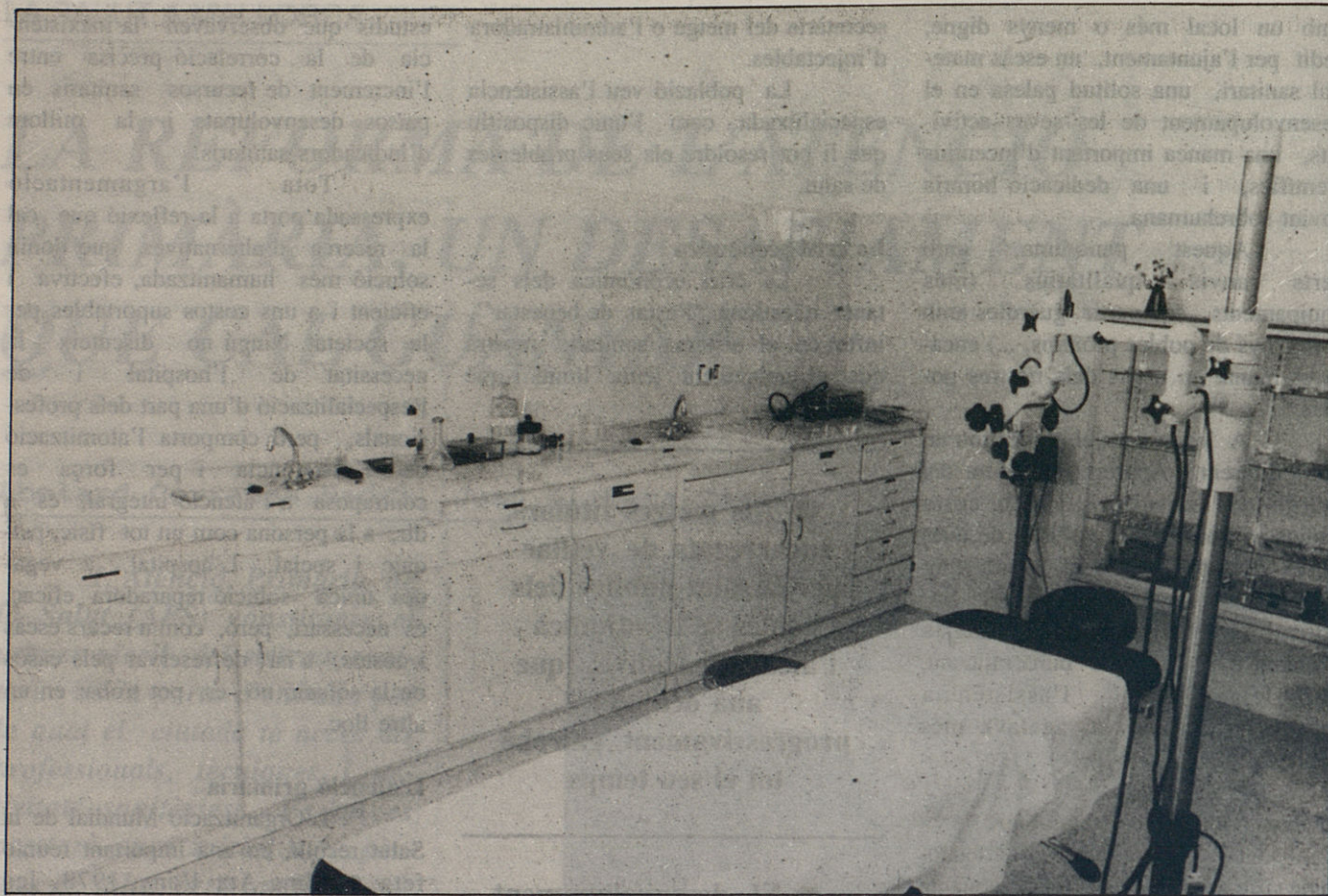
L'atenció primària

L'Organització Mundial de la Salut recollí, en una important reunió feta a Alma-Ata l'any 1978, les reflexions que recomanaven als estats membres impulsar com alternativa vàlida el desenvolupament de l'atenció primària, tant en els països rics com en els pobres. Posà en relleu la seva importància com a marc idoni per a superar l'organicisme i prestar atenció integral, és a dir, la que té en compte la triple vessant biològica, psíquica i social. S'instà a establir mecanismes de participació comunitària, a fer accessibles i acceptables els recursos sanitaris primaris a tota la població i a prestar atenció de forma equitativa, és a dir segons les necessitats.

Es proposà formar equips multidisciplinaris, que treballin en Centres de Salut i que es facin responsables de l'atenció de la salut dels habitants i del seu medi, en un àmbit territorial concret.

Les funcions que s'assignen al nou concepte d'atenció primària són, per tant:

--Promocionar la salut, fomentar l'educació per a la salut i augmentar la capacitat d'autocura de la



La Llei General de Sanitat de 1986 proposa organitzar un sistema amb base territorial i estructurat en Regions i Àrees Sanitàries.

població.

--Anticipar-se a la malaltia i detectar-la en els seus inicis.

--Donar atenció curativa en la mesura de les seves capacitats.

--Centralitzar i assegurar la continuïtat de l'atenció sanitària dels pacients dins el sistema sanitari.

--Intentar limitar la incapacitat i facilitar la rehabilitació i reinserció de les persones.

La reforma

Si la via d'avanç sanitari passa per l'atenció primària cal, doncs, dignificar i redefinir el paper dels professionals d'aquest nivell, reformar les estructures existents i dotar-los de capacitat d'actuació per assumir les funcions abans esmentades.

Les primeres passes en el camí de reforma de l'atenció primària al nostre país es fan el mateix any de la conferència d'Alma-Ata, quan s'estableixen les bases per dotar els futurs metges del primer nivell d'una

formació de post-grau adequada a les necessitats de professionals capacitats per tirar endavant la reforma. És així com es creà l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària. Però haurem d'esperar fins l'any 1984, i la promulgació del R.D. d'Estructures Bàsiques de Salut, perquè es doni marc legal a la creació de Centres de Salut.

La Llei General de Sanitat de 1986 defineix els grans trets del model sanitari futur. Proposa crear un sistema Nacional de Salut que cobreixi tots els ciutadans, organitzat en base territorial i estructurat en Regions i Àrees Sanitàries, d'acord amb els mapes sanitaris que aprovi cada CCAA.

L'Àrea la integren un conjunt de Zones de Salut, cada una amb llur Centre de Salut per a l'atenció primària i un Hospital d'Àrea.

A les Balears, els tres primers Centres de Salut s'inauguraren a Palma l'any 1985, just un any després del decret que per-

metia la seva creació. Aquest ràpid inici fou possible per la voluntat política i la col·laboració de l'Ajuntament de Ciutat i de l'Insalud.

Actualment ens trobam que hi ha nou Centres de Salut a Palma i un a Eivissa ciutat. Des l'any 1988, la meitat de la població de Palma és atesa per Centres de Salut i podia presumir d'esser la capital de província espanyola on hi havia major cobertura en Centres de Salut. Però el paisatge era ben diferent per a la resta de les Balears. En el conjunt de les Illes, al voltant d'un 20% de la població disposa de Centre de Salut mentre que a la resta de l'Estat més d'un terç ja en té.

El panorama pot canviar aviat, ja que fa pocs mesos que s'ha signat un acord entre Insalud i la Conselleria de Sanitat que arbitra les formes de col·laboració entre les dues Institucions i que, pel que fa a l'atenció primària, ha permès establir un calendari que pretén que l'any 1992 tenguem la xarxa de Centres de Salut completa, és

a dir, més de quaranta que el Pla d'Ordenació Sanitària preveu per a les Balears.

Estam en un moment crucial que pot esser determinant per l'esdevenir de l'atenció primària. Tenim cinc anys d'experiència molt valuosa referida als Centres de Salut urbans, però no cap en el medi no urbà.

En primer lloc, totes les institucions implicades hauran de fer un gran esforç per adequar a les noves funcions els locals que han construït als pobles la Conselleria de Sanitat i els Ajuntaments i emprendre la construcció dels que encara manquen.

La integració del personal sanitari

Fins ara tots els professionals de consultoris que s'han incorporat als equips d'atenció primària ho han fet per pròpia decisió.

La transformació ràpida necessària per aconseguir els objectius marcats, implicarà la integració del personal sanitari de l'antic model, amb les dificultats que comporta adaptar-se a una nova situació, sobretot quan s'exigeix una dedicació horària superior, guàrdies i una major amplitud de funcions.

Les contrapartides que es donen no són fàcils d'apreciar; si més no, estam convençuts que són importantíssimes respecte el sistema anterior: feina en equip que suposa el final de l'aïllament professional, recatge permanent, possibilitats de consultar amb certs especialistes, treball conjunt amb l'infermeria, suport administratiu, locals més adequats, més disponibilitats tècniques... Tot en conjunt cal esperar que serveixi perquè la població retorni la confiança als professionals d'aquest nivell.

En el que fa referència a la gestió dels recursos humans, s'ha d'assenyalar la potenciació dels òrgans de direcció que s'està produint. El desafiament marcat passa per realitzar una política de motivació que faci atractiu el sistema als professionals.

Aquest és un element imprescindible perquè els professionals sentin el sistema sanitari públic com a pro-

pi, la qual cosa comporta l'automàtica millora d'atenció a la població. Sols així es podrà esperar que el canvi de model produeixi el fruit que se n'espera.

La motivació, al nostre parer, no just passa per la incentivació econòmica, sinó que també per altres factors com:

- Facilitat de formació continuada i d'investigació.

- Possibilitats de promoció no sols de tipus administratiu, sinó també acadèmic (a d'altres països, el metge compta, davant el seu futur, amb gran nombre de "graus": expert, consultor, cap...).

- Descentralització i auto-res-

ponsabilització de molts dels aspectes de la gestió a nivell dels propis equips, amb participació en la presa de decisions.

- Adequació del nombre de persones que hagi de ser atès per cada professional, així com les càrregues de feina que comporta realitzar les funcions que té assignades.

- Respecte recíproc i debat constructiu entre direcció i equips.

- Una política interna dels propis equips per a la garantia de qualitat, tendent a fer innecessari el control directe per part de la direcció. És important el reconeixement de la tasca ben feta i la seva retribució especial.

1989

135 oficines
60 caixers
automàtics
1.000 empleats
185.000 milions
en recursos externs

Estam en evolució constant

D'ençà que ara fa 107 anys inauguràrem la primera oficina fins avui, que som la primera institució financera de les Balears, la nostra evolució ha estat constant. Tot i així, el nostre principal objectiu és encara el mateix: servir les Balears, tota la seva gent, amb tots els recursos a l'abast. Per tant, ahir i avui: "Sa Nostra" és la Caixa de Balears.

1882

1 oficina
3 empleats
46.783 pts. en
recursos externs



"SA NOSTRA"
CAIXA DE BALEARS

Més d'un segle 100% balear.

La via correcta

Queda molt de camí per recórrer, però superant les dificultats i contradiccions quotidianes, ens podem reafirmar en què l'experiència que s'ha viscut en els pocs anys de funcionament dels Centres de Salut, suposa uns avanços clars respecte de la situació anterior; avanços que ens reafirmen que la via escollida era la correcta, si bé caldrà introduir petits i no tant petits canvis en el disseny inicial.

Són passes endavant ja irrenunciables el fet d'haver aconseguit unes ubicacions arquitectòniques dignes on treballar; haver extret el professional de la solitud de la seva consulta per incorporar-lo a un equip on té l'oportunitat d'enriquir els seus coneixements, compartir-los amb els companys, mantenir-se professionalment informat.

És irrenunciable el sentit sanitari assignat a la feina d'infermeria en els equips, abans confinada a tasques burocràtiques o d'altres subalternes del metge.

És irrenunciable que la major part dels ciutadans atesos als Centres de Salut posseeixin la seva història clínica, on consti què li ha passat respecte la seva salut i quines actuacions ha rebut en cada moment. És important aconseguir que l'atenció sigui el més continuada possible (un mateix metge, tota la informació centralitzada en una història clínica).

Tampoc cal renunciar a la relació iniciada amb certs especialis-

tes d'hospital perquè enriqueix els coneixements sobre el pacient que han de tractar, augmenta la coordinació de les actuacions i evita duplicitats i malentesos.

També cal assenyalar l'aparició d'extensos programes d'atenció, com per exemple: segui-

● **La crisi econòmica dels setanta qüestionà "l'estat de benestar", influí en el sistema sanitari, i mostrà que el creixement tenia límits**

● **Fa pocs mesos que s'ha signat un acord entre Insalud i la Conselleria de Sanitat que arbitra les formes de col·laboració entre les dues Institucions**

ment del desenvolupament del nin, vacunacions tant infantils com d'adults (Hepatitis B, Grip...), de control i seguiment de malalties cròniques (diabetis, hipertensió...). I ha arribat ja el moment d'abordar altres programes de caire més preventiu,

per evitar l'aparició de certes malalties o detectar-les abans que siguin irreversibles.

Amb tot el que s'ha explicat, creim que el nou model que defensam és més a prop de donar el que recomanava la conferència d'Alma-Ata, ara fa onze anys. Cal seguir potenciant l'atenció primària en centres de salut i aprofundint en aquesta via per omplir de contingut els conceptes d'equitat, eficàcia, eficiència, universalitat i humanització, que han de guiar el sistema sanitari públic que també proposa la Llei General de Sanitat.

El balanç d'esforços fets en els diferents països signants de la declaració d'Alma-Ata és molt variable, ja que depèn del seu nivell de riquesa, del seu model d'organització sanitària i política.

És interessant observar com models sanitaris de països avançats del nostre entorn no garanteixen una millor atenció primària que la que s'ofereix en els nostres centres de salut, i sorprèn que a països com Estats Units, Anglaterra... sorgeixin debats intensos en els quals es proposi solucions al seu model d'atenció primària no gaire allunyats del que ací hem defensat. ■

Abelard Corrales Nadal és metge de família.

Joan Llobera Cànaves és metge, tècnic en Salut Pública.

Relojeria Española

FUNDADA 1885

Calle Colón, 12 — Teléfonos 72 15 63 - 72 43 44
07001 PALMA DE MALLORCA



Ω
OMEGA
AGENCIA OFICIAL

Moments estelars

LA SALUT A MALLORCA

ELS HOSPITALS NECESSITEN CANVIAR

Josep M. Carbonero i Malberti



L'organigrama dels hospitals és vertical, amb molts quadres intermitjos en la direcció estratègica i el nivell assistencial.

La preocupació pel funcionament dels hospitals en els seus distints aspectes i característiques, que en els darrers deu anys ha acaparat l'atenció dels mitjans de comunicació, prové no solament del fet d'una major sensibilització de l'interès públic pels problemes sanitaris, sinó també per la creixent opinió que els hospitals són un equipament car, complex i difícil de fer funcionar.

A la gestació d'aquest estat d'opinió no hi és aliena una política hospitalària erràtica, conformista i amb objectius dispersos i fins i tot oposats, ja que el model d'atenció sanitària programat pel partit que va guanyar àmpliament les eleccions de 1982 i que governa l'estat des de llavors, va ser abandonat poc després pels seus propis mentors i substituït per mesures concretes en un intent de racionalització de la despesa sense haver definit un pla estratègic que donàs suport a un altre tipus de model, la qual cosa ha fet que els usuaris i també, i sobretot, els professionals sanitaris que treballen en els hospitals anassin de la perplexitat inicial a una sensació de desarrelament que s'està convertint en estructural.

1. Introducció

En el conjunt del dispositiu assistencial, els hospitals són el nucli organitzatiu que més recursos consumeix. Malgrat que des de la Declaració d'Alma-Ata l'èmfasi es posa especialment en l'Atenció Primària de Salut, cosa que ocasionalment ha suposat la desqualificació dels hospitals al pretendre que poden ser secundaris en un dispositiu assistencial integrat, convé recordar que els hospitals segueixen i seguiran sent imprescindibles, i que el seu major cost en relació a altres components del sistema es deu, segons Abel-Smith a:

- envelliment de la població
- augment de l'oferta
- més tecnologia
- millor remuneració
- més serveis, i
- major proporció de metges.

Els hospitals, amb uns recursos humans constituïts amb més d'un 50% de professionals altament qualificats, que utilitzen sofisticats instruments de diagnòstic i tractament de mitja i alta tecnologia són, paradoxalment, molt rígids, estables i poc innovadors. La seva cultura posa l'èmfasi en la funció o en l'eficàcia més que en la qualitat i en les persones, i d'acord amb els valors proposats per Hofstede el 1987, predomina la Distància Jurídica, l'Individualisme, l'Aversió al Risc i la Masculinitat.

La dificultat per gestionar-los ve donada no solament pels aspectes de complexitat interna, que són molt importants, especialment els que van lligats, com es veurà, a la seva peculiar estructura organitzativa, sinó també per la seva manca de sintonia amb l'entorn.

Les necessitats de la població quant a atenció hospitalària procedeixen en primer lloc de la patologia incident i prevalent en la comunitat de referència. Sobretot en la patologia que necessàriament cal que hi sigui atesa. Malgrat que és més correcte considerar la patologia "susceptible" com a base de ser atesa, ja que per diversos mecanismes es produeixen permeabilitats del dispositiu assistencial, els hospitals es converteixen,

almanco en el nostre medi, en fiadors de tot el sistema d'atencions, sobretot en allò que es refereix a l'atenció d'urgències.

Les vacunes i els antibiòtics fan que hagi disminuït espectacularment la necessitat d'atenció de les malalties infeccioses, les noves tècniques d'anestèsia i quirúrgiques permeten disminuir de manera dràstica

● Els hospitals són en l'actualitat un equipament sanitari i social discutit, saturat i amb poca capacitat per adaptar-se a un entorn en canvi constant

● Les dones estan permeabilitzant per la via dels fets les parcel·les exclusives dels homes, malgrat que existeixen formes de masclisme molt subtils que no tarden en ser identificades i superades

les estades de malalts operables, les noves tecnologies aplicades al diagnòstic mitjançant imatges i l'ús de la informació integrada i mecanitzada agilitza la burocràcia i les esperes en llista, la disminució de la taxa de natalitat augmenta el nombre de llits disponibles i, no obstant això, la pressió d'ingrés en els hospitals continua creixent. Avui l'entorn exigeix hospitalització sobretot, i en ocasions prolongada, per a la patologia derivada de l'envelliment, com les malalties òsteo-articulars amb dolor i les produïdes per factors ambientals i hàbits, com les pulmonars cròniques, arteriosclerosi i neoplàsies.

En resum, els hospitals, recurs costós i que limita per la banda alta qualsevol dispositiu assistencial, són en l'actualitat un equipament sanitari i social discutit, saturat i amb poca capacitat per adaptar-se a un entorn en canvi constant.

Una estructura distinta que suposi l'acceptació d'una nova cultura organitzativa basada en les persones i que tenguí capacitat d'adaptació a l'entorn canviant, és la base per aconseguir que els hospitals tornin a ser un equipament apreciat i que donin resposta actual i futura a les necessitats assistencials de la població.

2. Necessitat de canvi

Limitacions de l'estructura jeràrquica de línia.

El model organitzatiu actual basat en la direcció gerencial i la línia executiva, que en alguns hospitals encara s'està implantant, té una sèrie de limitacions estructurals que conduiran necessàriament a l'esclerosi dels hospitals, a termini mitjà. Identificam i comentam les més importants amb el propòsit de perfilar el model successor alternatiu.

L'estructura organitzativa de línia la constitueixen divisions molt definides, rígides i autònomes, que han de funcionar sobre un mateix producte per adaptació mútua.

Malgrat que es poden establir diversos sistemes d'enllaç, el propi perfil estructural els fa molt poc adaptables a canvis i per això quan es produeixen noves necessitats, l'estructura creix horitzontalment o verticalment per poder-los assumir.

A més, l'organigrama dels hospitals és vertical, amb molts quadres intermitjos entre la Direcció estratègica i el nivell assistencial. Tant a la Divisió Mèdica com a l'Infermeria existeixen, almanco, quatre nivells distints... Malgrat que les dependències quedin definides, al produir-se tants nivells la responsabilitat i les competències de gestió queden limitades, resultant que hi ha molts "caps" però sense funcions de gestió, o sigui organitzacionals ben diferenciats i, quan ho són, es fa evident que unes



Les necessitats cada vegada es personalitzen més i és impossible que en el futur els hospitals no atenguin la diversificació de demandes.

funcions se sobreposen a unes altres.

En la Divisió Mèdica els Serveis vénen definits per les especialitats mèdiques reconegudes, de tal forma que es trasllada a l'hospital, donant nom a les seves unitats funcionals, les distintes especialitzacions dels metges, estructurades mitjançant els estudis de la Facultat corresponent.

Com que aquesta funció moltes vegades no es correspon amb la patologia real, que endemés és canviant, resulta que els usuaris amb idèntica patologia poden ser atesos de manera distinta d'acord amb el servei a què acudeixen.

Aquesta limitació s'observa nítidament, ja que juntament als serveis tradicionals es creen altres unitats funcionals paral·leles sense posició jeràrquica definida (unitat d'hipertensió, unitat d'hemofília, unitat de droga-dependències, unitat de dolor, etc...), amb la qual cosa s'intenta pal·liar el problema però, evidentment, suposa una perversió del model organitzatiu perquè romp i difumina la cadena de comandament.

La funció fixada per l'especialitat resulta estable i monovalent i s'accentua a causa del tipus de vinculació contractual (règim estatutari o funcionarial).

La centralització i la descentralització no es poden considerar com absolutes sinó com els dos extrems d'un *continuum*. Amb una estructura formalitzada de línia és molt difícil aconseguir descentralització horitzontal i donar poder a l'*staff* (enllaços, suports...). Per tant, en tot cas, la descentralització en els hospitals és parcial, vertical i voluntària.

L'entorn

En els darrers anys s'està produint l'espectacular aparició de *noves malalties*, algunes greus, mentres que altres, gràcies als avanços socials i sanitaris i als canvis demogràfics, veuen minimitzada la seva importància. Organitzativament i funcionalment els hospitals estan poc capacitats per adaptar-se a l'atenció de noves patologies (addicions, sida, geriatria, etc...).

La població, que té un nivell de coneixements sanitaris cada vegada

més gran, *exigeix*, com més va més, atenció integral i immediata al mateix temps que planteja nous problemes derivats de la voluntat de prevenció primària i secundària i el culte al cos. Aquest ha estat un dels principals factors de saturació dels hospitals, sobretot dels seus serveis d'urgència.

Un altre factor de l'entorn que ha contribuït a la massificació hospitalària és la *equitat*. No solament s'exigeixen atencions de qualitat i cal respondre a noves patologies, sinó que, a més, el dispositiu assistencial, concebuda la salut com un dret, ha d'estar a disposició de tots els ciutadans.

A més, la possibilitat d'elecció de l'hospital, que sembla imminent, generarà una situació nova ja que fins ara els hospitals han tingut una població de referència obligada, per tant amb una demanda induïda, la qual cosa invalidava les regles de mercat i, doncs, els indicadors de rendiment com a mesura de l'eficiència.

Actualment, una de les característiques més interessants de l'entorn

és la velocitat amb què es produeixen els *canvis socials*. Els escenaris es modifiquen ràpidament i amb ells les necessitats percebudes canvien i els hospitals han de tenir una organització que es pugui adaptar contínuament i ràpida als nous requisits.

Les necessitats cada vegada es personalitzen més i és impossible que en el futur els hospitals no atenguin aquesta *diversificació* de demandes. Això no obstant, caldrà que es faci sense incrementar els recursos, que són finits i escassos per definició. És a dir, l'organització haurà de ser plurivalent.

Cultura hospitalària

La cultura de l'organització exerceix evidentment un efecte profund en el grau d'eficàcia de la mateixa organització. Determina la manera de prendre les decisions, com s'utilitzen els recursos humans i com s'escomet l'entorn.

Els quatre valors amb dimensió predominant (Distància Jeràrquica, Aversió al risc, Individualisme i Masculinitat) configuren un patró cultural immobilista, poc adequat al canvi i que les noves exigències de l'entorn fan que es redimensionin i que, en molts casos, ja es qüestionin. De fet, la distància jeràrquica ha disminuït, tant internament com externament. El caràcter reverencial dels usuaris respecte les decisions mèdiques, s'està substituint ràpidament per demandes de control organitzatiu sobre tot tipus d'actuacions.

D'altra banda, els equips multidisciplinaris i el suport necessari amb tècniques diagnòstiques complexes i externes, provoca que l'antiga concepció patrimonial del metge sobre el malalt es modifiqui.

A més, la vinculació dels professionals a l'hospital, fins ara fixa i estable, que ha propiciat entre altres coses una forta dimensió del valor "no risc", s'haurà de modificar en un futur immediat primant, a canvi, els coneixements, la plurivalència i la capacitat de formació continuada.

La masculinitat, expressió d'una societat masclista, i que es reflecteix en els hospitals en la tàctica

assumpció de determinades especialitats mèdiques, les de més prestigi social, per homes, perdrà força i es convertirà en una pura curiositat. Les dones estan permeabilitzant per la via dels fets les parcel·les exclusives dels homes i, malgrat que existeixen formes de masclisme molt subtils que substitueixen a les anteriors de separació completa de rols i predomini d'un sexe sobre l'altre, no tarden en ser identificades i superades.

En definitiva, la cultura hospitalària és actualment dèbil i els valors tradicionals van sent abandonats sense que encara no hagin estat substituïts per altres.

Les organitzacions amb un tipus de cultura orientada cap el poder o la funció no resulten suficientment flexibles per adaptar-se amb facilitat als ràpids canvis externs. A fi d'aconseguir la seguretat, que és un dels valors més importants, cal que perpetuïn unes funcions i relacions de dependència bastant rígides.

Tant les organitzacions orientades cap el poder com cap a la funció associen el control amb el lloc que s'ocupa en l'organització: cap de les dues no facilita una reassignació ràpida i racional de les persones adequades als llocs d'influència. En canvi, la cultura basada en el treball afavoreix el camí cap a un sistema de control més flexible, que es pugui transformar ràpidament a través del temps i en la mesura que els problemes externs exigeixin recursos diferents.

El major avantatge de les organitzacions orientades cap el treball, és la seva relació amb entorns complexos i canviants. El control descentralitzat escurça els canals de comunicació redueix els retards temporals, les distorsions i l'atenuació dels missatges.

L'organització orientada cap a la persona també s'adapta satisfactòriament a la complexitat i al canvi. Presenta així mateix una estructura fluïda i línies curtes de comunicació i control.

Els hospitals, donades les característiques de l'entorn i la seva situació organitzativa actual, són exem-

ples patents de cultura basada en el poder i la funció, que s'han d'orientar necessàriament cap el treball i, en certa mesura, cap a les persones si volen sobreviure al canvi.

3. Canvi basat en la cultura organitzativa

Legitimització del canvi

La realització d'un canvi en l'organització comporta una sèrie de modificacions importants, tant en el seva estructura formal com en la informal i cultural.

El fet que existesquin en les organitzacions una sèrie de valors culturals dominants, assumits en major o menor grau pels components de l'organització, pot significar que aquests acceptin o es resistesquin al canvi. És una consideració especialment important perquè per aconseguir implantar una organització nova és necessari que es produeixin una sèrie de canvis en el comportament dels diferents individus que la componen.

La legitimitat externa s'aconsegueix quan el canvi es produeix per adaptar-se a l'entorn. Per això quan més complex, dinàmic i poc previsible sigui l'entorn, major cal que sigui l'esforç d'adaptació, arribant a la situació de "canvi continuat" o "contínuament adaptable". Aquest és el model d'organitzacions flexibles.

Per altra part, sigui el que sigui el tipus de canvi que es determini, el seu procés intern d'acceptació serà major o menor en funció del grau de necessitat que s'observi del mateix canvi organitzatiu.

És necessari motivar els professionals hospitalaris perquè comencin a cercar satisfaccions més profundes en el seu treball. Quan la tendència basada en el treball (treball "útil", "important") i l'orientació cap a la persona (treball interessant, que permet la pròpia expressió i realització per mitjà del treball que es fa) comencen a desenvolupar-se, les pressions internes per canviar es multipliquen.

Nó totes les persones que constitueixen l'organització poden treballar de manera productiva en una estructura flexible i democràtica. Algunes



El conflicte s'ha d'acceptar com una cosa positiva i normal i s'ha de resoldre en grups mitjançant la confrontació directa.

persones són dependents, apàtiques o insegures, necessiten incentius externs per treballar i directrius o regles que dirigisquin les seves activitats.

Tot i això, sembla clar que l'acceptació de la majoria dels professionals hospitalaris del canvi organitzatiu ha d'aconseguir-se per mitjà de l'assumpció d'uns nous valors culturals de conjunt, lligats a l'auto-satisfacció, auto-estima, qualitat, interès per la integració i la renovació, etc...

Estils de direcció

S'ha assenyalat que les organitzacions orientades a la innovació i al canvi s'enfronten a una major complexitat, ambigüitat i incertesa de l'entorn. Per aquest motiu es fa necessari desenvolupar Sistemes de Di-

recció Flexibles que promoguin l'autonomia i l'interrelació i que es potenciïn valors organitzatius compartits que possibiliten la congruència entre objectius individuals i organitzatius, i que promoguin el dinamisme cap a l'exterior (Eficàcia, Innovació, Flexibilitat) i l'estabilitat interna (orientació cap a les persones, motivació).

Aquesta organització requereix que la Direcció assumeixi un paper important en la promoció d'accions que puguin desenvolupar valors que siguin congruents amb aquesta cultura. Les accions de Direcció creen i modifiquen contínuament la cultura. La Direcció, per mitjà de les seves intervencions i decisions (que poden afectar l'estratègia, l'estructura organitzativa formal, els sistemes de control i

incentius, les persones que componen l'organització, la creació d'elements simbòlics i ritual, etc...) és determinant en l'orientació de l'organització cap al canvi.

L'orientació cap a la innovació i el canvi sorgeix quan existeixen una sèrie de valors que l'estimulen: hi ha èmfasi en la innovació, recursos per realitzar-la, pressió per la consecució i la motivació, autonomia per elegir els temes per innovar, receptivitat per l'acceptació d'idees tant provinents de l'exterior com, especialment, de l'interior quan els components de l'organització són estimulats a fer suggerències. Existeix tolerància per a l'error, incentius per a innovar, estil de direcció participatiu que promou la col·laboració i la interrelació, acceptació dels elements conflictius i de les diferències en els valors i les creences de les persones que componen l'empresa.

Aquesta orientació facilita la motivació intrínseca individual (auto-estima, auto-realització). No obstant això, també afavoreix l'aparició de conflictes interpersonals al crear una major pressió i exigir un esforç continuat en un entorn incert i arriscat, amb recursos limitats i amb objectius ambigus i diferenciats. Aquesta situació pot fomentar l'aparició de conflictes, els quals, si s'orienten adequadament per part de la Direcció, poden estimular la creativitat.

El conflicte s'ha d'acceptar com una cosa positiva i normal i s'ha de resoldre en grup mitjançant la confrontació directa. Aquesta característica implica, així mateix, un estil molt diferent al tradicional en què el conflicte és evitat i vist com una falta d'acceptació de les estructures de poder.

L'estructura organitzativa que assumeix aquests aspectes ha de caracteritzar-se per: una definició flexible i no rutinària del comportament i dels procediments, una especialització extensiva del personal i amb tasques de molt ampli abast, una alta diferenciació entre departaments, un equip humà molt professionalitzat amb formació i reciclatge permanent, una

descentralització molt àmplia realitzada a partir del coneixement i de la preparació professional, un procés de decisió participatiu, l'existència de sistemes de coordinació interdepartamentals, informals i laterals més que com a sistemes jeràrquics de comunicació vertical.

4. Estructura organitzativa matricial

L'estructura que superi la línia en una organització orientada necessàriament al canvi, ha de ser matricial.

La impossibilitat d'emprendre els requisits canviants de l'entorn amb una estructura rígida i estable; la necessària integració dels procediments operatius mèdics i d'infermeria; la substitució de la cultura orientada al poder o a la funció per una cultura orientada al treball i a les persones; la cada vegada major professionalització del personal sanitari hospitalari, amb característiques de plurivalència, i l'ús massiu de tecnologia punta; la conveniència d'estils de direcció i control participats, democràtics i que impulsin la innovació i el canvi, entre altres aspectes ja comentats, fan que el canvi organitzatiu hagi de ser cap a una estructura flexible, de caràcter matricial.

L'estructura matricial, o en xarxa, combina mecanismes de decisió, comunicació, informació i control, formals i informals, substitueix el principi d'unitat de comandament i de jerarquia per la negociació informal entre iguals i possibilita l'adaptació ràpida d'organitzacions complexes als canvis poc previsibles de l'entorn.

Una estructura matricial és, per tant, una estructura flexible i pròpia d'organitzacions adultes en les quals existeix una cultura d'integració i innovació. A més, és un dispositiu sumament efectiu per al desenvolupament de noves activitats i per a la coordinació de complexes interdependències múltiples.

Aquesta nova estructura organitzativa hospitalària ha de tenir, a nivell de gestió estratègica, un nucli permanent, en el qual les interdependències romanen més o manco esta-

bles i conseqüentment també hi romanen les persones i les unitats implicades, i un conjunt d'equips de projecte o de grups de treball variable (en realitat, unitats provisionals formades per raó de les demandes de l'entorn), els

● El model
organitzatiu actual basat
en la direcció gerencial i
la línia executiva té una
sèrie de limitacions
estructurals que
conduiran
necessàriament a
l'esclerosi dels hospitals,
a termini mitjà

● Els equips
multidisciplinaris amb
tècniques diagnòstiques
complexes i externes,
provoca que l'antiga
concepció patrimonial
del metge sobre el malalt
es modifiqui

membres dels quals provenen dels actuals serveis mèdics i unitats d'infermeria que es despleguen en grups homogenis pluridisciplinaris per dur a terme els operatius d'acord amb les distintes patologies.

5. Conclusions

*Els hospitals són i seguiran sent necessaris, ja que resulta imprescindible comptar amb un dispositiu especialitzat per prestar assistència completa de patologies complexes.

*L'estructura organitzativa actual, basada en la direcció gerencial i la línia executiva, malgrat que encara s'està implantant, mostra signes evidents de manca de sintonia

amb l'entorn a causa de la seva rigidesa, del dinamisme social i de la rapidesa dels canvis.

*La cultura dels hospitals és predominantment mèdica, grup que més ha influït en el seu funcionament, i s'ha basat tradicionalment en valors poc innovadors com la jerarquia, l'individualisme i l'aversion al risc.

*La cultura, que organitzativament s'orienta al poder i a la funció, per poder procedir al canvi cal que s'orienti, sobretot, cap el treball, i també cap a les persones. Aquest canvi cultural l'ha de motoritzar la Direcció per mitjà d'un nou estil que posi l'èmfasi en els valors de la motivació, l'auto-realització i l'auto-estima.

*Els hospitals compten amb uns recursos humans basats sobretot en professionals sanitaris altament qualificats que fan funcionar equips complets d'alta tecnologia. A més de la motivació, qualsevol organització nova ha de tenir en compte la plurivalència dels recursos humans perquè puguin adaptar-se als requeriments canviants.

*L'hospital cal que es disposi a quedar en situació de "canvi permanent", donades les característiques de l'entorn, ràpidament canviant, heterogeni, poc previsible, competitiu i amb àrees d'influència majors i no definides.

*El canvi basat en la cultura i l'entorn duu necessàriament a l'hospital flexible, d'estructura que sacrifica la unitat de comandament i la jerarquia a favor dels grups i la negociació entre iguals. És a dir, una estructura matricial o en xarxa.

*Aquest nou model serà possible si l'actitud dels directius i dels professionals sanitaris dels hospitals és coincident i s'orienta cap el canvi i la motivació, es concep la qualitat total com un valor i es progressa en la descentralització, la participació i l'interès per l'anàlisi i l'adaptació a l'entorn. ■

Josep M. Carbonero i Malberti és metge especialista en Anatomia Patològica.

LA SALUT A MALLORCA

CAL FER HOSPITALS A MALLORCA

Francisco Sevilla

El concepte d'hospital no reflecteix la mateixa realitat avui que pocs anys enrere. Els hospitals han tengut sempre la missió de curar els malalts i per això des dels temps més remots han comptat amb tres elements imprescindibles: personal, tecnologia i llits.

El personal hospitalari es pot diferenciar en tres grans grups: els monopolitzadors de l'art de curar, els responsables de les atencions als malalts i el personal de suport. La revolució científica, l'especialització i la tecnificació han provocat un canvi radical en la formació i manera d'actuar, així com en les interrelacions, però al 1990 es poden seguir diferenciant els tres grans grups que es podien trobar en un hospital de la Grècia clàssica.

La tecnologia dels hospitals fins a la revolució científica de final del segle XIX, es reduïa a les mans expertes dels professionals, un discret però enginyós equipament i una farmàcia limitada. Aquest segle ha conegut una evolució sorprenent, de tal manera que en els últims anys la tecnologia sanitària és de les coses que ha canviat més ràpidament, introduint constants innovacions que obliguen a una renovació contínua dels processos.

Els llits eren el tercer element de l'hospital i la seva missió era servir d'asil al pacient; en aquest segle s'abandona progressivament el concepte d'aïllament i apareix el d'institució tancada en què el pacient s'allita per ser



L'hospital s'ha de concebre com una eficient empresa de producció de serveis sanitaris eficaços per als ciutadans.

diagnosticat i curat en un procés que hom vol que sigui complet. En els darrers vint anys aquesta concepció ha variat radicalment.

L'hospital ha perdut el seu sentit com institució tancada orientada cap a l'interior i amb cicle complet que l'havia convertit en l'element central i en ocasions únic del sistema sanitari.

L'hospital, un element més del Sistema Sanitari

L'hospital al 1990 és la infraestructura física de l'Atenció Especialitzada i s'articula com un element més del Sistema Sanitari, l'objectiu del qual no és curar els malalts, sinó mantenir la salut dels ciutadans mitjançant tres grans vies d'actuació: la preventiva, la curativa i la de reinserció social. L'objectiu de salut per a tots

solament s'aconseguirà des d'una concepció global i l'atenció especialitzada té dos papers fonamentals, un directe en l'aspecte curatiu i un altre d'implicació i suport a l'Atenció Primària en els aspectes preventius, curatius i de reinserció social.

L'hospital ha deixat de ser, per tant, l'element per excel·lència de prestació de serveis sanitaris i s'ha convertit en un més d'un sistema que ha de tenir l'única orientació de servei al ciutadà, premissa bàsica de la seva existència.

La missió de l'hospital de curar els pacients s'ha transformat en servei sanitari i l'objectiu únic d'hospitalitzar els pacients ha passat a ser un més dels que l'hospital ha d'assolir. El desenvolupament de l'atenció ambulatoria; l'aparició de noves modalitats assistencials com hos-

pital de dia, cirurgia ambulatoria i hospitalització a domicili; la disminució d'ingressos a causa de la delimitació de les indicacions i el desplaçament del concepte d'hospitalització innecessària; l'increment de la productivitat dels recursos; i l'augment en la utilització dels serveis per mor d'una major demanda de la població, són algunes de les raons que han provocat la crisi en el concepte d'hospital.

L'hospital s'ha de concebre com una empresa l'objectiu de la qual, únic en un hospital públic, ha de ser l'eficient producció de serveis sanitaris eficaços per als ciutadans donant resposta a les necessitats del Sistema Sanitari; per a complir-lo un hospital públic ha de garantir:

1. L'accessibilitat
2. L'equitat
3. La qualitat del servei mitjançant l'avaluació contínua dels resultats
4. La democratització i la transparència en la presa de decisions.
5. L'acceptabilitat social.

El disseny dels hospitals

El disseny dels hospitals públics actuals i futurs de Balears ha de tenir en compte totes aquestes consideracions a fi que el Sistema respongui a les necessitats i expectatives de la població, però a més s'ha d'adaptar a les realitats i circumstàncies de la comunitat i ha de valorar l'experiència d'altres països.

Brian Abel-Smith en un text clàssic referex que un sistema hospitalari per aconseguir el rendiment òptim, ha de projectar-se de manera que la grandària de les unitats sigui l'adequada i estiguin situades en els llocs apropiats. La planificació hospitalària és una tasca d'enorme complexitat dificultada pels graus d'incertesa en relació a l'evolució dels serveis, així com de la demanda i ha de substreure's d'interessos aliens que sota l'excusa de l'accessibilitat i l'acceptabilitat social aparents realitzen propostes condemnades al fracàs des del punt de vista de l'eficàcia i l'eficiència, inaccessibles a termini mitjà per a part de la població i, per tant, socialment

inacceptables.

La planificació hospitalària necessita com a mínim estudiar els següents paràmetres:

1. Objectiu del Sistema
2. Organització del Sistema
3. Ordenació del territori
4. Població, anàlisi demogràfica i socio-demogràfica
5. Demanda i necessitat de serveis
6. Serveis oferts

● **La tecnologia sanitària és de les coses que ha canviat més ràpidament, introduint constants innovacions que obliguen a una renovació contínua dels processos**

● **Un sistema hospitalari ha de projectar-se de manera que la grandària de les unitats sigui l'adequada i estiguin situades en els llocs apropiats**

7. Productivitat recursos
8. Dimensionament recursos
9. Ubicació recursos
10. Finançament.

L'objectiu ha de ser procurar una assistència sanitària eficaça i eficient que millori el nivell de salut i el grau de satisfacció de la població amb els recursos que la societat i els individus hagin elegit destinar-hi.

A Espanya, la Llei General de Sanitat concep el sistema sanitari organitzat en dos sub-sistemes per a la prestació de serveis: l'Atenció Primària i l'Atenció Especialitzada. El desenvolupament de l'atenció primària,

la gestió de personal, l'organització de l'atenció especialitzada per prestar serveis de caràcter agut i la resposta social imprescindible per als pacients crònics discapacitats, són condicionants que cal valorar a l'hora de planificar els hospitals, si volem que l'esquema teòric sigui útil a la realitat existent; l'adaptació mimètica als criteris de països del nostre entorn pot conduir al major fracàs si no es tenen en compte factors tan fonamentals com la gestió del personal o l'organització de l'atenció primària, molt diferents entre uns i altres països.

El nivell de salut de la població i l'ús de serveis sanitaris es relacionen directament amb el nivell socio-econòmic, de manera que els grups amb els problemes més grans de salut presenten freqüentment greus carencies en altres aspectes, com nutrició, habitatge i educació. La coordinació de les diverses polítiques sectorials és imprescindible i l'organització d'un sistema sanitari ha de tenir present la necessària interrelació entre elles. L'ordenació del territori s'ha de realitzar, per tant, tenint en compte tots aquests factors i no exclusivament els sanitaris.

L'anàlisi socio-demogràfica

L'hospital, com l'hem definit prèviament, té una única base per a la seva existència, el servei al ciutadà. L'anàlisi socio-demogràfica des d'aquesta perspectiva s'ha de realitzar no en funció de la quota de penetració, sinó de les necessitats de la població, que cal estudiar des de tots els seus aspectes: volum absolut, distribució per grups d'edat i espacial, taxes demogràfiques, indicadors sociodemogràfics i socioeconòmics, projeccions futures, etc.

Aquesta anàlisi és especialment complexa en territoris com Mallorca que presenta canvis freqüents fonamentalment en les migracions i que té una població flotant no ben estudiada quantitativament i qualitativament. En els darrers anys es manté la tendència en el creixement de la població absoluta pel component migratori amb un creixement natural



El disseny hospitalari futur tendrà en compte especialment el repte de l'acceptació social: els serveis generals que garanteixin el confort dels pacients.

pràcticament nul; l'envelliment és progressiu i en el seu conjunt en pocs anys presentarà les característiques d'una població d'edat avançada. Per a finals d'aquesta dècada les previsions de població oscil·len entre 620.000 i 650.000 habitants de dret, amb la següent distribució:

0-14 anys:	17,71% - 16,71%
15-64 anys:	65,98% - 67,30%
65-74 anys:	8,48%
+75 anys:	7,9%

L'anàlisi del territori de Mallorca i de la seva població es caracteritza per la unitat i la influència de Palma es manifesta en tots els aspectes que s'estudien, de tal manera que alguns autors consideren l'illa com una àrea urbana unitària amb una metròpoli insular amb influència en tot el territori.

No existeix cap estudi de salut definitiu de Mallorca, però les dades indirectes permeten afirmar que les necessitats són semblants a les de països del nostre entorn socioeconòmic, amb causes de mortalitat i morbiditat si-

milars i sense que es detectin grups especialment vulnerables per la seva localització geogràfica; en aquest aspecte també es pot parlar d'unicitat del territori. La demanda de serveis sanitaris ha experimentat en aquests darrers anys un discret increment versemblantment limitat per l'oferta de serveis que ens situa a certa distància de les freqüentacions que es poden trobar en els països del nostre entorn. En els propers anys és previsible un creixement important en la demanda de serveis, cosa que obligarà a adequar l'oferta per poder donar resposta a les necessitats.

L'atenció especialitzada

L'atenció especialitzada s'ha de dissenyar per a prestar tots els serveis actualment disponibles i amb la plasticitat suficient per adaptar-se a les modificacions que siguin precises. L'hospitalització fins fa pocs anys consumia pràcticament tots els recursos i s'hi dedicaven tots els esforços; en un futur es dedicaran energies i recursos cada vegada més grans a l'atenció ambulatoria, amb centres d'especia-

litats capaços de realitzar una atenció diagnòstica i terapèutica completa, inclosa cirurgia; l'hospitalització presenta diverses modalitats, la clàssica i les de nova aparició, com la de dia o la domiciliària, de gran futur i amb una implicació evident en el recurs llit hospitalari que serà utilitzat de forma intensiva, per a pacients que requereixin atencions més específiques i que romandran més poc temps a l'hospital.

Els serveis de suport diagnòstic com Radiologia i Laboratori i els terapèutics com el bloc quirúrgic i els de ràpida expansió com la radiologia intervencionista, experimentaran un auge important, desvinculant-se de la seva dependència del pacient especialitzat i passaran a ser serveis al ciutadà que accedirà directament sense necessitat d'hospitalització, i amb freqüència cada vegada major, des de l'Atenció Primària. En conseqüència, el disseny hospitalari futur ja no caldrà centrar-lo exclusivament en el llit hospitalari i tendrà en compte altres factors, molt especialment els que encara no s'han esmentat, però essen-



Els hospitals són empreses de gran complexitat, tant pel volum dels recursos humans, tecnològics i financers que han d'emprar com per l'objectiu que han d'assolir.

cials en el repte de l'acceptació social: els serveis generals que garanteixen el confort dels pacients i ciutadans que van a l'hospital.

L'anàlisi dels serveis que s'ofereixen ha de contemplar la necessitat de recursos per a malalts crònics discapacitats que en l'actualitat ocupen cada vegada amb més freqüència els hospitals generals d'aguts. La necessitat de residències assistides i hospitals d'atencions mínimes és evident i el seu desenvolupament tindrà una influència directa sobre la necessitat de llits hospitalaris per a pacients aguts.

L'oferta de Serveis, insuficient

Mallorca presenta una insuficiència clara en l'oferta de serveis amb escàs desenvolupament de les noves modalitats assistencials, mínima presència de recursos per a crònics i necessitat d'incrementar la qualitat de l'hospitalització; probablement el repte major per a aquesta dècada sigui respondre a aquestes tres necessitats, fins i tot més que incrementar el nom-

bre de llits hospitalaris, d'altra banda necessitat certa, però que si no s'acompanya del desplegament adequat dels altres factors no donarà suport al sistema per complir la seva missió.

Els hospitals són empreses de gran complexitat pel volum de recursos humans, tecnològics i financers que han d'emprar, així com per l'objectiu que han d'assolir; un dels desafiaments dels nostres hospitals és aconseguir una major productivitat dels seus recursos i el dels planificadors és dissenyar hospitals apropiats perquè compleixin els seus objectius. El dimensionament, igual que en tots els aspectes analitzats, ha de tenir en compte l'experiència dels que ens envolten, però ha de basar-se en els condicionaments del propi sistema a fi que sigui adequat per garantir l'eficàcia i l'eficiència. Sembla adequat que un hospital general d'aguts sigui capaç en el nostre medi de respondre a les necessitats d'una població entre 120.000 i 250.000 ciutadans; per davall és difícil garantir en el nostre sis-

tema l'eficàcia i l'eficiència, per damunt el nivell de complexitat és tan important que tampoc es garanteixen.

Els recursos

Els recursos hospitalaris s'han d'ubicar allí on siguin necessaris tenint present tots els factors esmentats i han de garantir l'accessibilitat entesa com la facilitat per obtenir assistència sanitària especialitzada davant barreres econòmiques, organitzatives, culturals i emocionals. És evident que tots els recursos de l'hospital no precisen la mateixa situació ni fins i tot ser únics, amb excepció de l'estructura dels llits hospitalaris i els seus serveis de suport; això, unit a la unitat del territori mallorquí, permetrà dissenyar en el futur un sistema que garanteixi l'eficàcia i l'eficiència assegurant l'accessibilitat.

La limitació dels recursos és un determinant en el desplegament del sistema; aquesta limitació l'ha de definir la societat i els ciutadans, i els professionals sanitaris tenen l'obligació d'obtenir el rendiment òptim dels recursos posats a la seva disposició; és obvi, tanmateix, que el creixement no és il·limitat, ha de ser progressiu i fonamentalment, realista, és a dir, en concordança amb les necessitats dels ciutadans, la capacitat econòmica de la societat i la decisió corresponsable de tots els implicats en el volum total de recursos dedicats al sistema.

La resposta a la pregunta inicial ¿s'han de fer hospitals a Mallorca?, és SI. La necessitat de continuar l'adequació dels recursos existents i d'ampliar l'oferta d'atenció especialitzada no ofereix cap dubte, però tant en un cas com en l'altre ha de fer-se, en la meua opinió, únicament i exclusiva tenint en compte com a mínim tots els factors analitzats. D'aquesta manera podríem, els ciutadans de les Balears, disposar d'un sistema adequat a curt termini. ■

Francisco Sevilla és el director provincial de l'INSALUD

LA SALUT A MALLORCA

EL CONTROL DE QUALITAT ASSISTENCIAL

Pilar Magrinyà i Rull

Els estudis clàssics diuen que la qualitat de l'assistència no té una definició única i que totes les definicions es basen en el pes que donen els diferents protagonistes (usuaris, professionals clínics i administradors sanitaris) als tres components de la qualitat assistencial:

-l'aspecte científic-tècnic

-la relació interpersonal

-els aspectes relacionats amb la gestió, l'organització i el cost de l'assistència.

En canvi, un acord general entre tots els autors és que no es pot parlar de qualitat de l'assistència deslligant-la del context sociològic, econòmic i de coneixements de cada país concret. H. Vuori, en el seu llibre "Quality Assurance of Health Services", publicat per la OMS l'any 1982, diu que l'assistència de qualitat representa l'aplicació dels coneixements clínics i de la tecnologia habitualment acceptats com a correctes en cada situació concreta.

Abans de parlar de Control de Qualitat Assistencial cal aprofundir una mica en aquests tres aspectes de l'assistència i de la situació sanitària al nostre país. Això ens permetrà concloure que necessitem establir uns mecanismes d'avaluació periòdica de l'assistència que s'està donant a la població a fi de detectar aquells aspectes deficitaris que es produeixen i fer-los conèixer. Avançam, doncs, que el fons filosòfic dels Programes de Control de Qualitat Assistencial és el reconeixement institucional que l'assistència és millorable, que hi ha errors i que correspon als professionals la responsabilitat de garantir que aquests aspectes deficitaris siguin detectats i corregits de manera sistemàtica. Es tracta de

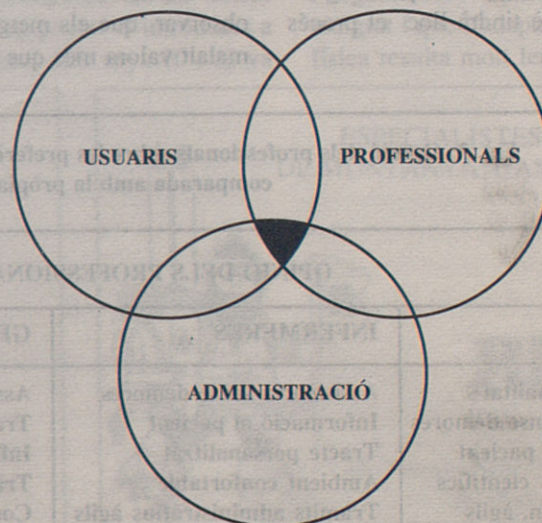
reconèixer no només que l'assistència no és perfecta, sinó que continuament se cerquen oportunitats per millorar-la.

La qualitat científic-tècnica

A l'hora de donar aquest enfoc a l'anàlisi de l'assistència se'ns planteja una reflexió sobre quina és l'assistència correcta que volem donar en cada cas. Possiblement serà difícil

posar-se d'acord en aquest tema donat que l'anàlisi crítica del treball que fan els mateixos clínics no sempre coincideix. De totes maneres, és clar que aquest aspecte científic-tècnic inclou les activitats diagnòstiques o terapèutiques i de prevenció, sense oblidar la relació entre beneficis i riscos de l'assistència. Qualsevol acte assistencial comporta un benefici i un risc que

Fig. 1: Punt de coincidència de les prioritats relacionades amb l'assistència sanitària per part dels usuaris, professionals clínics (metges i infermers) i administradors-gestors sanitaris



ha d'ésser avaluat detingudament abans de prendre la decisió de dur-lo a terme.

A l'augmentar la quantitat de serveis que rep la població, també augmenten els riscos. S'ha de definir el nivell de qualitat òptim com el nivell en què els beneficis per a la salut són els màxims, com un nivell de risc encara

L'expressió fonamental d'aquest aspecte és el grau de satisfacció del pacient expressat en termes de nivell de confiança vers els professionals que l'atenen, la informació correcta sobre l'evolució del seu procés i de confort personal durant el temps en què es realitza l'assistència.

sense demores i que situen la informació al pacient en novè lloc entre les prioritats. Potser per això la informació de l'assistència que habitualment es dona es insuficient.

La satisfacció del pacient es considera al mateix temps un component de qualitat i un resultat de

Fig. 2: Prioritats principals dels grups professionals enquestats. Opinions pròpies

METGES	INFERMERES	GESTORS
Coneixements científics Formació continuada Capacitat tecnològica Tracte personalitzat	Assistència sense demores Informació al pacient Tracte personalitzat Coneixements científics	Coneixements científics Assistència sense demores Informació al pacient Tracte personalitzat

no tan gran perquè representi una disminució important d'aquests beneficis².

A mesura que va augmentant la complexitat dels procediments, augmenten tant el benefici com el risc que comporten, però, dins d'una mateixa complexitat, una major habilitat del professional farà incrementar els beneficis obtinguts al mateix temps que disminuirà el risc de complicacions i efectes adversos pel malalt.

La relació interpersonal

Aquest aspecte fa referència a les relacions que s'estableixen entre el pacient i els professionals sanitaris dins d'un marc psicològic i ambiental en què tindrà lloc el procés assistencial.

En un estudi recent realitzat a l'Hospital de la Sta. Creu i St. Pau de Barcelona³, (Fig. 1) es demanava als malalts i als professionals clínics i de gestió, que classifiquessin diferents aspectes de l'assistència per ordre d'importància. A aquests darrers se'ls demanava alhora que prioritzassin allò que ells creien que pensaven els malalts.

En els resultats d'aquest estudi, (Fig. 2 i 3), observem que els pacients valoren en primer lloc el coneixement científic del professional, seguit del tracte personalitzat, la informació sobre la seva malaltia i l'assistència sense demores. Es curiós observar que els metges creuen que el malalt valora més que res l'assistència

l'assistència. En els sistemes sanitaris en què el pacient pot escollir lliurement el metge i l'hospital, o en els que el pacient paga directament els serveis sanitaris, té una importància capital el fet que l'assistència sanitària sigui considerada satisfactòria pels pacients. L'aprovació de "La carta dels drets i deures dels malalts" ha representat un avanç molt important per definir els criteris amb què s'ha de basar la relació interpersonal.

La qualitat, el cost i l'organització dels serveis

Si una assistència de qualitat vol dir donar el millor servei amb els recursos disponibles, en parlar de qualitat als hospitals no podem oblidar els

Fig. 3: Opinió dels professionals sobre les preferències que creuen que donarien els pacients, comparada amb la pròpia opinió dels pacients

OPINIÓ DELS PROFESSIONALS			OPIN. DELS PACIENTS
METGES	INFERMERES	GESTORS	PACIENTS
Tracte personalitzat Assistència sense demores Informació al pacient Coneixements científics Tràmits admin. àgils	Assistència sense demores Informació al pacient Tracte personalitzat Ambient confortable Tràmits administratius àgils	Assistència sense demores Tracte personalitzat Informació al pacient Tràmits administratius àgils Coneixements científics	Coneixements científics Informació al pacient Assistència sense demores Tracte personalitzat Seguiment post-alta

Fig. 4: Les Comissions Clínicas Hospitalàries

MORTALITAT	Anàlisi del procés de defunció dels pacients que han mort a l'hospital a fi de detectar possibles problemes relacionats amb la causa de la mort, si aquesta era previsible a l'ingrés del malalt i si aquest ha obtingut totes les mesures terapèutiques i diagnòstiques necessàries.
FARMÀCIA I TERAPÈUTICA	Anàlisi del procés terapèutic detectant problemes de possible mala utilització de medicaments, de dosificació.
INFECCIONS	Anàlisi de la situació de la infecció a l'hospital i de com aquesta repercuteix en el conjunt de pacients atesos.
DOCUMENTACIÓ	Anàlisi de la documentació clínica hospitalària entesa com el suport bàsic, imprescindible, de l'assistència.
TUMORS	Anàlisi del procés assistencial dels pacients diagnosticats de neoplàsia, detectant possibles problemes de complimentació del protocol diagnòstic i terapèutic.
TEIXITS I ÀREA QUIRÚRGICA	Anàlisi de determinats aspectes relacionats amb el procés quirúrgic d'aquells pacients que han estat intervinguts a l'hospital.

temes de la relació entre qualitat i costos i dels sistemes organitzatius que avui tenen els hospitals. Aspectes relacionats amb la quantitat, el cost, l'accessibilitat, la continuïtat i la coordinació entre professionals i serveis, s'han de tenir en compte a l'hora d'establir mecanismes d'avaluació.

Els Programes de Control de Qualitat als Hospitals

Tal i com hem dit al principi, els Programes de Control de Qualitat als hospitals s'estableixen com a elements de suport metodològic a l'hora d'avaluar l'activitat clínica amb el propòsit d'identificar problemes, proposar millores i vetllar perquè aquestes millores es duiguin a terme.

● L'assistència de qualitat representa l'aplicació dels coneixements clínics i de la tecnologia habitualment acceptats com a correctes en cada situació concreta

El Control de Qualitat neix als Estats Units als anys 50 en un intent d'acreditar els hospitals. S'introdueix a Europa a mitjans dels anys 70 i es va

desenvolupant amb diferents graus en països com Holanda, Gran Bretanya, Itàlia, Bèlgica, França i Finlàndia, habitualment sota els auspicis de l'OMS.

A Espanya, la Llei General de Sanitat de l'any 1985, estableix ja la necessitat de desenvolupar activitats de control de qualitat assistencial tant en els hospitals com en l'assistència primària.

La sanitat espanyola ha anat evolucionant en els darrers anys, en aquest procés de canvi en què tots estam immersos. S'ha evolucionat científicament i funcionalment dins de l'organització sanitària en general, malgrat i que l'adaptació a l'estructura física resulta molt lenta.

Ses Puelles
Estudi
de
Perruqueria

Carrer Navarra, nº 3, 1er - 07003 Palma - Tel. 71 80 37



ESPECIALISTES EN ARTICLES
DE MUNTANYA, CAMPING I ESQUÍ

**ES
REFUGI**

Pl. Palou i Coll, 10 (Banc de s'Oli)
Telèfon 71 67 31
07002 CIUTAT DE MALLORCA

Un dels primers programes de Control de Qualitat va ser el de l'Hospital de la Sta. Creu i St. Pau de Barcelona que es va implantar l'any 1981. Actualment hi ha programes de Control de Qualitat en uns 20 hospitals de l'estat, alguns d'ells amb professionals que s'hi dediquen de forma exclusiva. També hi ha nombroses iniciatives en l'Assistència Primària.

Aquests programes de Control de Qualitat són dissenyats específicament per a cada centre d'acord amb les característiques de cadascun d'ells. La filosofia general dels programes es basa en la participació voluntària dels professionals clínics, sigui a través de la participació en el treball de les Comissions Clíniques o en els Programes de Qualitat dels propis serveis. (Fig. 4).



● Els pacients
valoren en primer lloc el
coneixement científic del
professional, seguit del
tracte personalitzat, la
informació sobre la seva
malaltia i l'assistència
sense demores

Els Programes de Control de Qualitat no són executius, només assessors de la Direcció. Això vol dir que el que fan és detectar problemes, analitzar-los i proposar mesures de millora. La responsabilitat d'aquests programes és de la Direcció del Centre la qual, en implantar-los, demostra una gran valentia en ser capaç de reconèixer els propis errors.

Un aspecte fonamental, clau de l'èxit dels programes, és que la in-

Els programes de control de qualitat assistencial no són executius, sinó propostes de millorament. La direcció del centre en acceptar-les i implantar-les demostra una gran valentia en ser capaç de reconèixer els propis errors.

formació treballada retorni als propis professionals que són els qui en definitiva han de conèixer-los per millorar la pràctica assistencial. També és fonamental que davant dels problemes detectats i analitzats que requereixin canvis estructurals, organitzatius o de qualsevol altre tipus, es prenguin mesures correctores perquè, en cas contrari, es produeix una desmotivació dels professionals i una pèrdua de confiança en aquest procés de canvi social

en què tots hi estan implicats, sigui com a usuaris o com a professionals. Perquè si no s'apliquen mesures de res serveix avaluar. ■

Col·laboraió de **Pilar Magrinyà i Rull**, metge especialista en epidemiologia responsable del Programa de Qualitat de l'Hospital General "Gregorio Marañón", de Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. VUORI, H. V. "El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios". Ed. Masson, 1988.
2. DONABEDIAN, A. "Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment". Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.
3. SUÑOL R., MAGRINYÀ P., ABELLÓ C., DELGADO R., SUÑOL J. Hospital de la Sta. Creu i St. Pau, Barcelona. "¿Qué es calidad asistencial? Estudio comparado de la opinión de los pacientes, personal asistencial y de gestión de un hospital". Comunicació presentada en el VI Congreso Internacional de Control de Calidad Asistencial. Madrid, maig de 1988.

LA SALUT A MALLORCA

MARGINACIÓ A MALLORCA, ARA

Jaume Santandreu i Sureda

Nivell conceptual

Una de les darreres troballes que vaig endevinar vora els marginats i que em deixà aclarit el panorama d'una forma senzilla i definitiva, fins al punt de poder explicar-me tota la perspectiva històrica en els seus clàssics trets de passat, present i futur, és la distinció entre MISÈRIA I POBRESA.

Aquest any passat, a la XXI Universitat d'Estiu de Prada, en el de-

bat de la "Nova Pobresa", amb els més reconeguts estudiosos de la situació social als Països Catalans, vaig poder comprovar com partir d'una tan simple delimitació de conceptes ens donava una pauta inalterable, tant en el moment teòric de l'anàlisi crítica com a l'hora pràctica de prendre les determinacions.

La pobresa neix d'uns recursos i d'uns mitjans escafits. Per això mateix tan prompte com es refan els

recursos, tan prompte com reapareixen els mitjans, la pobresa desapareix. La misèria, en canvi, comporta una trencadissa de la persona, un deteriorament de la convivència, una podridura de la solidaritat i un enduriment progressiu de la insensibilitat.

Als mallorquins, al tombant de l'any dos mil, ens haurà pertocat viure una estranya contradicció: Mallorca, al mateix temps que vencia la pobresa engendrava la misèria.

Al llarg de la seva malaurada història Mallorca havia conegut la pobresa. Una pobresa feta malaltia, pesta, desgràcia i fins i tot fam. Una fam que foragitava els mallorquins lluny del seu niu enmig de la Mediterrània, per convertir-los en emigrants a terres desconegudes. Però mai de mai Mallorca havia hagut d'engospar la misèria d'ara. Una misèria que, fent ressò de la pel·lícula valenciana, no es mereix altre qualificatiu que l'apocalíptic tractament de "puta misèria".

A Mallorca ha desaparegut l'antiga, la romàntica pobresa d'aquelles generacions que sargien els calcetins i allargassaven uns sous de fam amb manlleus i caritats, per donar pas a una misèria que esclata pels carrers i places de Ciutat, farcida de turistes i de mostradors del luxe.

Aquesta misèria, per desgràcia, no és una dansa de xifres, estadístiques i dades per al carnaval de la demagògia. Aquesta misèria té nom i fesomia pròpies.

És la cara de milers de joves enganxats al cavall de l'heroïna, condemnats a la mort sobtada d'una sobre-dosi o a la destrucció lenta d'una desesperant dependència.

Abans d'entrar en matèria --la qual cosa pot ser que ocorri al llarg de tot l'article-- voldria fer, a mode de preàmbul, dues petites observacions.

Em sembla molt encertat que, dins un aplec referit a la sanitat, s'hi inclogui un capítol dedicat a la marginació. Crec que d'aquest empelt en surten beneficiades ambdues parts. Per una banda, la marginació, encara que sigui en una petita i humil dosi, ajudi la sanitat a defugir de la pura referència a la malaltia, malgrat que vagi molt més lluny de la simple cura, per endinsar-se per la gamma preventiva, per agafar la perspectiva de la salut entesa, com ho fa l'OMS, com el benestar físic, psíquic i social de les persones, àdhuc dels pobles. Mentre que, contemplada des de la sanitat, la marginació aglapeix una altra profunditat. Deixa de ser un assumpte merament social, gairebé assistencial, per assolir la categoria de cosa seriosa i delicada. Tractada en termes de Salut hom comprèn, per emprar un acudit popular, que la marginació necessita mà de metge.

Voldria en aquest diàleg amb el lector, que mir d'antuvi com amic pel fet d'arrambar-se a EL MIRALL, palesar, d'entrada, un detall personal. Si hagués escrit aquesta col·laboració fa només dos mesos, hauria fet valer, com sempre, el meu amorosit aprenentatge amb els millors catedràtics de la marginació, al llarg de més de 18 anys. Devuit anys de lluites, angonies, recerques, treballs, invents, frustracions, alegries... Avui puc afegir al meu títol de doctorat en experiència un avanç de llibertat. Avui, quan parl de la marginació no em sent sotmès a les conseqüències que puguin deduir-se de les meves esburbades, incisives o incultes, paraules. Avui ja em puc frotre de ferir susceptibilitats, dels qui estan a dalt, en mig o abaix, perquè ja res ni ningú depèn del meu bon seny per sobreviure. En aquests moments no em cal quedar bé amb ningú. Tan sols dec una caparruda i essencial fidelitat al tresor de saviesa que m'han confiat els estimadíssims mestres meus en tot l'art i manya de la marginació.



... és l'ombra d'unes dones encadenades a la prostitució, encerclades per la droga, els macarres, la SIDA i la violència.

És el rostre de centenars de vells, escrits inútilment a les llistes d'espera de les Llars d'Ancians, condemnats a la soledat, a l'abandonament i a ser notícia de tercera plana als periòdics quan la fetor cadavèrica els descobreixi podrint-se a qualsevol racó de l'antiga barriada.

És el cos baldat de tants i tants malalts terminals, als quals les tècniques els han allargassat l'existència, que no la vida, per condemnar-los, després, a ser noses de les clíniques i maledicció dels hospitals.

És la carinoia dels infants condemnats a la tristesa, al desarrelament i, en moltes avinenteses, a la delinqüència, per manca d'afecte i d'igualtat en les oportunitats.

És l'ombra d'unes dones encadenades a la prostitució, minyones joveníssimes, encerclades per la droga, els macarres, la SIDA i la violència.

Són els ulls de quissonets atupats dels malalts mentals, dels psicòtics crònics, que es passegen pels carrers, talment bubotes, sense companyia, remei ni foganya, davant l'esguard estugós i desconfiat dels viants.

Un dels errors fatals de la política nostra, val a dir de tots els gabinets i comissions de benestar social, ha estat, per a mi, voler guarir la misèria amb uns mitjans econòmics i tècnics que servien en tot cas només per a la pobresa. Tractar "els miserables" com si fossin tan sols pobres ha estat la font de moltes decepcions i la mare de nombrosos fracassos. Per posar algun exemple de com pot esdevenir pitjor el remei que la malaltia, podríem recordar el cas paradigmàtic de la família que, trobant-se al carrer, se li paga el lloguer d'una casa per mig any, tot creient que amb aquest temps podrà sortir de

l'entrebanc. Si la família és simplement una gent pobre, malsortida, l'empenta tindrà un efecte positiu, però si la família es troba aglapida dins el parany de la misèria, condemnada a la marginació profunda, al cap d'aquells sis mesos en lloc del carrer es trobarà damunt un

● La misèria comporta una trencadissa de la persona, un deteriorament de la convivència, una podridura de la solidaritat i un enduriment progressiu de la insensibilitat

● Un dels errors fatals de tots els gabinets i comissions ha estat voler guarir la misèria amb uns mitjans econòmics i tècnics que servien només per a la pobresa

caramull de fems, al qual haurà reduït la casa llogada pels estaments oficials. Aquest és, per apuntar un altre exemple, el perill que jo veig al salari social si no es mira d'acompanyar-lo d'un seguiment i fins i tot d'una administració dels diners de part de qui s'hagi guanyat la confiança dels nous assalariats.

Marginals i marginals

La nafra de la misèria només pot apaivagar-se amb una dedicació escaient, amb una cura específica, amb un esment amorosit, amb una tendresa pregonia, amb una visió



Tota marginació és social. El tret definitori és la indefensió: marginat és un ésser indefens davant el sistema.

radical de la persona i de la societat.

Voldria abundar en aquest aclariment de conceptes apuntant altres dos termes que m'han ajudat a englobar, a agermanar, dins un sol camp els diversos mons de la marginació. Aquests dos termes són: marginats i marginals.

Abans d'eix descobriment, per delimitar les fites, afegia al substantiu marginació l'epítet de social. D'aquesta forma intentava distingir la marginació diguem-ne total, a la qual jo volia servir, d'altres marginacions que veia com a parcials, així la marginació sexual, política, racial, etc. Procurava imprimir a aquest mot de social tota la càrrega determinativa, posant la societat, més concretament el sistema capitalista, com primera i cabdal causa de la marginació.

Ara suprimesc l'adjectiu perquè em sembla que tota marginació és social, tant en l'origen com en les seves conseqüències. La dife-

rència és qüestió de grau. El tret definitori és la indefensió. Marginat és un ésser indefens davant el sistema. Aquesta indefensió pot referir-se a la totalitat de la persona o a un dels seus caires, però en tot cas aquest punt dèbil, aquesta circumstància adversa, el marca de tal forma que determina el seu tarannà, el seu comportament i la seva relació amb els altres. Per entendre'ns: marginat seria un home de l'Hospital de Nit, marginal, un negre o un moro sense papers, un vell sense família, un aturat sense recursos... Val a dir que els marginals, aquells que podrien ser ciutadans normals si fossen unes altres les condicions de la societat, molt sovint, almanco ara i aquí entre nosaltres, ho passen més malament, més vergonyosament puta, que els marginats que desgranen el dia xupant, amb comparsa, "la litrona" als bancs de la Plaça de les Columnes o d'"Atarazanas" i a la vesprada s'acullen a l'Hospital de Nit.

Nivell històric

Des de la mira de la marginació, la nostra història, talment com ho ha fet des de la perspectiva de l'economia, del camp, de la universitat o de la feina, ha sofert, també, una pregon i trista transformació.

Ho deia, reduint el procés històric a uns pocs axiomes, que a la Mallorca camperola, a la Mallorca de la pagesia, no hi havia hagut marginats perquè a les possessions hi havia lloc per tothom, des dels amos i majors fins al més curtoi i bagasser dels porquerols. A la Mallorca del boom turístic no hi hagué marginació perquè els hotels, amb dormitoris i menjadors pel personal, sense més llei ni norma que les pactades, quasi sempre de paraula, amb el director, dins un mercat de mà d'obra amb més demanda que oferta, eren, els hotels, un cau on els marginats clàssics trobaven soplux i mitjans de subsistència.

A la mala hora de la crisi, coincidint amb la bona hora de les

reivindicacions sindicals i polítiques, per les quals el treballador d'hoteleria deixà de ser servent, criat de casa gran, per passar a ser obrer amb tots els drets i suports de les lleis laborals i dels més avantatjats convenis col·lectius, en aquest precís moment històric, els marginats, immigrants del Sud en la seva immensa majoria, foren agitats dels soterranis dels hotels per romandre literalment tirats al carrer. Des d'ells i per ells sorgí el moviment marginal a Mallorca. Moviment que, al llarg de 14 anys, ha recorregut les més singulars i apassionants singladures, passant per denúncies, reivindicacions, provatures, invents... fins arribar a crear institucions tan solidificades i reconegudes com puguin ser, per adduir el cas més cridaner i demostratiu, l'Hospital de Nit.

Fa uns pocs anys que la marginació ha romput totes aquestes fites històriques per estendre's, com malaïda taca d'oli, per indrets on mai de mai hauríem pogut imaginar els mallorquins que hi poguéssin arribar una tan desgraciada i destructiva misèria, com la que comporta la droga, la Sida, la delinqüència, la prostitució de tot tipus, la folia desatesa, juntament amb els vells, malalts terminals i infants abandonats, al costat dels parats crònics i dels obrers clandestins.

Lluny de minvar, eixa marginació profunda, eixa misèria desesperant, creix, a marxés forçades, en quantitat, extensió i negligència.

Per altra banda la resposta de part del Govern, tant el de l'Estat

com el de la nació nostra, de la política, de les institucions, de l'església i del mateix poble, llevat de

● **Em sembla que
tota marginació és
social, tant en l'origen
com en les seves
conseqüències.**

**Marginat és un ésser
indefens davant el
sistema**

● **Dins aquesta
espessa foscor del
nostre poble, cada cop
més insensible, menys
solidari, més
inconscient de la seva
pròpia identitat, jo
seguec somiant en la
utopia**

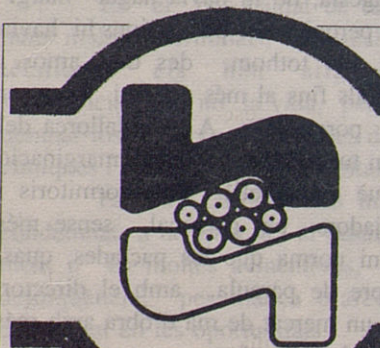
bones paraules i de quatre toquets per l'esquena, resulta més un sarcasme que un remei.

La burocràcia, per acabar-ho d'arranjar, talment difusa sangonera, eixuga fins a la desesperació el poc coratge que pugui restar, encara.

Estic a favor de la ciència, dels estudis, de les tècniques, de les planificacions, dels gabinets, de les comissions, de les reunions. Però, quan ja tenim aquest infant concret, aquest malalt concret, aquest vell concret, ben diagnosticat, ben classificat, ben sentenciat, ¿qui el renta, qui li dóna llit i plats calents, qui resta vora del seu bres, qui li fa companyia, qui té per ell un gest amorosit o una renyada escalfadissa?

Dins aquesta espessa foscor del nostre poble, cada cop més insensible, cada cop menys solidari, cada cop més inconscient de la seva pròpia identitat, cada cop més drogat per uns guanys immediats malgrat s'aconsegueixin venent la terra nostra, dins aquesta nit nostra, jo seguec somiant en el llumeneret blau de la utopia. D'una utopia que mai de mai pot renunciar a la revolució, al canvi radical i profund del sistema. D'aquest sistema convertit en roda esclafadora de tot el que no sigui consum, diners i poder. D'una utopia que en la pràctica de cada dia s'encapirrotja en l'intent, gairebé miraculós, d'ajuntar vocació i professió, tendresa i exigència, ciència i intuïció, feina i teoria, pluralisme i eficàcia, compromís i curolla, disciplina i carisma, esment i llibertat, rigor i creativitat... ■

Ca'n Granot, febrer, 90



hilarario

- Material Tècnic de dibuix
- Llibreria Tècnica de dibuix
- Papereria

EN CATALÀ:
**Blocs impresos de factures,
albarans i rebuts.**

C/. Aragó, núm. 10 Tel. 46 45 72
Palma de Mallorca
C/. Quint, núm. 3 Tel. 71 54 33

LA SALUT A MALLORCA

APUNTS SOBRE SALUT MENTAL

Alfredo García

Introducció

Permeteu-me una breu digressió històrica sobre el tema de la salut mental, fins i tot a costa d'apartar-me del nucli central d'aquest treball.

A tots els qui treballam en aquest camp ens és difícil reflexionar-hi sense fer referència a la naturalesa dels tractaments impartits, les condicions existencials dels pacients i el paper assumit pels professionals en el transcurs històric de l'Assistència Psiquiàtrica.

Hi ha altres motius. El desconeixement i prevenció seculars que sempre ha existit per part de l'opinió pública en relació a la malaltia mental, inclòs els ciutadans més formats i altres professionals sanitaris, i l'evidència que certes actituds i contradiccions que s'han produït en altres èpoques continuen sense resoldre's, o es disfressen amb altres vestits més moderns i tecnològics que pretenen emascarar-les.

1. La malaltia mental

Abandonades les creences màgic-irracionals que fins el segle XIX nodrien l'origen de la "bogeria", és a partir d'aquesta època que adquireix vigència el model positivista que instaura la ciència i el saber com els únics instruments capaços de donar una resposta als innumbrables interrogants que hi havia sobre l'existència humana, substituint les doctrines religioses i màgic-sobrenaturals que dominaven en els segles precedents.

La medicina tradicional incorpora promptament aquests esquemes i dona lloc al model mèdic de malaltia el cos doctrinal del qual el constitueixen l'etiopatogènia, la simptomatologia, el diagnòstic i el tractament.

La psiquiatria, perduda en un caos especulatiu, fa seu aquest model mèdic des del qual intenta explicar la malaltia mental.

En conseqüència, la "bogeria" o les manifestacions incomprendibles o desviades es converteixen en "síntomes" que obeeixen a una causa específica (etiologia) localitzada

en un òrgan que en darrer terme podria ser el cervell. Seguint aquesta argumentació, la vida, boja o assenyada, es reduïria a pura biologia.

El fracàs d'aquest model aplicat a la malaltia mental és complet en totes i cada una de les seves coordenades. Si es troba la causa (no s'ha trobat) de la major part de trastorns mentals, la seva simptomatologia és cada vegada més embullada i complexa a més de canviant i la seva curació impossible.

Al cap d'avall aquestes concepcions duen al més desesperat pessimisme i la psiquiatria passa de l'optimisme humanista del començament del segle XIX, que es traduïa en pràctiques alliberadores, al fatalisme i resignació de la segona meitat del segle. La seva repercussió és immediata. Els organismes públics es desenten del finançament d'aquesta assistència o ofereixen uns pressupostos ridículs que solament permeten que els manicomis siguin llocs de reclusió, opressió i estibament.

Aquesta situació obre cada vegada més la bretxa entre el desenvolupament

lupament dels hospitals generals que, encara que amb deficiències, incorporen els avanços científics i proporcionen condicions més humanes d'internament i el progressiu abandonament dels hospitals psiquiàtrics.

També és cert que a la segona meitat del segle XIX, allunyats de l'òptica organicista, sorgeixen diferents corrents psicologistes. Així l'escola psicoanalítica que introdueix termes com el llenguatge dels trastorns mentals i la seva interpretació, i que al mateix temps trenca la línia divisòria entre normal i anormal, passat i present.

Així l'escola fenomenològica l'objectiu de la qual és l'anàlisi del sentit o significat, la comprensió dels fets, per damunt de l'explicació dels mateixos fets.

Si bé aquestes concepcions proporcionen una major profundització en el coneixement de l'home, l'estudi dels seus conflictes i els mecanismes que el duen al seu endarreriment existencial o alienació mental, no suposen, contràriament a allò que es podria esperar, un avanç en la deplora-

ble situació del pacient psiquiàtric. Al contrari, produeixen una veritable divisió de classes. Els professionals d'aquestes tendències passen a ocupar els departaments de psiquiatria de les universitats o formen el substrat que nodreix el desplegament de la psiquiatria privada.

En resum, durant els primers decennis del segle la psicologització progressiva de la psiquiatria va afectar molt poc la població internada, que no disposava de cap atenció terapèutica o era sotmesa als tractaments biològics de tòrn (comes insulínics, electro-xocs, lobotomies...).



Una dinàmica sociofamiliar ha obligat molts pacients a prendre actituds distorsionades. El destí final ha estat l'internament en institucions pseudo-assistencials que els han destruït psicològicament.

D'aquesta manera neixen dos tipus de malalts i dos tipus de professionals. Els alienistes, reclosos en els hospitals, en inferiors condicions socials i laborals, que presten atenció als malalts d'extracció proletària i que són els únics que ingressen en els manicomis; i els "científics", d'un o altre signe, la categoria social dels quals és superior, que atenen els pacients de la burgesia i per tant amb molts més recursos culturals i econòmics.

Encara podríem fer una altra divisió del camp assistencial: els malalts incurables, representants de la psiquiatria "pesada" el destí clar de la qual era la Institució Asilar; i els trastorns menors, modificables, que o bé no es tractaven, o que eren atesos en les consultes privades.

2. La negació de la bogeria: la psiquiatria crítica i l'antipsiquiatria.

La psiquiatria i el seu objecte d'estudi, el "boig", l'"alienat", el "malalt", o qualsevol que sigui la denominació utilitzada, ha estat sempre en el mateix centre de la cultura i, per tant, determinada pels vaivens a què s'ha vist sotmesa a través de la història. El naixement de la psiquiatria crítica té lloc en un moment de crisi profunda de la cultura occidental. Recull diverses influències i corrents que en els anys seixanta i començaments dels setanta s'inclouen com a contracultura que posa en qüestió tot l'ordre social i polític instituït fins llavors, antecedents com els estudis sociològics de Goffman i Scheff. Les teories

sobre la comunicació de Palo Alto que formulen els problemes psiquiàtrics com distorsions en la relació interpersonal en el si de la família. Els corrents existencialistes europeus o les teories de Laing sobre pacients esquizofrènics en els primers seixanta. Reformulacions del pensament psicoanalític i marxista adaptats als nous temps.

Un sector radicalitzat de la psiquiatria crítica el constitueix l'Antipsiquiatria, terme encunyat per Cooper, que nega la mateixa existència de la bogeria i retira tota carta de naturalesa científica a la ciència psiquiàtrica i als seus representants els psiquiatres.

Uns i altres pretenen desemmascarar la mistificació de la pràctica psiquiàtrica, amagats els veritables problemes darrere múltiples diagnòstics i sub-diagnòstics, parapetada rere un llenguatge psiquiàtric tecnificat que serveix per enfosquir els conceptes i que actua més com instrument d'opressió que veritablement terapèutic.

L'objecte de l'atac el constitueixen les institucions, màxim exponent de les contradiccions de classe i de la perpetuació del poder establert. Institucions base com la família i la parella, o les creades per exclusió i violència social com els hospitals, presons i manicomis, són dinamitades en aquestes noves teories.

Existeixen, a més, altres reflexions més evidenciables en la realitat objectiva. Els pacients mentals actuen així perquè una dinàmica socio-familiar els ha obligat a prendre actituds distorsionades. El destí final ha estat l'internament en institucions pseudo-assistencials que s'han encarregat de dur a terme un procés de destrucció psicològica.

Totes aquestes idees, que aquí apareixen simplificades per motius obvis, tingueren una repercussió diferent en els distints països europeus, encara que en tots ells varen tenir unes conseqüències notables en la realitat assistencial de la psiquiatria pública. Experiències pilot a Anglaterra, actualitzacions de la política assistencial

de sector a França o Espanya, les legislacions sobre el tancament dels manicomis a Itàlia.

Al meu entendre, s'ha desvaloritzat en gran manera la importància d'aquests moviments en la transformació psiquiàtrica sorgida en els darrers vint anys. Amb incidència diferent, la veritat és que l'atenció psiquiàtrica pública ja no ha tornat a ser mai el que era i sobretot les condicions infra-humanes que patien els pacients s'han dignificat ostensiblement (la qual cosa no vol dir que ja no existeixin situacions degradants o que estiguem lluny de resoldre innombrables contradiccions de la nostra pràctica assistencial).

És interessant remarcar que la psiquiatria oficial i acadèmica, amb totes les seves ramificacions dins la psiquiatria establerta, va allunyar-se totalment d'aquests corrents que és com dir que no va tenir cap incidència en la transformació assistencial abans esmentada, sinó que, per contra, es va atrinxer en redutes de privilegi des d'on va continuar impartint dogmes i judicis sobre qüestions científiques i no científiques, recorrent a simplificacions i reduccionismes com abans havia fet amb la psicoanàlisi i qualsevol moviment renovador de les estructures del pensament psiquiàtric. (Vaig sentir dir a un il·lustre catedràtic, un dels papes de la psiquiatria d'aquest país, que tot el pensament de Freud derivava de la seva condició de jueu. El mateix professor comentava que tot allò que se sabia de psicopatologia era política, usant aquest terme com a sinònim de desviació perillosa de la ideologia i fora de la ciència).

Com en qualsevol aparell conceptual, la psiquiatria crítica presentava una sèrie de buits i excessos que només interessava solucionar als qui estaven compromesos en el moviment. Vegem-ne alguns:

-L'"espontaneïsm". El refús del saber psiquiàtric tradicional i l'omissió de qualsevol tècnica d'intervenció permetien que molts individus s'apropassin al fet psiquiàtric amb quatre esquemes pseudosocials o pseudopolítics des dels quals intenta-

ven explicar-ho tot. S'oposaven així al veritable esperit del moviment crític essencialment antidogmàtic, autocrític i coneixedor de la complexitat del fenomen del trastorn mental.

-La "mitificació" de la folia. Sobretot per part dels corrents anglesos, que donen lloc a una nova religió no molt allunyada de l'snobisme intel·lectual i que converteix els seus defensors en autèntics mandarins.

autònoma, allunyada de les altres trames assistencials públiques i de la xarxa sanitària general. El refús del model mèdic que havia conformat la situació infame en què es trobaven els hospitals psiquiàtrics, era la filosofia que ho sostenia. Naixia una nova contradicció.

Millor o pitjor tractats els pacients continuaven essent "distints", no tributaris dels recursos de què disposava



L'OMS defineix la salut com «la capacitat de l'individu per establir relacions harmonioses amb altri...»

-Un "nou abandó" del pacient. Mentre s'obviava el coneixement del seu particularisme psicològic i de la confrontació i intercanvi interpersonal, es produïa una nova intel·lectualització per part del tècnic reforçant les idees apreses a priori que el sostreien de l'ajuda, atencions o tractament que evidentment necessitaven els pacients.

-Una "nova segregació" de l'assistència del malalt mental. L'organització de serveis psiquiàtrics va ser durant aquests anys una xarxa

la "gent normal", ubicats en llocs que, encara que reformats, estaven allunyats del medi natural (hospital, barri, família) i, en definitiva, separats del corrent de la vida.

3. La salut mental. Un model d'assistència psiquiàtrica.

El concepte de Salut Mental, que té els seus antecedents en els moviments d'higiene mental dels anys 20 als EE.UU., comença a configurar-se a partir de la nova filosofia que tindrà lloc en la comprensió del binomi Salut-

Malaltia. L'OMS, d'ençà de la dècada dels 40, comença a emetre una sèrie d'informes on accentua la contemplació d'aquest fenomen des del prisma més positiu de salut. Emet una sèrie de definicions, essent la més acceptada la que considera la salut com "un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties".

Anys després (1951), un comitè d'experts de l'OMS, aplicant aquesta filosofia, defineix la salut mental com "la capacitat de l'individu per establir relacions harmonioses amb altri i per participar en modificacions del seu ambient físic i social, o contribuir-hi de manera constructiva".

En general, totes les definicions que he anat revisant acusen el mateix defecte, l'abstracció i la utopia. Ni aquella primitiva de l'OMS ni altres més recents com "Salut per a tots a l'any 2000" no són altra cosa que un enunciat de bons propòsits la inviabilitat dels quals els converteix en un concepte metafísic.

L'existència de l'home és fonamentalment conflictiva, inharmònica, sotmesa a les més variades tensions físiques i psíquiques. Davant aquestes dificultats l'home se sent deseparat, desarmat. S'ha de procurar proveir-lo dels instruments que li permetin enfrontar-se a aquestes situacions límit o que siguin capaços de disminuir el seu impacte.

Des d'aquesta perspectiva, qualsevol classe de salut no pot ser altra cosa que "el dret a la salut". És a dir, el dret a disposar de les possibilitats i dels coneixements necessaris per disfrutar d'una vida saludable. És també "dret a la salut per a tots" accessible i possible per a tots, no sols per als sectors privilegiats. I és, a més, "dret a emmalaltir", a que l'individu suficientment informat, sigui lliure per acollir-se o no a les intervencions que hagin de modificar i decidir la seva vida.

Salut Mental és així mateix el rebuig de qualsevol reduccionisme, sigui biològic o sociològic, que intenti donar una explicació unívoca del fet d'emmalaltir.

La malaltia mental i els seus

síntomes són d'origen multicausal, que vénen condicionats en la seva aparició, naturalesa i evolució per les condicions relacionals en què viu el pacient, és a dir, per la seva "situació".

El trastorn mental mai no té un origen precís. Si en alguna ocasió és possible descobrir qualche esdeveniment clau o es detecta qualche alteració biològica precisa, la importància que adquirirà i el seu pronòstic és el resultat d'una condició existencial.

La descripció parcial dels fets de les afeccions mentals en termes exclusius neurofisiològics o socials, no conduirà mai a una eficaç comprensió de les causes, prevenció i tractament d'aquests trastorns.

Quan un pacient depressiu acut a la consulta, és evident que allò que hi ha al davant no són solament unes manifestacions més o menys catalogades o identificables, sinó que darrere d'allò hi ha una persona amb tota la seva biografia. En la infància, han existit condicions de privació? S'observen esdeveniments rellevants contemporanis al trastorn? Quins recursos psicosocials i familiars disposa per afrontar la crisi? Té suficient suport comunicacional o és un individu aïllat o desarrelat? Qui no es planteja aquests i altres interrogants serà un expert en classificacions i no en el coneixement i ajuda del ser humà.

Amb aquestes reflexions intent apropar-me a allò que jo entenc per Salut Mental. Un concepte operatiu que permeti plasmar-lo en un model d'intervenció.

La salut mental entesa així és fonamenta en una sèrie de principis que configuraran un Model Assistencial d'Orientació Comunitària, acceptat avui majoritàriament, i que des de fa varies dècades es defensa en les publicacions de l'OMS i altres organismes internacionals. A Espanya, aquest model el recullen principalment dos documents: l'Informe de la Comissió Ministerial per a la Reforma Psiquiàtica i el treball presentat al Congrés per la Comissió d'Assistència de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria (AEN).

En síntesi, reflecteixen els se-

güents principis:

- *Principi de la territorialització o descentralització.*

Es subdivideix el territori en sectors amb criteris no solament geogràfics sinó en funció d'altres variables socioculturals i econòmiques. Els seus objectius principals consisteixen en el coneixement de les necessitats específiques d'aquest sector i les atencions dels pacients dins del seu entorn social. En el seu context.

- *Principi de la integralitat. Coordinació i integració dels recursos de la salut mental en una xarxa.*

Cada sector ha de disposar dels dispositius necessaris per respondre a la demanda de la població en totes les seves facetes: de promoció, tractament i rehabilitació del sector infantil, adult i geriàtric.

- *Principi de la integració.*

La Salut Mental és un aspecte específic però inseparable de la salut en general i les accions efectuades en una dimensió afecten l'altra.

Però el nivell de salut de la població no depèn exclusivament del sistema sanitari sinó del funcionament d'altres sectors (socials, educatius, urbanístics).

En conseqüència, l'assistència psiquiàtrica s'ha d'integrar en el Sistema General de Salut i en un pla funcional de coordinació amb altres àmbits psicosocials.

- *L'equip comunitari com a eix fonamental de l'assistència.*

És el principi comunitari cèntric on l'equip que treballa en la comunitat tendria el pes fonamental de l'assistència, considerant-se l'àmbit hospitalari com una alternativa en determinades situacions que no es poden atendre en el seu medi i sempre com una fase dins del procés continuat d'atenció al malalt.

- *L'equip interdisciplinari.*

És un dels elements angulars en la filosofia d'aquest model, integrat per psiquiatra, psicòleg, infermera, treballador social i altres professionals. Allò que defineix aquesta interdisciplinarietat és la consideració que cada membre és posseïdor d'un potencial terapèutic i no solament un pur subaltern

entregat a funcions delegades.

- *Principi de participació comunitària.*

Es tracta d'aprofitar les forces que amb caràcter preventiu i terapèutic ofereix el propi medi social.

És obvi que el model ha d'esser definit prèviament, però a mig termini la població ha d'impulsar el desenvolupament de l'assistència que sigui més convenient per cobrir les seves necessitats.

La Salut Mental, si vol ser fidel a aquests principis, s'ha de plasmar en un conjunt d'intervencions les línies fonamentals de les quals serien les següents:

Prevenió primària

-Mesures encaminades a la promoció de salut en la infància (planificació familiar, vacunacions, consell genètic).

-Mesures que redueixin l'exposició de la població a agents traumàtics que afavoreixen l'aparició de trastorns psíquics (accidents de tràfic, consum excessiu d'alcohol i altres tòxics).

-Mesures que redueixin l'exposició a la privació psicosocial, com succeeix en situacions de desarrelament, separacions prolongades d'infants dels seus pares, excessiva hospitalització...

-Mesures que defensin la creació en el teixit social dels suficients elements de distracció i comunicació interpersonal l'absència dels quals es converteix en un dels factors més patògens de l'emmalaltament psíquic.

Prevenió secundària.

Es tractaria aquí de proporcionar el tractament més precoçment i eficaçment possible. Consisteix en arbitrar una sèrie de mesures amb aquest fi:

-Potenciació de l'assistència domiciliària que permet un seguiment del pacient així com l'estudi de la interacció lligada a malaltia-pacient-família.

-Atenció preferent en les situacions de crisi.

Les crisis amb conflictes



La descripció parcial dels fets no conduirà mai a l'eficaç comprensió de les causes, prevenció i tractament dels trastorns mentals.

(mort, separació, malalties, desocupació laboral) que originen problemes que no poden ser resolts pels qui els sofreixen o per la família.

L'avantatge és que augmenta la receptivitat de l'individu per a ser ajudat mentre dura aquesta receptivitat. La seva finalitat, reduir l'hospitalització.

-Dotació de centres comunitaris que permetin mantenir el pacient en la comunitat i el major coneixement de les variables etiològiques que han influït en el procés d'emmalaltir.

-La creació d'institucions intermitges (hospitals de dia, hospitals de nit) que permetin el seguiment parcial i possibilitin el manteniment dels seus vincles familiars, laborals i comunitaris. En aquesta perspectiva situaríem els serveis psiquiàtrics en hospitals generals que, si estan suficientment integrats en la xarxa assistencial, atenuen el trauma que per al pacient i família suposa l'exclusió en un hospital psiquiàtric.

-Prevenió secundària la constitueix el propi hospital psiquià-

tric sempre que s'organitzi com un lloc terapèutic amb programes i activitats encaminades a aquest fi.

Prevenió terciària

Inclou totes les actuacions dirigides a la rehabilitació i reinserció del malalt en un medi natural i amb les menors limitacions possibles. Funcionen en aquesta línia:

-Clubs d'ex-pacients o grups d'auto-ajuda.

-Tallers protegits, que funcionen com a lloc de reentrenament fins que el pacient es troba en condicions de retornar a la seva feina habitual o que proporcionen un treball productiu a aquells que no estan en condicions d'entrar en el mercat competitiu laboral.

-Casa a mig camí i pisos protegits per als que es beneficiïn de la convivència grupal i que no és possible o recomanable la seva reinserció en el medi familiar en un moment donat.

-Col·locació familiar.

-Ubicació de l'internat a la casa d'una família a la qual s'assessora i protegeix econòmicament.

PERILLS DEL MODEL QUE DEFENSEM

a. El primer perill, ja descrit des dels primers moviments de renovació de l'estructura psiquiàtrica, és la psiquiatriització o psicologització dels problemes humans.

Si bé hem demostrat que en l'emergència d'un conflicte psíquic influeixen variables tan diverses que afecten totes les dimensions de l'existència, l'intent de cobertura dels mateixos conflictes pot desembocar en un estat de totalitarisme assistencial que s'atribueixi el dret d'intervenir en els variats "desajusts" individuals o familiars.

La sobreprotecció d'atencions duu a la neurotizació de la persona, víctima del fals miratge del poder omnipotent de la medicina i la psiquiatria.

Com diu Robert Castel, *"existeix una proliferació d'aquests mals vitals que no són, parlant en propietat, malalties i no susciten en conseqüència una necessitat de curació en el sentit estricte del terme, sinó més bé una demanda d'ajut, de reforç i que, per tant, susciten noves formes d'assistència o auto-assistència, diferents de les formes clàssiques de teràpia"*.

"Es tracta menys de curar que de reparar un disfuncionament psicològic i d'intensificar la pròpia relació amb l'altre".

Es tractaria, per tant, que els professionals del sector psiquiàtric exercissin diverses funcions tals com

assessorar, aprofundir en les contradiccions socials, denunciar els factors patògens del fet cultural. Tan sols una d'elles és prestar atenció o intervenir.

En qualsevol model és necessari delimitar les competències. Les que corresponen a la Salut Mental i les que pertanyen a altres estructures o serveis d'atencions.

b. Desplaçament de l'eix d'assistència cap a l'Hospital General.

Els hospitals, per la seva tradició, pel que signifiquen en relació a l'assistència del malalt agut, el pes del poder mèdic estructurat freqüentment en veritables regnes de Taifes, l'enlluernament gairebé màgic que presenta la seva complicada tecnologia, tendeixen a fagocitar tot allò que es posa en contacte amb tal estructura.

S'ha de tenir molt clar el tipus d'atenció que es pretén prestar i on és el substrat de les contradiccions del malalt psíquic que condicionen i que de vegades generen la malaltia, per eludir la visió hospitalo-cèntrica.

c. Insuficiència de recursos.

La posada en marxa d'un model sense la dotació de recursos suficients i sense la clarificació que han de jugar els distints nivells, condueix irremediablement al fracàs i a la frustració dels professionals i de la població. Això no vol dir que la implantació d'un model s'adeqüi a fases o etapes en funció de les condicions de tot tipus (legals, estructurals, econòmics) que existeixen i sempre que els objectius estiguin ben definits.

d. Infrautilització de recursos.

Fet que ve succeint quan les reformes ja han avançat una mica de camí. La falta de coordinació de les distintes administracions en plans convinguts prèviament condueix a la duplicació de recursos de certs sectors assistencials i al buit o abandonament d'altres.

És fàcil concloure que no sempre l'abundància de serveis presuposa una millor assistència.

e. Finalment, voldria destacar una amenaça que s'endevina en aquelles comunitats amb un desenrotllament acceptable de la seva Reforma Psiquiàtrica. La implantació de diversos equips professionals a la comunitat ve precedida de la confecció d'una sèrie de programes i protocols que si no responen a les necessitats reals de la població, els allunya considerablement de la mateixa població i introdueix una discriminació immediata obrint pas, en molts casos no pretesament, a les estratificacions en greus i lleus, responsables i no responsables, col·laboradors i no col·laboradors, etc.

Una altra conseqüència immediata és que deixen buits considerables que afecten sempre la població més marginal, per a la qual aviat es demanarien institucions tancades, entrant en un cercle viciós d'aquest circuit i aconseguint el contrari d'allò que ha de pretendre un Model d'Orientació Comunitària. ■

Alfred García és metge especialista en psiquiatria.

Plànols topogràfics Fotografies aèries



Plaça del Rosselló, 4-A, 3r.
Telèfon 72 33 56 07002 Palma de Mallorca



Llibreria
Jaume de Montsó

Passatge Joan XXIII, 1-B

Geranis Centre Telèfon 72 19 31

07002 Palma (Mallorca)

LA SALUT A MALLORCA

LA INFECCIÓ VIH EN ELS INFANTS (SIDA):

Algunes consideracions epidemiològiques i psicosocials

Luis Ciria

La Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA) va ser diagnosticada en un nin per primera vegada a l'Hospital de Son Dureta l'any 1984, i va ser el primer cas infantil de SIDA transmès verticalment, és a dir, mare-fill, reconegut a Espanya per la comissió Estatal creada pel Ministeri de Sanitat per al control i seguiment de la malaltia.

Els primers pacients pediàtrics amb SIDA els conegué l'Albert Einstein College of Medicine el 1979 per mitjà de Rubinstein i col·laboradors, però la SIDA no va ser considerada oficialment com una malaltia pels Centers for Disease Control (CDC) dels EE.UU., fins el 1982.



Fins avui ja són 13 els infants infectats pel VIH diagnosticats a l'hospital de Son Dureta, 7 dels quals han desenrotllat la SIDA i 4 han mort.

L'agent causant de la SIDA és un virus conegut com Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH), que va ser aïllat gairebé al mateix temps en 1985 pels investigadors Robert C. Gallo, d'USA, i Luc Montagnier, de França.

El terme SIDA a vegades és usat incorrectament de forma genèrica per fer referència a la infecció per VIH, i infants asimptomàtics VIH-Infectats són anomenats de vegades seropositius. El terme infecció VIH inclou un ampli espectre que va des de la salut aparent fins la malaltia greu. La síndrome més greu resultant de la infecció VIH és la SIDA.

Fins avui ja són 13 els infants infectats pel VIH diagnosticats a l'hospital de Son Dureta, 7 dels quals han desenrotllat la SIDA i 4 han mort. 8 mares d'aquests 13 infants són o han estat addictes a drogues per via parenteral (ADVP) que comparteixen agulles amb altres addictes infectats, i les altres 5 són companyes sexuals d'un addicte o d'un bisexual.

Així mateix, des l'agost de 1985 realitzam un control clínic-

analític trimestral de tots els infants nascuts de mares que saben o declaren ser portadores d'anticossos VIH en el moment del part. Són 34 els infants controlats, dels quals 3 han deixat de venir a la consulta per diversos motius, generalment trasllats, 2 han mort de "mort sobtada" sense relació aparent amb la infecció VIH, 3 estan infectats amb seguretat, 5 encara són menors de quinze mesos sense manifestacions d'infecció, i 21 no han adquirit la infecció.

Grups de risc i vies de transmissió

Dels infants menors de 13 anys infectats pel VIH, el 80% aproximadament tenen un pare amb SIDA o pertanyen a un grup amb risc per a la SIDA; el 13% ha rebut productes sanguinis contaminats i 5% s'han infectat durant el tractament de la hemofília o altres alteracions de la coagulació sanguínia. Els infants o adolescents poden també infectar-se per altres vies més comunament associades amb els adults, com són l'ús d'agulles utilitzades per a la injecció de drogues o per pràctiques sexuals; el risc és major amb la pràctica homosexual que amb la heterosexual.

En la majoria dels infants VIH infectats, sembla que el virus ha estat transmès de la mare al fill. La mare freqüentment no presenta símptomes però sol tenir alteracions immunològiques i anticossos VIH. La via més comuna d'infecció materna és l'ús de drogues per via intravenosa o tenir contactes sexuals amb un varó que hi és addicte. Altres mares han tengut contactes sexuals amb bisexuals, hemofílics o homes infectats d'una altra manera; són naturals de regions com Haití o Africa Central on la transmissió heterosexual hi té un paper més important; tenen múltiples parelles sexuals o són prostitutes, o han rebut una transfusió amb sang o derivats sanguinis contaminats.

Als EE.UU. el 79% de les dones amb SIDA són en edat reproductiva, el 25% d'aquestes dones tenen història de contactes sexuals amb un home de risc per la SIDA. La proporció de dones que s'han infectat per

pràctiques heterosexuales va en augment; de les dones infectades per via sexual, el 67% varen tenir contactes amb addicte a drogues intravenoses. Aquest patró epidemiològic no difereix gairebé del que sembla que existeix a Espanya i a Mallorca.

● Fins avui ja són 13 els infants infectats pel VIH diagnosticats a l'hospital de Son Dureta, 7 dels quals han desenrotllat la SIDA i 4 han mort

● Els factors que predisposen el fetus per a la infecció són desconeguts, i se suposa que són una combinació de factors fetals, materns i virals

Transmissió del VIH mare-fill:

Malgrat que el nin sembla que pot adquirir la infecció de la seva mare abans o en el naixement, existeixen moltes qüestions encara sense resposta sobre la transmissió. Així la transmissió ha estat anomenada vertical, intrauterina, transplacentària, perinatal i congènita, reflectint la incertesa sobre la via i la cronologia.

La cronologia de la transmissió mare-fill és desconeguda; la infecció transplacentària pot produir-se en alguns casos en els primers mesos de la gestació. A més, l'infant pot infectar-se durant el part pel contagi amb la sang de la mare infectada o les secrecions del tracte genital. També pot ser la transmissió post-part per mitjà de la lactància materna. Amb tot, en no ser aquesta la via més comú i sense conèixer amb exactitud el risc de la infecció d'un infant que mama, en

les nacions subdesenvolupades els avantatges de la lactància materna són tals que continuen essent recomanats, però no en els països desenvolupats.

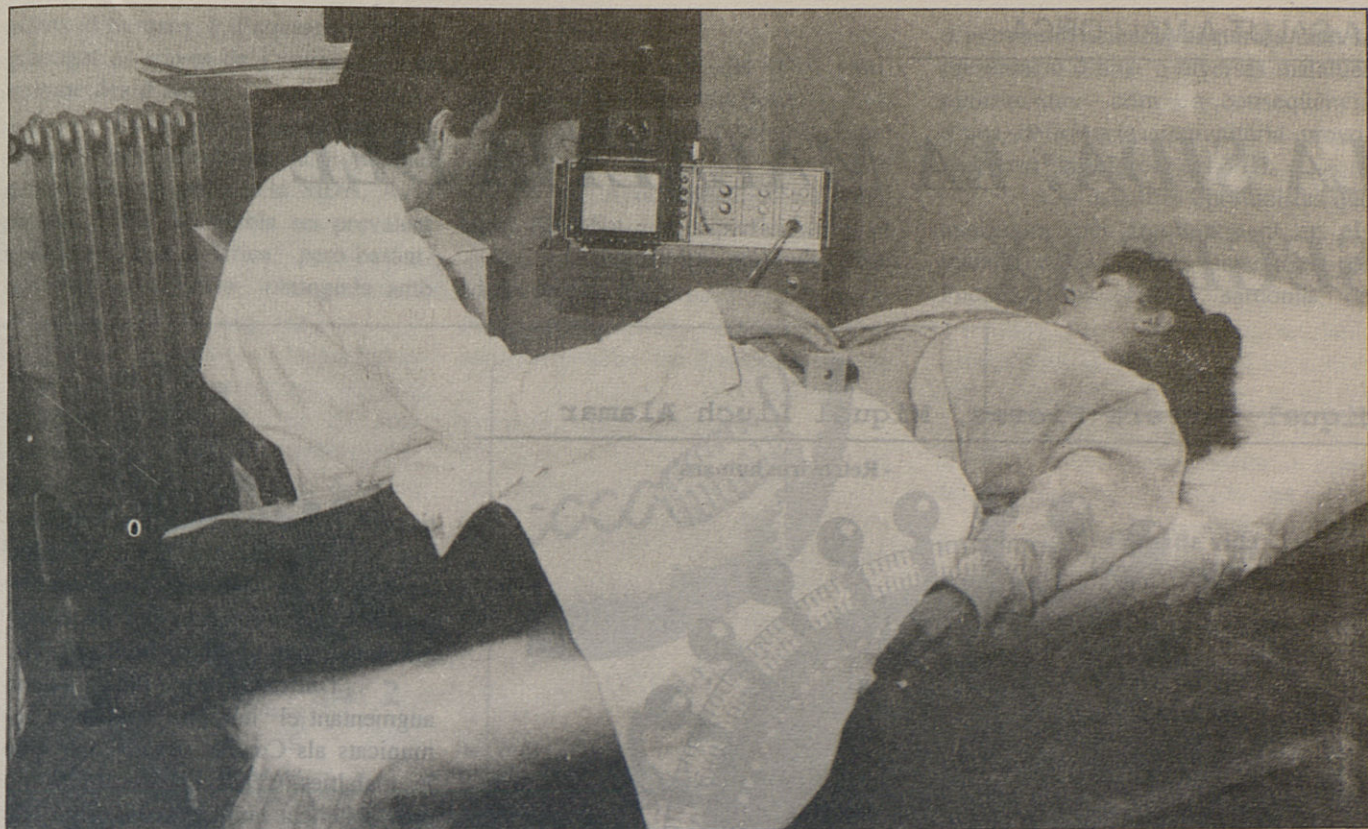
La prevalència de la transmissió de les mares infectades als seus fills no està ben definida. En un estudi multicèntric realitzat en països pertanyents a la Comunitat Econòmica Europea, entre ells Espanya, presentat en la darrera Conferència sobre la SIDA (Monreal, juny 1989), se suggereix que aquesta prevalència de transmissió és aproximadament del 22,5% (màxim del 30%). Els factors que predisposen el fetus per a la infecció són desconeguts, i se suposa que són una combinació de factors fetals, materns i virals; s'han descrit casos en els quals un sol de dos bessons monocigòtics s'infectà en l'úter. Les mares poden transmetre el VIH durant més d'un embaràs, però infants nascuts després d'un germà infectat poden no estar infectats; per tant, no existeixen predictors clars de risc en un infant nascut de mare infectada. La transmissió d'una mare infectada al seu fill després del naixement (excloent la lactància materna) no es coneix. No hi ha evidència que el VIH es pugui transmetre de pares a fills o viceversa a través del contacte íntim entre membres d'una mateixa família.

Pronòstic

Actualment es pot afirmar que tots els infants infectats, si abans no apareix una teràpia eficaç contra el VIH, desenvoluparan la SIDA més prest o més tard. Fins el 1986 els infants amb SIDA morien per terme mitjà 9 mesos després del diagnòstic i el 75% abans dels dos anys; els infants diagnosticats en el primer any de vida tenen la supervivència més curta. Per altra part, es coneixen infants infectats congènita que tenen en l'actualitat 9 anys; nosaltres en controlam un que pròximament complirà els 7 i encara no ha desenrotllat la SIDA.

Conseqüències psico-socials

El diagnòstic d'infecció VIH suposa pesades càrregues per a l'infant i la seva família: haver d'enfrontar-



Les mares poden transmetre el VIH durant més d'un embaràs, però infants nascuts després d'un germà infectat poden no estar infectats.

se amb el diagnòstic d'una malaltia potencialment mortal, ocupar-se de les necessitats sanitàries de l'infant, vèncer l'ostracisme potencial de la família i la comunitat i, possiblement, la necessitat de defensar tant els drets individuals de l'infant com els de la seva escolarització. Desgraciadament, la majoria dels infants infectats pertanyen a famílies o a grups marginals; tenen una mare VIH infectada que pot estar malalta o haver mort; el pare o altres germans també poden estar malalts. La mare o els pares poden no ser capaços o no estar disposats a ocupar-se de l'infant que hauria de quedar a l'atenció d'altres membres de la família o de l'inclusa. Una altra conseqüència important és el sentiment de culpa d'algunes mares que han transmès la infecció al fill així com la preocupació familiar pel risc de transmissió de

l'infant VIH infectat a altres infants.

És necessari un equip multidisciplinari compost, almenys, per metges, infermeres, fisioterapeutes, assistents socials, psicòlegs i ensenyants per solucionar tots els problemes plantejats, essent fonamentals, des del nostre punt de vista, l'assistent social i l'infermera domiciliària.

L'escolarització dels infants infectats ha creat problemes en algunes comunitats. És necessari considerar tant el risc en què un infant VIH infectat posa als altres escolars, com el risc per a l'infant VIH infectat de contreure una malaltia a l'escola. L'equip de salut ha de decidir sobre l'escolarització d'aquests infants i caldrà que tenguin en compte entre altres consideracions l'habilitat de l'infant per al control de les secrecions corporals, evitar les mossegades, les lesions de la pell i les

malalties transmissibles com la varicel·la-Zoster.

El futur

Amb un millor coneixement de la malaltia o amb el desenvolupament d'una teràpia efectiva contra el virus estarem més ben preparats per atendre la població infantil, encara creixent, infectada pel VIH. El tractament i la rehabilitació d'aquesta malaltia requereix una major contribució de disciplina com infermeria, assistència social i medicina. Una vegada disposem de nous coneixements i noves teràpies tendrem l'esperança que en el futur podrem controlar, si no prevenir i curar, la infecció pel VIH. ■

Luis Ciria és metge especialista pediàtra

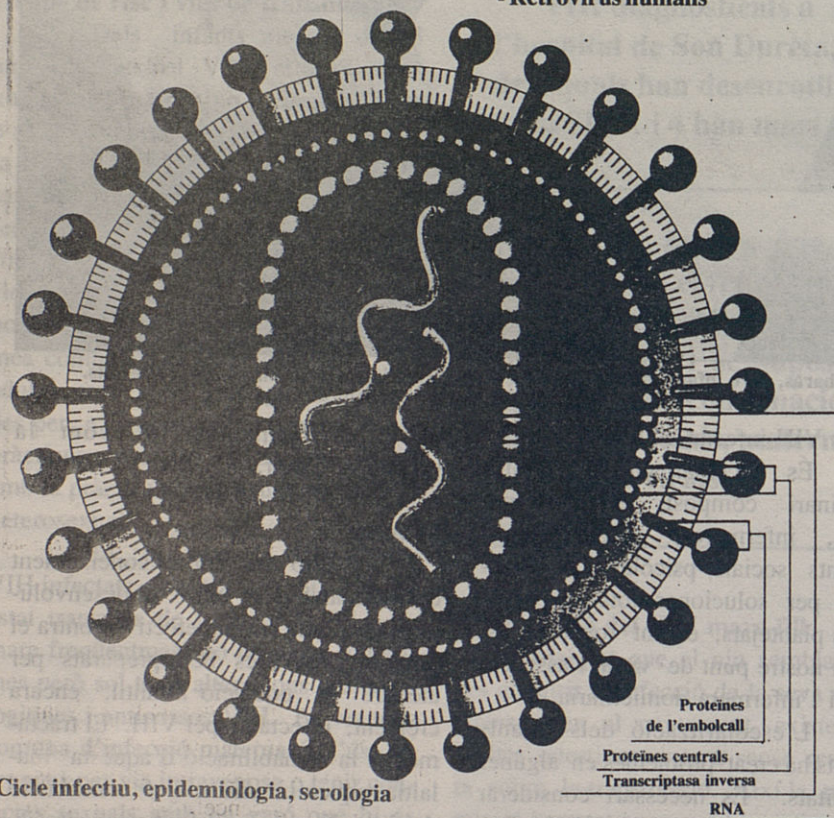
BIBLIOGRAFIA

1. Seminarre in perinatology. Vol. 13, núm. 1. Feb. 1989.
2. Human immunodeficiency virus infection in children. The Journal of Pediatrics. Vol. 114, núm. 1. gener 1989.
3. Investigación y ciencia (edición en español). Dbre. 1988.
4. Cuadernos de Salud. SIDA. Servicio Vasco de Salud. Osakidetza. 2, 1989.

LA SIDA: LA MALALTIA DEL SEGLE XX

Miquel Servera Pieras, Miquel Lluch Alamar

- Retrovirus humans



- Cicle infectiu, epidemiologia, serologia

En començar la dècada dels vuitanta, als Estats Units es va observar que alguns homes joves presentaven lesions a la pell i a les mucoses de difícil diagnòstic i que evolucionaven ràpidament. Es diagnosticaren com sarcoma de Kàposi, tumor conegut, però que normalment afectava persones majors i que tenia més incidència en zones d'Àfrica i del Mediterrani. Una característica de gairebé tots els afectats era que havien mantengut relacions homosexuals.

Al mateix temps, aparegueren altres malalts que presentaven pneumònia deguda al *Pneumocystis carinii*, germen oportunista que solament acostuma afectar persones immuno-

deprimides. Aquests malalts també eren joves i havien mantengut relacions homosexuals. Hom va creure que les dues malalties (el sarcoma de Kàposi i la pulmonia per *Pneumocys-*

tis carinii) podrien estar relacionades i que aquesta relació seria qualche trastorn del sistema immunitari, produït per una infecció que es contagià mitjançant relacions homosexuals.

Durant l'any 1982 anaren augmentant el nombre de casos comunicats als Centres per al control de les malalties (CDC). Els afectats ja no eren solament homosexuals, sinó que també es presentava en varons addictes a drogues per via endovenosa, hemofílics i persones procedents d'Haití.

A finals de 1983, a l'Institut Pasteur de París, Montagnier i col·laboradors aïllen d'un gangli limfàtic d'un malalt amb limfadenopatia generalitzada un virus que denominaren LAV (virus associat a limfadenopatia).

Al començament de 1984, l'equip de Gallo i Popovic, de l'Institut Nacional del Càncer dels EE.UU., aconseguiren aïllar un virus en persones malaltes i pertanyents als anomenats grups de risc, al qual anomenaren HTLV III (Human T-Cell Leukemia virus III).

Es va demostrar que els virus descoberts pels distints grups de treball eren pràcticament el mateix i s'acabà donant-li un nom únic: VIH (virus de la immunodeficiència adquirida).

Quant a l'origen del VIH, sembla que ha d'existir en la seva configuració actual des de fa uns cinquanta anys i podria haver derivat de qualche antecessor comú a altres retrovirus. Si era paràsit d'alguns animals salvatges, podria haver passat d'aquests a grups

aïllats d'humans i d'aquests s'hauria propagat a través de l'emigració i el turisme des d'Àfrica.

Des de 1986 es coneix un nou virus, l'HIV II, capaç de produir un quadre clínic similar a la SIDA. Avui en dia, l'HIV II sembla ser prevalent només a l'Oest d'Àfrica, però basant-nos en l'experiència obtinguda amb

cripció inversa.

3. Circulació del DNA viral i integració en el genoma hoste.

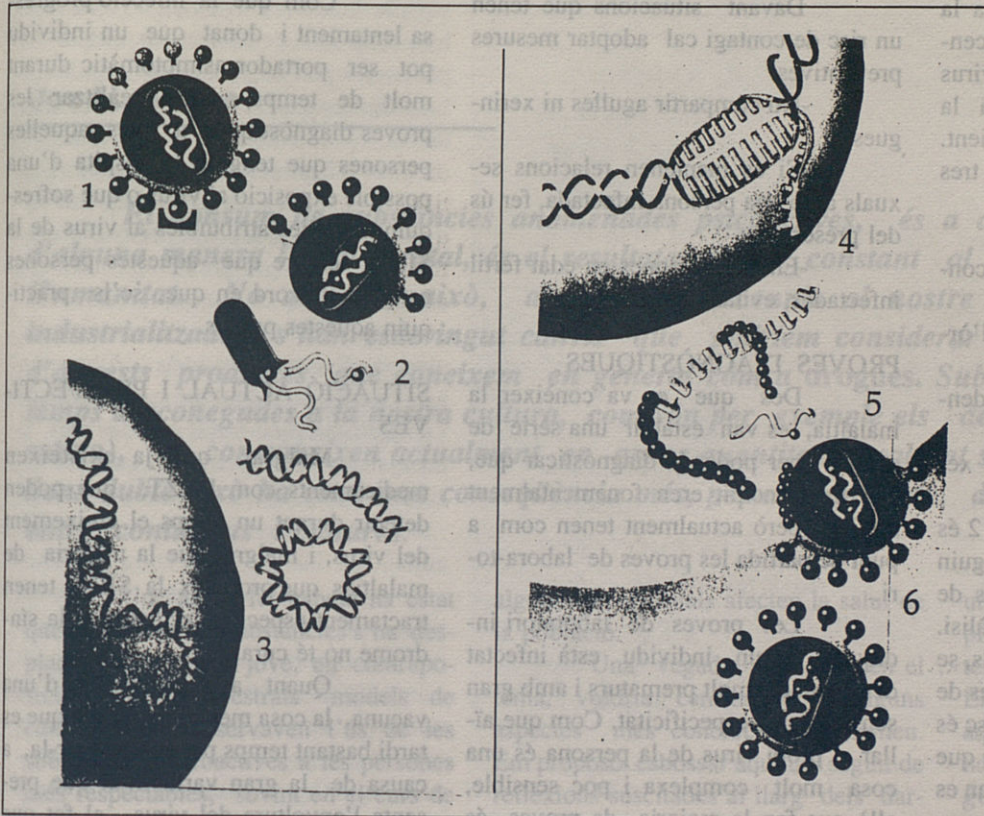
4. Transcripció i síntesi de proteïnes.

5. Acoblament de les proteïnes i del RNA a la superfície cel·lular.

6. Expulsió de partícules virals de la cèl·lula hoste.

d'immunodeficiència adquirida com la presentació d'una o diverses malalties oportunistes com a conseqüència d'una deficiència immunitària provocada per la infecció del VIH.

Les malalties oportunistes que apareixen més freqüentment en els malalts de SIDA són: pneumònia per *Pneumocystis carinii*, sarcoma de



Cicle de vida dels Retrovirus

1. Unió del virus a la cèl·lula diana.
2. Inclusió del virus i transcripció del RNA viral al DNA per la transcriptase inversa.
3. Circulació del DNA viral i integració en el genoma de l'hoste.
4. Transcripció i síntesi de proteïnes.
5. Acoblament de les proteïnes i del RNA en la superfície cel·lular.
6. Expulsió de partícules virals.

l'HIV I, és probable que l'HIV II s'expandeixi a altres àrees geogràfiques del món.

EL VIRUS DE LA SIDA

El VIH és un retrovirus amb tropisme selectiu per a una proteïna de la membrana cel·lular, que és expressada principalment per una subpoblació de limfòcits T, que tenen funció cooperadora i en menor quantitat per a certes cèl·lules del sistema nerviós central no neuronals, per a algunes sub-poblacions de macròfags i un petit percentatge de limfòcits B.

El cicle de vida del retrovirus segueix les següents passes.

1. Unió de virus a la cèl·lula diana.

2. Inclusió del virus i transcripció del RNA viral a DNA per la trans-

LA SIDA

Quan el virus penetra en l'organisme és reconegut pel sistema immunitari com una cosa estranya i provoca una resposta de defensa.

Els anticossos produïts, sovint no aconsegueixen neutralitzar el virus perquè aquest, com hem vist en el seu cicle de vida, penetra a l'interior de les cèl·lules defensives i queda integrat en el seu genoma.

Mentres el virus roman inactiu no provoca alteracions en l'organisme, però si es reactiva, per mitjà de qualche mecanisme que encara no és clar, actua sobre les cèl·lules del sistema immunitari i del sistema nerviós, i les destrueix. És en aquest moment quan el pacient pot sofrir la SIDA.

Es pot definir la síndrome

Kàposi, limfoma cerebral primari, criptococosi extrapulmonar i criptosporidiosi, infeccions per citomegalovirus i herpesvirus, leucoencefalopaties, toxoplasmosis cerebrals...

Aquestes malalties les poden patir també les persones no afectades pel VIH, però si l'origen de la infecció oportunista és l'alteració del sistema immunitari a causa de la infecció pel VIH, llavors deim que aquesta persona té la SIDA.

Si una persona està infectada però no presenta cap alteració de salut, és un portador asimptomàtic. La proporció de portadors asimptomàtics que presenten la malaltia al cap de 2-3 anys és del 30-40%, en altres casos passen 6 anys i en altres mai arriba a presentar-se.

VIES DE CONTAGI

El virus de la SIDA es pot trobar a l'interior d'algunes cèl·lules humanes (tant de malalts com de portadors) o lliure a la sang i altres líquids orgànics.

Allí on el virus arriba a una concentració més elevada és a la sang, al semen i a les secrecions vaginals. Malgrat que també es pot trobar a la saliva i a les llàgrimes, la seva concentració és molt menor. Perquè el virus infecti una persona cal que arribi a la sang d'aquesta en quantitat suficient. Això pot esdevenir per mitjà de tres vies principals:

a. Inoculació directa

1. Al rebre una transfusió contaminada
2. Per transplantament d'òrgan
3. Per punxades i talls accidentals del personal sanitari
4. Per compartir agulles i xeringues

Actualment, els casos 1 i 2 és pràcticament impossible que es puguin produir perquè totes les donacions de sang i d'òrgans són sotmeses a anàlisi. Pel que fa a les punxades accidentals, se n'han produït solament unes desenes de casos en tot el món i, per tant, el risc és també mínim. La quantitat de sang que queda en una agulla o xeringa quan es comparteixen és suficient per transmetre el virus. Això succeeix freqüentment amb els addictes a drogues per via parenteral, que componen, així, el grup més gran de risc que tenim en l'actualitat.

b. Les relacions sexuals

Una altra via important de contagi poden ser les relacions sexuals amb una persona infectada: en aquest cas el contagi es pot produir a través de l'esperma, les secrecions vaginals o la sang contaminada. La transmissió del virus és més fàcil si aquestes relacions produeixen erosions a la pell o a les mucoses.

c. Transmissió vertical

L'altra via de contagi és la transmissió vertical de la dona embarassada al fetus, a causa del fet que el virus i els anticossos poden travessar la placenta. També durant el part o el

puerperi es pot produir el contagi.

En el cas de la transmissió mare-fill, cal distingir l'infant que ha rebut el virus de la mare del que solament ha rebut anticossos. Si l'infant ha rebut el virus, està infectat, però si solament ha rebut els anticossos materns contra el virus de la SIDA, aquests són eliminats al cap de 12/15 mesos.

Davant situacions que tenen un risc de contagi cal adoptar mesures preventives:

-No compartir agulles ni xeringues

-Si es mantenen relacions sexuals amb una persona infectada, fer ús del preservatiu

-En cas de dones en edat fèrtil infectades, evitar l'embaràs

PROVES DIAGNÒSTIQUES

Des que es va conèixer la malaltia, es van establir una sèrie de criteris per poder-la diagnosticar que, en un principi, eren fonamentalment clínics, però actualment tenen com a punt de partida les proves de laboratori.

Les proves de laboratori indiquen si un individu està infectat des d'estadis molt prematurs i amb gran sensibilitat i especificitat. Com que aïllar el propi virus de la persona és una cosa molt complexa i poc sensible, allò que fan la majoria de proves és determinar la presència a l'organisme d'anticossos específics contra distints components del virus de la SIDA.

La tècnica més usada és l'enzimoinmunoassaig (ELISA), que presenta una especificitat i una sensibilitat d'aproximadament el 99%.

Els sèrums que amb el mètode ELISA resulten repetidament positius, es confirmen amb altres mètodes alternatius: els més emprats són el Western-Blot, la immunofluorescència i la ràdio-immunoprecipitació.

Actualment també es disposa de tècniques d'ELISA que detecten antígens: aquestes tècniques són molt útils perquè detecten la presència d'antígens virals en l'anomenat període de finestra, que comprèn de 3 setmanes a 3 mesos i que és el temps que transcorre entre el contagi i l'aparició

dels anticossos. La detecció d'antígens també té molt d'interès en el cas de lactants fills de mares seropositives per determinar si els anticossos del nadó són o no de procedència materna.

Desgraciadament, les proves de laboratori no tenen valor pronòstic sobre el desenvolupament de la infecció i aparició de la SIDA.

Com que la infecció progressa lentament i donat que un individu pot ser portador asimptomàtic durant molt de temps, caldria realitzar les proves diagnòstiques a totes aquelles persones que tinguin la sospita d'una possible exposició al virus o que sofresquin malalties atribuïbles al virus de la SIDA, sempre que aquestes persones estiguin d'acord en que se'ls practiquin aquestes proves.

SITUACIÓ ACTUAL I PERSPECTIVES

Malgrat que ja existeixen medicaments com l'AZT, que poden detenir durant un temps el creixement del virus, i malgrat que la majoria de malalties que produeix la SIDA tenen tractament específic, actualment la síndrome no té cura.

Quant a la possibilitat d'una vacuna, la cosa més probable és que es tardi bastant temps per aconseguir-la, a causa de la gran variabilitat que presenta l'envoltura del virus, al fet que les cèl·lules infectades siguin les immunitàries i perquè no es disposa d'un model animal adequat on provar-la.

Per tant, el nombre de persones que sofresquin la SIDA probablement seguirà augmentant durant 2 o 3 anys, i aquest augment dependrà del nombre de persones que estan infectades actualment (es calcula que en tot el món són uns 10 milions), però també de forma molt especial de l'eficàcia de les mesures preventives.

Miquel Servera i Miquel Lluch són apotecaris especialistes en anàlisis clíniques.

LA SALUT A MALLORCA

EL FENOMEN DE LES DROGUES DES DE MALLORCA

Jordi Altés

El consum de substàncies anomenades psicoactives, és a dir, de productes que alteren d'alguna manera l'estat mental, és el resultat d'una constant al llarg de tota la història de la Humanitat. No obstant això, als darrers decennis al nostre país i a d'altres regions industrialitzades s'han esdevingut canvis que podríem considerar sorprenents en el consum d'aquests productes que coneixem en general com a drogues. Substàncies o plantes fins fa poc temps desconegudes a la nostra cultura, com són per exemple els derivats del cànem (Cannabis sativa), es consumeixen actualment en grans quantitats, malgrat ser drogues de venda il·legal. Sens dubte això ha estat una conseqüència més, potser imprevista, de les millors comunicacions entre continents i cultures.

Un altre fet cabdal ha estat que el consum de substàncies s'ha desplaçat cap a la gent jove, en contraposició amb els ancestrals models de consum, que reservaven l'ús de les substàncies psicoactives a les persones més respectables, sovint en el curs de cerimònies de tipus ritual.

Finalment, un tercer fet important per entendre què està passant ara, és l'observació de la gran varietat de substàncies existents al "mercat" (vegeu Taula) i, sobretot, de la potència que tenen. Per exemple, el consum tradicional de l'opi o de les fulles de coca no té el mateix risc addictiu que el consum dels seus alcaloides heroïna i cocaïna. Com a conseqüència d'aquest fet, ja des de fa temps han anat augmentant a les consultes mèdiques i als hospitals els pacients que consulten per problemes derivats de l'abús d'aquestes substàncies.

Això ha fet pensar a molts que el fenomen de les toxicomanies és sobretot un problema mèdic o sanitari. Res més lluny de la realitat. El consum de drogues és un fenomen social amb un gran nombre de conseqüències,

algunes de les quals afecten la salut de la població.

Una vegada introduïts en el tema, voldria centrar-me en alguns aspectes més concrets del fenomen. Em proposo esbossar aquí un seguit de reflexions suscitées al llarg dels darrers anys, a partir tant de la pròpia experiència professional com de lectures diverses i converses amb altres professionals preocupats per l'atenció a persones amb problemes de drogodependències. Em permetré la gosadia d'utilitzar algunes anàlisis sociològiques que em semblen essencials per orientar el lector en aquest complex terreny.

Quina és la situació de les Illes respecte el problema de les drogues?

Com ja hem dit, durant els darrers vint anys, les nostres illes, com moltes altres regions de l'Estat, s'han vist sotmeses a canvis importants en els patrons de consum de drogues. A la nostra cultura tradicional --mediterrània i vitivinícola--, l'alcohol (generalment en forma de vi) ha estat

utilitzat durant molts de segles com a principal droga recreativa, a més de tenir un ús diari socialment acceptat. En l'actualitat, el vi segueix tenint aquest paper, però s'han incorporat als nostres hàbits moltes i diverses begudes alcohòliques procedents d'altres indrets que l'han anat arraconant (l'exemple més clar seria l'augment explosiu del consum de cervesa en els darrers anys). L'alcohol i el tabac són encara les primeres substàncies psicoactives que tasten els nostres infants i sens dubte les més consumides i les que causen més problemes de Salut a la nostra població. No obstant això, l'interès socio-polític i sanitari s'està centrant molt més en les anomenades drogues il·legals.

El motiu d'aquest interès, en certa manera excessiu quan el comparem amb les escasses accions que es dirigeixen cap als problemes de l'alcoholisme, és sens dubte una conseqüència lògica dels efectes relativament ràpids i devastadors per a l'individu i el seu entorn immediat que pot tenir el consum d'algunes substàncies molt potents. Equivocadament aquestes

substàncies han estat preses com a paradigma de totes "les drogues". És el cas de l'heroïna i, en els darrers anys, de la cocaïna. Aquestes dues substàncies s'han introduït al nostre medi d'una manera explosiva a través d'unes xarxes internacionals de molta eficàcia, amb connexions complexes i només en part conegudes.

Les diverses drogues tenen una capacitat diferent per a crear addicció. Aquest fet, anomenat *susceptibilitat d'abús* d'una substància, s'explica pels propis efectes de la substància, que quan són experimentats amb plaer pel consumidor fan que aquest tendeixi, amb més o menys interès, a repetir el consum. Però els efectes de la substància també depenen de la forma de consum. Així, la injecció intravenosa aconsegueix uns efectes immediats, mentre que per via oral els efectes sempre són més lents i de menys intensitat. A més, el mateix fet de "picar-se" pot conduir a una mena de conducta addictiva, al marge de la substància administrada. No entrarem en els complexos mecanismes psicològics que duen a la conducta addictiva, però sí que hem de recordar aquí que aquest tipus de conducta sovint autodestructiva és un fet essencialment humà, l'existència del qual seguirà essent constant al llarg de la història.

Des de Mallorca, el panorama de les drogues i dels efectes individuals i sòcio-familiars del seu consum reflecteixen en gran mesura un xoc derivat d'uns canvis socials que des del punt de vista de la ciència històrica es poden considerar vertiginosos. El pas d'una societat rural a un més aviat caòtic creixement post-industrial i turístic ha permès que a les illes s'hi hagin introduït tot un seguit de cultures i maneres de viure diferents, i amb elles també una subcultura de la droga inexistents només fa vint-i-cinc o trenta anys.

No obstant això, no hem de pensar en les drogues com en unes substàncies estrangeres que vénen a destruir-nos. Moltes persones mal informades pensen així. De fet, tenim drogues de la mateixa manera que tenim automòbils o frigorífics. Per tant, haurem d'aprendre a viure amb les

drogues (les que tenim i les que ens vindran).

¿Són adequades les respostes que es donen al problema que planteja el consum de drogues al nostre medi?

El creixement de l'"oferta" de drogues al nostre país va coincidir

● El consum tradicional de l'opi o de les fulles de coca no té el mateix risc addictiu que el consum dels seus alcaloides heroïna i cocaïna

● L'alcohol i el tabac són encara les primeres substàncies psicoactives que tasten els nostres infants i sens dubte les que causen més problemes de Salut a la nostra població

amb l'obertura política i el canvi de règim, i sens dubte hi va haver un temps d'una certa "permissivitat" social més aviat ingènua. Prendre determinades drogues ha estat considerat com a acte de "protesta", de "modernitat" o d'identificació grupal. Però la disponibilitat creixent de certes substàncies ha dut a una "banalització" progressiva del seu consum, el qual ha perdut progressivament tot el seu pòsit suposadament intel·lectual. De fet, la resposta social i política al problema de les drogues al nostre país no es comença a notar fins ben entrats els vuitantes. L'any 1985 s'enllesteix el *Plan Nacional sobre Drogas*, primer intent seriós d'organitzar a nivell estatal les accions preventives i assistencials en el tema de drogues. Un dels objectius d'aquest *Plan* era la coordinació i cooperació de

les administracions i institucions socials implicades en el problema.

Cinc anys després de la implantació del *Plan*, s'han creat nous recursos assistencials, encara que sovint han actuat poc coordinadament, demostrant-se també en aquest camp les dificultats d'organització de l'Estat de les autonomies. Els resultats no sempre han estat avaluats, i quan ho han estat han demostrat les dificultats per aconseguir la "guarició" ràpida de la drogodependència quan ja s'ha instaurat. La repressió de l'oferta de drogues il·legals no ha aconseguit ni de bon tros reduir les quantitats consumides ni el nombre de consumidors. S'ha fet esforços preventius lloables, encara que massa sovint han estat discontinus i poc avaluats. Les morts relacionades amb sobredosis d'heroïna han anat creixent progressivament. La delinqüència relacionada més o menys directament amb el consum de substàncies també ha seguit creixent.

A més, en els darrers cinc anys s'ha fet evident entre nosaltres una nova malaltia sovint relacionada amb l'ús de xeringues, però també amb les relacions sexuals. La SIDA al nostre medi representa actualment una amenaça per a moltes persones que consumeixen o han consumit drogues per via intravenosa durant els darrers anys, i també és un risc per a les seves parelles i els seus fills.

Tot això ha generat un corrent d'opinió que preconitza una hipotètica legalització de les drogues com a solució de molts d'aquests problemes. Però tot és molt més complex. Mentre consumim hores, pàgines i saliva en un debat més filosòfic que pràctic sobre la legalització, no estem actuant encertadament sobre les arrels del fenomen.

En el fons, tant el problema de les drogues com l'epidèmia de la SIDA, reflecteixen de manera brutal una profunda crisi social que només es podria resoldre amb un canvi del propi sistema social que ha generat aquests "mals". I això no sembla possible en un termini breu. Cap *Plan* pot canviar un model social basat en la competitivitat, fonamentalment lucratiu, insolidari, basat en el consum pel

consum i ecològicament perillós.

Des d'aquest punt de vista, la resposta al problema de les drogues al nostre medi resulta només parcial. La prevenció es basa en intervencions més o menys esporàdiques dirigides a la població adolescent, però no s'observa un canvi apreciable cap a costums socials més saludables, que no vol dir el retorn a models socials passats de moda o decididament puritans, sinó cap a una nova cultura del lleure. La resposta social al problema de les drogues ha de ser global i solidària. Ara com ara, això només és un desideratum.

¿Quines perspectives s'albiren en el futur de l'abús de drogues?

Centrant-me en aspectes més concrets, discutiré alguns dels temes que segons el meu parer haurem d'enfrontar en els propers anys.

Per una banda, les substàncies d'abús seguiran sens dubte les oscil·lacions marcades per les modes i pel "mercat" internacional. Ja comencem a tenir entre nosaltres noves substàncies de síntesi, que són anomenades drogues de disseny. L'exemple recent més conegut entre nosaltres, sobretot a l'illa d'Eivissa, ha estat l'aparició de l'*ecstasy*, substància derivada de les amfetamines, amb dubtoses efectes afrodisíacs. Aquestes drogues de disseny són la darrera idea dels fabricants de drogues per escapar-se de les lleis internacionals i també per tenir autonomia respecte dels països productors de les tradicionals plantes d'on s'extreuen alguns dels alcaloides més consumits.

També és previsible que com a conseqüència de l'epidèmia de la SIDA, la utilització de xeringues per al consum de drogues sigui progressivament substituïda per l'ús d'altres vies d'administració menys perilloses però també d'efecte ràpid, com són la via respiratòria (fumar) o inhalatòria ("esnifar"). En aquest sentit, és espectacular l'augment del consum de cocaïna fumada (*crack*) que ha tingut lloc a Nord-Amèrica. Una dada realment impressionant i que demostra la generalització del *crack* als USA ha estat la recent detenció del batlle de Washing-



Si no s'empra un camí més decidit cap a la promoció de la salut (per exemple, a través de l'activitat física i del contacte amb la natura), tots els programes preventius probablement seran insuficients.

ton mentre comprava aquesta droga. Per sort, a Europa no sembla estar molt introduïda ara per ara.

En el terreny pràctic, al nostre medi haurem d'enfocar d'una manera més seriosa tres aspectes del problema de l'abús de drogues: la prevenció, l'assistència del drogodependent i l'epidèmia del virus de la immuno-deficiència humana (VIH), causant de la SIDA.

La prevenció de l'abús de drogues ha estat un dels temes que han motivat més articles, reunions, llibres i discussions, però també és l'aspecte que s'ha demostrat més difícil d'avaluar. El que sembla clar és que la prevenció de l'abús de drogues il·legals comença per la prevenció de l'abús de drogues legals, és a dir, tabac, alcohol i medicaments psicotrops. També és

evident que el moment de més vulnerabilitat individual és durant els anys d'adolescència. Per tant, és sobre aquest període de la vida on s'han de concentrar els esforços educatius que condueixin a una vertadera prevenció. En aquesta tasca hi han d'intervenir diversos agents socials comunitaris, començant per la pròpia família. D'altra banda, si no s'aconsegueix de millorar les perspectives laborals de la població més jove, i si no s'empra un camí més decidit cap a la promoció de la salut (per exemple, a través de l'activitat física i del contacte amb la natura), tots els programes preventius que es vulguin fer seran probablement insuficients.

L'assistència a la persona amb problemes de dependència de drogues ha millorat en els darrers anys, però

encara es troba lluny de ser adequada. Els programes terapèutics dirigits cap als drogodependents sovint han posat per davant el propi programa abans que el pacient. A través de "contractes terapèutics" de vegades massa estrictes, han concebut el tractament de la drogodependència com una qüestió de "tot o res". És freqüent sentir a dir per part de professionals dedicats a l'atenció de toxicòmans que "no hi ha res a fer fins que (el malalt) hagi tocat fons i vulgui posar-se en tractament". En la meua opinió, aquest punt de vista ha fet més mal que bé. Se sap des de fa temps que la dependència d'alcohol com més aviat es tracta, més fàcil és aconseguir-ne la guarició. El mateix passa amb altres drogodependències.

Per tant, és essencial que en el futur existeixin diferents nivells de tractament amb diferents graus de compromís per part del pacient. I també haurem d'anar pensant en facilitar l'accés al tractament, inclús des de dins dels propis guetos on sovint s'amaguen els pacients.

Aquest canvi qualitatiu en l'enfocament de l'assistència al drogodependent ha estat una conseqüència més de l'adveniment d'una nova malaltia mortal, la SIDA, que és especialment freqüent entre els drogaddictes per via intravenosa. Aquesta malaltia és causada per un virus desconegut fins fa pocs anys, el virus de la immunodeficiència humana (VIH), que és transmès de persona a persona a través de la sang, per les relacions sexuals i de mare

a fill. Una peculiaritat d'aquest virus, que el fa extremadament perillós, és que des que infecta l'individu fins al moment que apareix la malaltia passen almenys de cinc a deu anys. Durant aquest temps, si l'individu infectat no es fa una prova d'anticossos anti-VIH, no sabrà que és contagiós i podrà transmetre la infecció a altres

● **L'heroïna i la cocaïna s'han introduït al nostre medi d'una manera explosiva a través d'unes xarxes internacionals de molta eficàcia**

● **Aquest tipus de conducta sovint autodestructiva és un fet essencialment humà, l'existència del qual seguirà essent constant al llarg de la història**

persones (parella sexual, individus amb els que comparteixi xeringues, fills,...). Així és com la infecció es va estenent poc a poc a la població general, i no només als que utilitzen drogues

o tenen una conducta homosexual.

La prevenció de la SIDA al nostre medi va íntimament lligada a la prevenció de l'abús de drogues. Naturalment, la manera més segura de prevenir ambdós fenòmens és evitant el consum de substàncies per via intravenosa i seguint les mesures anomenades de "sexe segur". Sovint, però, alguns drogodependents són incapaços de deixar de prendre una droga. En aquest cas és important disposar de programes que tendeixen a "minimitzar el risc". Entre aquests programes, s'han demostrat útils en estudis inicials els tractaments de manteniment amb metadona o naltrexona per als addictes a l'heroïna, i alguns sistemes d'intercanvi de xeringues "brutes" per xeringues netes. També és essencial actuar on es concentra un gran percentatge de persones seropositives (infectades per VIH), com són les presons. És necessari millorar l'educació sanitària d'aquesta població, i les condicions ambientals a què està sotmesa.

Tots aquests reptes requereixen que l'esforç econòmic i humà que es dediqui al problema de les drogues augmenti considerablement. Les actituds discriminatòries o individualistes no faran més que profunditzar les diferències socials i instaurar definitivament en la nostra societat la marginació d'una part de la joventut. ■

Jordi Altés és metge especialista en medicina interna.

QUARS
llibres tècnics

C/ REINA ESCLARAMUNDA, 13
07003 PALMA - TEL. 72 64 96

Embat
llibres

Passatge Joan XXIII, 5-E
Geranis Centre
07002 Palma de Mallorca Tel. 71 33 50

LA SALUT A MALLORCA

CÀNCER: ELS CAMINS DE LA RECERCA ALS ANYS 90

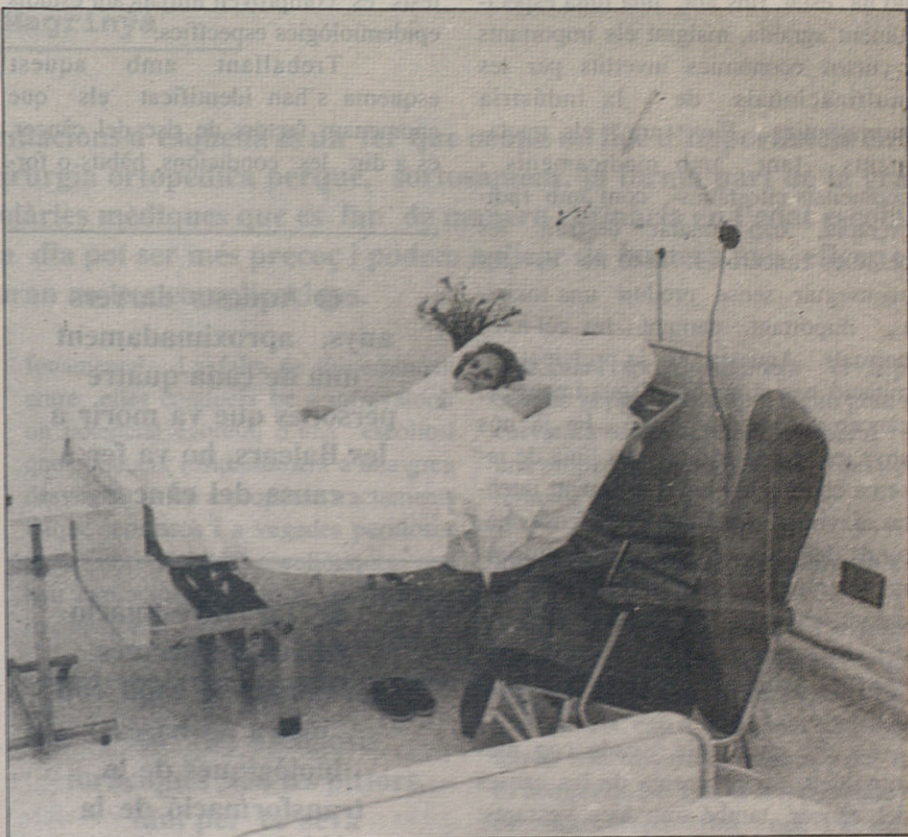
Enric Benito

La paraula càncer arreplega un conjunt de malalties -més d'un centenar- que tenen diferents causes, diferent evolució i distint pronòstic. Per això parlar de càncer sense especificar més, és com parlar de "malalties infeccioses", un concepte massa genèric que es refereix a problemes tan distints entre ells com puguin ésser la sífilis, el còlera o el grip.

Malgrat que, avui per avui, es poden guarir més d'una tercera part dels casos que es diagnostiquen, -la qual cosa és sovint desconeguda-, el fet és que en els països occidentals i en les comunitats que han aconseguit controlar la malnutrició i les malalties infeccioses, el càncer assoleix unes dimensions importants des del punt de vista de salut pública.

En aquests països, el càncer en totes les seves formes, ha arribat a ésser de manera constant la segona causa de mort, després de les malalties cardiovasculars. Això és el que també trobam a la nostra comunitat on, gràcies a l'excel·lent tasca de l'Institut Balear d'Estadística sabem que, aquests darrers anys, aproximadament una de cada quatre persones que va morir, ho va fer a causa d'aquesta malaltia.

Destaca per la seva freqüència sobre els altres tipus, el càncer de



El càncer, en totes les seves formes, ha arribat a ésser de manera constant la segona causa de mort, després de les malalties cardiovasculars.

pulmó que, previsiblement, anirà augmentant entre nosaltres en els propers anys mentre que en els països on fa temps es varen plantejar programes de lluita contra l'addicció al tabac, com per exemple als Estats Units d'Amèrica (on més de 36 milions de persones han deixat de fumar en els darrers 25 anys) ja s'ha observat una disminució important en el nombre de nous casos de càncer.

La possible millora dels resultats que actualment s'obtenen amb el tractament, i també la possibilitat de prevenció primària, és a dir, evitar l'aparició de casos nous, exigeix un

coneixement millor de les causes de les malalties canceroses i del seu comportament biològic. La recerca per assolir el control del càncer és, sens dubte, una forta lluita que la comunitat científica té declarada a la nostra pròpia ignorància i on els resultats, com a quasi totes les activitats humanes, estan en relació amb els recursos que s'hi destinen.

Amb aquesta perspectiva i coneixent, si no canvien les coses, que a l'any 2000 un de cada tres europeus patirem aquesta malaltia en un moment o l'altre de la nostra vida, l'any 1985 els caps d'Estat de la

Comunitat Econòmica Europea, reunits a Milà, aprovaren les bases d'un programa anomenat Europa Contra el Càncer, del qual recentment s'ha ampliat la durada mínima fins l'any 1994 i que preveu activitats de prevenció, educació sanitària i de recerca.

La recerca es fa a dos nivells. Un cercant tractaments més eficaços per als casos ja diagnosticats: aquesta no ha estat, fins ara, una línia especialment agraïda, malgrat els importants cursos econòmics invertits per les multinacionals de la indústria farmacèutica. Fins ara, els tractaments, tant amb medicaments - anomenats citostàtics-, com amb radioteràpia, han intentat destruir les cèl·lules canceroses: això no es pot aconseguir sense produir una toxicitat important damunt les cèl·lules normals. Aquesta és la principal limitació per arribar al guariment del càncer per aquest camí. Fa ja uns anys, es va obrir una nova línia de recerca en el camp del tractament: intentar afavorir i estimular les defenses naturals del cos, és allò que es diu immunoteràpia; és molt probable que durant els anys 90, aquesta altra via per al tractament de les malalties canceroses produeixi els tan esperats fruits.

L'altra línia, cada cop més important, és la recerca de les causes del càncer, també amb dues vessants: la recerca de laboratori i l'epidemiològica. Dins cada una d'aquestes es fan avenços considerables:

La investigació bàsica, o de laboratori, ha permès aproximar-se cada cop més a les bases biològiques de la transformació de la cèl·lula normal en cancerosa; cal només recordar que l'any 89 el premi Nobel de Medicina es va donar als investigadors que desenvoluparen la seva tasca envers els oncogenes.

La recerca epidemiològica comença amb la mesura de la freqüència en què es presenten els tumors dins una població i amb la descripció de les característiques més elementals dels individus afectats. Aquesta

informació bàsica recollida pels Registres de Càncer permet descriure les variacions de la incidència (nombre de casos nous que es detecten) al llarg del temps, establir comparacions entre diferents poblacions, edats, sexes, grups socials, etc. D'aquestes observacions sorgeixen múltiples qüestions sobre les diferències observades que són una font d'hipòtesis de treball. Aquestes hipòtesis es comproven mitjançant estudis epidemiològics específics.

Treballant amb aquest esquema s'han identificat els que anomenam factors de risc del càncer, és a dir: les condicions, hàbits o for-

● Aquests darrers anys, aproximadament una de cada quatre persones que va morir a les Balears, ho va fer a causa del càncer

● La investigació bàsica ha permès aproximar-se cada cop més a les bases biològiques de la transformació de la cèl·lula normal en cancerosa

mes de vida que s'associen amb un augment del risc de patir la malaltia i que, encara que no coincideixen amb la causa permeten fer-ne prevenció primària.

El fum del tabac és un bon exemple de factor de risc de càncer, trobat de resultes dels estudis epidemiològics, encara que no en coneixem bé el mecanisme d'actuació; sabem però, que evitar l'exposició disminueix el risc de patir càncer de pulmó, boca, esòfag, bufeta, etc. Ara bé, el fum del

tabac no ho és tot i la identificació d'altres factors de risc que permetin, d'una banda, donar pistes de recerca als que treballen en el laboratori i, de l'altra, fer recomanacions de salut pública per evitar l'aparició de casos nous, és la feina que està per fer en els propers anys.

Així com les dècades passades els esforços s'han invertit, sobretot, en el laboratori, sembla que a partir dels noranta les perspectives s'han dirigit cap a la recerca epidemiològica i aquesta estarà especialment afavorida tant pel NCI (Institut Nacional del Càncer dels EUA) com pel programa europeu esmentat.

La recerca epidemiològica es fa més fàcil amb les especials condicions geogràfiques i demogràfiques que es donen precisament a les nostres illes. La forta immigració (una quarta part de gent d'un altre origen i una altra cultura) permet observar una variabilitat en l'exposició a diferents factors de risc. D'altra banda, el fet de la insularitat facilita la identificació i el seguiment dels casos que es diagnostiquen.

Aprofitar aquestes condicions especials que té la nostra comunitat per dur a terme la recerca epidemiològica ha estat una encertada decisió de les institucions signants del conveni (CIM, CAIB, AECC, UIB, INSALUD) per a la creació i manteniment d'una Unitat d'Epidemiologia del Càncer el mes de maig passat.

Queda un llarg camí fins a arribar a la comprensió del problema del càncer, que és un dels problemes de salut pública més importants a les darreries del mil·lenni. Sembla que, almanco, hi ha acord en les institucions, tant a nivell de les Illes com de la Comunitat Econòmica Europea, destinar més recursos a la seva recerca. Hem d'esperar que l'aprofitament d'aquests recursos ajudi a entendre i controlar, cada cop millor, això que, per ara encara, massa vegades ens guanya. ■

Enric Benito és metge especialista en oncologia.

DEFORMACIONS DE COLUMNA: LES ESCOLIOSIS

M. Rubí, F. Peña, J.M. Magrinyà

El problema de les deformacions d'esquena és un fet que ocupa un lloc d'importància en la consulta diària dels serveis de cirurgia ortopèdica perquè, sortosament, ja forma part de la gran majoria de les revisions protocolàries mèdiques que es fan de manera rutinària en l'edat escolar. Gràcies a això, el diagnòstic cada dia pot ser més precoç i podem aplicar de manera més eficaç els tractaments preventius que evitaran moltes complicacions.

Desgraciadament, encara hem de veure i viure casos límits, però reconforta saber que, d'alguna manera, no s'hi ha arribat per deixadesa, ignorància o desinterès. Per això considerem important tot intent d'aproximar un tema mèdic com aquest al públic en general fent-lo el màxim d'assequible, sense que perdi el rigor científic i tècnic que creim que ha de tenir qualsevol qüestió que hagi de ser tractada per professionals.

Definició i generalitats

Les desviacions habituals o permanents de la columna vertebral, constatades per la simple observació de l'esquena o bé per radiografies, són anormals. Aquestes desviacions a la dreta o a l'esquerra de la vertical són anomenades *escoliosis* (del grec *skolios*: sinuós).

Quan la desviació desapareix completament en posició de decúbit (allargat), o simplement al acotar-se, es tracta d'una *actiud escoliòtica*: alteració "funcional" de l'estat d'empeus.

Quan la desviació persisteix en posició de decúbit i, a més a més, s'acompanya de deformacions de les vèrtebres i discs intervertebrals, es tracta d'una *escoliosi estructural*.

La diferenciació entre aquests dos tipus d'escoliosis és necessària i

fonamental. La falta de discerniment entre elles condueix bé a infravalorar un potencial evolutiu d'una escoliosi que condueix insidiosament a una greu desviació, o bé a proposar tractaments llargs, costosos i a vegades perillosos per a unes actituds escoliòtiques que mai evolucionaran cap a deformitats irreductibles.

● Les escoliosis toràciques són les pitjors, tant per la seva agressivitat evolutiva que pot complicar la funció pulmonar, com per les deformitats que provoquen

Per tant, podem avançar ja que el tractament consisteix, essencialment, en el coneixement precoç de la deformitat i del seu tipus, en la correcció de les corbes existents i en la prevenció del progrés d'aquestes corbes.

Actualment es considera que l'escoliosi representa un problema ortopèdic en el 1.4 per mil de la població,

presentant aproximadament el 2 per cent de la població adulta algun grau de curvatura de la columna vertebral, en una proporció de 8 a 1 a favor del sexe femení.

Síntomes, signes i exploració clínica

Moltes vegades, l'escoliosi potencial serà diagnosticada d'una manera incidental o accidental. Com que en els casos incipients els símptomes són mínims o manquen del tot, és comprensible fins a cert punt que no es descobreixi fins que l'aparició d'una deformitat la faci evident. Aquest fet hauria d'ésser la base dels programes d'educació massiva per procurar el reconeixement de l'escoliosi abans que es desenvolupin canvis irreversibles.

L'aspecte anormal de l'esquena és la raó usual per acudir a la consulta del metge. Pot ésser descobert pels pares, però, sortosament, ja és més habitual que sigui detectat a les revisions escolars o pel monitor de gimnàstica o de natació (nin despullat). La "mala postura", una "espatlla més alta" o uns pantalons més curts d'una cama són troballes que constitueixen també motius de consulta. Finalment, amb bastant freqüència, una radiografia feta per qualsevol altre motiu demostra

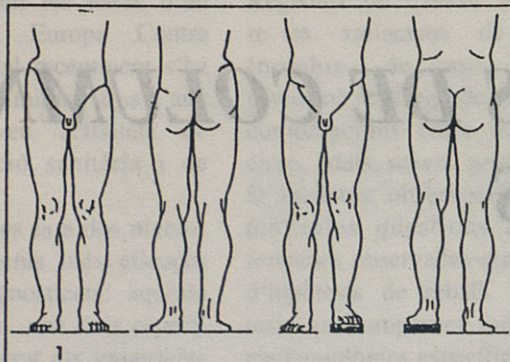


Fig. 1

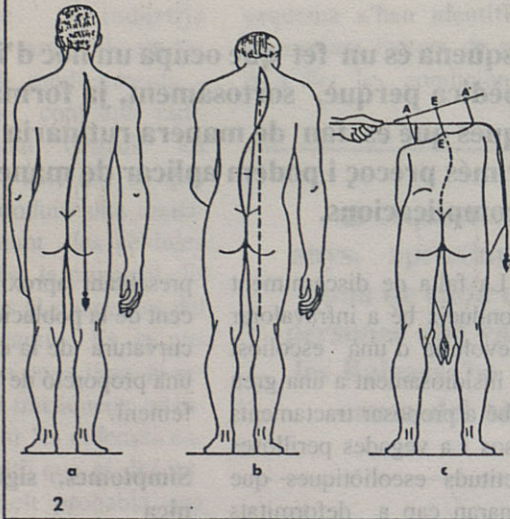


Fig. 2

l'existència de corbes anormals a la columna.

El dolor a l'escoliosi és un símptoma infreqüent, i la seva presència justificaria la recerca d'altres causes que l'originin.

L'exploració clínica es fa amb el pacient en bipedestació (dempeus), nuu i descalç, i cal prestar atenció bàsicament a:

- l'equilibri de la pelvis (desigualtat d'extremitats) (fig. 1).
- l'eix occipital (fig. 2.a).
- l'equilibri de les espatlles.
- corbes sagitals.
- corbes laterals (fig. 2.b).
- gep (fig. 2.c).

No cal estendre's gaire en l'aspecte radiogràfic de la malaltia, tant per la falta d'espai com pel tecnicisme que representa, però considerem important fer saber que en gairebé un 100 per 100 dels casos que ens con-

sulten per problemes d'espatlla és necessari, quasi indispensable, fer radiografies. Aquesta és una exploració, més o manco rutinària, totalment estandaritzada, sense la qual és impossible fer el diagnòstic i l'avaluació de la malaltia.

Les actituds escoliòtiques

Per la seva freqüència creim important dedicar-los-hi un espai. Parlem d'*actitud escoliòtica* quan la desviació lateral és totalment reductible en posició de decúbit o acotat, tant clínicament com radiològicament. Això vol dir que la corba desapareix quan el pacient s'estira al llit, la qual cosa es comprova també amb les radiografies. Per tant, cal entendre que, en aquest cas, el terme "actitud" és un diagnòstic per l'especialista.

Tal com es pot veure en el gràfic, són diverses les etiologies (causes) de les actituds escoliòtiques,

i ens limitarem a anomenar-les:

- dismetria de membres inferiors (fig. 3.a i a').
- rigidesa o posició viciosa del maluc (cadera) (fig. 3.b i b').
- paràlisi asimètrica dels músculs de la cuixa (fig. 3.c i c').
- paràlisi asimètrica dels músculs del tronc (fig. 4.a, b i c).
- contractures dels músculs del tronc; contractures antiàlgiques.
- asimetria de la frontissa lumbosacra.
- vicis posturals dels infants i adolescents.

Les escoliosis estructurals

Les desviacions vertebrals són, en aquests casos, almenys parcialment, irreductibles. Els cossos vertebrals i els discs que hi participen tenen llurs estructures deformades. La corba lateral es combina amb una rotació, que es manifesta com un gep.

Apareixen freqüentment en el període de creixement ossi i solen agreujar-se amb la pubertat.

D'entre la multiplicitat de tipus d'escoliosis parlarem de les *idiopàtiques* perquè són, de molt, les més freqüents, tractant només de passada la resta de les altres formes.

Escoliosis estructurals idiopàtiques

Anomenades també *essencials*, són les que, evolucionant amb el creixement, no tenen una etiologia (causa) ben definida, encara que sembla ésser d'origen genètic. Són, amb molta diferència, les més freqüents, representant el 70 per cent de totes les escoliosis estructurals.

Una vegada diagnosticat el tipus d'escoliosi, l'hem de situar topogràficament a l'esquena, i això ho feim en relació al segment afectat de la columna. Així doncs, parlem d'escoliosi *dorsal* o *toràctica* (fig. 5.a), *lumbar* (5.b), *dorsolumbar* o *toracolumbar* (5.c) i escoliosi de *doble corba* (dorsal + lumbar) (5.d).

Normalment, la corba principal té una altra corba per damunt o per davall que representa una resposta de la resta de la columna per tal de mantenir la verticalitat. Aquesta segona

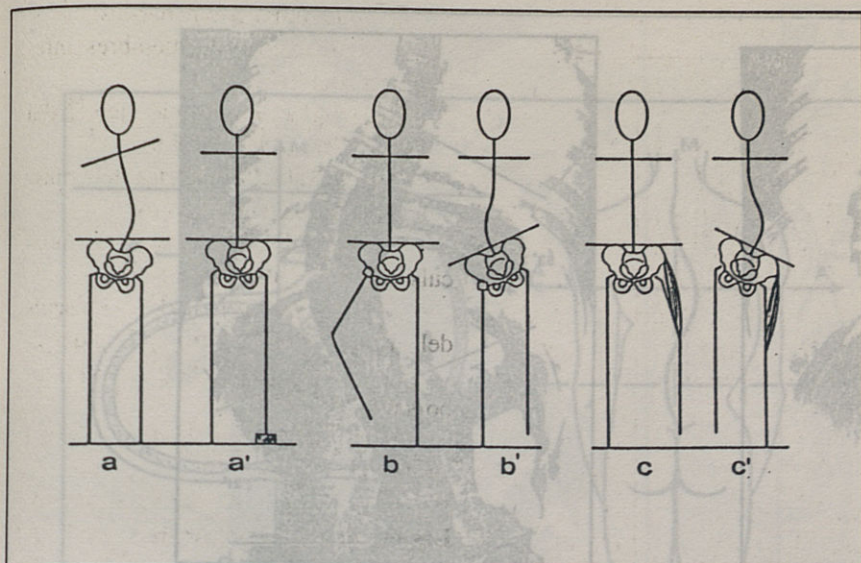


Fig. 3

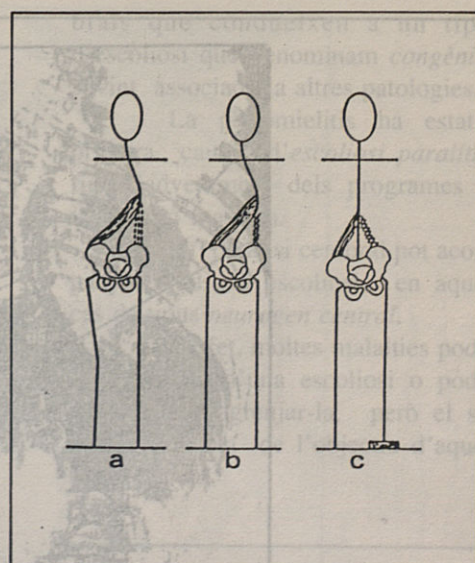


Fig. 4

corba és, per tant, de compensació, també denominada *menor o secundària*.

D'aquests quatre tipus, les toràciques i lumbars sumades representen un 60 per cent del total. Referent al pronòstic, les toràciques són les

● Per regla general, les gimnàstiques no eviten el progrés d'una escoliosi, així com tampoc corregeixen una corba ja estructurada

pitjors, tant per la seva agressivitat evolutiva que pot complicar la funció pulmonar, com per les deformitats que provoquen.

Aquí tenim uns exemples radiogràfics dels diversos tipus d'escoliosis i de la valoració dels seus angles (indicadors de la gravetat de la corba) (fig. 6).

Com ja hem dit, les escoliosis idiopàtiques sempre combinen una corba lateral amb una rotació de les vèrtebres en relació a l'eix longitudinal dels raquis. Com que a nivell toràcic les vèrtebres s'articulen amb les cos-

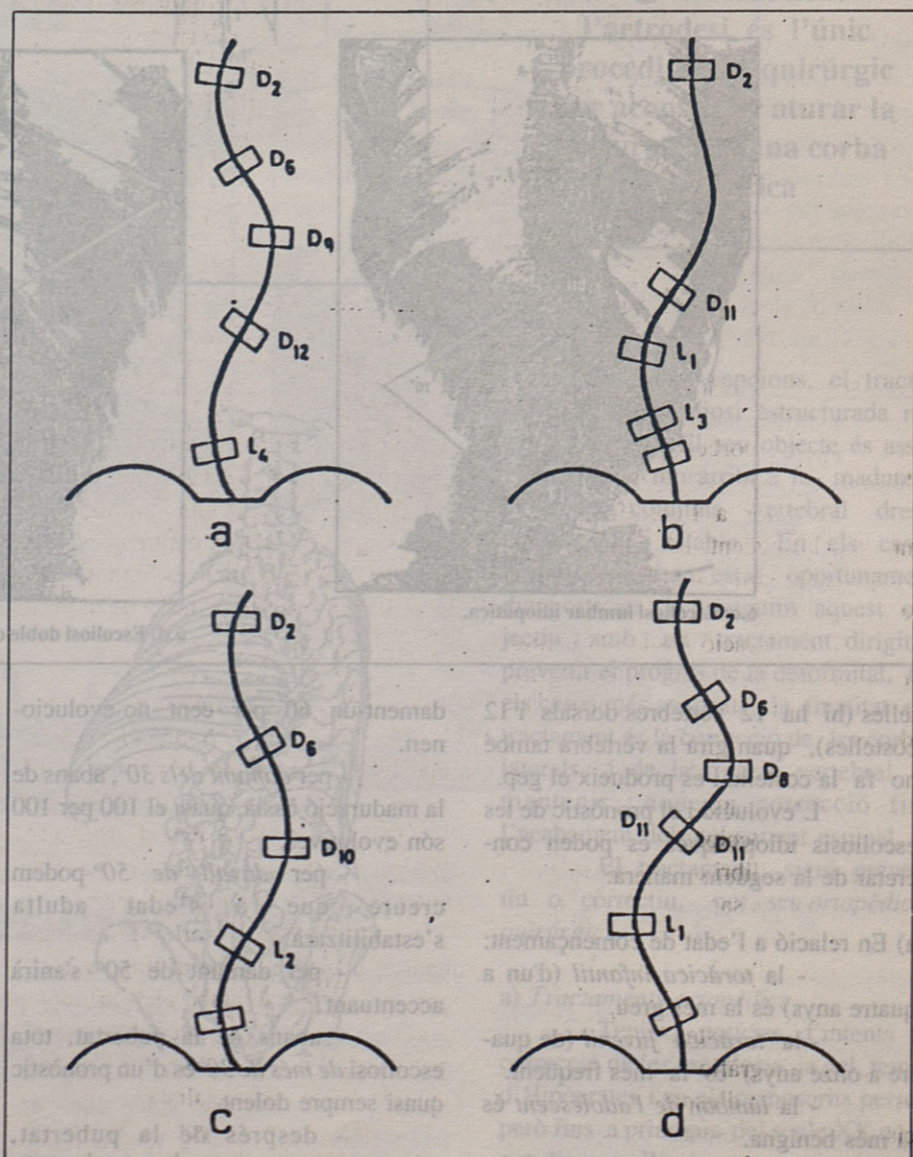


Fig. 5



6.a) Escoliosi dorsal idiopàtica.



6.b) Escoliosi dorso-lumbar idiopàtica.



6.c) Escoliosi lumbar idiopàtica.



6.d) Escoliosi doble corba (dorsal + lumbar) idiopàtica.

telles (hi ha 12 vèrtebres dorsals i 12 costelles), quan gira la vèrtebra també ho fa la costella i es produeix el gep.

L'evolució i el pronòstic de les escoliosis idiopàtiques es poden concretar de la següent manera:

a) En relació a l'edat de començament:

- la *toràtica infantil* (d'un a quatre anys) és la més greu.
- la *toràtica juvenil* (de quatre a onze anys) és la més freqüent.
- la *lumbar de l'adolescent* és la més benigna.

b) En relació als graus de la corba:

- per *davall de 30°* aproxima-

dament un 60 per cent no evolucionen.

- per *damunt dels 30°*, abans de la maduració òssia, quasi el 100 per 100 són evolutives.

- per *davall de 50°* podem creure que a l'edat adulta s'estabilitzarà.

- per *damunt de 50°* s'anirà accentuant.

- abans de la pubertat, tota escoliosi de *més de 30°* és d'un pronòstic quasi sempre dolent.

- després de la pubertat, l'evolució és poc rellevant i les *inferiors a 30°* pràcticament no evolucionen.

nen.

- després de la maduració òssia l'escoliosi idiopàtica es considera acabada, deixant unes seqüeles que poden afectar més o menys l'activitat normal de l'individu (discopaties, pinçaments, degeneració artròtica precoç, etc).

2) *Altres tipus d'escoliosis estructurals*

Un 30 per cent d'escoliosis poden ésser classificades segons el seu origen i la causa que les provoca.

Les anomalies que afecten el desenvolupament embrionari de la columna provoquen malformacions verte-

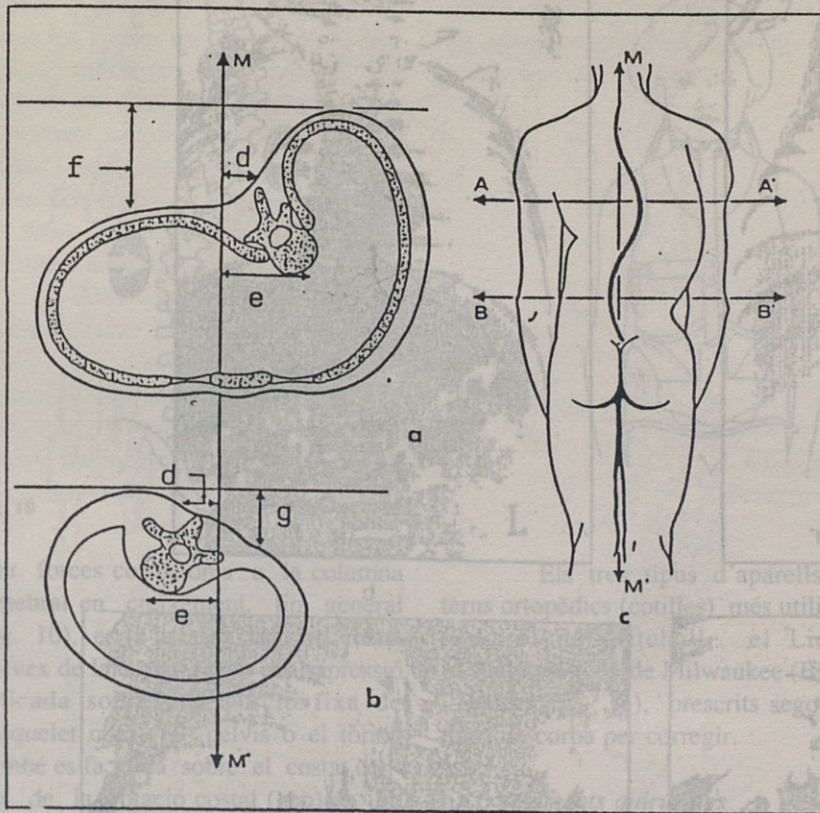
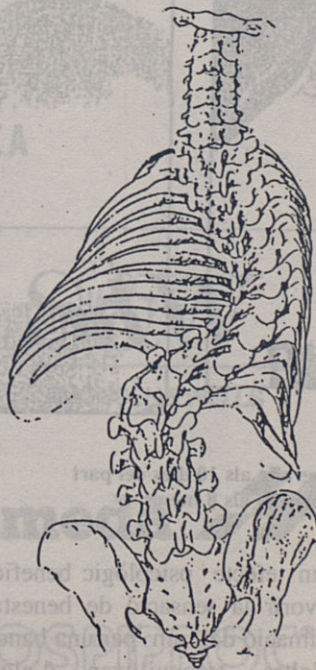


Fig. 7. Esquema de les deformacions del tronc provocades per l'escoliosi:

- a) Tall dorsal AA'
- b) Tall lumbar BB'
- c) Esquema del malalt vist per darrera
- d) Desviació de l'apòfisi espinosa
- e) Desviació del cos vertebral
- f) Gep dorsal
- g) Gep lumbar

Fig. 8: La suma de les deformitats esquematitzades a la figura 7 provoca una alteració en conjunt de l'esquelet del tronc, tal com mostra el dibuix de la dreta.



brals que condueixen a un tipus d'escoliosi que denominam *congenita*, sovint associada a altres patologies.

La poliomielitis ha estat la primera causa d'escoliosi paralítica fins l'adveniment dels programes de vacunació massiva.

La paràlisi cerebral pot acompanyar-se d'una escoliosi, en aquest cas de tipus *neurogen central*.

De fet, moltes malalties poden ser la causa d'una escoliosi o poden contribuir a agreujar-la, però el seu estudi s'escapa de l'objectiu d'aquest treball.

● Actualment l'artrodesi és l'únic procediment quirúrgic per aconseguir aturar la progressió d'una corba escoliótica

Tractament

Sense excepcions, el tractament d'una escoliosi estructurada necessita temps. El seu objecte és assegurar que el nin arribi a la maduresa amb una columna vertebral dreta, equilibrada i estable. En els casos mínims que han estat oportunament diagnosticats, aconseguim aquest objectiu amb un tractament dirigit a prevenir el progrés de la deformitat. En els casos més avançats, la finalitat del tractament és la correcció de les corbes laterals i de la rotació vertebral, i mantenir aquesta correcció fins l'acabament del creixement espinal.

El tractament, sigui preventiu o correctiu, pot ser *ortopèdic* o *quirúrgic*.

a) Tractaments ortopèdics

Tenim notícies d'intents de correcció de les escoliosis ja del temps d'Hipòcrates i en els manuscrits perses, però fins a principis del segle XX no es pot dir que s'hagi aconseguit una sistematització més o manco efectiva i

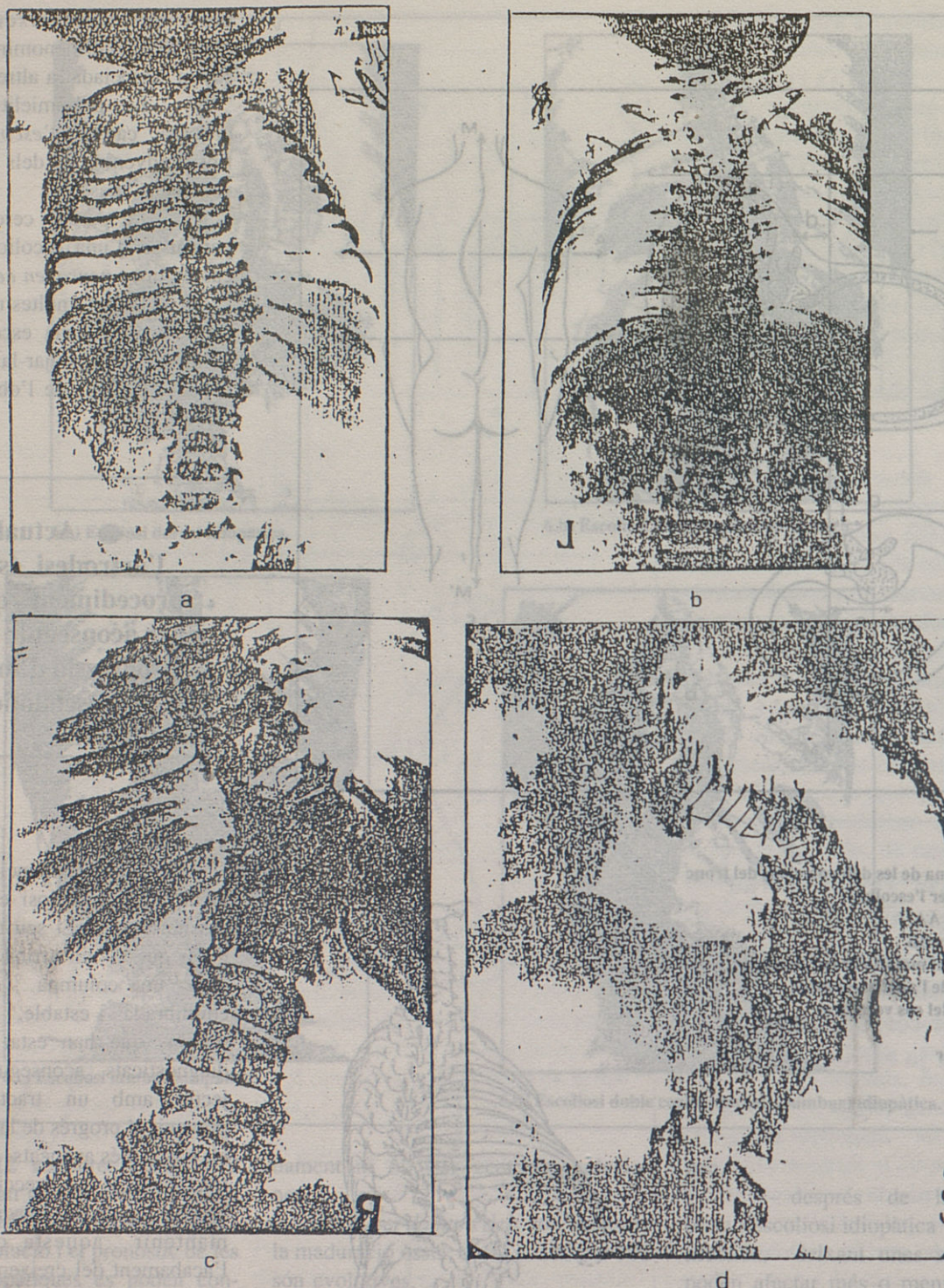


Fig. 9: Escoliosi congènita amb malformacions complexes:

a) Radiografia als 10 dies del part
b) Radiografia als 8 mesos

c) Radiografia als 8 anys
d) Radiografia als 14 anys

acceptada.

Els diversos tipus de *gimnàstiques* correctives (en grup, natació, esports, reeducació vertebral) contribueixen a evitar els vicis posturals, a augmentar la flexibilitat i millorar el to muscular i lligamentós. Endemés,

tenen un efecte psicològic beneficiós a l'afavorir la sensació de benestar i autoestimació del nin per una banda i, per l'altra, tranquilitzen d'alguna manera uns pares que volen que "es faci alguna cosa" amb el seu fill. Però, per regla general, s'admet que les gim-

nàstiques, de forma aïllada, no eviten el progrés d'una escoliosi, així com tampoc corregeixen una corba ja estructurada.

Els *aparells externs* (traccions, motllos de guix, tirants, cotilles) fan el seu efecte sobre l'escoliosi apli-

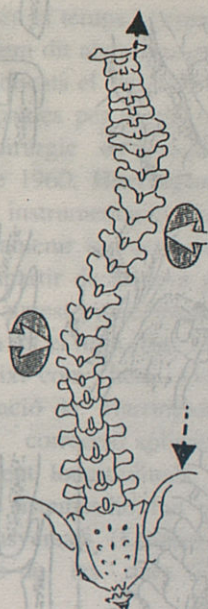


Fig. 10

cant forces correctores a la columna vertebral en creixement. En general (fig. 10), es fa pressió contra el costat convex de la corba i una contrapressió aplicada sobre una porció fixa de l'esquelet com la pelvis o el tòrax. També es fa força sobre el costat convex de la rotació costal (gep) en un intent d'aconseguir derotació. La tracció tendeix a estirar la columna i disminuir així la curvatura.

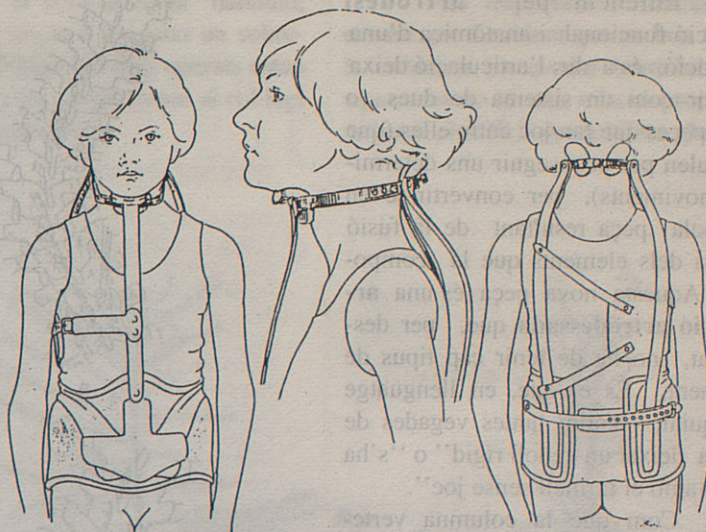


Fig. 11

Els tres tipus d'aparells externs ortopèdics (cotilles) més utilitzats són el de Mitchell, el Lionès (d'Stagnara) i el de Milwaukee (Blount i Smith) (fig. 11), prescrits segons el tipus de corba per corregir.

b) Tractaments quirúrgics

Els primers resultats veritablement valorables en relació a la seva eficàcia són publicats en 1931 per

Hibbs, Risser i Ferguson, i tracten sobre el mètode de reducció de la deformitat mitjançant guixos o aparells ortopèdics i, posteriorment, l'artrodesi quirúrgica minuciosa i àmplia com a única solució per aconseguir una fusió sòlida. Ho explicarem un poc perquè a partir d'aquests treballs es desenvolupa el que és la filosofia actual en el tractament quirúrgic de l'esoliosi.

R
COMERCIAL MÈDICA
REMX, S. A.

Mariner Moll, 2
Cantonada Tt. Torres
Tels. 239596 - 288562 - 458903
Baró de Pinopar, 11
Tel. 727512
07014 - PALMA DE MALLORCA

ZEISS

Alemania R. F.
Zeiss Ibérica SA

S&W

SIMONSEN & WELLS

M
MATACHANA

Ohmeda

CLINITEX, S. A.



HOSPIPROC®

Ohio Medical Products

meditec s.a.
Medical
Investigation
Laser
System®

Entenem per **artrodesi** l'abolició funcional i anatòmica d'una articulació; és a dir: l'articulació deixa d'existir com un sistema de dues o varies peces que fan joc entre elles (que s'articulen per aconseguir uns determinats moviments), per convertir-se en una sola peça resultant de la fusió entre si dels elements que la componen. Aquesta nova peça és una **articulació artrodesada** que, per descomptat, no ha de tenir cap tipus de moviment. És el que, en llenguatge col·loquial, sentim tantes vegades de "li han deixat un genoll rígid" o "s'ha quedat amb el turmell sense joc".

Com que la columna vertebral és un conjunt d'elements (vèrtebres) articulats entre si, l'artrodesi vertebral serà la fusió entre les vèrtebres per evitar el seu moviment; o sigui, que deixarem rígid un segment de la columna, més o menys ampli segons el nombre de vèrtebres artrodesades.

Hem explicat tot això perquè actualment l'artrodesi és l'únic procediment quirúrgic per aconseguir aturar la progressió d'una corba escoliòtica. Totes les tècniques quirúrgiques aplicades avui dia al tractament de l'escoliosi giren entorn de l'artrodesi; la correcció de la corba és important, però no és més que una part de l'acte quirúrgic. De fet, no serveix de res una gran correcció, per espectacular que sigui, si no va acompanyada d'una minuciosa artrodesi que serà, a la fi, la que mantindrà aquesta correcció. És evident que es necessita un temps per aconseguir l'artrodesi: han de transcorrer mesos des del moment en què la feim (acte quirúrgic) fins que apareix una veritable fusió vertebral, visible a les radiografies. Aquests conceptes de correcció (o reducció), artrodesi i temps necessari per aconseguir la fusió són els que justifiquen l'actuació quirúrgica i la utilització d'aparells més o manco sofisticats i complicats.

Per tant, quan decidim intervenir una escoliosi pretenem:

- 1) Corregir la corba.
- 2) Fer artrodesi del segment afectat.
- 3) Mantenir la correcció i

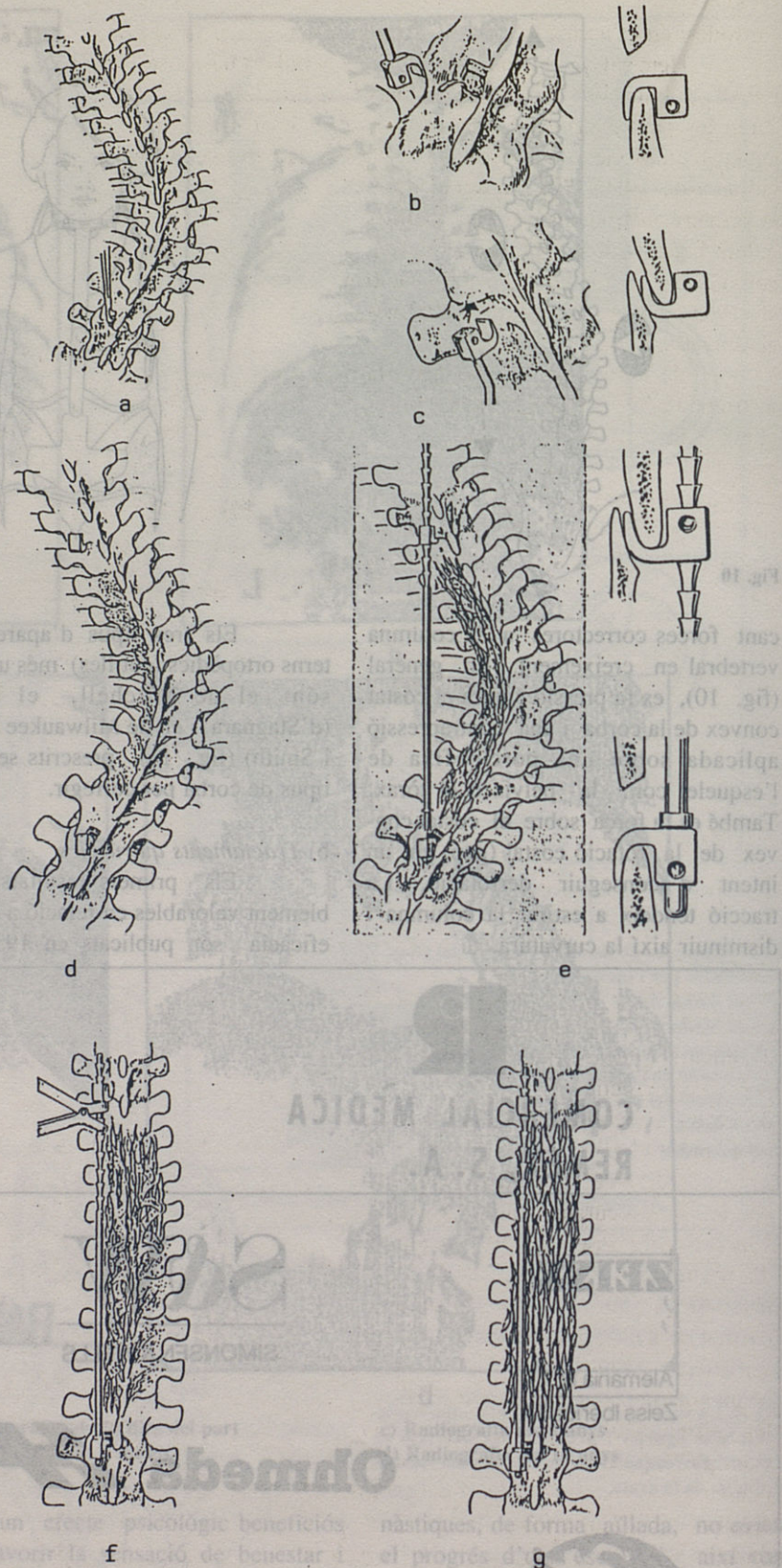


Fig. 12

a) Dissecció de la columna.

b) Preparació de l'anclatge inferior.

c) Preparació de l'anclatge superior.

d) Preparació del llit pels empelts a la banda còncava.

e) Col·locació de la barra distractora i dels empelts.

f) El distractor especial fa córrer la barra aconseguint la correcció per allargament.

g) Resultat final amb la barra i els empelts col·locats.

l'artrodesi en el temps i l'espai.

Hem dit abans que van ser els treballs publicats el 1931 els que marcaren les pautes per seguir en el tractament quirúrgic de l'escoliosi. Als voltants de 1960, **Harrington** inventa la primera instrumentació que permet reduir i mantenir quirúrgicament una corba i, a partir de la seva publicació el 1963, aquest procediment s'ha generalitzat a tot el món (fig. 12).

Així com hem vist que la instrumentació de **Harrington** aconsegueix la correcció aplicant forces essencialment longitudinals (distracció), altres sistemes ho fan mitjançant forces transversals (**Luque**) o bé per combinació de les dues (**Harri-Luque**).

Des de 1982 la instrumentació de **Cotrel-Dubousset** (CD) s'està imposant com a mètode de tractament quirúrgic. El CD permet actuar sobre el component rotacional de la vèrtebra; a més d'estirar la columna, provoca una derotació que corregeix la deformació intrínseca de la vèrtebra. Això fa que, encara que tècnicament resulti difícil la seva colocació, sigui el sistema que més fisiològicament actua sobre la columna escoliòtica. Des de fa dos anys la instrumentació CD és la que utilitzam al nostre Servei de Traumatologia i Cirurgia Ortopèdica per tractar pràcticament el 100 per 100 de casos d'escoliosi quirúrgiques que se'n presenten.

Al tercer o quart dia del postoperatori procuram que el malalt s'incorpori i s'assegui a la butaca i, al dia següent, ha de començar a caminar. El sistema CD és molt estable i permet aquesta mobilització ràpida sense necessitat de cap tipus de cotilla o aparell de contenció, a diferència de les altres tècniques (**Harrington**, per exemple) en les que era indispensable mantenir el malalt immòbil sobre un motllo de guix un mínim de cinc setmanes per després deixar-lo caminar amb una cotilla semblant a la que portava abans d'operar-se, la qual havia d'usar durant sis mesos. Si no hi ha complicacions, el malalt surt de l'hospital entre els 10 i 12 dies després de la intervenció, per reincorporar-se

tot d'una a la seva activitat habitual, sempre que no se li exigeixi un sobre-esforç (el 95 per cent dels operats estan en edat escolar i solen tornar al col·legi a les tres setmanes).

És important remarcar que, encara que és evident que un bon tros de la columna ha quedat immobilitzada, aquest fet no té una relació proporcional amb el dèficit de mobilitat global de

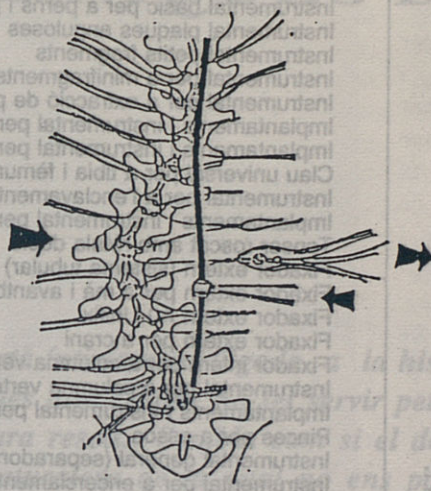


Fig. 13: Instrumentació de Luque.

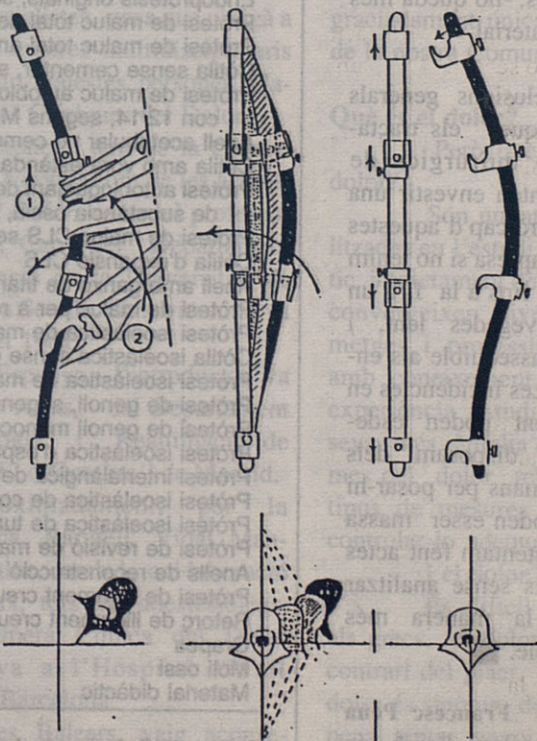


Fig. 14: Instrumentació de Cotrel-Dubousset (CD).

la columna. Això s'explica perquè els segments que resten indemnes supleixen amb bastant eficàcia els segments que han estat artrodesats. Aquesta capacitat d'adaptació que té el raquis dels adolescents fa que els operats puguin fer una vida pràcticament normal evitant excessos. Per això, els al·lots i al·lotes tornen a anar en bicicleta, a jugar a futbol i a nedar, per posar exemples habituals, encara que, com

● **La capacitat d'adaptació que té el raquis dels adolescents fa que els operats puguin fer una vida pràcticament normal evitant excessos**

cal suposar, no arribaran mai a professionals. Per últim, direm que la instrumentació CD està pensada perquè no sigui necessària la seva retirada, amb la qual cosa s'evita una nova intervenció, encara que a vegades, per diverses circumstàncies, no queda més remei que treure el material.

Com a conclusions generals voldríem remarcar que els tractaments ortopèdics o quirúrgics de l'escoliosi no representen invertir una proesa insuperable. Però cap d'aquestes tècniques ha de ser empresa si no tenim els mitjans per arribar fins a la fi d'un programa llarg, a vegades lent, i freqüentment massa assequible als entrebancs de tot tipus. Les incidències en el seu desenvolupament poden esdevenir tràgiques si no disposam dels elements tècnics i humans per posar-hi remei. Els resultats poden ésser massa mediocres si ens acontentam fent actes ortopèdics o quirúrgics sense analitzar les conseqüències de la manera més seriosa i severa possible. ■

Miquel Rubí Jaume, Francesc Peña Gayà i Josep M. Magrinyà Bosch són metges especialistes en traumatologia i

Synthes Hispania SA

TRAUMATOLOGIA

Capsa de pern
Capsa de plaques rectes i especials, normals i DCP
Instrumental bàsic per a pern i plaques
Instrumental plaques anguloses
Instrumental petits fragments
Instrumental per a minifragments de la mà i el peu
Instrumental per a extracció de pern romput
Implantaments i instrumental per a l'engramonament dinàmic del maluc DHS
Implantaments i instrumental per a l'engramonament dinàmic condilar DCS
Clau universal per a tibia i fèmur
Instrumental per a l'enclavament intramedullar
Implantaments i instrumental pern canulat
Tensor roscat amb ròtula doble
Fixador extern (sistema tubular)
Fixador extern per a mà i avantbraç
Fixador extern A0-Unifix
Fixador extern per a crani
Fixador intern per a columna vertebral
Instrumental per a columna vertebral i halo
Implantaments i instrumental per a cirurgia cranifacial i mandíbula
Pines per a ossos
Instrumental general (separadors, periosteòtoms, enformadors)
Instrumental per a encerclament
Elongador d'extremitats
Distractors
Motors pneumàtics
Material didàctic

ORTOPÈDIA

Instrumental per a intervencions, extracció i re-operació per a pròtesis de maluc, segons M.E. Müller
Endopròtesis originals, segons M.E. Müller
Pròtesi de maluc total de ceràmica, segons M.E. Müller
Pròtesi de maluc total amb tija autobloquejant, segons M.E. Müller
Còtila sense cementar, segons M.E. Müller
Pròtesi de maluc autobloquejant model SLS cementada i sense cementar amb con 12/14, segons M.E. Müller
Anell acetabular no cementat de protasul, original M.E. Müller
Còtila amb vora estàndard, original M.E. Müller
Pròtesi autobloquejant de maluc per a re-intervenció per a casos de gran pèrdua de substància òssia, segons M.E. Müller
Pròtesi de maluc CLS sense cementar
Còtila d'expansió CLS
Anell amb ganxo de titani, segons Prof. Ganz
Pròtesi de maluc per a re-intervenció, segons Prof. Wagner
Pròtesi isoelàstica de maluc, sense cementar
Còtila isoelàstica sense cementar
Pròtesi isoelàstica de maluc per a re-intervenció
Pròtesi de genoll, segons Prof. Freemann
Pròtesi de genoll monocompartimental, segons Prof. Mansat
Pròtesi isoelàstica d'espatlla
Pròtesi interfalàngica de dits i metatarsfalàngica del peu
Pròtesi isoelàstica de colze
Pròtesi isoelàstica de turmell
Pròtesi de revisió de maluc, no cementada, segons Prof. Jacometti
Anells de reconstrucció
Pròtesi de lligament creuat anterior
Retorç de lligament creuat anterior
Grapes
Molí ossi
Material didàctic

Delegació Balears: Avda. Argentina, 18 A, entrol. 1a. Tel. 45 12 62 Fax: 45 79 87
07013 Palma

ALGUNES CONSIDERACIONS SOBRE LES CLÍNQUES DEL DOLOR

Josep M. Cano i Darder

La història del dolor humà està íntimament lligada a la història de la humanitat. Són nombrosos els procediments i mètodes que l'home ha fet servir per combatre'l. No obstant això, avui dia el problema no ha estat encara resolt. Sembla com si el dolor i el ser humà fossin una dualitat inseparable per definició o naturalesa de la qual no ens poguéssim desprendre per molt que ho volguéssim. Crec que alguna cosa hi ha de tot això, són segles d'impregnació cultural, del "pariràs amb dolor", que no poden eliminar-se de cop de la vida quotidiana i de la tasca dels metges. En definitiva, de la cultura.

Potser això explica que solament des de fa poc temps la preocupació per al tractament del dolor sigui un fenomen relativament recent. En efecte, fins la segona guerra mundial el tractament del dolor es realitzava de manera esporàdica i individual. L'acabament de la guerra va motivar l'arribada massiva als EE.UU. de joves ferits i mutilats, tots ells amb dolor com una conseqüència de les seves ferides complexes. Això va provocar que els anestesiòlegs creassin les primeres "clíniques de bloqueig nerviós" en les quals bàsicament s'interrompia la conducció nerviosa de la zona dolorosa, habitualment per mètodes químics. Si bé va constituir un avanç important, ben prest es va veure que a aquests malalts amb problemes complexos calia tractar-los de manera global, emmarcats en un entorn cultural i socio-econòmic concret, valorant la seva situació física, psicològica i racional davant el dolor, tractant d'arribar a un diagnòstic i establint després un pla terapèutic individualitzat. En definitiva, el dolor ja no era con-

siderat un símptoma i passava a ser una malaltia per si mateix. Indubtablement, això requeria la presència de diversos especialistes, cosa que obligà a la creació de centres multidisciplinaris que tractassin aquestes persones. Havien nascut les Clíniques del Dolor.

El pioner, tant de la *Clínica del Bloqueig Nerviós* com de les actuals *Clíniques del Dolor*, va ser el professor John Bonica, Cap del Departament d'Anestesiologia de la Universitat de Washington, a Seattle. La seva unitat va ser fundada el 1961.

A Espanya, l'introduïdor va ser Madrid Arias, del Departament d'Anestesiologia i Reanimació de l'Hospital "12 d'Octubre" de Madrid.

Aproximadament, per la mateixa època, Barutell, Vidal, Mantero i González, amb la col·laboració de Puigdollers, tots ells anestesiòlegs, creen la primera Clínica del Dolor de Catalunya a l'Hospital "Vall d'Hebró" de Barcelona.

A les Balears, vaig aconseguir amb la col·laboració de Salazar i sobretot amb l'ajuda i l'estímul im-

prescindible de Carbonero --des de la Direcció de l'Hospital General de Mallorca-- inaugurar la primera i desgraciadament única Clínica del Dolor de la nostra Comunitat Autònoma.

Què és el dolor?

Però, què són les clíniques del dolor?

Són unitats mèdiques especialitzades en l'estudi, prevenció, diagnòstic i tractament del dolor, en les quals convergeixen diversos especialistes metges i professionals sanitaris que amb coneixement, vocació, interès i experiència estudien i valoren en la seva més àmplia dimensió els problemes del dolor rebel i plantegen tot tipus de mesures i tractaments per controlar-lo adequadament.

I el dolor, què és?

És difícil definir el dolor. Per als grecs, el dolor era simplement el contrari del plaer. En els nostres dies, dolor és sinònim de sofriment, aflicció, pena, temor, angoixa.

Per a la *International Association for the Study of Pain (IASP)*,

el dolor és una experiència sensorial i emocional desagradable, que s'associa a lesió tissular i és descrit amb termes de dany corporal revelat per manifestacions visibles i audibles de la conducta.

Mèdicament podem classificar el dolor en dues categories: agut i crònic. El dolor de començament brusc, causat per dany traumàtic o per malaltia el denominam dolor agut, i pot representar una funció important per a l'individu: avisar-lo que alguna cosa va malament i que, per tant, cal que cerqui ajuda mèdica. Sol ser de gran utilitat per establir el diagnòstic i generalment és de fàcil control terapèutic.

Contràriament, el dolor que dura sis mesos o més, que no té cap utilitat per al pacient, que no respon als mitjans convencionals, és considerat dolor crònic.

Tots els esforços dels especialistes en terapèutica del dolor van dirigits principalment cap el dolor crònic.

Per què són necessàries les Clínicas del Dolor?

El dolor crònic que no millora no és sols un símptoma d'una malaltia, sinó que es converteix en una veritable malaltia per si mateix, que sol provocar un important sofriment emocional, físic i econòmic en el pacient, així com a la seva família i a la societat. En conjunt, el cost humà i social és importantíssim.

Davant el dolor crònic, les Clínicas del Dolor aporten, en primer lloc, el tractament de l'experiència sensorial desagradable "de tipus físic", que també podríem anomenar "el símptoma dolor", des d'un concepte de màxima rapidesa. L'esquema terapèutic antiàlgic cal considerar-lo moralment sempre com una urgència ja que davant el malalt que sofreix és obligatori intentar la resolució, malgrat que sigui solament del "símptoma dolor", quant abans possible.

L'aportació, en aquest sentit, de les Clínicas del Dolor, almenys en el nostre país, és fonamental, perquè desgraciadament la situació actual d'Espanya pel que fa al control del do-



El dolor crònic que no millora no és sols un símptoma d'una malaltia, sinó que es converteix en una veritable malaltia per si mateix.

lor és depriment. El nombre de pacients amb problemes de dolor crònic que no responen als tractaments convencionals és molt elevat. Així per exemple, per limitar-nos a una sola entitat etiològica com és el dolor per càncer, es calcula que entre un 50% i un 80%, segons distints autors, sofrirà dolor durant alguna fase de la seva malaltia. D'entre ells, un 25% sofreixen dolor crònic i incapacitant, però la majoria d'aquests podrien ser alleugerits amb mètodes analgèsics senzills o convencionals. Solament una petita proporció caldria que pensés amb les tècniques més sofisticades que ofereix

una Clínica de Dolor per mitigar el seu mal.

Però no ocorre així. La majoria d'aquestes unitats ha de realitzar tractaments simples, que podrien fer els metges de capçalera o el metge de zona. Probablement és degut a l'existència d'un interès escàs i una conscienciació mínima del problema per part dels metges i de la societat. Sigui pel que sigui, és clar que les possibilitats del tractament i els avanços aconseguits són mal aplicats o no ho són en absolut. I m'estic referint fins i tot al tractament farmacològic del dolor, que al nostre país s'ha de consi-

derar molt deficient. És freqüent que els analgèsics siguin administrats mitjançant pautes incorrectes i a dosis insuficients, probablement a causa de la por als efectes secundaris i a les complicacions, especialment l'addició als opiacis, cosa que du com a conseqüència que Espanya ocupi el darrer lloc dels països desenvolupats d'Europa pel que fa al consum d'opioides. Així, a la Gran Bretanya el consum de morfina és de 7,5 kgs. per milió d'habitants. A Espanya, tan sols de 0,27 kgs. per milió d'habitants. Amb aquestes dades, és evident que es pot dir sense por que la Clínica del Dolor és una necessitat aquí i ara.

Resultats que durin més

Si la rapidesa del tractament és un concepte bàsic d'aquestes unitats, la durada dels resultats és una exigència irrenunciable. Per això serà precís l'estudi i valoració de les respostes i reaccions d'un individu concret. En efecte, el tractament serà sempre individualitzat, per a un ser humà en particular i sols aplicable a aquesta persona i no a una altra, perquè si el "síntoma físic" pot ser el mateix entre dues persones --i aquí topam amb la dificultat per mesurar el dolor, les seves reaccions i els mecanismes racionals i psicològics no seran mai els mateixos ja que la resposta al dolor és mediatitzada per factors psicològics, culturals, emocionals, racionals, socials, econòmics, familiars, religiosos, ambientals... que varien evidentment entre les persones.

Objectiu de les Clíniques del Dolor, per obtenir resultats que durin més, seran la identificació i la correcció dels factors esmentats que poden actuar negativament sobre el dolor. El treball d'altres especialistes i professionals com psiquiatres, psicòlegs, assistents socials, etc. hi pot ser necessari. Les Clíniques del Dolor són un lloc d'encontre dels professionals precisos per estudiar i valorar el dolor d'un individu en concret i dissenyar un pla terapèutic destinat a aquesta persona en particular. Solament així es pot vèncer la "malaltia del dolor".

Els aspectes humans

Si aquestes consideracions, al meu entendre, justifiquen per si soles el suport entusiasta a les Clíniques del Dolor, hi ha altres aspectes, per a mi no menys importants, potser no tan tècnics, però sí humanament d'un gran valor: em referesc a la incomprensió i soledat que envolta els malalts amb dolor crònic que, de mica en mica, amb el temps, es van quedant cada vegada amb menys context social, perdent a mesura que el seu dolor es fa crònic la comprensió i l'ajuda de familiars i amics, i passen a ser una veritable càrrega per a ells. Tanmateix, com afirmava Moricca en una frase cruel, "el dolor dels altres se suporta molt bé".

D'aquesta situació d'apatia i desmoralització no se'n lliura ni el metge. En efecte, quan un individu emmalalteix troba habitualment un equip metge preparat i entrenat en la utilització de mètodes diagnòstics i de tractament. Però, si la malaltia és incurable o irreversible, tot canvia i la situació d'entusiasme va desapareixent poc a poc i, sense adonar-se'n, el metge va disminuint la seva dedicació a aquests pacients i la relació passa a ser dominada per l'apatia, la desmoralització i la frustració. Qui sap si llavors és quan esdevé certa la frase de Metha: "el dolor comença sent un problema de tots i acaba sense la responsabilitat de ningú".

La Clínica del Dolor ha d'assumir aquesta responsabilitat, ha d'intentar controlar tots els mecanismes negatius que poden disminuir la qualitat de vida del seu pacient i de la seva família.

Per això, malgrat que és una especialitat hospitalària que sovint fa ús de tècniques avançades i sofisticades, no aconseguiríem res sense la càlida relació amb els nostres pacients plena d'afectivitat i comprensió, basada sobretot en la sinceritat i en un tracte d'igualtat. El pacient ha de sentir, ja des de la primera visita, que inicia un projecte d'alleujament prop del metge, per a la qual cosa els facultatius necessitem la seva confiança, guanyada, en primer lloc, amb una exposició clara i sincera del pla diagnòstic i terapèutic

per dissenyar. El pacient ha de sentir que finalment ha trobat un lloc on l'atenen i, allò que és més important, on l'hi alleujaran el dolor. D'aquesta manera s'obté la col·laboració del malalt i una major responsabilitat en el seguiment del pla terapèutic.

Per part del metge, s'ha de permetre el contacte telefònic cada vegada que el malalt el precisi, tots els dies, i durant l'horari de treball de la Clínica del Dolor, sense cap limitació.

D'aquesta manera són possibles petits reajustaments en la medicació i la resolució d'algunes consultes i preguntes per part del malalt, les quals, si no se satisfan ràpidament, provocaran en algunes ocasions que el pacient suspengui el pla terapèutic. Així mateix és evident que la sensació d'interès i de suport que el malalt sent de part del seu metge és elevada.

La despesa sanitària

Un altre aspecte de gran importància i que no s'ha d'oblidar, és la qüestió de la despesa sanitària, que avui dia es pot dir que tendeix cap a l'infinit, no sols com una conseqüència de la innovació tecnològica constant que vivim i que provoca la despesa contínua per a l'adquisició dels cada vegada i més freqüentment millors (i gairebé sempre més cars) mitjans de diagnòstics i tractament, sinó també perquè progressivament l'empenta social va ampliant les prestacions socials com a conseqüència de malaltia, accident, invalidesa, etc., cosa que també provoca un gran increment de la despesa.

El metge pot influir en la contenció de la despesa i, malgrat que és evident que la seva responsabilitat primera és el malalt, no ha d'oblidar el cost.

Així, concretament en la meua especialitat, s'accepta que el cost anual del dolor en els països industrialitzats suposa el 2,2% del producte interior brut (PIB), que significaria, si ho extrapolem al nostre país, una despesa superior als 500.000 milions de pessetes, inclosos en aquestes xifres els costos de farmàcia, hospitalització, baixes laborals, etc. El dolor li costa

als EE.UU. entre 35.000 i 50.000 milions de dòlars anuals. A la República Federal d'Alemanya cada any s'inverteixen per aquesta causa, entre despeses de teràpia, baixes laborals i invalidesa prematura, de 10.000 a 15.000 milions de marcs. Solament a Anglaterra, el dolor d'esquena suposa una pèrdua de 10 milions de dies de feina a l'any.

A Espanya no existeixen estudis epidemiològics sobre el dolor. Pens, sobren comentaris, però és evident, que aquestes dades justifiquen també des d'un punt de vista econòmic la necessitat d'unitats especialitzades.

Amb tot, la majoria de professionals que es dediquen a la gestió hospitalària --amb excepcions ben conegudes-- no s'assabenten de la pel·lícula i presten escàs suport a aquestes unitats, les quals, consegüentment, no disposen de llits, de mitjans i de personal suficient per al compliment perfecte de les funcions que ha de desenvolupar la Clínica del Dolor, de tal manera que es pot afirmar que treballen precàriament.

Si això és així, és obvi que no és atribuïble als professionals que treballen en aquestes unitats, que molt sovint no poden suplir a base d'entusiasme i hores extra --ni tan sols agraïdes-- els déficits d'infraestructura i de persona que existeixen, conseqüència de la freqüent miopia, manca de preparació, incompetència, desinterès, insensibilitat i absència de dots organitzatius de qui exerceix aquesta responsabilitat, és a dir, la jerarquia hospitalària immediata i les estructures sanitàries superiors.

La importància del dolor crònic i el seu impacte en el ser humà, així com en la societat, exigeix que aquestes "autoritats sanitàries" intervenguin i facin qualche cosa per potenciar el desenvolupament d'aquestes unitats. La societat tampoc hi ha de ser aliena, i per això el meu article. ■

Josep M. Cano i Darder és metge especialista en Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor.

LA SALUT A MALLORCA

MALALTIES DIGESTIVES A MALLORCA

Antoni Obrador

Resulta arriscat posar un títol com aquest a un article perquè difícilment el contingut hi pot respondre. Sabem poc de la importància i de la distribució de les malalties digestives a Mallorca i per això no podem comparar la freqüència de les malalties que patim aquí amb la freqüència de les mateixes malalties a altres llocs. Per posar un exemple, puc dir que hi ha la creença, entre els professionals de la medicina, que a Mallorca hi ha molta de gent (més que a altres llocs) que pateix de pedres a la fel, però jo no sé de ningú que hagi fet un estudi per a comprovar aquesta hipòtesi. És a dir, no sabem si el nombre de gent que té pedres a la fel a Mallorca és superior, igual o inferior a altres llocs. Feta aquesta consideració, puc dir que tocaré una sèrie d'aspectes sobre patologia digestiva a Mallorca que conec personalment.

He posat l'exemple de les pedres a la fel ben intencionadament perquè una hipòtesi de les mateixes característiques clíniques ha generat una línia de feina que crec interessant explicar sumàriament. Hi havia la creença que a Mallorca, a l'inrevés de la península, els metges vèiem més càncer de budell gros i de recte que d'estómac. Aquesta hipòtesi va esser estudiada per un grup de metges mallorquins en un treball retrospectiu i efectivament poguérem comprovar que era certa: a Mallorca hi ha més càncer de budell gros que d'estómac.

Posteriorment pensàrem que seria interessant estudiar prospectivament la incidència del càncer de budell gros a Mallorca i, per això, en el si de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears a la

Ciutat de Mallorca va sorgir un grup dedicat a estudiar el tema. Aquest grup va posar en marxa l'any 1982 el registre de càncer de budell gros. Aquest registre ha estat possible gràcies a l'ajuda de diferents especialistes de medicina, cirurgia i metges de capçalera i el patrocini del Consell Insular de Mallorca.

Ara coneixem la importància del càncer colo-rectal a la nostra comunitat i sabem que Mallorca se situa en el conjunt de zones geogràfiques de l'estat espanyol on hi ha més càncer colorectal. Hi ha una monografia sobre els primers anys de funcionament del registre publicada gràcies a una subvenció del Consell Insular de Mallorca.

Un altre projecte relacionat amb aquesta línia de feina és l'estudi de la dieta com a factor de risc de



Entre els factors que afavoreixen el càncer colorectal podem citar la carn fresca (no els embotits), i el total de calories consumides. Com a factor protector hi ha els vegetals de la família de les crucíferes (colflori, col de Brussel·les, etc.).

patir càncer colorectal. Un percentatge del càncer colo-rectal variable entre el 5 i el 10% que es pot observar a les comunitats occidentals és atribuïble a factors hereditaris, la resta, és a dir, la majoria, és atribuïble a factors ambientals. Entre els factors ambientals que s'han considerat més importants com a factor de risc de patir aquest tipus de càncer es troba la dieta. A Mallorca s'ha fet un estudi sobre aquesta qüestió. A una sèrie de malalts de càncer de budell gros i de recte i a una mostra seleccionada de la població general s'estudiaren els hàbits alimentaris mitjançant una enquesta. D'aquesta manera poguem determinar quins són els factors alimentaris que afavoreixen l'aparició del càncer de budell gros i quins són els factors alimentaris que podem anomenar protectors. Entre els factors que afavoreixen el càncer colorectal podem citar la carn fresca (no els embotits), i el total de calories consumides. Com a factor protector hi ha als

vegetals de la família de les crucíferes (colflori, col de brussel·les, etc.). Aquest estudi ha estat possible gràcies a les ajudes del Fons d'Investigació Sanitària de la Seguretat Social i al Consell Insular de Mallorca.

Una malaltia de tipus hereditari relacionada amb el càncer de budell gros és la poliposi adenomatosa familiar. Els que pateixen aquesta malaltia tenen molts de pòlips, sobretot en el budell gros (els pòlips són una excrescència de la mucosa del budell que penja dins la llum). En principi aquests pòlips són benignes, però si es deixen evolucionar tornen dolents i poden produir càncer. Per això és molt important fer el diagnòstic en etapes precoces de la malaltia per aplicar el tractament quirúrgic (que consisteix en treure el budell gros) que evitarà l'aparició del càncer. Un estudi realitzat a Mallorca ha permès descobrir dotze famílies que pateixen poliposi adenomatosa.

Mallorca té unes característiques ideals per a realitzar estudis epidemiològics (estudis per avaluar la freqüència de les malalties a una comunitat i per a comprovar hipòtesis sobre factors de risc). Les dimensions d'una població tan ben delimitada geogràficament permeten fer estudis que són molt difícils de fer a altres llocs. És per això que diferents organismes internacionals tenen interès a cooperar en els projectes generats on hi ha les característiques que tenim a Mallorca. Si els treballs citats a aquest article tenen continuïtat i els projectes actuals arriben a bon port, possiblement en un futur pròxim podrem parlar amb més coneixement de causa sobre les malalties digestives a Mallorca. ■

Antoni Obrador és metge especialista de digestiu.

BRONQUITIS CRÒNICA, LA MALALTIA DEL FUM

Antoni Oliver

La bronquitis crònica és una denominació comú que comprèn una sèrie de malalties que cursen amb un relentiment del flux aeri, que clínicament es manifesta en forma de disnea.

És una malaltia que es presenta més freqüentment en els homes, i més en fumadors, en àrees i en classes socio-econòmiques més baixes. El factor patogènic més important és la inhalació del fum del tabac, seguit de la contaminació ambiental i/o laboral, sense que influeixin significativament les infeccions respiratòries agudes anteriors.

1. Introducció

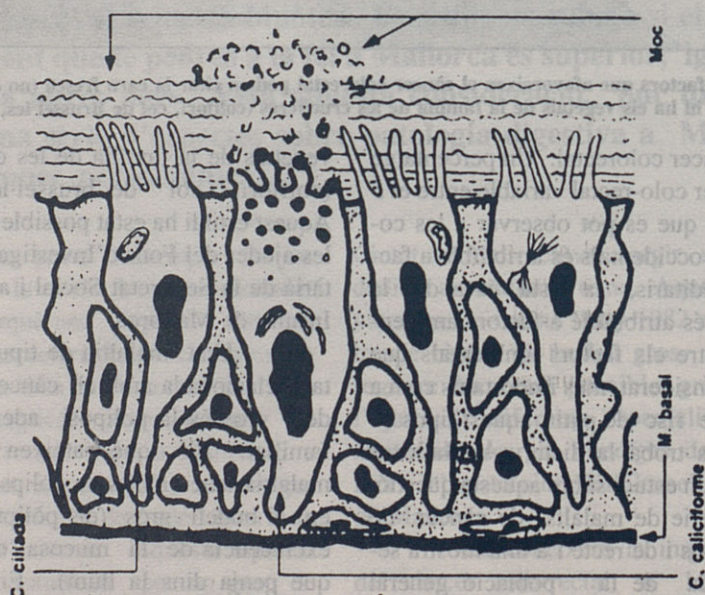
L'aparell respiratori va recobert per un tipus especial de cèl·lules (fig. 1) provistes de cilis vibràtils i altres amb capacitat de segregar moc. Les primeres, amb el seu moviment continuat arrossegueu les partícules estranyes, mentre que el moc va provist de substàncies de defensa contra els gèrmens patògens. És sobre aquestes cèl·lules que actua l'efecte nociu del tabac. Els cilis disminueixen la seva motilitat i finalment la seva estructura. Hi ha una major producció de moc, que perd la seva fluïdesa habitual i capacitat bactericida. Aquests fenòmens inflamatoris condueixen a l'augment del grossor de l'epiteli, que provoca la disminució del diàmetre del bronqui, cosa que va acompanyada de la disminució del corrent aeri.

Fatiga fàcil, tos persistent amb expectoració més o menys abundant i catarros freqüents, són els símptomes que es manifesten en la majoria de fumadors importants.

2. Perfil del bronquític crònic

El tipus característic del bronquític és d'una persona fumadora des de jove, amb tos habitual, que no li ocasiona cap problema. És una cosa normal en la seva vida diària. General-

Fig. 1: Representació esquemàtica de l'epiteli de revestiment bronquial (simplificat)



ment la tos és matinal, acompanyada d'expectoració espessa que en expulsar-la el malalt queda alleugerit, que explica que en "els darrers hiverns s'ha refredat diverses vegades, si bé aquest any sembla que dura més que l'habitual, a pesar d'aquells antibiòtics que va prendre".

Tampoc dóna molta importància al fet que s'hagi d'aturar en pujar

una escala, perquè no fa gaire que la pujava corrent d'una tirada.

Les campanyes publicitàries antitabac, els familiars, qualche malaltia associada o, en darrer terme, aquestes petites molèsties són el que faran que el fumador vagi al metge.

Canviarà el seu sistema de vida. Es veurà sotmès a tractaments mèdics amb més o menys encert i, allò

que més temia: haurà de deixar de fumar, encara que "qualque cigarret d'amagat no pot fer mal".

A més, alguns d'aquests fumadors no tendran tanta sort (fig.2) i desenvoluparan un procés neoplàsic broncopulmonar, tot i que el tabac no és inofensiu per al llavi, la laringe, l'esòfag...

En definitiva, poc a poc, i generalment cursant amb brots de bronquitis aguda que cada vegada deixa el pacient més deteriorat, els broncòpates crònics, sobretot els que no han pres les mesures higièniques imprescindibles des del començament de la malaltia, estan exposats a una seriosa invalidesa per asfíxia, esgotament ràpid i qualitat de vida molt disminuïda a causa de la reducció del seu entorn de relació en el seu propi domicili, a vegades fins i tot connectats a una ampolla d'oxigen per mitjà d'uns tubs que el deixaran respirar una mica millor.

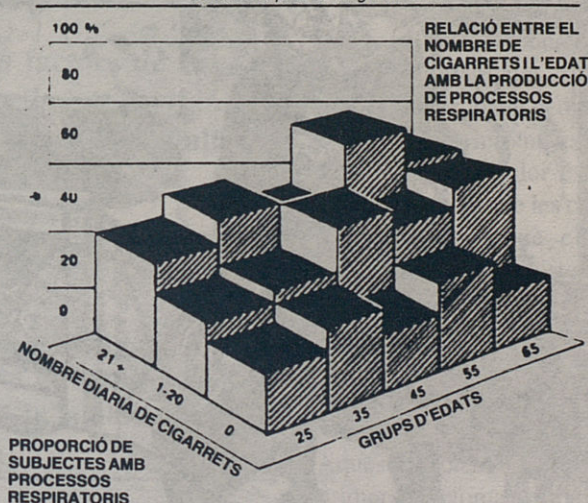
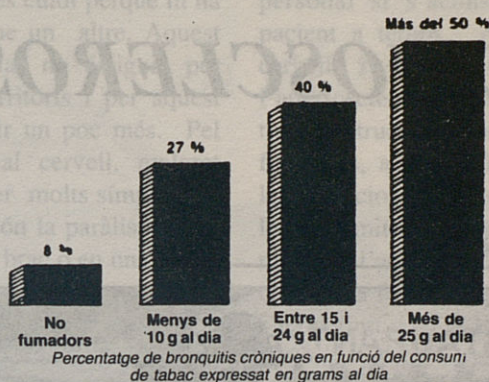
En l'estadi terminal de la malaltia apareixen sobre-infeccions bacterianes o víriques pulmonars que sumen restricció parenquimatosa a l'obstrucció existent i l'oxigenació de la sang venosa arriba a ser tan pobre que els malalts adquireixen un color blavós als llavis i a les extremitats.

3. Què podem fer?

Qualsevol intent terapèutic ha d'iniciar-se amb la supressió del factor etiològic. Concepte fàcil de proposar, però difícil de complir en la pràctica. No és infreqüent veure persones sotmeses a tractaments enèrgics, tant domiciliaris com hospitalaris, que persisteixen en el seu hàbit tabàquic. Abandonar-lo és fonamental i és l'única mesura que s'ha demostrat capaç d'aturar l'evolució de la malaltia, sobretot en estadis inicials.

En aquest sentit, cal insistir que deixar de fumar no es pot fer per etapes i que, desgraciadament, pocs suports externs (acupuntura, goma de mastegar...) han demostrat ser vàlids. Per això és molt important que la informació sanitària vagi dirigida a explicar que la decisió és individual de cada fumador, però que en el cas que s'hagi desenvolupat una broncopatia crònica

TABAC I BRONQUITIS CRÒNICA



és una decisió transcendent en relació a la qualitat i la quantitat de vida que pot esperar.

A més, recordant els canvis ocasionats per l'ús continuat del tabac (hiperproducció de moc, disminució del diàmetre bronquial i facilitat d'infeccions), la teràpia caldrà que s'enfoqui a cada punt en concret: mucolítics-expectorants, broncodilatadors i antibiòtics.

És important remarcar les mesures profilàctiques com poden ser les vacunacions anticatarrals-antigripals, evitar ambients contaminants i canvis bruscs de temperatura...

L'obesitat dificulta la respiració, per pressió abdominal i dificultat de motilitat diafragmàtica, la qual cosa fa aconsellable disminuir el pes. Caldrà que el malalt aprengui a millorar els moviments respiratoris, així com els canvis posturals per facilitar l'expectoració.

No s'ha de suprimir l'exercici,

però cal adequar-lo a cada cas particular en funció de la seva tolerància a l'esforç.

4. Conclusions

La broncopatia crònica, malaltia obstructiva de l'arbre bronquial mitjançant el qual flueix l'aire als pulmons, molt freqüent en el nostre medi i pròpia de fumadors amb hàbit desenvolupat durant molts anys, té un curs progressiu i tempestuós i un desenllaç fatal en molts casos. És curiós que una malaltia invalidant i greu com aquesta, té remei senzill i a l'abast de tothom que la sofreix en una fase inicial.

El tabac, a més de produir càncer de pulmó i obturar les seves artèries, arruïna el sistema de ventilació pulmonar: "DEIXI DE FUMAR PERQUÈ NO LI FALTI L'AIRE".

Antoni Oliver és metge especialista en Medicina Interna.

ARTERIOSCLEROSI

Joan Pujadas



Distribució característica del dolor en l'angina de pit.

Les tres causes fonamentals de mortalitat en el món occidental són les malalties cardio-vasculars, el càncer i els traumatismes. Això vol dir que la medicina actual, en tots els seus aspectes, ha de ser sensible d'una manera especial a aquests tres tipus de patologia i sempre a la llum del principi que diu que s'obtenen millors resultats prevenint que no tractant la malaltia després d'apareguda.

Al contrari d'allò que succeix amb el càncer i els traumatismes que estan en l'ordre del dia i en la boca de tothom, les malalties cardiovasculars i més concretament la seva causa més important, l'*arteriosclerosi*, són

pràcticament desconegudes. Si a un pacient o als seus familiars se'ls diu que té càncer, automàticament veuen la importància de la situació. Però si se'ls diu que té *arteriosclerosi* ignoren de què se'ls parla, de la gravetat de la

situació i de les seves possibles conseqüències. Aquest escrit pretén, precisament, ajudar a disminuir la ignorància sobre aquesta malaltia i que el seu coneixement deixi de pertànyer en exclusiva als metges i passi a formar part de la cultura dels no professionals. La conscienciació de la població és la primera i més eficaç mesura que cal prendre en la lluita contra aquesta malaltia.

Descripció

En primer lloc faré una breu descripció de la malaltia procurant reduir al mínim la terminologia mèdica. L'*arteriosclerosi* és una malaltia que provoca una alteració progressiva de la paret de les artèries i que pot produir dos tipus diferents de lesió. D'una banda, l'obstrucció de les artèries amb el lògic deteriorament de l'arribada de la sang a la part del cos que irriguen, i que s'ha definit com *arteriosclerosi obliterant*; i de l'altra, la pèrdua de la resistència de la paret arterial, que pot produir l'efecte contrari o de dilatació com a conseqüència de la pressió de la sang i que anomenam *aneurisma*. Aquesta última lesió té dos perills fonamentals: la possibilitat de ruptura de l'artèria i l'hemorràgia aguda corresponent, i la formació de coàguls dins aquesta dilatació, que poden desprendre's i anar a obstruir una artèria situada després de l'aneurisma.

En l'*arteriosclerosi* no podem parlar d'una causa única, que no existeix o que desconeixem; hem de parlar de *factores de risc*, que són aquells que amb la seva presència la malaltia és més freqüent. Els més importants són

la diabetis, la hipertensió arterial, la hiperlipidèmia o augment del colesterol i altres components de la sang, el tabac, l'alcohol, l'stress, la vida sedentària i, finalment, factors genètics. Avui en dia ja parlem de nins amb risc de patir la malaltia, especialment si tenen antecedents familiars. Qualsevol persona que tenguí un o varis dels factors mencionats anteriorment és un candidat a patir la malaltia, més prest o més tard.

Des del punt de vista clínic, té tres característiques fonamentals: és crònica, és difusa i progressiva. Una vegada que s'ha declarat, ja és per tota la vida i qualsevol tractament que s'apliqui serà sempre pal·liatiu però mai curatiu. Això fa que aquests pacients han de ser vigilats mèdicament durant tota la seva existència. Afecta totes les artèries del cos humà d'una manera difusa, si bé normalment sol manifestar-se de forma predominant en algun territori o òrgan determinat. Per això, quan ens trobam amb un pacient amb arteriosclerosi cal estudiar tot l'organisme a fi de detectar lesions en altres territoris diferents al motiu de la consulta i que el dia de demà poden ocasionar problemes greus. En general és progressiva però, afortunadament, podem influir en la seva velocitat de progressió fins al punt d'aconseguir un pronòstic de vida pràcticament igual al d'una persona normal. Aquesta darrera característica juntament amb l'evolució inicialment silent i que la primera manifestació de la malaltia pot ser mortal, confirmen la necessitat d'adoptar mesures preventives contra els factors de risc i també per descobrir el pacient que ja té lesions però que encara no n'ha manifestat els símptomes.

Símptomes

Quant als símptomes, depenen del territori afectat, però en general són tres les regions en què es manifesten amb més freqüència: el cor, el cervell i les cames. L'afectació cardíaca és la més coneguda i els seus símptomes fonamentals són l'angina de pit i l'infart agut de miocardi. Tothom sap que si es té un dolor fort al pit i que s'estén als

braços, ha d'acudir al metge; i sap també que si ha tengut un infart agut de miocardi cal que es cuidi perquè hi ha el perill de sofrir-ne un altre. Aquest coneixement popular no és igual per als altres dos territoris i per aquest motiu convé insistir un poc més. Pel que fa referència al cervell, malgrat que hi poden haver molts símptomes, els més freqüents són la paràlisi o pèrdua de força en un braç o en una cama, o en els dos durant unes hores, i la

● Els factors de risc són aquells que amb la seva presència la malaltia és més freqüent

● Qualsevol persona que tenguí un o varis factors és un candidat a patir la malaltia

● La salut ens la dóna la naturalesa, però d'acord amb els antecedents, ens l'hem de guanyar dia a dia ocupant-nos-en de manera activa

ceguesa momentània a un sol ull. Aquests i altres símptomes menys freqüents són com un crit d'atenció o d'alarma que hi ha un problema d'irrigació cerebral i que si no es prenen mesures immediates pot produir-se la paràlisi definitiva i, conseqüentment, la pèrdua de la qualitat de vida del pacient i dels seus familiars. Sense oblidar que en el 20% dels casos es produeix la mort del pacient.

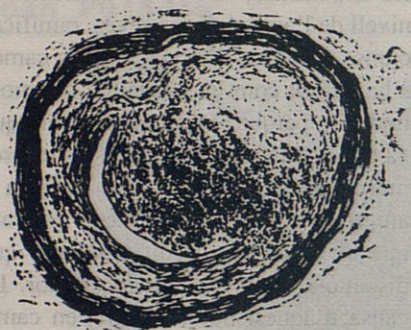
Afortunadament, en l'actualitat disposam de tractaments mèdics i

quirúrgics que ens permeten evitar en gran nombre aquesta catàstrofe personal si s'aconsegueix tractar el pacient a temps. Així com en el cervell i en el cor la lesió de l'arteriosclerosi és fonamentalment del tipus obstructiu, a les cames són molt freqüents, a més de les d'aquest tipus, les dilatacions o aneurismes a nivell de les extremitats, o bé a l'abdomen a nivell de l'aorta i de les seves ramificacions. La falta d'irrigació a les cames s'ha definit com la "malaltia del mostrador", perquè el pacient a mesura que va caminant nota el dolor en les masses musculars fins al punt que l'obliga a aturar-se durant uns segons, esperant que el dolor hagi cedit, aturada que dissimula tot mirant un mostrador. La causa d'aquest dolor és que, en caminar, els músculs de les cames necessiten més sang perquè els proporciona l'aliment, però si existeix una lesió que obstrueix parcial o totalment la canoana per on els arriba la sang, llavors apareix el dolor, que cedeix amb el repòs i la consegüent desaparició de la major exigència d'irrigació sanguínia. Aquest dolor en caminar, sol esser el primer símptoma, però si la malaltia progressa el dolor esdevé continu i, finalment, apareix la gangrena i el corresponent perill de pèrdua de l'extremitat.

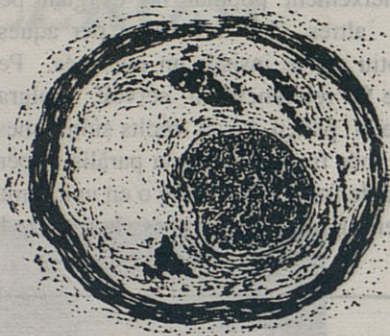
Aneurismes d'aorta abdominal (AAA)

Una menció especial mereixen els aneurismes d'aorta abdominal (AAA), consistents en una dilatació progressiva de l'aorta abdominal i que no acostumen a provocar cap símptoma fins que es romp l'artèria amb l'hemorràgia aguda que fa necessària la intervenció quirúrgica en molt poques hores, i així i tot hi ha xifres de mortalitat que arriben al 90%, que s'inverteixen si l'aneurisma es pot operar quan encara no s'ha romput. Per adonar-se de la importància dels AAA, a més del que s'ha dit, hi ha estadístiques que suggereixen, per exemple, que un de cada deu homes majors de 65 anys i amb hipertensió arterial tenen un AAA.

Veient la gravetat dels símptomes



Hemorràgia a l'interior de l'ateroma que deixa solament el pas semblant a una clivella, i oclusió completa per un trombe.



tomes i les característiques d'aquesta malaltia és evident que el més efectiu és evitar que aparegui. L'única manera d'aconseguir aquest objectiu és actuar sobre els factors de risc, és a dir, que el diabètic controli bé la seva glucèmia, que l'hipertens controli la seva tensió arterial, no fumar i ser moderat amb l'alcohol, fer esport, una dieta equilibrada i, finalment, combatre l'stress. És obligat advertir la població de la necessitat de prendre aquestes mesures i de crear un clima i uns mitjans que les facilitin. Una segona passa en la lluita contra l'arteriosclerosi és descobrir el pacient que no ha manifestat els símptomes però que té lesions. És molt millor tractar el pacient abans de tenir un infart agut de miocardi, una hemiplegia o que se li rompi un AAA, que quan aquests ja s'han produït. L'única manera d'aconseguir-ho és fent un reconeixement general periòdic, especialment en les persones que tenen factors de risc i que, per exemple, són majors de 45 anys.

La salut personal

Una vegada més veim l'estupidesa que suposa refusar la vi-

sita al metge per por que li descobreixi qualque cosa i que indiqui prohibicions difícils d'acomplir. Ja no pot ser motiu d'orgull allò de "a mi mai no m'ha vist un metge". La gent ha d'aprendre seriosament que el bé més preuat de la vida és la salut personal. Fins a certa edat la salut ens la dona la naturalesa, però a partir d'aquí i d'acord amb els antecedents, ens l'hem de guanyar dia a dia ocupant-nos-en de manera activa. La cosa contrària pot ser un infart de miocardi, una hemiplegia o la pèrdua d'una cama.

No entraré en disquisicions sobre què significa l'expressió "salut personal", però si entenem que vol dir "trobar-se bé", no hi ha cap dubte que et "trobes millor" quan només fumes un paquet diari en lloc de dos, quan estàs sobri i no borratxo, quan estàs prim i no gras, quan fas esport tots els dies en lloc de vida sedentària, etc... No tenc cap dubte que un fumador es troba millor quan deixa de fumar i fa activitats tan simples com pujar escales sense ofegar-se o caminar sense cansar-se. Et trobes molt més àgil si et treus de damunt aquests pocs quilos de més que, si els tens, t'obliguen a tragar-los tot el

dia. L'hipertens es troba millor quan té la tensió controlada malgrat que hagi de menjar sense sal. L'exercici físic diari i adaptat a les circumstàncies de cadascú té un efecte beneficiós decisiu no solament sobre la salut física sinó també sobre la salut mental. No es tracta de dur una vida espartana ja que no passa res si de tant en tant es fa una menjada forta o es beu alcohol, sempre que no s'estigui malalt. Es tracta de guanyar-se la salut personal dia a dia sabent que el que importa és "trobar-se bé", cosa que de cap manera no és una utopia.

Control de factors de risc

Una vegada declarada la malaltia no cal dir que s'ha d'actuar sobre els factors de risc i amb més decisió que en una persona sana, però, endemés, pot ser necessari prendre medicació o, en alguns casos com les AAA o les lesions obstructives de les arteries que duen la sang al cervell, l'única solució és treure les obstruccions mitjançant la intervenció quirúrgica. Cal insistir que fins i tot operat, el pacient no es pot considerar curat totalment i que caldrà seguir-lo per saber si la malaltia progressa en altres territoris, àdhuc en el que s'ha tractat quirúrgicament.

Després del que s'ha dit, crec que queda clar que les campanyes que es fan contra el tabac i per al control dels factors de risc, no són exagerades. És més efectiu prevenir la malaltia que no tractar-la, canviar els hàbits de la persona abans que la malaltia es desenrotlli. També és més efectiu descobrir la lesió abans que es manifestin els símptomes ja que aquests poden ser mortals, i per a això és necessària la col·laboració de les persones amb factors de risc perquè se sotmetin als reconeixements sistemàtics apropiats. En resum, no es tracta de molestar la gent sinó que les persones es trobin bé, almenys físicament. Ja no solament s'ha d'acudir al metge per curar-se d'una malaltia sinó també per mantenir la salut. ■

Joan Pujades és metge angiòleg i especialista en cirurgia vascular.

URGÈNCIES VITALS: *un altre repte per als 90*

Juan Fajardo López-Cuervo

La història del ser humà és una contínua lluita per la supervivència. És la conquesta d'un medi hostil assetjat per microorganismes, animals salvatges, pobles veïnats, accidents naturals i fins i tot per problemes derivats de la seva pròpia tecnologia. En aquesta situació es poden presentar amenaces per a la salut, que si posen en perill la vida constitueixen les "urgències vitals".

En la societat actual existeixen dues urgències vitals per excel·lència, dues agressions a la salut que es podrien considerar com a noves plagues per la gran mortalitat i les importants conseqüències que ocasionen. Són la cardiopatia isquèmica aguda i els accidents de circulació.

La cardiopatia isquèmica aguda significa la detenció sobtada del flux sanguini en una zona del múscul cardíac. Es presenta generalment precedida per un símptoma cardinal que alerta el pacient: el dolor. Típicament el dolor isquèmic es localitza en el centre del pit i pot irradiar cap al coll, l'espatlla, el braç esquerre o els dos braços.

En casos menys afortunats l'episodi isquèmic agut es presenta com una aturada cardíaca, generalment per alteracions en el ritme dels batecs

Almenys un 50% de morts per traumatismes haurien pogut evitar-se en ser correctament assistits per un servei d'emergències ben organitzat.

del cor, coneguda com la mort sobtada.

S'ha trobat una clara relació entre els anomenats factors de risc (diabetis, colesterol, hipertensió arterial, tabac, stress) i la cardiopatia isquèmica. La prevenció i control dels factors de risc disminuiria notablement la presència dels episodis aguts de cardiopatia isquèmica.

Segons l'OMS, es considera accident tot succés no premeditat el resultat del qual és un mal corporal identificable.

Els accidents de tràfic cada vegada són més freqüents. La mortalitat immediata supera el 50%, afectant els dos sexes i totes les edats, però especialment homes joves. En països

desenvolupats representen la primera causa de mortalitat en persones menors de 40 anys i la tercera causa en qualsevol edat.

A més de la pèrdua de vides humanes, els accidents de tràfic són una gran càrrega econòmica per a la societat a causa de les estades a la UVI, les perllongades hospitalitzacions i rehabilitacions, les baixes laborals i les pensions d'invalidesa a les quals es fan acreedores les víctimes.

Una àmplia experiència mundial demostra que almenys un 50% de les morts per traumatismes haurien pogut evitar-se en ser correctament assistides per un servei d'emergències mèdiques ben organitzat.



L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA EN URGÈNCIES VITALS

Inclou tres grans apartats:

- Assistència primària
- Tractament hospitalari de la fase aguda
- Recuperació i rehabilitació

El tractament de la fase aguda i la rehabilitació queden fora del propòsit d'aquest treball. Quant a l'assistència primària, la podem dividir en assistència extrahospitalària i transport sanitari.

Assistència extrahospitalària

Per iniciar l'assistència al pacient és necessari conèixer la informació del succés. Una vegada rebuda la cridada de socors s'enviaran els mitjans necessaris procedint a establir les mesures de seguretat del lloc a la vegada que s'inicia l'assistència a les víctimes.

L'assistència inclou tres aspectes:

1. *Classificació*: la classificació dels pacients és absolutament imprescindible en les situacions que afecten a diverses víctimes a fi d'adequar les possibilitats assistencials i els mitjans de transport sanitari a l'estat dels pacients. En virtut de la classificació s'estableix l'ordre de prioritats, tant per a l'assistència com per al transport sanitari.

2. *Suport vital*: és el conjunt de maniobres indispensables que fan possible la supervivència del pacient sense afegir-hi noves lesions. Van encaminades al control de la respiració i de la circulació.

3. *Estabilització*: és el conjunt d'actuacions dirigides a mantenir les funcions vitals i situar el pacient en condicions de realitzar amb èxit el transport sanitari fins al centre elegit.

Els factors fonamentals de l'assistència sanitària extrahospitalària són el temps i la perfecta formació i coordinació de l'equip sanitari.

Transport sanitari

Des dels primers temps l'home s'ha preocupat per transportar els ferits a llocs segurs.

Es denomina transport sanitari primari el trasllat del malalt des del lloc on va perdre la salut fins al pri-



L'avió ultralleuger reuneix unes condicions que el podrien fer un element d'inestimable eficàcia.

mer centre assistencial.

El transport sanitari secundari es realitza des d'un centre hospitalari a un altre per completar el diagnòstic o el tractament.

El transport sanitari pot ser medicalitzat o no segons l'estat del pacient. Un pacient greu requereix inexcusablement assistència mèdica especialitzada i mitjans tècnics de control i tractament que assegurin la seva supervivència, és a dir, transport sanitari assistit. Un pacient les funcions vitals del qual no es veuen amenaçades i les lesions que pateix no són greus, pot ser traslladat després d'una correcta estabilització en un mitjà de transport sanitari no medicalitzat o, fins i tot, en un vehicle no usat habitualment per al transport sanitari sempre que disposi d'unes condicions mínimes de confort i seguretat.

Els mitjans de transport sanitari poden ser terrestres o aeris.

Transports terrestres

1. *Ambulància clàssica*: en vies de desaparició per la dificultat d'accés del pacient, la limitació

d'espai per al transport material i la impossibilitat de mantenir la perfusió d'un sèrum per la seva escassa altura. Les seves avantatges són l'economia, la maniobrabilitat i la rapidesa.

2. *Ambulància sobre-elevada*: com la clàssica, però amb el sostre elevat que permet que el pacient viatgi mig assegut i mantengui la perfusió del sèrum. Gaudeix de les mateixes avantatges de la clàssica i és de gran utilitat en el transport secundari de pacients estabilitzats.

3. *Ambulància normalitzada i UVI-mòbil*: té unes mides i característiques tècniques normalitzades. La cèl·lula assistencial (habítacle destinat al control i assistència del pacient) va dotada d'il·luminació i presa de gasos medicinals, climatitzada, disposa d'espai suficient per transportar i fer servir el material d'assistència en pacients crítics.

Transports aeris

1. *Avions pressuritzats*: mantenen a l'interior una pressió atmosfèrica similar a la del nivell del mar, almenys en teoria. S'usen per al transport sanita-

ri en distàncies majors de 300 kms. En determinats casos es poden emprar aeronaus de companyies aèries comercials prèvia autorització. Entre els inconvenients destaquen l'exigència d'aeroports fixos i de sistemes d'ajuda a la navegació aèria limitant el seu ús a determinades zones i en determinades situacions.

2. *Avions no presuritzats*: accedeixen amb facilitat a qualsevol punt en què existeixi una zona àmplia de terreny pla. Són molt útils en situacions de catàstrofe per aportar personal i material i per iniciar una nòria d'evacuacions que desallotgi la zona del sinistre.

3. *Helicòpters*: entre les avantatges destaquen la possibilitat d'accés a zones restringides, rapidesa, versatilitat, maniobrabilitat i comunicacions. Els majors inconvenients són el cost elevat, el complicat manteniment i la necessitat de personal especialitzat en el seu maneig a més del personal sanitari que ha de transportar. El seu ús ve limitat per les condicions meteorològiques, especialment els vents i la boira, així com els vols nocturns que són impossibles de realitzar.

La forma més ràpida d'arribar al lloc del succés és sens dubte el transport sanitari aeri, però les limitacions dels helicòpters, especialment les econòmiques, impedeixen disposar-ne adequadament. Les característiques geogràfiques d'Espanya permetrien obviar en part aquest problema posant en marxa un projecte de l'autor d'aquest article i del Dr. Gil Heras que bàsicament consisteix en incloure entre els mitjans de transport sanitari habituals l'avió ultralleuger medicalitzat.

ULTRALLEUGER MEDICALITZAT

Encara que a primera vista pugui semblar inadequat, l'avió ultralleuger reuneix unes condicions que el podrien fer un element d'ines-timable eficàcia per a l'assistència primària a pacients crítics. La seva primera qualitat és el preu. Un aparell completament equipat té un preu inferior al

d'una ambulància clàssica. El seu manteniment és pràcticament nul i el seu ús molt senzill ja que són suficients unes classes teòriques i 10 hores de vol per capacitar els pilots.

La seva principal virtut és la rapidesa. En un temps mínim, solament superat per l'helicòpter, un metge entrenat en atencions de pacients greus, acompanyat d'un ajudant i amb el material necessari, pot desplaçar-se al lloc on s'ha produït la lesió. Una vegada estabilitzat, qualsevol pacient

● **L'episodi isquèmic agut es presenta com una aturada cardíaca, generalment per alteracions en el ritme dels batecs del cor, coneguda com la mort sobtada**

● **Segons l'OMS, es considera accident tot succés no premeditat el resultat del qual és un mal corporal identificable**

● **Es denomina transport sanitari primari el trasllat del malalt des del lloc on va perdre la salut fins al primer centre assistencial**

pot ser transportat en l'avió ultralleuger amb totes les garanties de seguretat exigibles, sense que suposi un risc major que altres mitjans de transport sanitari, còmodament instal·lat en una llitera i estretament vigilat pel pilot metge amb l'avantatge de la

rapidesa dels mitjans aeris.

Quant a la seguretat de l'avió ultralleuger com a mitjà de transport sanitari aeri, evitant el seu ús durant la nit, amb pluja o amb vent major de 40 nusos, és un aparell estable i segur, capaç de planejar per voluntat del pilot o en raríssims casos d'avaría mecànica. Va dotat d'un paracaiguda d'obertura immediata que atenuaria un hipotètic i pràcticament inexistent risc de ruptura dels plans de volada. Evidentment, constitueix un risc volar-hi si se sobrepassen les seves limitacions o si s'utilitza per practicar acrobàcies aèries, esport per al qual existeixen models especialment dissenyats però que no són el cas que ens ocupa.

El transport sanitari sols es durà a terme després que s'hagin estabilitzat i classificat els pacients. Prèviament l'equip mèdic ha de decidir ON, PER ON, COM I QUAN seran transportats. El centre hospitalari elegit, la ruta, el mitjà de transport sanitari i el moment de l'evacuació depenen del nombre de pacients, la seva classificació, els mitjans disponibles, la distància als centres hospitalaris i la seva disponibilitat, i de les condicions meteorològiques i de les vies de comunicació.

CREACIÓ D'UN SERVEI D'ASSISTÈNCIA A URGÈNCIES: SEMIB (Servei d'Emergències Mèdiques de les Illes Balears)

Si tenim en compte els ingressos de pacients a les institucions públiques i privades, el nombre d'episodis de cardiopatia isquèmica aguda supera els 1500 anuals, és a dir, hi ha més de 5 episodis diaris.

El nombre d'accidents de tràfic en el darrer any voreja els 5000, segons fonts de la Direcció General de Tràfic, encara que, ni cal dir-ho, no en tots es produeixen víctimes.

El factor temps és d'importància vital per al futur dels pacients. L'infart agut de miocardi pot beneficiar-se amb el tractament de substàncies que dissolen el coàgul que obstrueix l'artèria coronària si s'administren dins les primeres quatre hores de la presentació del dolor.

Al voltant del 49% de les morts per traumatismes es produeixen en els 30 primers minuts després de l'accident. El 53% de les morts considerades com "evitables" ocorren abans de l'arribada a l'hospital.

Amb la creació dels serveis d'assistència a emergències s'ha aconseguit disminuir dràsticament la mortalitat i el nombre i la importància de les lesions definitives derivades de situacions que posen en perill la vida del ser humà. Aquests serveis s'organitzen entorn d'un centre de control dotat d'una central de comunicacions i mitjans informàtics, atès per telefonistes, personal auxiliar i secretàries, dirigit per metges experts en assistència extra-hospitalària. Les seves funcions són:

1. Assegurar l'escolta permanent disposada a respondre davant qualsevol demanda.

2. Facilitar la disponibilitat d'equips mèdics complets que permetin dispensar l'assistència immediata en els llocs requerits.

3. Seleccionar les cridades de socors i respondre amb la presència del personal i el material idonis.

4. Assegurar el transport del pacient en la modalitat més adequada.

5. Facilitar la seva hospitalització.

6. Garantir l'assistència continuada dels transports inter-hospitalaris.

7. Desenvolupament de programes de formació a tots els nivells.

8. Coordinar la presència de recursos complementaris (bombers, policia, etc.).

9. Estudi de riscos previsibles i confecció de plans de catàstrofes.

Un sistema d'assistència integrada a urgències inclou els components següents:

1. *Xarxa de comunicacions sanitàries urgents*: s'ha de comptar amb mitjans de comunicació amb fil i sense fil. Les primeres enllacen la població amb el centre de comunicació d'emergències mitjançant un nombre telefònic únic i curt, similar al de la policia. Les altres enllacen el centre de control amb les unitats mòbils, tant terrestres com aèries. Per evitar bloquejos

caldrà comptar amb comunicacions de tot tipus com els centres sanitaris, policia, bombers, guàrdia civil, Creu Roja, protecció civil, etc.

2. *Xarxa coordinada de transport sanitari*: en rebre la crida de socors el metge responsable del centre de coordinació ha de decidir, d'acord amb les característiques del succés, el tipus d'assistència necessà-

● L'avió ultralleuger reuneix unes condicions que el podrien fer un element d'inestimable eficàcia per a l'assistència primària en pacients crítics

ria i enviar-la de la forma més ràpida.

El centre ha de comptar amb una flota d'ambulàncies i mitjans de transport aeri convenientment dotada i correctament distribuïda. La possibilitat de comptar amb avions ultra-lleugers ampliaria la capacitat d'actuació del SEMIB amb un cost mínim.

El centre de control ha de conèixer en tot moment l'estat de la xarxa viària, la ubicació de les obres i l'estat del temps per a determinar prèviament la ruta més adequada.

3. *Personal entrenat en l'assistència a pacients crítics*, perfectament familiaritzat amb el material que haurà de fer servir i amb els mitjans de transport.

4. *Local perquè serveixi de magatzem*, en el qual es centri tot el material degudament ordenat i classificat per reemplaçar l'utilitzat en cada missió.

5. *Hospitals i UVI*: ha d'existir un contacte continu entre el centre de control i els hospitals del seu àmbit d'acció per conèixer en cada moment la disponibilitat de llits i de

mitjans i per mantenir-lo informat sobre el nombre i situació dels pacients que l'hi seran remesos.

6. *Informació i formació de la població i de les forces de seguretat*: normalment seran ells qui faran la crida de socors. Una correcta informació del succés facilitarà la selecció dels mitjans i la localització del lloc. Les informacions exagerades sostreuen mitjans innecessaris que poden ser requerits simultàniament en un altre lloc. D'altra banda, una població ben formada respectarà el nombre d'emergències evitant col·lapses de les línies i acudint als centres hospitalaris corresponents per resoldre altres urgències que comporten risc vital.

7. *Interconnexió amb altres serveis d'emergències* per intercanvi d'informació i col·laboració en cas necessari.

Organitzacions d'assistència per a situacions d'emergència similars a l'esboçada han demostrat la seva eficàcia en tot el món aconseguint amb escreix el seu objectiu: disminuir a l'estrictament inevitable el nombre de morts produïts per situacions que posen en perill la vida de les persones.

RESUM

Després d'una introducció en què es descriuen les principals urgències vitals que afecten l'home actual, s'ha exposat la forma en què han de ser assistits els pacients, destacant la importància de l'assistència professional i el factor temps. Posteriorment s'han comentat els mitjans de transport sanitari amb especial insistència en les possibilitats d'un nou tipus de transport aeri: l'avió ultralleuger medicalitzat. Finalment, s'han esboçat les característiques del que podria ser el Servei d'Emergències Mèdiques de les Illes Balears (SEMIB). ■

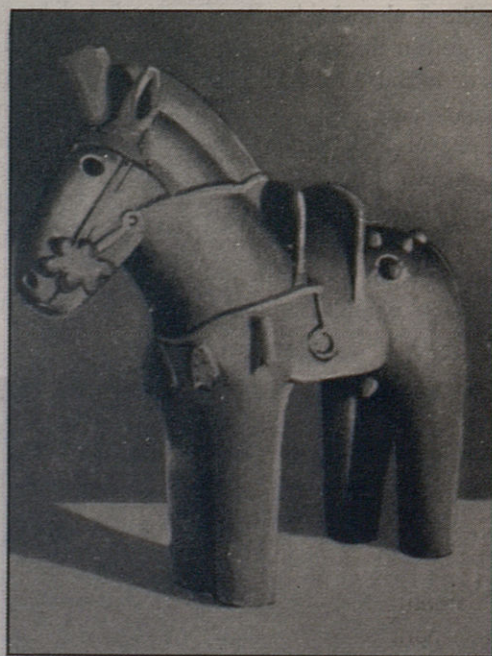
Palma, gener 1990.

Juan Fajardo López-Cuervo és metge especialista en Medicina Intensiva.

ENIGMES DE LA NOSTRA HISTÒRIA

EL CAVALLET ALMORÀVID DE MALLORCA, ÉS UN SIURELL?

Miquel Ferrà i Martorell



Un cavallet de l'època califal conservat en el Museu Provincial de Còrdova i un exemplar procedent del Japó que data del segle II abans de Crist

D'entre les peces més curioses del nostre patrimoni àrab bellament conservat i exposat en el Museu de Mallorca de Palma amb un tipus de classificació i distribució que podríem considerar d'eficàcia i didàctica, es fa notable, a la vista de molts, un petit cavall de ceràmica, un d'aquells *al-faras* que els sarraïns tant admiraven en la guerra i en la pau, preferint-lo a qualsevol altre animal domèstic. El cavallet, mutilat de potes, un tant estilitzat, resulta certament atractiu i alguns estudiosos, no sense una bona dosi de raó, proposen que es tracta d'un

siurell almoràvid, la tradicional figura de terra cuita pintada de blanc amb alguns trets decoratius verds i vermells que amb un xiulet afegit a la part del bassament, prop de les potes posteriors, serveix de joguina als infants.

Aquesta hipòtesi però és posada en dubte per altres que no veuen tan clara la cosa. S'ha dit que l'origen dels siurells és antiquíssim, que potser fins i tot ens ha arribat de l'època prehistòrica i més concretament de la civilització dels talaiots. No ens decanem doncs del que és el prototipus de siurell, la temàtica dominant, el més ca-

racterístic, avui com ahir, de venda en el mercat i que compta entre d'altres proveïdors amb coneguts artesans de Marratxí, lloc on s'ha conservat aquesta artesanía a través de generacions. I el prototipus representa amb freqüència el cavall i el cavaller, un cavall generalment desproporcionat al cavaller i que ben sovint, més que cavall, sembla un gos. El cavaller, encapellat, més d'un cop ens sembla portar una mena de faldilla sobre els calçons. Joguina oferta en els tenderols de les festes de Sant Marçal i a les fires dels pobles.

Segons això, el siurell hauria

passat per tot un seguit de generacions i creences des que Mallorca és Mallorca. Restes de siurells d'altres èpoques s'haurien d'haver trobat, doncs, en les diferents excavacions, a l'interior dels monuments megalítics i coves naturals o artificials dels períodes talaiòtics, ja que s'han descobert a tals tombes i habitacles tota casta d'objectes domèstics, entre ceràmiques i estatuets de bronze. El mateix podríem dir de la dominació romana que tanta peça de parament ordinari ens ha deixat en els pous de l'antiga Pollentia i a Palma mateix. Arribam així a l'època musulmana amb l'existència d'aquest cavallet dels temps de la cultura almoràvida. Però... ¿On són els siurells medievals del cristianisme? ¿Els de la Baixa Edat Mitjana? ¿Els del Renaixement?

I també els del barroc... No n'hi ha ni rastre! No oblidem que l'arqueologia domèstica dels segles XVI i XVII és la que podríem considerar en molts de casos arqueologia de superfície, arqueologia de col·leccio-

nista i de llegat familiar, arqueologia que mai no ha estat soterrada sinó que ha passat de mans a mans, dels porxos i golfes de les cases i casals a les cambres i de les cambres als porxos i les golfes... ¿On són els siurells d'aquells temps ja molt més apropats a nosaltres? Tot el que hem pogut veure és un siurell de la segona meitat del segle XVIII que es conserva al Museu de Sóller. I no oblidem que en el segle XVIII, juntament i paral·lelament a l'art oficial es desenvolupa un art popular, com és el cas de les teules pintades, per exemple.

Arribats en aquest punt, es podria dubtar que el siurell àrab pogués ésser, al cap i a la fi, tal siurell. Sobretot, després d'haver vist, en el Museu Provincial de Còrdova, un cavallet islàmic de metall repussat, que no és entre les imatges de cavalls, cavallets i cavallons un cas aïllat dins l'artesanía musulmana. Per altra banda, l'art oriental, Xina, Índia, Japó, Aràbia... han reproduït en tot temps

estatuets de cavalls i d'això en tenim constància molt diversa, com és el cas, valgui també d'exemple, de les *haniwa* japoneses que es col·locaven dins les tombes per fer companyia al difunt, minúscules imatges, algunes de les quals es remunten al segle II abans de Crist.

Després de totes aquestes consideracions, la pregunta és tan senzilla com obligada.

¿El cavallet almoràvid de Mallorca, és un siurell?

¿És un remot precedent dels siurells divuités?

¿O és més aviat una figureta decorativa o lúdica?

¿Per què amb tants d'anys d'investigacions i excavacions arqueològiques no hem pogut treure aguller al tema?

Cal esperar que en el futur noves troballes ens puguin donar la resposta. ■

BIBLIOTEQUES MUNICIPALS



1990

Son Rapinya

Llac de Banyoles, s/n.
C.P. 07013

Son Ximelis

Cap Blanc, s/n.
C.P. 07011

Rafal Vell

Pere Ripoll Palou, 9
C.P. 07008

Gènova

Barranc, 2
C.P. 07015

Establiments

Pça. Immaculada, 3
C.P. 07010

Sant Jordi

Bauçà, 31
C.P. 07199

Arenal

Pça. G. Rul·lan Garcías, 5,
1^{er} pis. C.P. 07600

Coll d'en Rabassa

Bailèn, 38
C.P. 07007

Blanquerna

Sant Joaquim, 9
C.P. 07003

Son Gotleu

Regal, 105
C.P. 07008

Sa Indioteria

Gremi Tintorers, s/n.
C.P. 07009

Polígon de Llevant

Ciudad de Querétano, 3
C.P. 07007

Molinar

Xadó, 7
C.P. 07006

Horari

Dilluns a divendres: 15-21 h.
Dissabtes: 10-14 h.

Cort

Pça. Cort, 1
C.P. 07001

Horari

Matins: 9'30-13'30 h.
Horabaixa: 17-20 h.
Dissabtes: 9'30-13 h.

ajuntament de palma

ARTISTES DE LA PART FORANA

PERE BENNÀSSAR, UN FELANITXER A CIUTAT

Miquel V. Sebastian

La pintura de Pere Bennàssar pot parèixer eclèctica en un primer cop d'ull; les referències a Barceló, Picaso, Giacometti, els dibuixos animats o les decoracions de la ceràmica arcaica grega, no hi estan camuflades, sinó posades amb evident provocació. Però si l'analitzam detingudament, veurem que aquestes al·lusions del pintor a la cultura del segle xx, són un homenatge als homes que l'han creada; això el salva del plagi o la imitació, perquè en definitiva, el que compta és la intenció de l'autor.

La mirada de Bennàssar és optimista, com la de Hockney, com la de Miró; perversa i mordaça com la de Walt Disney. Empra el barroquisme com a forma d'expressió, tant en el dibuix, agabellador de tota la superfície del quadre, com en el color-"suma" de tots els colors. Té facilitat i soltesa de línia, que sospitam és fruit d'hores i hores d'entrenament i reflexió; si li haguéssim de posar un mot que el definís, seria el de pintor-pintor, parodiant l'acudit de Blai Bonet, que diu: "No hi ha pintors bons i pintors dolents; hi ha pintors".

Menció especial mereixen les seves ceràmiques, farcides de tradicions familiars, no endebades en Pere és fill de ceramista; ens agraden singularment unes natures mortes, de fang, que barregen els "collages" de Gaudí amb els "ready-mades" de Duchamp.

Malgrat la seva joventut, vint-i-sis anys, ja ha exposat varies vegades a les galeries 4 Gats i Ferran Cano de Ciutat, a la Lois Strom Galle-



Pere Bennàssar.

ry de los Angeles (Estats Units), a la Galeria Altxerri de Bilbao i a la Galeria Kreisler de Madrid, aconseguint sempre molt bones crítiques.

En començar aquesta conversació, ens adonam de les seves qualitats humanes: senzillesa, bonhomia, manca de divisme i transcendència, quan la supèrbia està sovint tan arrelada, per desgràcia, entre la fauna artística que ens envolta.

-Vares néixer entre pinzells, ceràmiques, pintures, ... ¿Creus que

això et va condicionar a l'hora de decidir-te a pintar?

-Sí, molt, però darrerament va esser la relació i convivència amb els membres de la meua família, pares i cinc germans, el que va marcar la meua vida. Les crisis familiars m'han senyalat molt, m'han deprimit molt... El galerista Ferran Cano m'ajudà més que la família.

-I haver nascut a Felanitx?

-Felanitx és un poble sec, molt ben plantat, de l'est de Mallorca,



millor que altres pobles més rics i pròspers; inclús m'agrada més que Pollença.

-Com és la reacció d'una família, quan un fill jove els diu que vol esser pintor?

-Quant a la meua obra, la família sempre ha estat un poc a part de la pintura, però es preocuparen que tengués un espai per pintar, un estudi modern en un edifici dels anys setanta, a Ciutat; és una planta baixa de dos-cents m2 i n'estic molt content i agraït.

-Quins mestres has tingut?

-Vaig anar uns anys a l'Escola d'Arts i Oficis de Palma; seguia un programa oficial i no aguantava massa bé el professorat, excepte Damià Jaume, que em va ensenyar a dibuixar un poc. Crec que és l'observació directa de la Naturalesa la

que forma a l'artista; jo, m'he fet pel carrer, estudiant a Ciutat i després, coneixent Barcelona i Madrid.

-Quan vares fer la teua primera exposició?

-A Felanitx, el meu poble, l'any 84. Va esser més del que esperava, vaig vendre molts de quadres, més del que m'havia imaginat.

-Podries explicar la teua pintura?

-Començ amb la tela en terra, posant un fons banyat de veladures; llavors la clav a la paret i vaig dibuixant amb els pinzells. Empr materials pobres: cartó, sac ..., i atípics: vidres, objectes trobats que els aferr o incrust a la pintura, més acrílica que a l'oli. M'agrada inspirar-me amb els pintors del nostre segle. Pintar és un exercici personal que t'ensenya a tu mateix, però quan acab de fer una cosa, mai

n'estic satisfet. Darrerament intent imitar les qualitats dels metalls: bronze, or i plata. Em motiven tots els colors; el color és un gran rept. No he arribat a l'abstracció total, perquè em costa molt pervenir-hi! A una taca sempre li don una forma de persona, de botella o el que sigui. Voldria tornar a fer obres de grups de persones, familiars que mostrin aspectes quotidians de contuberni. El cubisme, expressionisme, surrealisme, Miró, els poemes de Max Ernst; tot em plau si està ben fet.

-Com és un dia de la teua vida?

-Molt desorganitzat, sense cap hora fixa ni horari de res. M'agrada el desordre; un gran desordre dins un ordre, és preciós.

-Aquesta pregunta la feim sempre a tothom, i endemés tu tens un germà, n'Andreu, que és arquitecte.

Creus que els artistes haurien de col·laborar amb els arquitectes?

-Sí, quan hi ha amistat entre ambdós, com és el cas de Sert i Miró, per exemple. L'arquitectura del segle XX no està feta massa per a la pintura i és una llàstima; aleshores, els arquitectes haurien de col·laborar més amb els pintors, perquè les formes circumdants són més importants que els diners o els medicaments. Una mala arquitectura pot emmalaltir la gent, i l'art, una escultura, una pintura o la música, et poden curar d'una angoixa, més que potser una aspirina.

-Bennàsser va exposar a la Michelangelo Gallery de Las Vegas, en un viatge al·lucinant per Amèrica, que va esser tota una aventura...

-Las Vegas és un desert creuat per autopistes grandioses. Al vespre tot és d'una bellesa que imposa, però de dia, a la llum del sol, veus que tot és de fusta, una potineria; el centre de la ciutat s'ha estès en cinc o deu anys; terren universitat i tot, bancs, botigues de begudes alcohòliques, hotels, sales de joc, famosos casinos com el Caesars Palace, un "decorated shed" que va de romans; l'Aladdin, un "kitch" que va de moros; el Flamingo, que és esplendorós; l'Stardust; el Golden Nugget, que és de Frank Sinatra. I cada vespre tens actuacions de grups molt bons o artistes com Fats Domino, Jerry Lee Lewis, etc. I caramulls de persones velles i de mitja edat, amb un poalet a la mà que els donen per anar a jugar, atesos per camareres superguapes que van amb minifalda. També he estat a la



fira ART de Basilea (Suïssa), la més important del món, que ja duu 14 o 15 anys, i és el doble de gran que ARCO; jo estic a favor d'ARCO, mentre no sigui una màfia i es facin bé les coses. Totes les meves exposicions fora de

Mallorca es varen emparaular a l'ARCO de fa dos anys. ■

Miquel V. Sebastian és professor de dibuix.

Papers pintats

Marc i Motlures

Pintures

Casa Pomar Flores

ARTICLES PER A ARTISTES

Sant Miquel, 77. Tel. 72 14 83

07002 PALMA

ENTREVISTA

AGUSTÍ PONS

Miquel López Crespí

Agustí Pons ha publicat dos llibres de poemes: *Cossos i Fets* (1977) i *Tractat de Geografia* (1980). També ha publicat el recull *Tretze contes llibertaris* (1981) i *Converses amb Frederica Montseny* (1977).

- Agustí, m'agradaria començar aquesta entrevista parlant de la teva feina d'escriptor, que en el teu cas ha anat paral·lela a la teva activitat com a periodista.

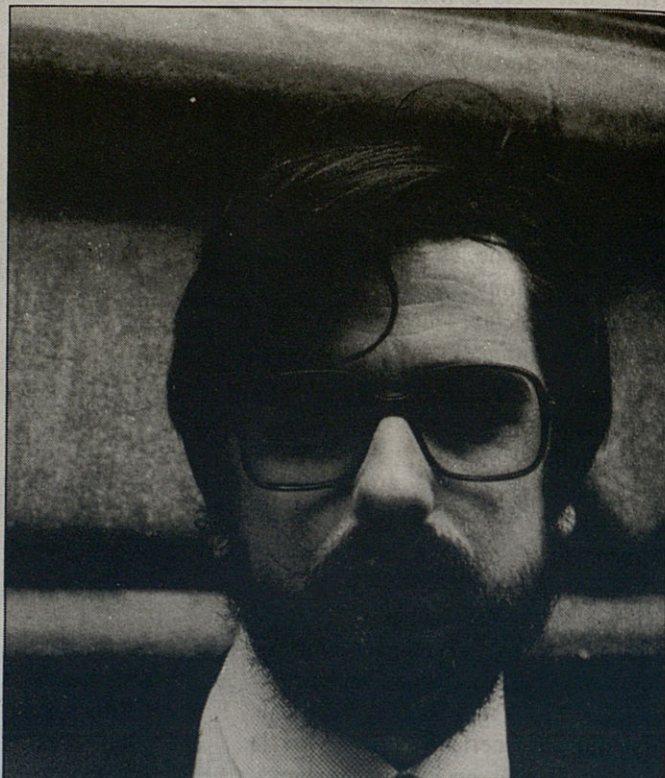
- Durant molts anys vaig formar part de la redacció d'*El Noticiero Universal* de Barcelona -em sento orgullós d'haver-hi entrat com a grumper a passar, ran de la seva fundació, al diari *Avui*, on actualment tinc el pompós títol de Coordinador de les Seccions de Cultura i Espectacles i responsable del suplement *Avui del Diumenge*. En aquesta activitat periodística, he intentat de guanyar-me la vida, la qual cosa em fa romandre en un estadi d'inacabable discriminació econòmica enfront dels meus col·legues que treballen en la premsa castellana. Allò de *a igual feina, igual sou*, en aquest cas no es compleix. Heus aquí una prova -prou punyent per a mi- que encara no som una cultura normal. He tingut la sort de guanyar un parell de premis periodístics -la primera convocatòria del premi *El Ciervo* i el *Manuel Brunet* que atorgava la revista *Destino* en la qual vaig treballar durant força anys- i de quedar finalista d'uns quants premis literaris, com ara el *Carles Riba*. Això fa que els meus col·legues periodistes em considerin un escriptor posat a periodista i els meus col·legues escriptors un periodista amb ínfulas d'escriptor. He parti-

cipat en algunes aventures periodístiques apassionants i polèmiques com la ja esmentada de *Destino* o la revista *Ori-flama* o col·lectius que van fer possible

-ja fa uns quants anys- col·leccions com *El gra de mostassa* o el llibre *La Catalunya pobra*.

- Ens pots parlar de les teves influències culturals? Ens agradaria anar esbrinant d'on surt el to de la teva poesia, les teves recerques personals...

- Trobar quin ha de ser el to de la teva pròpia poesia crec que és una de les recerques més difícils del poeta. Al començament, em sentia immers en les modes del moment. La generació *beat*, per exemple. Tot això em va fer segregar una mena de papers que, afortunadament per a tothom, no he publicat mai. Després, d'alguna manera, es va anar produint el filtre. El surrealisme literari francès; l'avantguardisme pictòric rus -sobretot, Malevitch; la generació castellana del 27 -¡Lorca!; i, naturalment, els catalans: de Ramon Llull a Joan Argenté. Ara, la feina és, d'una banda, guanyar en intensitat d'expressió com dic en les paraules prèvies a *Tractat de geografia*. I, també, saber conrear unes certes formes clàssiques i populars -del sonet a la cançó- on la imatge sigui



Agustí Pons.

l'epicentre del poema i on es produeixi una reflexió sobre el llenguatge i la seva relació amb la realitat, sense abandonar -excepte en algunes composicions de to irònic- el caràcter líric de l'obra. Com veus, no m'hi poso per poc!

- Parlant dels problemes dels escriptors catalans... ¿creus que anem entrant en un període de "normalitat literària"?

- En general, el problema dels escriptors -com el dels periodistes- és que, de cop i volta, hem hagut de deixar de fer política, d'anar a manifestacions i assemblees i ens hem hagut d'encarar amb nosaltres mateixos i amb el nostre ofici. L'hora de la veritat. I potser ens hem trobat, tots ple-gats, mancats de trumfos. Ni els estudis que varem fer ni la dispersió anterior -parlo en termes generals- varen ser un bon aprenentatge. La Universitat, tampoc. Les universitats catalanes -en conjunt- han estat incapaces de generar un corpus de crítics addients. Com a mínim, els escriptors -penso ara amb els novel·listes- tenen consciència de les seves pròpies mancances,

Romania, dos
mesos després de la
revolució

PÀGINES 6 i 7

El iot 'Azor', una
reliquia franquista
difícil de vendre

PÀGINA 10

Fernández-Deu i
els seus 25 anys de
comunicador

PÀGINA 14

AVUI diumenge

En els últims anys s'està imposant la pràctica d'una gran quantitat de noves modalitats esportives, autòctones o importades. Amb l'objectiu del simple manteniment de la forma física o a la recerca d'aventura i de sensacions fortes, s'obre pas una oferta alternativa als grans esports de masses.

Nous esports amb una marxa diferent

Les pràctiques de moda, entre l'aventura i el relax



com reconeix, per exemple, en Pep Albanell en una recent entrevista que va sortir publicada a les pàgines de l'*Avui*. I comencen a donar fruits molt remarcables: els contes de Quim Monzó, les darreres novel·les de Jaume Cabrer i Jaume Fuster, la *Ventada de morts* del mateix Pep Albanell, etc. Però, se'm fa difícil teoritzar perquè crec que allò realment necessari i gratificant per a un mateix és intentar fer la feina el millor possible. I és tan difícil! De totes maneres, el panorama general de la literatura catalana el veig bé. Evidentment, trigarem a tenir un altre període com el del 1900-1939 perquè la història de les cultures presenta uns cicles misteriosos i, evidentment, ara acabem de sortir d'un dels punts més alts de la nostra cultura. El recanvi ja vindrà, però el futur -com l'Esperit Sant, segons diuen- és imprevisible. De tota manera, no hem pas d'esperar que cada any aparegui un Ruyra o un Carner.

- A mesura que anam enllestint aquesta entrevista em recordo d'aquell temps llunyà a Cartagena on complíem junts el franquista servei militar. En aquella època -el teu estimat Jack Kerouac!- ja em deies que sempre t'havien colpit més les teves experiències personals que les gran paraules. És allò de Rilke que "l'art surt de la necessitat". Aquella desconfiança teva de les paraules massa solemnes...

- Tinc la impressió que l'home s'empara en les grans idees com a refugi acollidor de la seva pròpia covardia. Per tant, tot aquest exercici de post-marxistes, que ara estem vivint a Barcelona, que han caigut de l'escambell i s'adonen que res no és lineal i que la història de la civilització no mena al progrés indefinit, me'l miro amb una certa satisfacció. ¡N'hi havia uns quants que mai no vàrem ser marxistes i que ara resulta que no anàvem lluny d'esques! En una recent entrevista -i, també, al diari *Avui*, i perdó per la propaganda- Alfaro deia que l'exercici més revolucionari que ara pot fer l'home és usar de la seva pròpia llibertat. M'hi apunto!

De moment, el meu projecte més immediat és trobar un editor per a publicar *Signe i desig*, cosa no gaire fàcil, perquè ara es porta la filosofia i la novel·la. Què hi farem! També tinc d'altres projectes, però prefereixo no parlar-ne, no pas per falsa modèstia sinó per ganes de no fer el ridícul. D'altra banda, la feina del diari és, per a mi, molt absorbent. Es tracta de fer unes pàgines culturals que no siguin ni antropològiques ni complementàries de res ni de ningú. Ara, tot just estem en fase de consolidació de la nova etapa de la secció de Cultura i del suplement del diumenge. ■

LA MOGUDA PLANETÀRIA

LES REBAIXES

Antoni Ginard

Finals de gener i principis de febrer és el temps de les rebaixes. Tots sabem que són especialment conegudes les d'aquells establiments que les anuncien per televisió.

Com a rebaixa final, Gorbi proposava la liquidació del monopoli setantí del PCUS, que permetria l'elecció del president de la URSS i la possibilitat del multipartidisme. Entre les causes d'aquesta separació entre l'Estat i el partit, potser s'ha de ressenyar la gravíssima crisi econòmica. Quan el marxisme-leninisme no està de moda, s'obre la porta a la iniciativa privada i diversos productes russos pretenen convertir-se en objectes del consumisme dels mercats occidentals.

Per una altra banda, la idea de la reunificació alemanya és acceptada i potser sigui un fet que ja no és tan llunyà com ho semblava fa un parell de mesos.

A latituds més meridionals, sembla que, definitivament, el president blanc De Klerk ha imposat a Sud-Africa una nova política de relació amb la immensa majoria negra, que ha finalitzat amb l'alliberament de Nelson Mandela, condemnat a cadena perpètua i empresonat des de 1962.

De moment, els patrons deuen tenir els seus negocis controlats. Gorbi es deu veure com el segur president electiu de la Unió Soviètica; la qüestió alemanya serà el fruit d'un pacte a diferents nivells; i, per ara, la major part dels negres -encara que puguin anar a nedar a les platges dels blancs- continuaran apartats a les barraques com les dels South West Townships.

GUAL PERMANENT

CULTURES

Pere Font

Conèixer-se és tan bo com enredat i difícil. Aproximar-se a l'explicació de l'individu és com buscar l'agulla dins del paller de la complexitat. No és tasca fàcil. I explicar-se el que conforma el cuir fisionòmic i les vísceres culturals d'una comunitat, tampoc no és lliscar sobre camí planer. Potser encara és més treballós. Al cap i a la fi l'individu, l'ésser orgànic i viu, segueix processos vitals predictibles, porta inserit un programa determinista d'esdevenir. No sabem si una cotorreta jove acabarà més o menys desplomada, però acabarà envellint talment com una còrra. Ben segur que no ens esdevindrà, per exemple, un ànec o una magrana.

Una cultura, en canvi, no té un final sempre previsible. Canvis substancials en la qüestió econòmica bastarien per trasbalsar l'aspecte cultural d'una comunitat i, en cas extrem, transformar-la fins quasi en les seves antípodes.

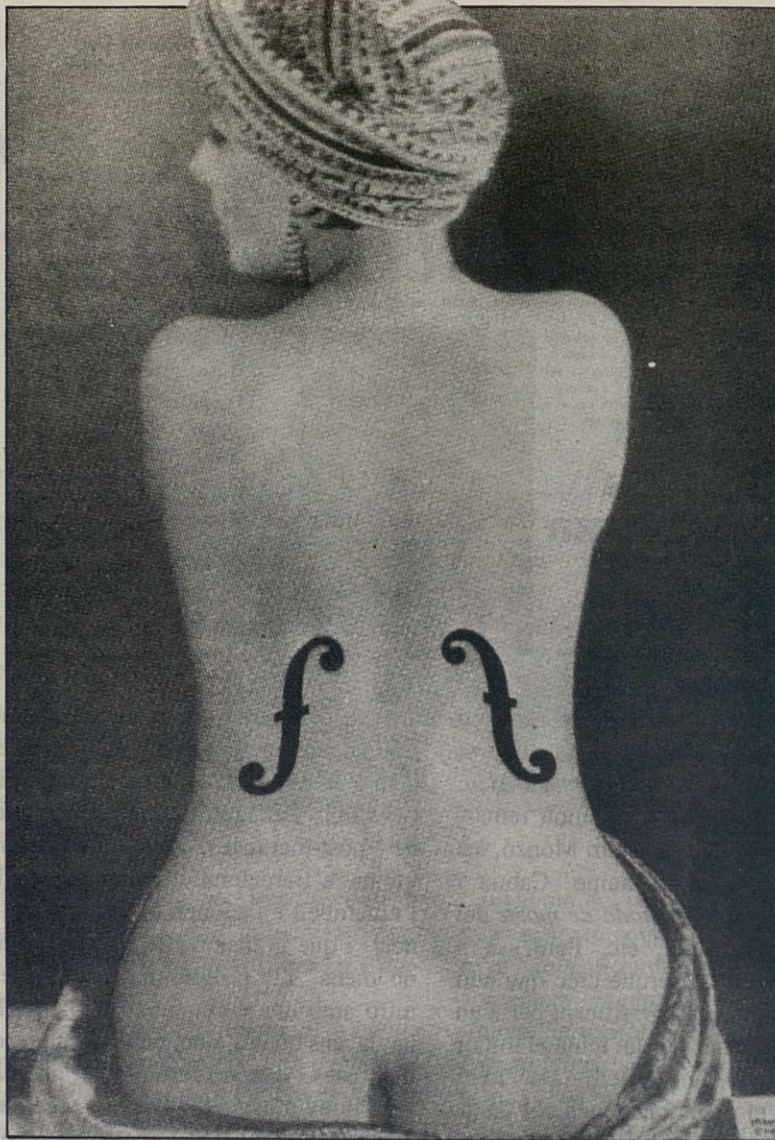
Però l'inici, el que és el començament de les comunitats ja és una altra cosa, potser sigui clar, clar com el pa, ja que en l'origen tot devia ser una qüestió de pa, o de subsistència. La necessitat de surar i de treure el cap fora l'aigua degué impulsar l'home a protegir-se en el ramat. L'origen de les cultures pot esbrinar-se en l'enginy per l'autodefensa. Com més d'agrupats i d'organitzats, menys perills d'agressions foranes.

Ningú no dubta que conviure en un ramat, que tingui un mínim de cohesió i consistència, suposa participar en uns interessos compartits, explicitats o no. Implica també marcar-se uns objectius i apuntar vers l'aconsecussió d'uns projectes més o

menys definits. I sobretot, comporta la vivència d'unes experiències en un cert grau comunes i agermanadores.

És la realitat contextual qui esdevé determinant sobre el ramat i marca, prest o tard, els seus trets de comportament. Fins fa poc, si el grup cultural no era buit de mollera i intuïa quins eren els camins que portaven, o acompanyaven, vers la subsistència de la colla, acceptava de bon grat lliçons d'herència i s'espavilava per la consecució de l'encert en l'adaptació al medi. La cultura d'una comunitat era això en gran manera: el resultat d'assajos i assajos per respondre de cada cop més encertadament a les

demandes de l'espai propi, clima, temps cronològic i novetats aparegudes. Aquesta resposta era tot un tempteig de generacions rera generacions, i ha estat fins fa poc un tempteig sobretot lent, popular i lliure i no sempre, encara que sí també, dirigit per programes formulats amb pèls i punts i senyals per minories directores. La pròpia comunitat s'anava encaixant en el vestit contextual tirant d'aquí, embastant d'allà o escursant del davant o el darrera. Però ara sobretot i més que mai, hi ha els sastres vigilants o organitzadors. Tot s'ha fet massa enredat. Les cultures no només encaixaven amb la realitat. També la transformaven. Algunes cultures, a ritme molt



Tampoc no és fàcil explicar-se el que conforma el cuir fisionòmic i les vísceres culturals d'una comunitat.

lent. D'altres l'han transformada de cap a peus i ara la transformen dia a dia, galopadament, vertiginosament. Llavors la realitat transformada per la cultura, i en efecte boomerang, exigeix nous i ràpids canvis de readaptació cultural. Tot es complica, la tradició no sempre serveix i els sastres o directors d'orquestra esdevenen tècnics recomanables.

Però, de mestres, n'hi ha hagut sempre. Són un, entre tants, dels factors d'afaiçonament cultural. Si se'ls escolta, és clar. O si els seus missatges són fruit d'intel·ligència.

Els mestres d'una comunitat marquen camí dirigint una orquestració educativa que és tret pertinent de tota cultura. Els mestres són elements definidors, com ho són actituds generalitzades en el grup, alguns valors compartits, les formes comunes de vida, el patrimoni acumulat, bastants d'hàbits, des dels gastronòmics i culinaris fins als de relació social o familiars. També certes creences, la

manera d'aixecar pont i cases, l'art, la llengua o la filosofia. Si aquests components són compartits en un moment històric i en grau elevat, pels membres d'una col·lectivitat, certament marquen un perfil, un relleu o un dibuix cultural específic. Però com que les cultures són un dibuix mòbil, un vestit mai no enllestit o acabat, sempre aguaita la goma sortosament o no amenaçadora per l'esborrada de traços, o les tisores devoradores.

La qüestió és saber què cal tallar o respectar, i quins components sostreure, consolidar o afegir. És el tempteig, espontani i controlat, del qual parlàvem.

Clar que avui dia no tot es redueix a un problema d'evolució i canvi. Certes tisores són de fet autèntiques destrals, destructives si no estan al servei dels interessos de la dinàmica del grup, en el seu procés d'adaptació. Són destrals quan provenen d'interessos forans o d'interessos particulars i exclusius de negoci, pesse-

ta i rendabilitat econòmica.

Per això la història de les cultures viu temps de perills, dels perills de sempre, però. Dels perills de l'egoisme. De l'egoisme de fora. També, tanmateix, dels egoismes de dintre de les pròpies cultures. Aquests que són més subtils i molt sovint fins van amagats i disfressats sota les banderes de cultura, identitat, independència i pàtria. I és que aquests conceptes són d'enorme rendabilitat quan són manipulats per a l'engany i l'emotivitat entabanadora. Ja se sap. Però massa sovint s'oblida. ■

Després dels articles Identitats i Conèixer-se, prossegueix ara, amb Cultures, una sèrie d'articles, escrits a la tardor de 1989, sobre la temàtica cultural. En números successius, i en "Gual Permanent", apareixeran els següents articles: Cultures conservadores, Cultures progressistes, Cultures de l'individualisme, Cultures interferides i Que cadascú encengui la seva espelma.

FEINA DE QUALITAT



Xisco

ARTS GRÀFIQUES



C. del Baix Riera, 1-B
Telèfon 24 03 86
07008 Palma

**AMB EL
SUPORT DE**

Fundació compràs de cultura catalana



Podeu adquirir EL MIRALL a les següents llibreries:

Barcelona	Ona	Palma	Byblos
Barcelona	Signe	Palma	Embat
Campos	Colom	Palma	Fondevila
Ciutadella	Roser Seguí	Palma	Jaume de Montsó
Eivissa	Vara de Rei	Palma	Llibres Mallorca
Formentera	Tur Ferrer	Palma	Manera
Inca	Casa Pedrós	Palma	México
Inca	Espirafocs	Palma	Papereria Mallorca
Inca	Vilanova	Palma	Quars
Felanitx	Ramon Llull	Palma	Quart Creixent
Felanitx	Condor	Palma	Selecta
Manacor	Xaloc	Palma	Tòtem
Maó	Catalana	Sant Joan	Ca na Blanch
Maó	Catòlica	Sóller	Calabruix
Palma	Alcaide	Son Cladera	Arbós
Palma	Balmes	Son Ferriol	Verd en Blau
Palma	Baron	València	Tres i Quatre

I als principals quioscs de Palma i de Mallorca.

BUTLLETA DE SUBSCRIPCIÓ

Sr./a. _____
 Adreça: C/ _____
 Núm. _____ Pis _____ Tel. _____
 Codi Postal _____ Població _____
 Em subscric a la revista EL MIRALL, al preu de 2.800 ptes. de quota anual. Podeu presentar els rebuts a l'entitat bancària / d'estalvi que indic a continuació, a la qual deman que els accepti i els carregui al meu compte:
 Banc/Caixa _____
 Agència/Oficina _____
 Cte./Llta. núm. _____
 Signatura _____

LLIBRES

QUINZE SON QUINZÉ. Llengua i música a l'escola. Tomàs Martínez i Miró. Premsa Universitària. Palma, 1989.

Joana Lladó

A. Ginard - A. Ramis

LA TERRA I EL TEMPS

De cap a cap d'any
Calendari rural de l'illa de Mallorca
Il·lustracions de Biel Bonnín



L'ILLA DE LA CALMA

Moltes vegades hem dit i sentit que la literatura oral és una part molt important de la cultura d'un poble i, sens cap dubte, de gran utilitat didàctica. Més poques vegades, però, haurem tingut a l'abast un recull, extens o no, que se'ns presenti acompanyat de propostes didàctiques específiques i variades.

El llibre de Tomàs Martínez proposa jocs --activitats d'esbargiment, coordinació de moviments-- i exercicis de llengua --de comprensió i expressió oral, d'expressió escrita, de lèxic i d'ortografia--.

És així que aquest llibre no es limita a rescatar del record silenciós un grapat de cançons que un dia o un al-

tre haurem cantussejat. Ens suggereix un grapat d'activitats engrescadores i les adapta alhora a un nou context socio-cultural prou diferent d'aquell en el qual nasqueren.

Ritme, melodia, llengua són elements inherents a tota cançó. De qualche manera aquest llibre és una eina que podrà fer qualche cosa més que acostar aquestes cançons a l'escola, perquè el que és important no és introduir la cultura popular a l'aula, sinó bastir, a partir d'ella, un programa educatiu. Aquest *viure l'entorn*, com diu l'autor, s'aconsegueix indubtablement mitjançant un ensenyament arrelat i contextualitzat en la cultura del poble.



TERCER ENCONTRE D'ESTUDIS NACIONALISTES

C. J.

Els passats 3 i 4 de març tengué lloc a Algemesí, al País Valencià, el 3er. Encontre d'Estudis Nacionalistes, organitzat per GAEDEN (Grup Arrels Endins d'Estudis Nacionalistes), GEN (Grup d'Estudis Nacionalistes) i Blanquerna, tots ells de diferents llocs, respectivament del País Valencià, del Principat de Catalunya i de Mallorca.

L'assistència, molt activa en tot moment per part dels participants, fou d'unes setant-cinc persones, vengudes de diferents comarques i pobles. En concret, del País Valencià hi participaren d'una forma contínua unes quinze persones (però cal dir que moltes més ens obriren les portes de casa seva per a l'allotjament). Del Principat en vengueren quaranta-set i de Mallorca, onze. Les conferències foren a càrrec de Jordi Gayà, Josep Montserrat i Jordi Sales. Així mateix tengué lloc una ruta de reflexió sobre els textos dels *Quaderns de l'exili*. Al final de les jornades s'aprovà un Manifest que recull els punts i la ideologia bàsica dels tres grups.

En una propera ocasió publicarem un article més detallat sobre aquest encontre, així com el Manifest.

LA TERRA I EL TEMPS

Rosa M. Calafat

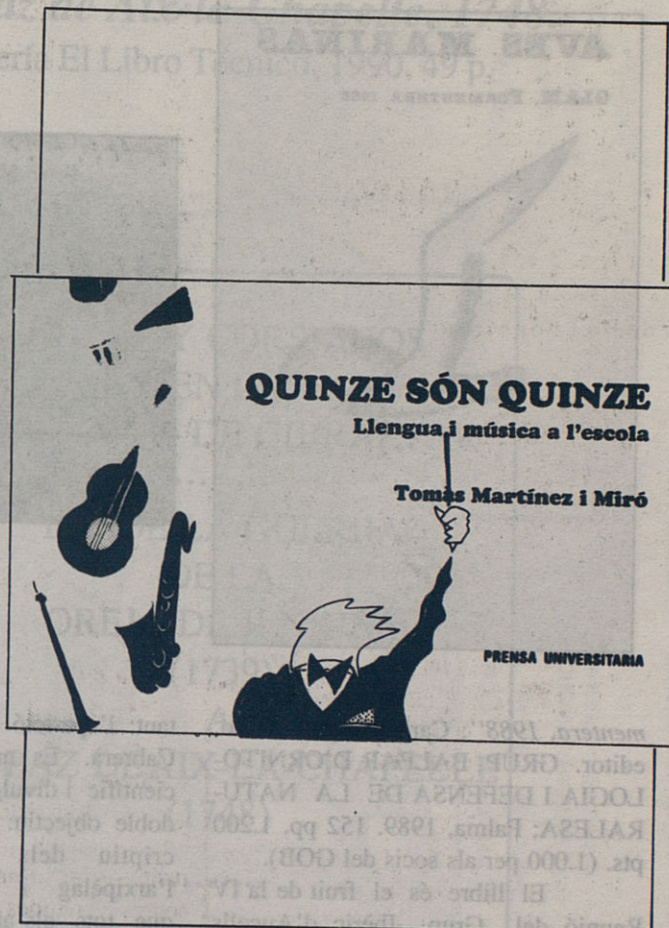
Llibre publicat recentment, i subtítulat *De cap a cap d'any. Calendari rural de l'illa de Mallorca*.

Els autors, Antoni Ginard, geògraf i Andreu Ramis, etnòleg, il·lustracions de Biel Bonnín, ens conviden mot a mot a descobrir els secrets del pagès, del mestre. No obstant això, és més encara, reten testimoni de la saviesa popular, d'aquella saviesa que un poble aconsegueix, només, a través d'una llarga història.

A. Ginard i A. Ramis, hem de suposar que pel gust i el plaer de saber allò que es dilueix en el temps i que el canvi engoleix, fan aquest llibre a partir de la recopilació d'articles publicats.

A través de fons diverses recolliren total la informació que s'articulava al voltant de cada mes de l'any. Cada mes, ens és presentat com un font de misteris, de tasques i d'història.

Tres eixos el conformen, el temps, la terra i la llengua. El temps mesurat cíclicament, en un període màxim d'un any i en subperíodes, mesos i dies. Temps i climatologia són la base del principi i la fi de la vida. Són el conreu i la recollida: *Per Santa Apol·lònia (9 de febrer) exsacallen ta-*



rangers i llimoners i encara es pot exsecallar algun garrofer.

L'empremta del passat ens introdueix al suggestiu món dels secrets del bon professional.

Els autors han sabut copsar de manera sorprenent que la llengua és poder, no sols de comunicació, sinó també de font d'energia social, i han acompanyat els consells i la saviesa del poble en l'element que més fidelment ens ho pot transmetre: els adagis, la fraseologia del temps i de la terra.

Així per tant, el llibre no només representa un seguit de bons afers pagesos, sinó, i encara més important, és la mostra evident d'una llengua, a

Universitat de les Illes Balears



V SEMINARI SOCIETAT, IDEOLOGIES I MOVIMENTS SOCIALS A LES ILLES BALEARS

29 i 30 de març al local de la Societat Arqueològica Lul·liana de 16,30 h. a 20 h.

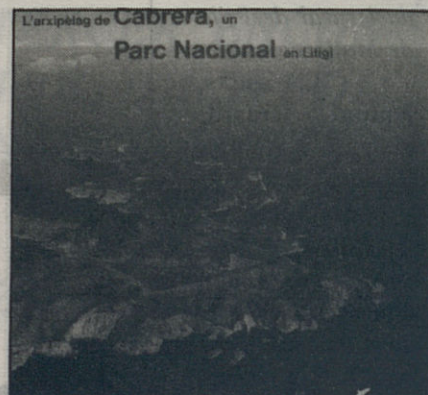
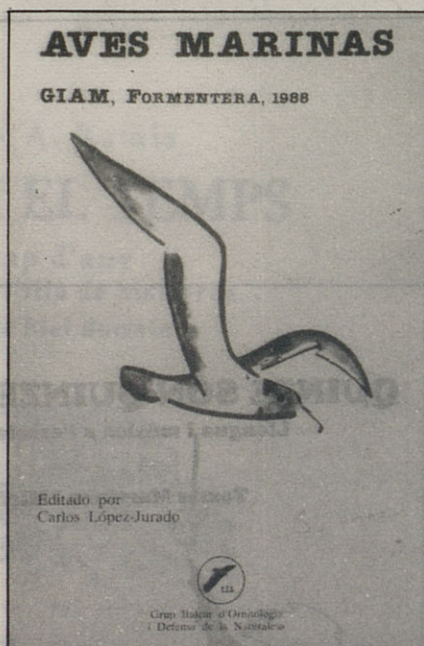
Sebastià Serra, Francesc Sàez, Francesc Sanllorente, Antoni Marimon, Pere Fullana, Margalida Vinent, Joan Vidal, Bartomeu Benàssar, Climent Picornell, Antoni Nadal, Damià Ferrà Ponç i Mateu Morro.

Inscripció: Institut de Ciències de l'Educació (ICE) del 19 al 28 de març.

través de la qual resta reflectida l'articulació que del món han fet homes i dones d'un poble. Tot seguint aquesta idea, el santoral és l'ànima de l'articulació del temps.

D'estil dinàmic, alegre i fresc, tant de contingut d'idees com de forma, és per definició un testimoni, el reflex d'una forma de vida, la coneixença de la qual és cada cop més estranya i difícil.

NOVES PUBLICACIONS DEL GOB: L'ANUARI ORNITOLÒGIC, LES ACTES DEL CONGRÉS D'AUCELLS MARINS I EL LLIBRE DE CABRERA



El Grup d'Ornitologia i Defensa de la Naturalesa ha incrementat darrerament el seu nombre de publicacions referides a la temàtica de conservació i estudi del medi natural.

"Anuari Ornitològic de les Balears, núm. 3/1988" GRUP BALEAR D'ORNITOLOGIA I DEFENSA DE LA NATURALESA, Palma, 1989. 60 pp. 300 pts.

El GOB ha mantingut l'elaboració dels *Anuaris Ornitològics de les Balears* ininterrompudament des de 1988. Amb l'objectiu bàsicament científic, recull les principals cites de migrants i rareses avisades o anellades a les Illes. Però, a més, dona sortida a una sèrie de treballs concrets d'investigació ornitològica: recomptes de moixetes voltoneres a Menorca, recuperació del voltor a Mallorca, control de les poblacions de gavines de cames grogues, el centre de recuperaació d'aus de Son Reus, etc.

"Aves marinas. GIAM, For-

mentera, 1988"; Carlos López-Jurado, editor. GRUP BALEAR D'ORNITOLOGIA I DEFENSA DE LA NATURALESA; Palma, 1989. 152 pp. 1.200 pts. (1.000 per als socis del GOB).

El llibre és el fruit de la IV Reunió del Grup Ibèric d'Aucells Marins (GIAM), celebrada a Formentera entre els dies 29 d'octubre i 1 de novembre de 1988. Es tracta de la publicació de les comunicacions presentades en aquest congrés donant notícia de les principals línies d'investigació a l'estat espanyol sobre ocells marins (la problemàtica de la pesca amb xarxes, campanyes de desratització d'illots on les rates suposen un perill per als ocells marins, observacions d'espècies singulars i autòctones a les illes, etc.).

"L'arxipèlag de Cabrera, un Parc Nacional en Litigi"; GRUP BALEAR D'ORNITOLOGIA I DEFENSA DE LA NATURALESA. Editorial Moll. Palma, 1989. 181 pp.

I en darrer lloc, el més impor-

tant: l'aparició de l'esperat llibre de Cabrera. És un excel·lent compendi científic i divulgatiu que compleix un doble objectiu: ésser un informe descriptiu dels valors naturals de l'arxipèlag i transmetre l'estimació que tots els amants de la naturalesa sentim per aquests illots plens de vida i història.

Esplèndidament il·lustrada (156 fotografies en color i nombrosos mapes temàtics), aquesta obra és reflex de l'exposició que el mateix grup féu sobre el nostre parc nacional marí-terrestre (almanco pel que fa als acords del nostre parlament, però no pel que respecta al govern estatal). Al marge del caire reivindicatiu, el llibre és una esplèndida mostra de les meravelles faunístiques, botàniques i històriques de l'Arxipèlag de Cabrera.

El seu preu és de 3.450 pts. (poc en relació al luxe de l'edició) amb un descompte per als socis de GOB.

OCAÑA TORRES, MARIO L.
CORSO Y CORSARIOS EN EL ESTRE-
CHO DE GIBRALTAR: DESDE LA
GUERRA DE LA OREJA DE JENKINS,
1739 a la paz de Aix-la-Chapelle, 1748.
 Algeciras. Librería El Libro Técnico, 1990, 49 p.

J. B.

**CORSO Y CORSARIOS
 EN EL
 ESTRECHO DE GIBRALTAR**

**DESDE LA GUERRA
 DE LA
 OREJA DE JENKINS
 (1739)**
A
**LA PAZ DE AIX-LA-CHAPELLE
 (1748)**

MARIO L. OCAÑA TORRES

Breu opuscle sobre el corsarisme entre espanyols i britànics a l'Estret de Gibraltar (1739-1748). No inclou referències del corsarisme al Nord d'Àfrica.

L'interès de la monografia radica en que l'autor ha sabut utilitzar amb seny una font poc coneguda: l'Arxiu Notarial d'Algeciras.

Si a la documentació consulta-

da del curt espai de temps de nou anys hi figuren interessants testimonis de corsaris mallorquins i eivissencs, a més de molts de noms personals clarament aoriginaris de les Balears, tot fa sospitar que aquest arxiu pot conservar una abundosa informació sobre el corsarisme balear, per tant es tractaria d'un recurs per explorar per part dels estudiosos illencs.

TALAIA

SEMÀFOR

Benigne Palos

L'enciclopèdia consultada diu: "Semàfor: Aparell instal·lat en un punt elevat i ben visible, generalment fixat sobre un pal vertical metàl·lic que permet d'ordenar el trànsit especialment en els encreuaments dels medis urbans".

Idò no, en la realitat no és així. Conductors i vianants s'ho prenen al seu aire, ignorant olímpicament els colors del semàfor. Practiquen l'anomenat "semàforing", un esport inventat pels "hooligans" i que consisteix a fer tot el contrari del que indica l'aparell.

Comentar les nombroses infraccions que es cometen a diari ens proporcionaria tema per escriure un llibre. Així que em cenyiré només a dos casos que, malgrat tot, tenen gràcia.

Em trobava ocasionalment a un semàfor, esperant que es posés verd, per travessar el carrer. De sobte i en vermell per als vianants, veig venir un home d'uns 70 anys practicant el més pur semàforing.

Quan ja era a mitjan lloc, envestia la rierada de cotxes. Un d'ells per no atropellar al "manolete" de torn, pega frenada i, com era lògic, el vehicle que li anava darrera, sorprès i sense tenir espai per frenar, organitza el gran esclafit. Cotxes aturats, crits, l'inevitable embús, i molt de clàxon. No hi havia cap guàrdia en tot allò. Normal.

Mentre, i amb una angelical compostura, arriba al meu cantó l'agoserat vianant i mirant la feta em diu: "Ja ho veu el que passa per córrer com a bojos. Ja se l'han pegada!"

Em vaig sentir obligat a contestar-li. "Vostè i només que vostè ha organitzat aquest marruella, per passar quan no ho podia fer. Hauria de pagar tots els desperfectes. Tot s'ha produït per culpa de vostè".

Bona la vaig fer. Amb un aire de menyspreu me mirà de dalt a baix i sense obrir boca se'n va anar carrer avall, supòs que convençut que jo era un ximple i els conductors uns perillosos inconscients.

D'altra banda, cal reconèixer que els conductors conscients i considerats corren un seriós perill davant l'allau de folls que en lloc de circular correctament ho fan com si es trobassin en plena competició de Le Mans.

Sobre aquest particular, em conta-va un conegut meu que al cementiri del seu poble hi ha una tomba amb una curiosa inscripció. Damunt la pedra de marbre i amb lletres daurades es pot llegir: AQUI DESCANSA EUFRASI PERONA I CALDERON QUE TENIA PREFERÈNCIA DE PAS, I VA PASSAR.

LA QUARANTEMEULA, UNA ASSOCIACIÓ ARRELADA A LA FIDELITAT

Pep Messa

Arreu de la nostra geografia existeixen centres culturals, manifestacions del teixit social dels nostres pobles, que malden per recobrar el sentit de la història i de la llengua comunes, separades del seu tronc per una altra llengua i una altra història que s'hi interposen i les distorsionen. Amb aquests paràmetres treballa l'Associació Cultural *La Quarantameula*, de Beneixama, un poble agrícola d'uns dos mil habitants de la comarca de l'Alcoià. És una associació en què els joves s'han posat a fer feina perquè saben que ara és el moment que han de córrer el relleu d'una carrera contra el temps. És la preocupació per la consciència del país, l'assentament de les institucions pròpies, la normalització de la llengua i l'interès per una tasca conjunta.

Com tantes d'altres associacions del país, *La Quarantameula* també reflecteix la voluntat de no fer-se enrere, d'existir, d'explicar què vol i perquè ho vol, de reclamar la identitat que pertoca. A la revista que publica, això hi és empre i en cada número, feta amb modèstia i tenacitat, amb el cap clar i l'esperança encesa. I informes, estadístiques, entrevistes, articles de creació, fets locals i de tot el País Valencià, poesia, costums...

Francesc Gascon ens explica que *La Quarantameula* designa un ser fantàstic, una mumaranta, una fantasma. Fins i tot tenim una cançoneta popular d'ací que es cantava per la nit xiquets que no volien adormir-se:

*La quarantameula
va per les teulades
i agafa els xiquets
que són malditets*



Associació Cultural
"LA QUARANTEMEULA"
Apartat de Correus n° 10
BENEIXAMA (L'Alcoià)

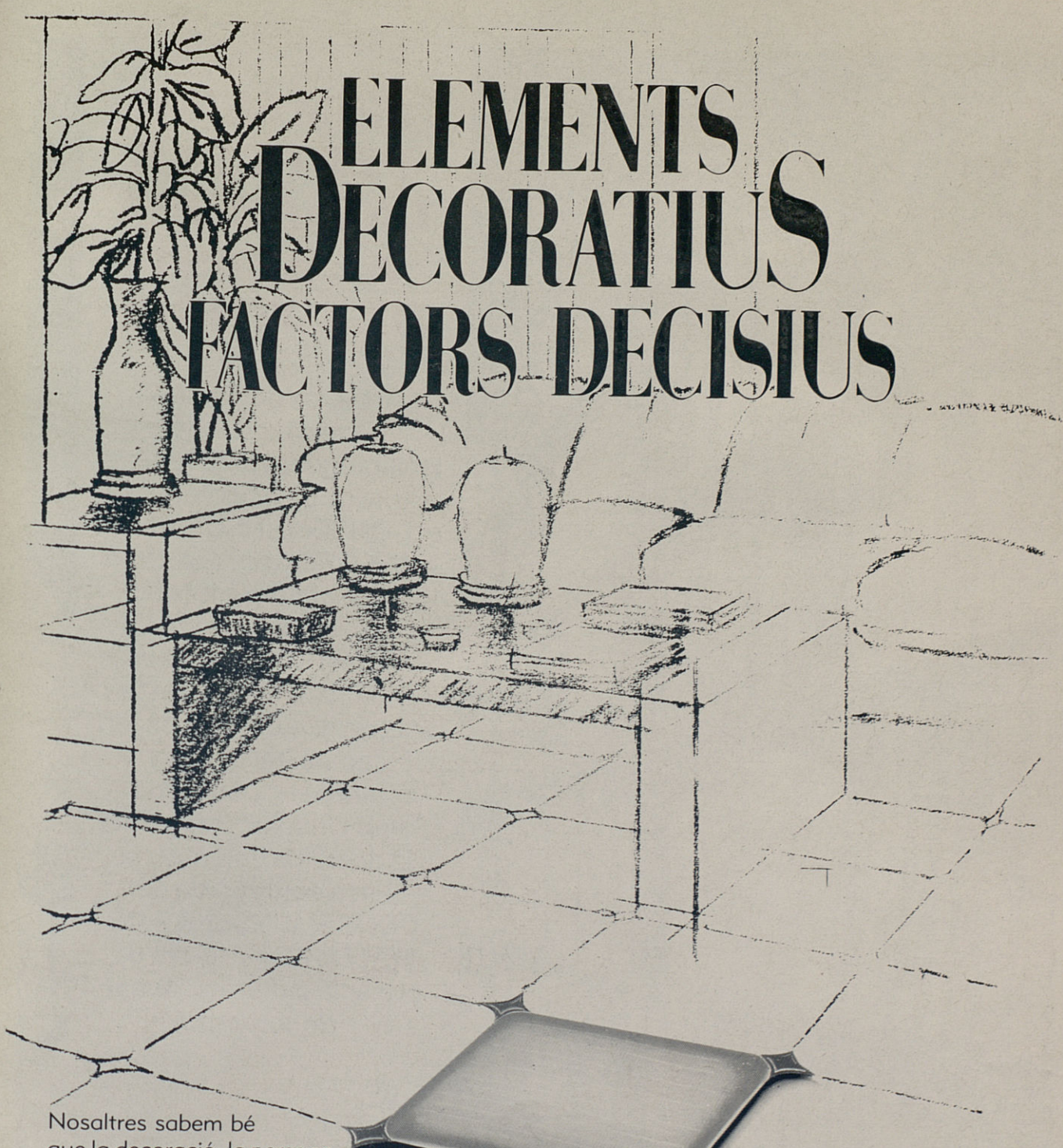


Preocupada ara perquè la Generalitat Valenciana situa la població de Beneixama administrativament en una comarca castellanoparlant, l'associació s'esforça perquè el municipi

pi no s'inhibesqui d'un qüestió que col·loca en una posició molt desfavorable qualsevol desenvolupament de l'ensenyament en la nostra llengua.

Des d'aquestes pàgines animam els joves de Beneixama a prosseguir en el seu afany de feina ben feta, de ser crítics amb ells mateixos i de voler ser exemple per als pusil·lànimes i desorientats. ■

ELEMENTS DECORATIUS FACTORS DECISIUS



Nosaltres sabem bé
que la decoració, la persona-
lització de la seva llar, és el
resultat d'una tasca conjunta: espai,
mitjans, formes i productes diversos. Ele-
ments decoratius que donen forma i vida ex-
clusiva al seu entorn familiar.

S'ho imagina sense rajoles?
És clar, són factors decisius!
Completi la seva decoració a PREFAMA.

PREFAMA

■ PALMA DE MALLORCA:

Exposició:
Anid. Lluís Salvador, 84 - Tels. 75 54 45 - 75 16 31

Magatzems:

Poligon Son Castelló, Gran Via Asima - Tel. 29 40 04
Poligon Ca'n Valera, C/ 4 Novembre, 11 - Tel. 20 66 66
Ca'n Blau, C/ Sócrates, s/n - Tel. 27 01 61

■ LLUCMAJOR:

Oficines, Fàbrica i Exposició:
Bisbe Pere Roig, 29 - Tels. 66 01 50 - 66 01 54

■ S'ARENAL:

Magatzem i Exposició:
Corretera Militar, 228 - Tel. 26 22 38

■ CALA D'OR:

Magatzem i Exposició:
Ctra. Colonge - Cala D'Or, Km. 1'500
Tels. 65 82 10 - 65 82 28

■ PORRERES:

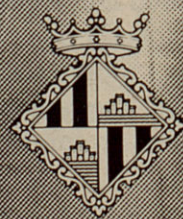
Fàbrica i Magatzem:
Ctra. Campos, Km. 0'400 - Tel. 64 71 05



FEIM FEINA PER POSAR LA CULTURA A L'ABAST DE TOTHOM

A través del Centre
Coordinador de
Biblioteques i amb la seva
xarxa de 52 biblioteques,
el **CONSELL INSULAR DE
MALLORCA** apropa, dia a
dia, la cultura a tots els
ciudadans.

Aquest Centre, que va
nèixer l'any 1985 amb tan
sols onze biblioteques, en
l'actualitat cobreix
gairebé la totalitat de
l'àmbit insular, refermant
la decidida voluntat i la
tasca continuada del
**CONSELL INSULAR DE
MALLORCA** a l'hora de
posar la cultura a l'abast
de tothom.



**CONSELL INSULAR
DE MALLORCA**