

B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 30 · Setembre de 2001



Salut i immigració

COSTA ROMÀNTICA

Pels Mars del Nord
10 dies, **302.000**

COSTA VICTÒRIA

El Mediterrà des de BCN
7 dies, **174.000**

COSTA ALLEGRA

Turquia, Grècia i Egipte
10 dies, **301.000**

COSTA RIVIERA

El Mediterrà des de BCN
7 dies, **138.000**

COSTA ATLÀNTICA

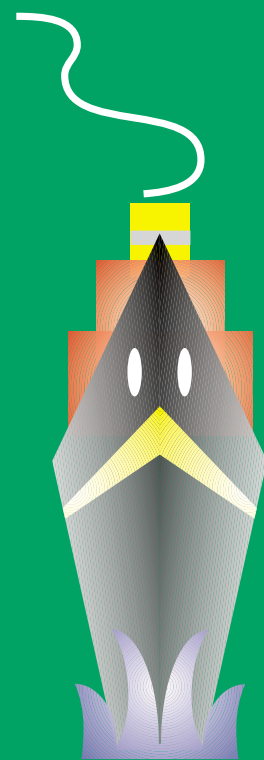
Grècia i Turquia
7 dies, **232.000**

COSTA CLÀSSICA

Illes Gregues
7 dies, **227.000**

Pot visitar
els vaixells
sense
compromís.
Truquin's.

4% descompte per compra anticipada, consulti dates i condicions.
Nens gratis fins els 18 anys en moltes sortides, consultin's.



902 42 41 42
e mail: reservas@iltrida.com
<http://www.iltrida.com>



Preus base. Consulti suplement per temporada i allotjaments. No inclou taxes, visats ni despeses de gestió.

BUTLLETÍ mèdic

Número 30, setembre del 2001

Edita:

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

Consell de Redacció:

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

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:

Magda Ballester. Comunicació

Disseny i Maquetació:

Baldo Corderroure

Correcció:

Dolors Pont

Publicitat:

COML

Fotomecànica:

Euroscript, SL

Impressió:

Artis/ e.g.

Dipòsit legal: L-842/1996

ISSN: 1576-074 X

TARIFES PUBLICITÀRIES

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

OPCIÓ 1	
ESPÀI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	120.000 PTA
1 Contraportada interna	80.000 PTA
4 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	400.000 PTA
OPCIÓ 2	
ESPÀI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	300.000 PTA
OPCIÓ 3	
ESPÀI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	25.000 PTAS
Preu total insercions	150.000 PTA

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

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

Salut i Immigració

Històricament, els pobles han emigrat per buscar millors horitzons econòmics i socials, però mai com ara aquest fenomen no s'havia traduït en un fet tan important. Hom calcula actualment que uns 200 milions de persones abandonen el seu país, deixen la família, les propietats, etc., amb l'objectiu d'aconseguir un futur més digne en un altre país completament diferent del seu i amb diferents hàbits culturals, alimentaris, religiosos...

La majoria dels països europeus no estan preparats per assumir aquest fenomen i no tenen elaborades polítiques que puguin convertir-lo en un procés positiu. En un futur, les societats es transformaran com a conseqüència d'aquest fet, però fins que s'arribi a aquest punt passaran anys i, probablement, no serà un camí fàcil i planer, sobretot si el creixement econòmic va enre-

Davant la importància d'aquest fet, que té profundes implicacions mèdiques i sanitàries, el Col·legi de Metges de Lleida ha convocat enguany el Segon Premi del COML a la Solidaritat amb el tema "Immigració i salut a la Lleida del segle XXI". El premi s'atorgarà a un treball de recerca sobre el tema esmentat i està dotat amb 1.148.063 ptes. (6.900 euros).

Butlletí Mèdic ha volgut també involucrar-se en el necessari estudi del fenomen migratori. Per aquesta raó, dedica el tema central del número que teniu a les mans a Salut i Immigració.



sumari

Salut i immigració

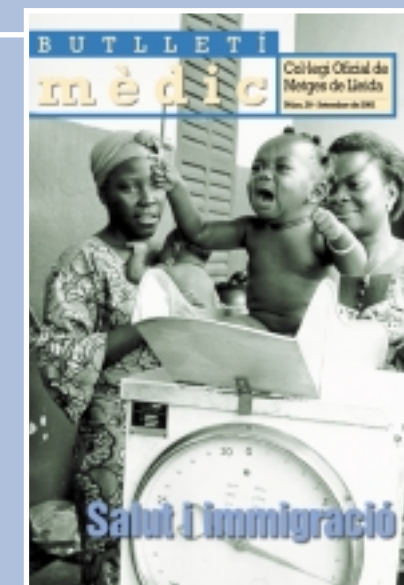
Drs. Pere Godoy, Josep Pifarré,
Raül Rodríguez i Dra. Montse
Esquerda

PÀGINA 10

L'exercici de l'antiga cirurgia a Lleida

Drs. Manel Camps Surroca i Manel
Camps Clemente

PÀGINA 20



El perfil del llicenciats en medicina: canvis a la cantonada

Dr. Joan Prat · Degà de la Facultat de Medicina de la UdL

La llicenciatura en medicina, que és el producte de les facultats de medicina, constitueix, de fet, un certificat acreditatiu d'estar en disposició d'unes característiques que capaciten per a l'exercici de la professió mèdica.

En alguns mitjans universitaris i també del sistema sanitari, atesa la importància creixent (en l'àmbit legislatiu de cara a l'exercici professional i també en la percepció dels professionals en formació -6=0-), de la formació de postgrau (la via MIR) en la regulació d'aquest exercici, es tendeix a pensar que la facultat ha de reduir-se a donar una formació teòrica estrictament, ja que l'aprenentatge pràctic s'adquirirà en el futur, en les fases següents, per exemple durant l'especialització en el postgrau. Alguns procediments de les facultats semblen anar en aquest sentit, per exemple, la manca d'una avaluació objectiva desvirtua la formació que es pugui impartir en habilitats pràctiques i actituds. La mateixa prova de selecció per a l'accés a la formació especialitzada (el conegut examen MIR) sembla estar en consonància amb aquesta visió del paper de la facultat. El perfil professional corresponent seria el d'un llicenciat en ciències mèdiques, més que el que entenem com un llicenciat en medicina.

Evidentment, en aquest context el títol no podria capacitar per a l'exercici de la professió ni en l'àmbit públic ni en el privat, ni tampoc podria ser reconegut com a requisit suficient per a la col·legiació. S'hauria d'assumir igualment que la formació de postgrau estaria organitzada de cara a l'adquisició planificada i avaluada d'actituds i habilitats imprescindibles per a l'exercici de la professió, prèviament a l'autorització de la pràctica de la professió amb pacients reals. I s'hauria d'assumir també que els costos de formació d'un estu-

La Facultat de Lleida elabora una proposta per al pla d'estudis 2000

diant de medicina, actualment molt per damunt de la mitjana universitària, haurien d'igualar-se als de la resta de les carreres.

Però la realitat no és aquesta: la persona acabada de llicenciar practica la medicina tant en el sector públic (després de passar un examen que aporta nul·la informació sobre les seves habilitats o actituds) com en el privat, diagnòstica, fa guàrdies, atén consultes, etc. (amb una supervisió a cops intensa, però sovint més aviat sobre el paper), i amb el vistiplau del Col·legi corresponent. No és aquest, per tant, el model de facultat que s'adapta a la realitat que es trobarà l'estudiant, realitat per a la qual ha de ser preparat i avaluat prèviament a l'emissió del títol.

Atenent aquesta realitat sobre el significat social i legal del títol de medicina, les facultats de medicina han de plantejar-se una programació que condueixi a la formació d'un professional amb capacitat per desenvolupar les tasques amb les quals està previst que es trobi.

La forma més pràctica de caracteritzar aquest perfil és per mitjà de la definició de les competències que implica l'expedició del títol i que inclouen les següents:

1. Les tècniques que haurà de saber aplicar o interpretar el llicenciat.
2. Les situacions en què haurà de saber compondre-se-les.
3. Els problemes de salut que haurà de saber resoldre.

La caracterització de les competències professionals va molt més enllà de la simple definició de coneixements i implica, directament, la capacitat d'una correcta actuació en les situacions previstes. Implica també la possibilitat d'avaluar la seva adquisició en cada un dels candidats a la titulació i, en conseqüència, la possibilitat de certificar el valor operatiu del títol que dona suport a l'activitat professional del llicenciat.

Malauradament, la caracterització de les competències professionals del llicenciat en medicina és un procés molt endarrerit en el nostre país. No ens consta que cap facultat ho hagi fet fins ara, ni tampoc cap dels poderosos organismes que contracten professionals (ICS, INSALUD, mútues), que sembla que haurien d'estar igualment interessats a caracteritzar els professionals que contracten. Tampoc les associacions professionals no han fet passos importants en aquest sentit.

Podem dir, per tant, que ni en un àmbit normatiu ni en un àmbit d'ús intern, cap institució del nostre país (no així a Holanda o al Regne Unit) té caracteritzades sobre el paper les competències que han de definir el perfil professional, tot i que és conegut que els projectes d'estandardització de títols universitaris de la Unió Europea (desenvolupament del tractat de Bolonya) es basaran en les competències terminals en lloc dels programes, que és com s'han estandarditzat els títols fins ara a gairebé tot arreu.

La Facultat de Medicina de Lleida té en marxa en aquests moments un grup de treball

encarregat de fer una proposta de competències terminals dels llicenciats que, un cop elaborada, serà sotmesa a la consideració dels *stakeholders* (sectors afectats) de la facultat (sector sanitari públic i privat, professorat, estudiantat, autoritats sanitàries locals i regionals, autoritats universitàries...). Dels objectius de formació necessaris per a l'assoliment d'aquestes competències se'n derivaran els processos formatius que configuraran el pla d'estudis 2000.

En qualsevol cas, seguint les nombroses recomanacions internacionals, la caracterització de les diverses competències donarà com a resultat un ventall competencial molt més ampli que el que podem intuir en l'actual títol de llicenciat en medicina. Així, a tall d'exemple bastant madur, l'Institut d'Estudis de la Salut ha establert, de cara a les

proves d'avaluació de la competència clínica que du a terme des de fa sis anys, una classificació de camps competencials (grups de competències) en què trobem competències en els següents camps:

1. La realització d'anamnesis.
2. Els coneixements.
3. El judici clínic.
4. Les relacions interprofessionals.
5. Eticolegal.
6. L'exploració física.
7. Les habilitats de comunicació.
8. Les habilitats tècniques.
9. Les habilitats preventives.

La caracterització de les competències corresponents a cada un d'aquests camps, la seva adquisició mitjançant el procés formatiu corresponent i la seva

avaluació certificada per part de la facultat, fan preveure un perfil de llicenciat que s'adaptarà molt més a les expectatives que té el conjunt de la societat sobre com ha de ser l'activitat professional d'un metge. Caldrà no oblidar, però, que les conseqüències finals (l'atenció al pacient i la salut de la població) dependran no només del procés formatiu de pregrau, sinó que tindran també una importància cabdal la planificació i el desenvolupament de la formació de postgrau, i el desenvolupament dels programes de formació mèdica continuada (sense tenir en compte altres processos no relacionats amb la formació dels professionals, que ara no vénen al cas). I aquestes dues fases no estan sota la responsabilitat de les facultats de medicina.

Visió des de l'atenció primària de salut per un metge de família

Dr. Carles Roca Burillo

La història ens ensenya que un professional de la medicina que té cura de la salut individual i col·lectiva de les persones que viuen en el seu entorn és el metge de capçalera. Estem parlant d'una figura prou coneguda i estimada per tots. No descobrirem res de nou.

Fins fa uns 20 anys n'hi havia prou amb la formació que els estudiants rebien a les facultats de medicina per desenvolupar la seva tasca com a metge de capçalera. Aquesta formació que es facilitava a les facultats era exclusivament *hospitalocèntrica*; amb les seves virtuts i els seus defectes. Fruit d'aquest tipus de formació, la nostra societat pot gaudir, avui, de molts bons metges de capçalera.

Però, tots sabem com són de diferents són els malalts de l'hospital si els comparem amb els de l'assistència primària!

Són els mateixos, encara que

no ho sembli, ja que les seves necessitats i demandes són força diferents, fins i tot de vegades poden esdevenir contradictòries.

A les darreries dels anys setanta el concepte de salut evolucionava (va evolucionant) i es globalitza

(adopta un vessant bio-psicosocial). No és un fet aïllat, tota la societat ho fa, cadascú evoluciona en el seu terreny. El "nou" concepte de salut inclou aspectes preventius, de promoció, de rehabilitació, de salut comunitària, entre d'altres, sense deixar de banda el doble vessant individu / comunitat. S'apropen la salut individual i la salut (benestar) de la societat. Així neix la medicina familiar i comunitària i, per tant, el metge de família.

Estem de sort perquè el concepte de salut sempre evolucionarà i cada vegada més ràpid. No hem arribat al final.

A poc a poc les facultats de medicina, timidament al començament, van oferint als alumnes a més d'una visió de la medicina de l'hospital, una visió des de la perspectiva de la medicina de l'atenció primària de salut, encara que parcial. Resten assignatures pendents. S'ofereix als estudiants la possi-

S'ha d'assumir la formació del pregrau i del postgrau i també l'art de ser metge

bilitat de conèixer la realitat de la pràctica diària d'un professional de la medicina "allunyat de la universitat", d'una zona rural o de muntanya?

No cal dir que el dia a dia d'aquest metge és molt diferent del d'un que treballa en l'àmbit urbà; i també ho són les necessitats i demandes del malalt.

No es tracta, evidentment, de dos medicines incompatibles i enfrontades, ni d'una medicina de primera (de qualitat) i una altra de segona (rural o urbana, reservada als professionals menys brillants). Puc tornar a fer esment dels conceptes de formació, coneixements o especialitat horitzontal, referida a la del metge de família, i al de formació vertical, referida a la resta d'especialitats; prou coneguts per tots, com un altre tret diferencial i no com a eina de menyspreu entre uns i uns altres.

El procés es complica (el d'arri-

bar a "fer de metge") quan amb la formació que es rep a la facultat de medicina no n'hi ha prou per exercir com a metge de capçalera/ metge de família. Cal una formació de postgrau, l'especialitat.

Ningú no dubta que la necessitat d'una formació global (hospitalària + primària) en el pregrau és bàsica i inexcusable.

Ara com ara, la via per accedir a la formació de postgrau, passa, evidentment, pel pregrau i l'examen MIR.

Resta pendent un esforç de tots els implicats en la formació dels futurs metges per trencar aquesta dita: les facultats de medicina esdevenen unes acadèmies per superar l'examen MIR.

El perfil del metge de família s'assoleix tot sumant la formació de pregrau i la de postgrau.

Ens enganyem si pensem que

les competències professionals (la formació) d'un metge de família són fruit exclusiu de la seva formació MIR.

El fet que dia rere dia els professionals de l'atenció primària de salut i les societats professionals que els agrupen s'impliquin i s'apropin cada vegada més a la universitat - facultat de medicina, amb ganes de formar-se, ser formats i formar, ens ajudarà a no viure enganyats.

El perfil del futur metge de capçalera o de família és el del professional que coneix d'on ve, està format en la globalitat del concepte de salut, i amb capacitat per assumir no només la "ciència" (del pregrau i del postgrau), sinó també l'art de ser metge, que al segle XXI encara no s'explica enlloc.

duradora i útil. Es tractaria de fomentar als alumnes l'autoaprenentatge i el treball de processament dels conceptes que s'han d'adquirir, i serien sempre orientats en aquesta tasca pels professors. L'experiència ens diu que es dona una assimilació de coneixements molt més eficaç quan els alumnes mateixos participem en l'elaboració de treballs, exposició de seminaris, etc. Per tal de posar en pràctica mesures com aquestes, ens trobem amb dos obstacles, principalment. Per una banda, un problema d'infraestructura: el dèficit de professorat i d'instal·lacions adequades per dur a terme aquesta docència de seguiment més proper. Per altra banda, un problema de mentalitat: el "mite de l'adquisició de coneixements", segons el qual una bona docència és aquella que demana a l'alumne un exercici quasi exclusivament memorístic mitjançant el qual adquirim coneixements innecessaris o superflus, moltes vegades sense assimilar-los ni entendre'ls. Exercici memorístic excessiu però necessari per superar els exàmens que es fan durant la carrera, que té una validesa molt dubtosa a mitjà i llarg termini, i que, tornant al principi, no ens prepara per a la pràctica de la medicina.

El punt de vista dels estudiants

Manel Beamund Cortés · *Coordinador del secretariat d'estudiants de medicina*

Es podria dir, encara que sembli obvi, que els estudiants esperem de la facultat que ens ensenyi a ser metges. És a dir, volem acabar la carrera preparats per resoldre el problema que una persona malalta ens planteja. Ser capaços, en definitiva, de curar o, en tot cas, saber com actuar davant d'un problema mèdic.

Actualment, des del punt de vista dels alumnes, molt poques o cap facultat de medicina de l'Estat espanyol aconsegueix satisfactòriament aquest objectiu. Volem suggerir dues vies a través de les quals pensem que es pot millorar la nostra formació.

La primera, encaminada a l'adquisició de competències pràctiques, seria simplement augmentar el temps dedicat a aquesta activitat durant la carrera, així com avançar als primers cursos el

- Problemes
- d'infraestructura
- i de mentalitat
- obstaculitzen les
- vies de millora
- de la formació

contacte amb el malalt i amb "l'escenari" on, en un futur, desenvoluparem la nostra feina. Des dels col·lectius estudiantils de la majoria de les facultats de medicina, la falta de pràctiques és una queixa constant.

La segona via permetria una adquisició de coneixements més raonada i activa i, per tant, més

La viabilitat de la neurona requereix calci

Textos: Joaquim Egea i Joan X. Comella · *Grup de Neurobiologia Molecular. Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques. Facultat de Medicina de la UdL*

Durant el desenvolupament dels organismes pluricel·lulars es produeixen fenòmens de mort cel·lular massiva característics tant de l'ontogènia com del recanvi de, virtualment, tots els seus teixits i òrgans. La mort que es produeix segueix un patró del tipus apoptòtic, pel qual les cèl·lules mortes són fagocitades per cèl·lules adjacents sense generar inflamació. Per aquests motius, aquesta mort ha rebut el nom de *mort cel·lular fisiològica o programada* i la seva funció principal sembla ser la de mantenir una correcta homeòstasi cel·lular. En el cas particular del sistema nerviós dels vertebrats, la mort cel·lular fisiològica que té lloc durant el desenvolupament afecta aproximadament la meitat de les neurones originades inicialment (Oppenheim, 1991) i és, juntament amb els fenòmens de proliferació, migració i creixement axonal de les neurones, un dels principals processos que condicionen l'estructura final del sistema nerviós.

Un dels àmbits més interessants de la neurobiologia experimental ha estat l'estudi dels factors que regulen aquest procés de mort. La mort cel·lular fisiològica que es produeix durant el desenvolupament del sistema nerviós té lloc en el moment en què

els axons arriben als seus territoris d'innervació respectius. Aquestes evidències van fer pensar als investigadors que en aquestes zones podrien existir substàncies que podien modular aquest procés, les quals serien alliberades en quantitats limitades pel teixit d'innervació, de manera que només una subpoblació de neurones podria sobreviure; la resta degeneraria, i això explicaria la mort massiva de neurones que hi té lloc. Fins ara s'han caracteritzat diferents famílies d'aquestes substàncies que reben el nom de *factores neurotròfics* (FN), cadascun dels quals promou la supervivència de poblacions concretes de neurones. Els FN són, principalment, petites molècules proteiques, solubles, que activen receptors específics situats en la membrana plasmàtica de la neurona. Un cop activats, aquests receptors desencadenen un seguit de senyals intracel·lulars (vies de senyalització) que varien el patró d'expressió gènica de la cèl·lula i induïxen fenòmens tròfics com la supervivència i la diferenciació neuronal (fig. 1). Actualment s'ha observat que els FN poden ésser alliberats també per teixits i cèl·lules adjacents a la neurona, com per exemple les aferències neuronals i cèl·lules de suport, la qual cosa indica que la

regulació de la supervivència neuronal no és competència exclusiva del teixit diana (fig. 2). A més, la supervivència d'una neurona, especialment les del sistema nerviós central, no depèn només d'un FN, sinó d'una combinació d'aquests. Tot plegat indica que la regulació de la supervivència neuronal és un fenomen complex. En aquest sentit, el Grup de Neurobiologia Molecular ha estat treballant durant els últims anys en l'estudi de les dependències tròfiques d'una subpoblació de neurones molt concreta del sistema nerviós central, com són les motoneurons de la zona lumbar de la medulla espinal d'embrions de pollastre. El nostre grup ha desenvolupat un protocol per al cultiu d'aquestes neurones amb el qual ha analitzat la capacitat d'alguns dels FN coneguts per mantenir la supervivència d'aquesta subpoblació neuronal i estudiar les vies de senyalització intracel·lular implicades. Un resum dels nostres resultats es mostra en la taula I. Com es pot observar, la diversitat de resposta tròfica a diferents FN indica que, possiblement, els FN implicats en la supervivència de les motoneurons espinals *in vivo* són diversos. Aquestes observacions han estat corroborades en estudis amb ratolins transgènics que no expressen algun d'aquests factors.

A part dels FN, s'ha descrit que altres fenòmens com l'activitat elèctrica de les neurones poden modular la supervivència neuronal durant el desenvolupament i molt possiblement també durant l'edat adulta. En el cas concret de l'activitat elèctrica, aquesta funció sembla ser una maniobra d'adaptació per tal de seleccionar aquelles neurones, els axons de les quals han innervat correctament i són capaços de transmetre impulsos nerviosos. L'activitat elèctrica de les neurones genera una despolarització de la membrana plasmàtica que migra per l'axó fins arribar al terminal nerviós on desencadena l'alliberació de neurotransmis-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

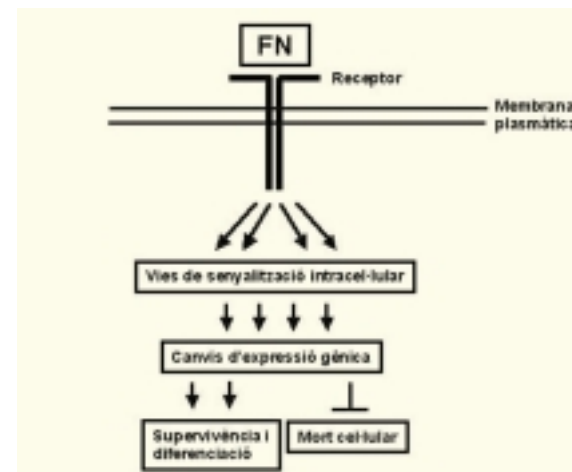


Fig. 1. Esquema de la senyalització per receptors de factors neurotròfics.

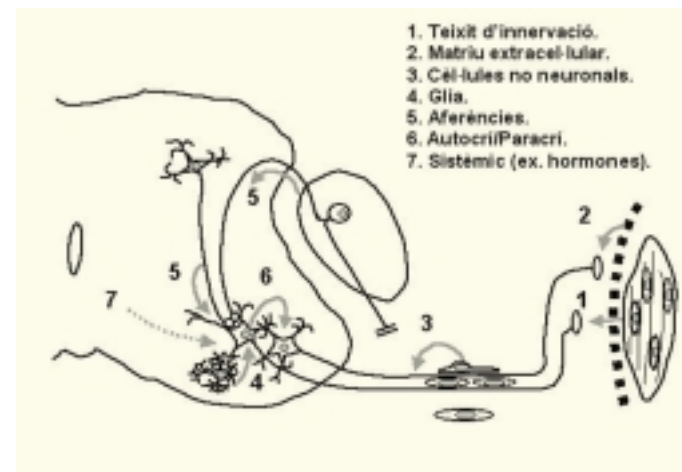


Fig. 2. Possibles fonts de factors neurotròfics implicats en la supervivència de les motoneurons de l'espina dorsal.

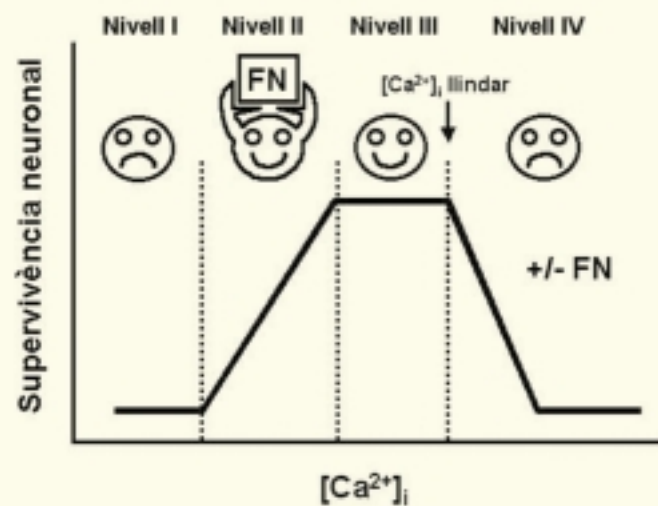


Fig. 3. "Ca²⁺ set-point hypothesis", segons la qual es postula l'existència de quatre nivells de concentració de Ca²⁺ intracel·lular ([Ca²⁺]_i) segons la resposta cel·lular (supervivència). Entre els nivells III i IV es defineix una [Ca²⁺] llindar per damunt de la qual l'efecte tròfic del Ca²⁺ passa a ésser tòxic.

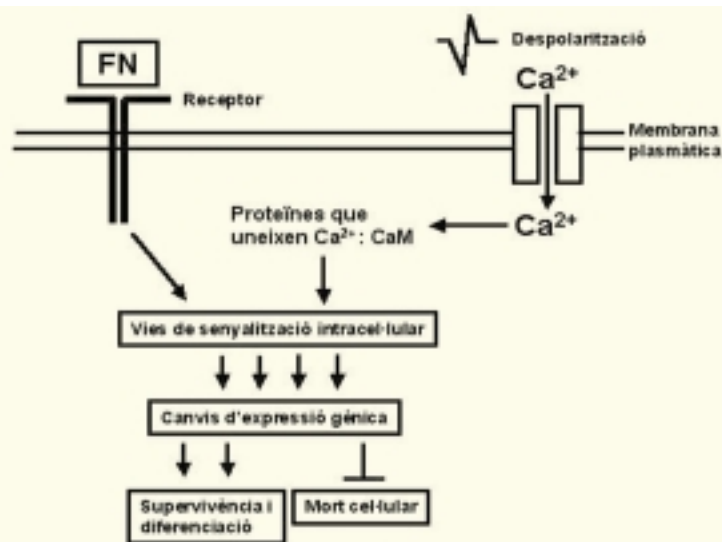


Fig. 4. La despolarització de la membrana plasmàtica induïx efectes tròfics en la neurona a través de l'activació, en última instància, de vies de senyalització semblants a les activades pels factors neurotròfics.

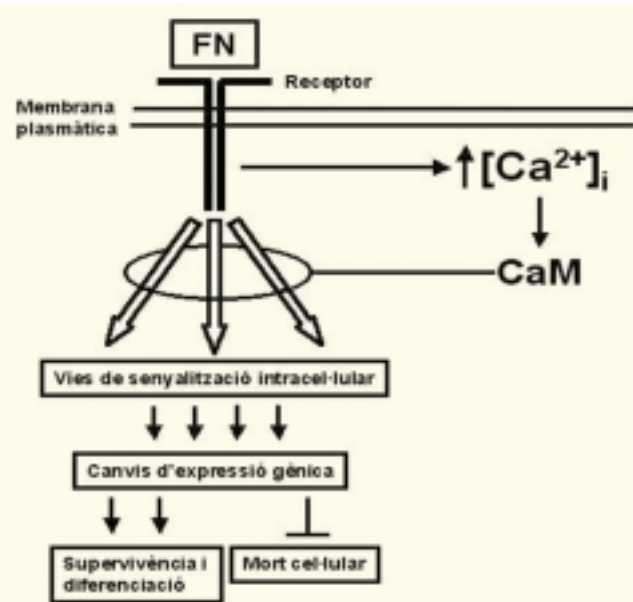


Fig. 5. Ca²⁺ i CaM regulen la senyalització i els efectes tròfics dels factors neurotròfics.

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

sors. A la vegada, els neurotransmissors interactuen amb la neurona adjacent i li generen una despolarització de la membrana i la propagació, així, de l'impuls nerviós. En diferents models neuronals, entre els quals s'inclou les motoneurons de la medulla espinal de pollastre, s'ha descrit que la sola despolarització de la membrana plasmàtica com a conseqüència de l'activitat elèctrica pot induir la supervivència de la neurona (Franklin and Johnson, 1992; Soler *et al.*, 1998). Aquest fenomen ha estat objecte d'estudi durant els últims anys per part de molts laboratoris, incloent el Grup de Neurobiologia Molecular. Aquests estudis han demostrat que l'efecte tròfic de la despolarització és degut a un increment moderat en la concentració intracel·lular de Ca²⁺ com a conseqüència d'una entrada d'aquest ió des de l'espai extracel·lular (Franklin and Johnson, 1992). Cal dir en aquest moment que no en totes les condicions en què existeix un increment de Ca²⁺ intracel·lular es produeix un efecte tròfic. De fet, un dels paradigmes més coneguts de citotoxicitat neuronal és l'entrada de Ca²⁺ a través de receptors del glutamat del tipus NMDA (Choi, 1988). Per explicar aquesta resposta tan diferent vers el mateix estímul es va postular la "calcium set-point hypothesis" basada en els nivells intracel·lulars de Ca²⁺ (fig. 3; Koike *et al.*, 1989). Aquesta hipòtesi postula l'existència de quatre nivells de Ca²⁺ intracel·lular: I, nivell molt baix que no permetria ni el metabolisme basal de la cèl·lula i on, per tant, la cèl·lula moriria; II, un nivell intracel·lular basal on la cèl·lula necessitaria de Ca²⁺ per sobreviure; III, una concentració de Ca²⁺ moderadament elevada (induída, per exemple, per l'activitat elèctrica) amb la qual la cèl·lula podria sobreviure en absència de factors neurotròfics; i IV, un nivell tan elevat (induit, per exemple, per l'NMDA) que seria tòxic per a la cèl·lula tot i la presència de FN. Aquesta hipòtesi, encara que atractiva, no explica completament la diferència entre ambdós tipus d'increments de Ca²⁺ intracel·lular, i indica que, a part de diferències quantitatives, existeixen també diferències qualitatives en l'entrada de Ca²⁺.

L'estudi dels mecanismes intracel·lulars implicats en l'efecte tròfic del Ca²⁺ ha demostrat que aquest ió és capaç d'activar en última instància cascades de senyalització molt semblants a les activades pels FN a través dels seus receptors específics (fig. 4; Finkbeiner and Greenberg, 1996). En el cas del Ca²⁺, però, aquesta activació té lloc a través de proteïnes que uneixen directament o indirectament Ca²⁺ i que, per tant, la seva activitat és sensible a les variacions intracel·lulars de la concentració d'aquest ió. En aquest context, els estudis del nostre grup s'han

Taula I. Efecte d'alguns factors neurotròfics en la supervivència de MTNs embrionàries de pollastre en cultiu.

Família	FN	Supervivència	Referència
Neurotrofines	NGF*	-	Becker <i>et al.</i> , 1998
	BDNF	+++	Becker <i>et al.</i> , 1998
	NT-3	+++	Becker <i>et al.</i> , 1998
	NT-4/5	+++	Becker <i>et al.</i> , 1998
GFLs	GDNF	+++	Soler <i>et al.</i> , 1998
	NTN	+++	Soler <i>et al.</i> , 1998
	PSP	+++	Soler <i>et al.</i> , 1998
	ART	?	-
Citocines	CNTF	++	Dolcet <i>et al.</i> , 2001
	CT-1	++	Dolcet <i>et al.</i> , 2001
Altres	HGF	+++	Dolcet <i>et al.</i> , 2001
	FGF	+++	Becker <i>et al.</i> , 1998

*NGF, Nerve Growth Factor; BDNF, Brain Derived Growth Factor; NT-3, Neurotrofina-3; NT-4/5, Neurotrofina-4/5; GDNF, Glial Derived Neurotrophic Factor; NTN, Neuroturtina; PSP, Persifina; ART, Artemina; CNTF, Ciliary Neurotrophic Factor; CT-1, Cardiotrofina-1; HGF, Hepatocyte Growth Factor; FGF, Fibroblast Growth Factor.

centrat en la participació d'una de les proteïnes més importants implicades en la senyalització per Ca²⁺ com és la calmodulina (CaM). En concret, hem demostrat que la CaM té un paper central en la regulació de la supervivència i de les vies de senyalització intracel·lular activades pels increments intracel·lulars de Ca²⁺ com a conseqüència de l'activitat elèctrica (fig. 4; Soler *et al.*, 1998; Egea *et al.*, 1998; Egea *et al.*, 1999).

Des de feia uns anys, s'havia observat que els FN són capaços d'incrementar moderadament els nivells de Ca²⁺ intracel·lular (Jiang and Guroff, 1997). No obstant això, la implicació

d'aquest increment en la regulació de la supervivència i de les vies de senyalització activades per aquests factors no havia estat estudiada. Durant els últims dos anys, el nostre grup ha estudiat la participació del Ca²⁺ i de proteïnes que uneixen Ca²⁺, com la CaM, en la regulació del senyal tròfic de les neurotrofines, una família de FN. Aquests estudis han demostrat que la CaM és clau per a l'activació d'algunes de les vies de senyalització implicades en la major part dels efectes tròfics de les neurotrofines (Egea *et al.*, 2000; Egea *et al.*, 2001). Això indica, per tant, que els increments de Ca²⁺ intracel·lular no només participen en la

supervivència neuronal induïda per la despolarització de la membrana plasmàtica, sinó que són capaços també de participar-hi a través de la regulació de les vies de senyalització tròfiques dels factors neurotròfics. Aquest és un punt de convergència interessant atès que apunta a un mecanisme pel qual l'activitat elèctrica i els factors neurotròfics cooperen durant el desenvolupament per mantenir la supervivència i la diferenciació neuronal.

Perspectives

La importància de conèixer els factors i els mecanismes que regulen la supervivència o la mort d'una cèl·lula és vital atès que alteracions d'aquests mecanismes s'han implicat en el desencadenament d'alguns processos patològics. Així, per exemple, el fet que una cèl·lula no es mori de manera fisiològica pot contribuir al desenvolupament de processos tumorals. Per altra banda, una mort cel·lular excessiva pot donar lloc a malalties degeneratives com són, en el cas del sistema nerviós, el Parkinson o l'Alzheimer, i en el cas concret de la subpoblació de motoneurons espinals, l'esclerosi lateral amiotròfica. Els resultats obtinguts pel nostre grup i per altres contribueixen a entendre millor els mecanismes que regulen la supervivència neuronal. Tot i que aquesta informació no pot ser aplicada immediatament per al tractament d'aquest tipus de malalties, serà bàsica en el futur per al disseny de noves estratègies terapèutiques.

BIBLIOGRAFIA

- Becker, E.; Soler, R.M.; Yuste, V.J.; Gine, E.; Sanz-Rodríguez, C.; Egea, J.; Martin-Zanca, D.; Comella, J.X. 1998. Development of survival responsiveness to brain-derived neurotrophic factor, neurotrophin 3 and neurotrophin 4/5, but not to nerve growth factor, in cultured motoneurons from chick embryo spinal cord. *J. Neurosci.* 18:7903-7911.
- Choi, D.W. 1988. Calcium-mediated neurotoxicity: relationship to specific channel types and role in ischemic damage. *Trends Neurosci.* 11:465-469.
- Dolcet, X.; Soler, R.M.; Gould, T.W.; Egea, J.; Oppenheim, R.W.; Comella, J.X. 2001. Cytokines promote motoneuron survival through the Janus kinase-dependent activation of the phosphatidylinositol 3-kinase pathway. *Mol. Cell. Neurosci.* (sotmès).
- Egea, J.; Espinet, C.; Comella, J.X. 1998. Calmodulin modulates mitogen-activated protein kinase activation in response to membrane depolarization in PC12 cells. *J. Neurochem.* 70:2554-2564.
- Egea, J.; Espinet, C.; Comella, J.X. 1999. Calcium influx activates extracellular-regulated kinase/mitogen-activated protein kinase pathway through a calmodulin-sensitive mechanism in PC12 cells. *J. Biol. Chem.* 274:75-85.
- Egea, J.; Espinet, C.; Soler, R.M.; Peiró, S.; Rocamora, N.; Comella, J.X. 2000. Nerve growth factor activation of the extracellular signal-regulated kinase pathway is modulated by Ca²⁺ and calmodulin. *Mol. Cell Biol.* 20:1931-1946.
- Egea, J.; Espinet, C.; Soler, R.M.; Dolcet, X.; Yuste, V.J.; Encinas, M.; Iglesias, M.; Rocamora, N.; Comella, J.X. 2001. Neurotrophin-induced cell survival requires calmodulin. *J. Cell Biol.* (acceptat).
- Finkbeiner, S.; Greenberg, M.E. 1996. Ca²⁺-dependent routes to Ras: mechanisms for neuronal survival, differentiation, and plasticity? *Neuron* 16:233-236.
- Franklin, J.L.; Johnson, E.M. Jr. 1992. Suppression of programmed neuronal death by sustained elevation of cytoplasmic calcium. *Trends Neurosci.* 15:501-508.
- Jiang, H.; Guroff, G. 1997. Actions of the neurotrophins on calcium uptake. *J. Neurosci. Res.* 50:355-360.
- Koike, T.; Martin, D.P.; Johnson, E.M. Jr. 1989. Role of Ca²⁺ channels in the ability of membrane depolarization to prevent neuronal death induced by trophic-factor deprivation: evidence that levels of internal Ca²⁺ determine nerve growth factor dependence of sympathetic ganglion cells. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 86:6421-6425.
- Oppenheim, R.W. 1991. Cell death during development of the nervous system. *Annu. Rev. Neurosci.* 14:453-501.
- Soler, R.M.; Egea, J.; Mintenig, G.M.; Sanz-Rodríguez, C.; Iglesias, M.; Comella, J.X. 1998. Calmodulin is involved in membrane depolarization-mediated survival of motoneurons by phosphatidylinositol-3 kinase- and MAPK-independent pathways. *J. Neurosci.* 18:1230-1239.
- Soler, R.M.; Dolcet, X.; Encinas, M.; Egea, J.; Bayascas, J.R.; Comella, J.X. 1999. Receptors of the glial cell line-derived neurotrophic factor family of neurotrophic factors signal cell survival through the phosphatidylinositol 3-kinase pathway in spinal cord motoneurons. *J. Neurosci.* 19:9160-9169.

Salut i immigració

Els aspectes relacionats amb la salut o la seva pèrdua en la població immigrant poden tractar-se des de diferents vessants: els factors de risc per a la salut adquirits en el seu país d'origen en un entorn econòmic de privació, el risc per a la pròpia vida en el viatge per arribar al país de destí o la pèrdua de la salut en anar a treballar i exposar-se a condicions insanes i perilloses en els seus llocs de treball. En general, es tracta d'una població que lluita per un futur digne i que per això ha deixat enrere familiars, propietats i valors socials que els conferien identitat.

Text i fotografies: Pere Godoy
Professor titular de medicina preventiva i salut pública de la Facultat de Medicina de Lleida



Els immigrants, en general, són una població amb una important privació econòmica, que procedeixen d'escenaris de pobresa i porten, per tant, un perfil de salut directament relacionat amb aquesta situació

Es tracta d'una població jove i sana que sovint genera sentiment de rebuig perquè és diferent i a més sospitosa d'introduir o propagar infeccions en el seu entorn.

Avui s'estima que cada any uns 190 milions de persones creuen les fronteres d'altres països i la immigració ha esdevingut un fenomen inevitable de la globalització social i econòmica¹.

Tanmateix, la majoria de països europeus no estan preparats per afrontar la immigració i són pocs els que han elaborat polítiques per transformar la immigració en un procés positiu tant des del punt de vista de la salut com des del punt de vista social.

És més, molts indicadors assenyalen que els immigrants a Europa tenen un risc superior de presentar moltes malalties en comparació de la població autòctona del mateix país.

L'objectiu d'aquesta revisió és valorar el procés de la immigració, el dret a l'atenció sanitària de la població immigrant i també els seus problemes de salut.

El procés de la immigració

La immigració, àdhuc en les millors condicions, implica una sèrie d'esdeveniments molt traumatitzants que comporten un risc per als immigrants. El procés en si mateix implica el trencament amb les seves arrels, separar-se de la família i els seus valors, i situar-se en un escenari social i cultural on la seguretat legal i laboral són mínimes. A més, per a molts immigrants la integració social és difícil i en alguns casos impossible.

Sovint el rebuig que genera la seva sola presència (malgrat que es necessita la seva capacitat de treball) els situa en la perifèria de la nostra societat^{1,2}.

Tampoc no s'accepta la seva participació i s'argumenten motius culturals o lingüístics, i amb freqüència això també afecta els seus propis fills. En aquest sentit, el Centre Internacional per a la Immigració i la Salut de la Unió Europea ha assenyalat que els fills dels immigrants presenten un risc elevat de

consum de drogues il·legals per demostrar la seva reacció a l'exclusió de les nostres societats "benestants".

La immigració no és un fenomen nou. Els principals països del món (EUA, el Canadà) s'han creat gràcies a la immigració. Tanmateix, aquest fenomen és relativament nou a casa nostra. Així, l'Estat espanyol ha passat de ser un país d'immigrants a ser receptor d'immigrants, tot i que encara actualment la proporció d'immigrants a Espanya (2,5%) és molt inferior a la mitjana de la comunitat europea (4,8%) i en tot cas molt inferior a la de països com Suïssa (17%) o França (7%).

Les darreres dades, sobre 1.085.486 persones ja regularitzades el desembre de l'any 2000, assenyalaven que el 32% eren africanes, el 22% iberoamericanes, el 8% europees i el 8% asiàtiques i segons aquestes dades, s'estimava que el 70% eren immigrants per motius econòmics.

També es calculà que la majoria dels immigrants procedien del Marroc (57% dels africans) i de l'Equador (22% dels iberoamericans)³. A més, també s'haurien de sumar les dades de les persones sense regularitzar de les quals no hi ha xifres fiables.

Altrament, s'estima que el 50% de la població immigrant per raons econòmiques resideix entre Catalunya, Madrid i Andalusia, presenta una edat mitjana inferior a l'espanyola i hi ha una proporció de dones diferent segons la població d'origen. Així, hi ha una proporció de dones superior entre els procedents de països iberoamericans i una proporció inferior entre els proce-

- ◆ El 70% d'1.085.486 persones regularitzades el desembre del 2000 eren immigrants per motius econòmics
- ◆ En el cas de Lleida, el 80% de la població immigrada és de tipus temporal i procedeix del nord d'Àfrica

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

dents de països africans².

En el cas de Lleida s'hauria d'afegir que el 80% de la població és de tipus temporal, procedeix del nord d'Àfrica i la mateixa temporalitat genera una problemàtica pròpia quan finalitzen les ofertes temporals de treball en no estar planificat adequadament aquest flux de persones.

La borsa de treball única de la campanya de la fruita que gestiona el Departament de Treball subministrava la dada, al final de l'estiu del 2001, que de 4.428 treballadors temporals contractats a Lleida, 3.038 eren estrangers, principalment del Marroc (1.293), d'Argèlia (452) i del Senegal (227) i la resta del temporers (1.390) eren espanyols.

El dret a la salut

El marc legal de referència, tant pel que fa a les activitats preventives com assistencials, el constitueix la Llei orgànica sobre drets i llibertats dels

estrangers i la seva integració social (8/2000 de 22 de desembre). A l'article 12 d'aquesta llei es garanteix l'assistència sanitària als immigrants en el seu municipi de residència, i a més als menors, embarassades i totes les persones que passen per un procés d'urgència mèdica.

El text actual condiciona l'obtenció de la targeta sanitària a l'empadronament i als possibles requisits sanitaris d'entrada.

En la pràctica, es considera que el dret a la salut dels immigrants no està prou garantit perquè els tràmits no s'adaptin a les diferents situacions administratives, econòmiques, socials i culturals dels immigrants.

El més greu d'aquesta situació és que en fer "invisibles" els més vulnerables des del punt de vista sanitari, els aparta objectivament dels circuits preventius i assistencials i impedeix la seva atenció.

Un estudi recent posa de manifest que els immigrants "amb papers" consulten el sistema sanitari amb una freqüència tres vegades superior als

"sense papers"³.

En aquest context és molt estimable la funció d'algunes ONG i també de gran quantitat de professionals sanitaris que dins de l'administració sanitària pública atenen aquest col·lectiu sota la seva ètica personal i professional. La funció d'aquests agents és fonamental en processos d'invisibilitat normativa. Tanmateix, seria un error que el sistema públic deixés en mans d'ONG i iniciatives particulars la responsabilitat de mantenir la salut de la comunitat dels immigrants.

Problemes de salut de la immigració

Els problemes potencials per a la salut dels immigrants són múltiples i variats. D'entrada, s'ha de tornar a insistir en el nombre important de morts relacionades directament amb l'inici del procés.

La dantesca imatge dels 54 xinesos trobats el 18 de juny de 2000 morts en un camió de mercaderies al port de Dover (Anglaterra) i el constant degoteig de morts d'africans a les costes

espanyoles són la punta de l'iceberg d'un problema que no sembla que es controlarà a curt termini.

A més d'aquestes morts també s'han d'assenyalar altres problemes de salut pública relacionats amb el fet que els immigrants en general són una població amb una important privació econòmica, procedents d'escenaris de pobresa i que, per tant, porten un perfil de salut directament relacionat amb aquesta situació.

Els valors associats amb la salut d'aquests col·lectius estan condicionats

pel fet d'haver-se d'adaptar a unes condicions ecològiques molt adverses i amb unes possibilitats molt limitades per canviar i controlar les seves pròpies vides.

Per tant, s'ha de tenir en compte que l'immigrant abans ha estat un "nacional" del seu propi país d'origen, que s'adaptarà al seu país d'arribada i que al final presentarà característiques pròpies dels dos entorns, a les quals s'hauran d'afegir els aspectes propis del procés de la immigració. En aquest sentit s'han publicat diversos treballs que permeten trencar el tòpic que els immigrants "porten malalties", i es pot afirmar que en general, es tracta de població jove i amb bon estat de salut⁴⁻⁶.

Per tant, l'immigrant en si mateix no seria un grup de risc específic, sinó més aviat són les condicions de marginació, solitud, amuntegament i pobresa que troben en el país de destí les que condicionen determinades malalties.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Problemes de salut transculturals: nous reptes, noves solucions

Dr. Josep Pifarré • *Metge psiquiatre. Llicenciat en psicologia*

Una societat, una cultura. Aquesta frase ja no és vàlida, almenys en la nostra societat.

Des d'una perspectiva de psicologia del desenvolupament, segons Piaget, en el procés d'adaptació d'un nen al seu entorn hi ha dos sub processos interrelacionats: assimilació i acomodació. En l'assimilació el nen agafa aspectes de l'entorn i els introdueix dins els seus propis esquemes. L'acomodació és quelcom més que una pura captació, ja que els aspectes introduïts modifiquen, en part, els esquemes previs del nen.

Podríem utilitzar aquest símil propi de la psicologia del desenvolupament per tal de, a manera d'analogia, intentar entendre certs aspectes de la medicina transcultural, o potser millor, dels problemes de salut transculturals.

Quan un membre d'una cultura minoritària emigra a un altre país, cal que es produeixin els processos d'assimilació i acomodació en aquest membre. L'immigrant ha d'adquirir nous costums propis del lloc de destí (assimilació) i ha de modular els seus propis costums per tal d'adaptar-los a la nova realitat (acomodació). Seria com aprendre a parlar el llenguatge emocional i cultural d'aquest nou país

i cultura on ha anat a viure. Aquest procés portat des d'una perspectiva fisiològica no aconsegueix (ni de fet hauria d'aconseguir) esborrar els orígens i la cultura pròpia d'una persona, sinó adaptar-la per tal que aquesta persona sigui capaç de desenvolupar-se en aquesta nova societat.

Però el procés no ha de ser mai unilateral. De la mateixa manera que no només el nen s'adapta al seu entorn, sinó que la mare s'adapta també al seu fill, ens hem d'adaptar nosaltres també, almenys en part, a les noves cultures que conviuen amb nosaltres i assimilar i acomodar processos propis seus. És així com les cultures s'enriqueixen.

Des d'una visió antropològica, també seria útil diferenciar entre una perspectiva "etic" i una perspectiva "emic". La primera (etic), seria interpretar una situació des dels ulls propis d'un mateix. Seria com veure la realitat a través de les nostres ulleres, que són les ulleres que hem creat a partir dels nostres referents culturals: l'educació rebuda des dels pares i l'escola, els valors predominants, les pautes de conducta adequades a cada situació.... Així, de fet, és el que fem cada dia. Des de la nostra visió, moltes



vegades no entenem accions fetes per altres, ja que poden no tenir sentit dins la nostra escala de valors.

Hi ha una altra manera d'intentar veure la realitat, si bé molt més difícil i sempre incompleta. Aquesta manera és intentar (dins el possible) veure la realitat des del punt de vista dels altres. Així és l'aspecte "emic", que seria com intentar-nos posar les ulleres d'una altra cultura i provar de parlar amb el seu llenguatge emocional. Dins el camp de la salut mental, per exemple, a la majoria de zones de l'Àfrica subsahariana no existeix el concepte de malaltia mental. En aquest context, els pacients i familiars d'aquesta zona no arribaran a comprendre la necessitat d'un tractament de manteniment per una patologia que, de fet, per a ells, no existeix. Si no coneixem el seu concepte de malaltia arribarem a malentesos que només

ajudaran a un major desgast professional per la nostra part i a un alt risc de recaigudes en el pacient per incompliment del tractament i abandonament dels controls.

Dins la nostra societat, tendim a veure la realitat des de la nostra perspectiva cultural, i així, sovint, no entenem certs comportaments de ciutadans d'altres cultures. I no només no els comprenem, sinó que a més a més tendim a fer judicis de valor des d'una visió purament "etic". Potser ficant-nos en la seva cultura i situació podríem interpretar alguns dels seus actes d'una altra manera.

Un altre aspecte interessant és la por al desconegut. A les persones no ens agrada allò que no podem controlar o dominar. Ens fa por i intentem evitar-ho o rebutjar-ho. Un exemple tòpic: un psiquiatre tindrà força problemes i angioixes en enfrontar-se a un pacient

amb un dolor precordial opressiu, o davant un pacient amb politraumatismes, de la mateixa manera que un internista o un cirurgià tindran problemes davant un pacient amb una agitació psicomotriu o davant una ideació autolítica. Els pacients que ens desborden, que no sabem com tractar, en general *no agraden* i s'intenten derivar a un altre col·lega que domini el problema. Els problemes de salut transculturals ens són nous. En general, no se'ns ha format per saber-los diagnosticar acuradament, i molt menys per tractar-los. Davant això, una actitud humana és intentar evitar-los o rebutjar-los quan els tenim a prop. Però, de fet, no perquè tanquem els ulls els problemes deixen d'existir, i tard o d'hora hauran de formar-nos per tal d'afrontar aquests nous problemes de salut que la nostra nova societat va incorporant com a propis. A més a

Els immigrants han deixat enrera familiars, propietats i valors socials que els conferien identitat

més, ni tan sols els podrem defugir i derivar-los als especialistes en medicina transcultural. Primera, perquè no existeixen, i segona, perquè aquests problemes, encara que només sigui per la seva freqüència, passaran a ser de primer ordre i competència de tots els professionals, de manera independent a l'especialitat de cadascú.

En resum, nous reptes, noves solucions. I tots tenim una part de la responsabilitat per tal d'anar creant aquestes noves solucions, a partir de processos d'assimilació i acomodació, de tenir una visió "emic" de la realitat pluricultural, i perdre aquesta por del desconegut a partir d'un esforç addicional en formació continuada. Així, podrem integrar nous coneixements, noves habilitats i *last, but not least*, noves actituds davant aquest nou repte. Torna a ser vàlid l'aforisme de "No hi ha malalties, sinó malalts". Sota la medicina transcultural hi ha persones d'altres cultures que acudeixen a la nostra consulta.

Ara bé, un altre problema, ja fora de la perspectiva psicològica, és com s'ha d'integrar tot això en un sistema amb un temps de visita de mitjana moltes vegades inferior als deu minuts, i com s'ha de potenciar la medicina transcultural sense marginar altres activitats assistencials també necessàries en un sistema de recursos limitats. Caldrà també buscar noves solucions davant aquest nou repte.

Les malalties causades per microorganismes que viuen primàriament o exclusivament en l'hoste humà i que es transmeten per contacte sexual, contacte físic estret o per via aèria es poden transportar i "transplantar" d'una regió geogràfica a una altra. Seria el cas de la sida, tuberculosi, xarampió, tos ferina, diftèria, hepatitis A o hepatitis B. Les poblacions autòctones correctament vacunades, però, poden resistir fàcilment la introducció de moltes d'aquestes malalties.

Per contra, aquells organismes que tenen un hoste animal i precisen d'artròpodes com a vectors o complicats cicles biològics presenten dificultats a ser "trasplantats" en altres àrees geogràfiques o poblacions. Així, les epidèmies de paludisme, dengue o febre groga no poden tenir lloc en àrees on no viu el mosquit vector.

En el cas de la tuberculosi s'ha insistit que la progressiva immigració procedent d'àrees econòmicament deprimides repercuteix en l'augment de la propagació de la malaltia. Aquest fet que s'ha evidenciat en països de baixa difusió com Suïssa i Holanda, no ha estat demostrat en el nostre país, on tenim una taxa de propagació en la població autòctona de zones urbanes deprimides que és similar a la d'aquests països amb població emigrant⁵. En un estudi elaborat a Barcelona en l'àmbit extrahospitalari es destaca que pel que fa a la positivitat a la prova de la tuberculina en immigrants estrangers és del 43%, no gairesuperior a la de la població autòctona⁵.

Tanmateix, la prova de la tuberculina, especialment en població procedent de països subsaharians, és una de les proves que s'hauria d'oferir a la població immigrant atès el risc alt de desenvolupar la malaltia els primers anys després de l'arribada. És més, molts immigrants procedents d'àrees amb una propagació alta poden tenir una tolerància alta als símptomes propis de la tuberculosi i contactar amb molt retard amb el sistema sanitari. La prova de la tuberculina l'han de practicar sanitaris amb experiència en la seva administració i lectura i valorar la possible interferència de la vacuna BCG que sovint s'aplica en aquests països. En les persones amb la prova de la tuberculina positiva (induracions iguals o superiors a 5 mm en els no vacunats i a 15 mm en els vacunats amb el BCG) s'ha de valorar el tractament de la infecció latent amb Isoniazida, un cop descartada la malaltia, i considerar les estratègies més adequades per un correcte compliment del tractament.

Quant a la sida, dels 58.091 casos declarats en tot l'Estat fins al juny del 2000, només 1.076 (2%) tenien un país

Immigració i salut

Dra. Montse Esquerda • *Pediatra, ABS Alcarràs. Voluntària Medicus Mundi*

La immigració sembla estar de moda, se'n parla sovint als mitjans de comunicació de manera més o menys alarmant i forma part dels comentaris habituals del carrer, molts cops amb rerefons xenòfobs i tòpics. Però no podem oblidar que el fenomen migratori ha existit des dels inicis de la humanitat i que l'actual corrent migratori és tan sols la conseqüència d'una injusta distribució mundial de la riquesa. Subdesenvolupament i immigració estan íntimament lligats. Al Sud la situació de crisi és continua i sense futur: déficit alimentari, atur o treballs en condicions d'esclavatge, industrialització que coixeja, urbanisme salvatge en forma de *slum* en ciutats que cada cop creixen més... I enfront d'això el somni daurat del Nord. Qui no ho intentaria?

I en la societat receptora hi ha diferents actituds: racisme-xenofòbia enfront de l'interculturalitat-integració. Individualment tenim poc a fer per canviar el fenomen migratori i l'ordre mundial, però sí que podem actuar en l'àmbit de les actituds personals davant de cada immigrant i ajudar a decidir quin tipus de societat volem.

*El teu Crist és jueu,
el teu cotxe és japonès,
la teva pizza és italiana,
la teva democràcia és grega,
el teu cafè és brasiler,
el teu xocolat és kenyà,
la teva numeració és aràbiga,
les teves lletres són llatines...
I goses dir que el teu veí és estranger?"*

(Extret d'una campanya antiracista del govern alemany)

També en sanitat ens hem trobat de ple amb la immigració, encara que de forma molt desigual, ja que aquesta població es concentra en unes zones concretes o guetos -i qui no es cregui que hi ha guetos que es passegi un dia pel centre històric de Lleida- o en zones rurals amb abundància de treball temporal. Això fa que també la distribució en les consultes sigui molt desequilibrada. Mentre que alguns professionals sanitaris s'han trobat davant d'una allau d'immigrants, altres sols en tenen esporàdicament.

Per sort, no s'ha donat el cas que trobem en altres comunitats en què l'assistència d'aquesta població ha estat assumida per algunes ONG o institucions locals. I dic per sort, ja que em sembla que com a plantejament inicial hauríem de pensar l'atenció a la població immigrant des de la xarxa d'as-

sistència establerta habitualment, malgrat les dificultats que tal com aniré descrivint això comporta.

Tampoc no crec que el camí estigui en la creació de centres "especialitzats". M'explico, en altres comunitats s'han creat centres de referència per a l'atenció primària d'aquesta població i s'ha concentrat totes les consultes. L'avantatge seria que el personal estaria més habituat amb aquesta població i la seva problemàtica especial, però d'altra banda ens trobem que estem practicant una discriminació (potser en algun sentit positiva, però sempre discriminació) que no ajuda gaire a la integració de la persona en la societat que l'envolta, com una persona més.

L'assistència a la població immigrant és difícil, fins i tot per al professional que abans de començar hagi fet neteja de tota aquella colla de prejudicis i etnocentrismes que ens acostumen a impregnar.

El primer i principal problema és el vell problema de la Torre de Babel, la dificultat en la comunicació, i dic comunicació, no idioma, ja que no es tracta només d'un problema de diccionari. L'acte mèdic implica un aprofundiment en el malestar percebut pel pacient, el metge entra a formar part del seu món íntim i això és ben difícil quan no ens entenem. Molts cops el diagnòstic es basa en mitges paraules i gestos, i explicar el tractament o el procediment que cal seguir es pot convertir en tota una odissea.

I, fins i tot, en el cas suposat que ens arribem a entendre, molts cops l'expressió de la simptomatologia no es correspon amb la nostra ni tampoc el concepte del que per nosaltres representa una malaltia. Recordo els pares d'un bebè de dos mesos que van venir a la consulta molt espantats, com si la nena s'estigués morint; en explorar la nena no vaig ésser capaç de trobar-li res, excepte un abdomen una mica globulós. Però el pare m'insistia que la nena estava molt malament i que es moriria. No els vaig saber donar cap solució i se'n van anar amb la seva angoixa. Després em vaig assabentar que, segons ells, la nena havia rebut com un "mal d'ull" i que van haver de fer una sèrie de ritus per treure-li. Per ells allò corresponia a una entitat concreta que per nosaltres ni tan sols existeix.

Una altra de les dificultats amb què ens trobem és que la població immigrant pertany al que en salut anomenariem un col·lectiu de risc. Les possibilitats d'emmalaltir són més elevades que en la població general i això es



Moltes malalties que pot importar la població immigrant es poden prevenir fàcilment mitjançant vacunes

deu a un conjunt de causes.

D'una banda, ens trobem amb una sèrie de malalties relacionades amb els països d'origen de l'immigrant: paludisme, tuberculosi, parasitosis intestinal o urològica, sida, hepatitis B... Una sèrie d'entitats amb una alta taxa de prevalença al país d'origen i amb les quals molts cops estem poc familiaritzats.

Altres estan relacionades amb les condicions de vida. L'amuntegament als pisos pot facilitar la transmissió de múltiples malalties infeccioses, tan disperses com la tuberculosi o la sarna. Els habitatges molts cops estan també poc assolats, la qual cosa afavoreix el desenvolupament del raquitisme, principalment en persones amb pell més fosca i sobretot en mares i nens. Un altre aspecte que cal tenir en compte és l'adopció de nous hàbits alimentaris, que acostuma a ésser bastant incorrecta, ja que cauen sovint en una alimentació farinàcia i monòtona.

Una altra dificultat amb la qual ens trobem és quan fem el seguiment de tractaments crònics. Davant d'un problema sanitari agut hi ha una preocupació inicial que facilitarà el compliment del tractament, però si el problema esdevé crònic el compliment d'una correcta prescripció és molt difícil, ja sigui per una manca de referent cultural (en la majoria de països d'origen no

existeix la malaltia crònica com a tal), per una comprensió dubtosa del problema o per dificultats econòmiques per suportar el cost del tractament.

Alternatives, solucions..., n'hi ha, però necessiten temps, dedicació i voluntat per part dels professionals i també de les administracions corresponents.

Un dels camins per aconseguir l'adaptació ha estat la introducció de la figura del mitjancer cultural. Un mitjancer no ha de fer tan sols la tasca de traducció idiomàtica, sinó que també s'ha de cuidar de *traduir* les diferències de referents culturals, bilateral-

ment, és a dir, tant del metge al malalt com del malalt al metge. Però el mitjancer no pot ésser tan sols un immigrant que porti més temps al país, sinó que ha de tenir una formació i preparació prèvies.

Un altre punt important és la creació de programes específics d'educació sanitària i hàbits de salut, i posaria com a referència alguns dels que ja estan en marxa sobre educació a dones embarassades (ABS Ciutat Vella a Barcelona) o el d'atenció a dones i nens immigrants (Olot).

Més reptes: cursos de formació específics per als professionals sanitaris, creació de protocols, integració de les diferents entitats que treballen en el tema...

De possibilitats n'hi ha moltes, sobretot si hi ha motivació, si no sempre ens quedarà el que deia Kant: "Per combatre la misèria humana tenim tres armes: el somriure, el somni i l'esperança".

Per aprofundir el tema:

- Ben Jelloun, Tahar. El racisme explicat a la meua filla. Ed. Empúries, 1998.
- Manyer, Josep. Quan l'Islam truca a la porta. Ed. Altafulla, 1992.
- Khader, Bichara. El muro invisible. Ed. Icària, 1995.
- Goytosolo, Juan i Nair, Sami. El peaje de la vida. Ed. Aguilar, 2001.

◆ **Són necessaris mitjancers culturals, amb formació i preparació prèvies, per aconseguir l'adaptació**

Malalties noves i desconegudes

Dr. Raúl Rodríguez Flores
President del Centre Latinoamericà de Lleida

Un gran nombre d'immigrants llatinoamericans, subsaharians, magrebins, de l'est d'Europa i d'altres països arriben des de fa uns quants anys a la capital i a les comarques de Lleida.

El problema que els immigrants troben inicialment és la dieta mediterrània, basada en uns aliments que potser no han tastat mai en el seu país d'origen. Aquest canvi de dieta no representa cap problema si els aliments els mengen en l'àrea geogràfica d'on procedeixen, però el fet d'haver-hi un clima i una aigua diferents, els suposa la presència de malalties digestives.

Els immigrants porten diferents malalties constitucionals i d'altres pròpies de la seva raça, que són desconegudes per nosaltres i que, per tant, no les hem tractat mai. Són, per exemple, malalties tropicals, poc comunes aquí, i malalties de la pell difícils de diagnosticar per nosaltres en una pell fosca.

Un altre problema, que afecta tant els metges com els pacients, és la diferència d'idioma, sobretot en els casos de magrebins i subsaharians. L'idioma suposa moltes vegades un obstacle que impedeix diagnosticar adequadament, malgrat que els metges intentem fer una acurada anamnesi.

Costums diferents d'ús dels serveis sanitaris

Cadascuna d'aquestes ètnies arriba amb uns costums totalment diferents d'ús dels serveis sanitaris. El sistema nacional de salut o la contribució econòmica pública al finançament de les medecines no existeixen en molts dels països d'origen i cal explicar-los les normes i els tràmits. Hi ha països en els quals les persones assegurades representen com a màxim entre el 10 i el 30% de la població i tenen dret només a rebre uns serveis sanitaris escassos, per la qual cosa, quan un malalt ingressa en un hospital, ha de dur-se la roba de llit, el paper higiènic, les medecines, els sèrums ...

És a dir, és força insòlit per a l'immigrant arribar aquí i trobar-se amb un sistema que li ofereix quelcom que no ha tingut mai. Aquestes persones passen d'una atenció precà-

ria en llurs països a una atenció personalitzada i continuada en la qual els fan proves complementàries, utilitzen els serveis hospitalaris dotats de moderns equips de diagnòstic i de tractament, tenen a l'abast totes les medecines que calgui i hi ha atenció per a les dones i per als fills. Per tot això, des d'un bon començament, s'ha d'informar i formar els immigrants sobre la necessitat de complir una sèrie de normes sanitàries.

La immigració augmentarà

El col·lectiu sanitari i no sanitari ha de prendre consciència, segons la meua opinió, que la immigració continuarà augmentant, malgrat la llei d'estrangeria promulgada per l'actual govern. Cada dia arriben i arribaran milers d'immigrants, sia per mitjà de les pasteres o per altres mitjans. Per tant, tots hem d'intervenir en la seva educació sanitària.

Malauradament, la inequitat en el repartiment de la riquesa suposa l'empobriment de molts països amb un seguit de problemes econòmics, bèl·lics, repressius ... Aquests fets obliguen molts ciutadans a demanar asil al nostre país, a sortir del seu pagant de vegades cents de milers de pessetes que els endeuten i a abandonar la seva família per obtenir una millora de la qualitat de vida. És, en conseqüència, molt difícil que els immigrants tinguin el propòsit de retornar aviat als seus països. Ans al contrari, un cop instal·lats aquí, bastants porten les seves famílies i augmenten, així, la població immigrada.

Per tot això, cal reflexionar sobre l'augment d'aquesta població immigrada, sobre el que suposa tant en atenció sanitària com en el coneixement de malalties desconegudes per nosaltres, que cada dia se'ns en presentaran més. Quant a la llengua, els immigrants han d'aprendre l'idioma del país on es troben, sigui castellà o català, no estem obligats nosaltres a saber el seu. I han d'aprendre també a mesurar la utilització dels serveis sanitaris. Per la nostra part hem d'entendre els problemes psicològics deguts a l'allunyament dels seus països i, sobretot, a l'enyorança de la família.

VE DE LA PÀGINA 14

d'origen estranger, la qual cosa evidència que l'epidèmia ha estat autòctona sense associar-se a la immigració². Els casos detectats en immigrants presenten el mateix patró de transmissió que en les seves zones de procedència. Altrament, els estudis realitzats en persones que practiquen la prostitució confirmen la baixa repercussió de la infecció en població immigrant³. Tanmateix, la prova d'anticossos de la infecció pel VIH pot ser indicat oferir-la a pacients procedents d'alguns països amb un alt nombre d'infectats, especialment si presenten alguns antecedents, com ara possibles exposicions a la malaltia, o tuberculosi.

Molts treballadors immigrants viatgen sols i deixen les seves companyes i esposes en el seu país d'origen. Aquesta situació comporta sovint un risc de pràctiques sexuals insegures, contactes amb la prostitució i, en definitiva, un risc superior de presentar malalties de transmissió sexual⁴.

De fet, en un estudi recent en població immigrant, les malalties venèries no virals, eren el segon grup de malalties transmissibles darrere de les helmintiasis⁴. Per tant, tot i que és un grup de malalties que han disminuït en el conjunt de la població, s'ha de promoure la seva prevenció en els immigrants.

Les hepatitis A, B i la febre tifoide són malalties vacunables que poden afectar aquest col·lectiu especialment si es considera que sovint els immigrants viatgen als seus països d'origen un cop establerts o reben familiars o companys dels seus països, els quals els poden transmetre aquestes malalties. Per tant, la prevenció d'aquestes malalties mitjançant les vacunacions respectives s'ha de considerar com a prioritari.

Pel que fa a la resta de malalties relacionades amb viatges internacionals (paludisme, febre groga, meningocòccia, poliomièlitis, xarampió, grip, etc.), els immigrants tenen el mateix risc que la resta de ciutadans europeus. Tanmateix, atès que consulten menys els centres de vacunacions internacionals i el contacte amb la població autòctona dels països és més estret, el seu risc d'infectar-se és superior. De fet, a les comarques de Lleida és un dels col·lectius que aporta més casos d'aquestes malalties.

Salut maternoinfantil

Entre els diferents cribratges durant l'embaràs, la detecció d'anèmies ferropèniques secundàries a infestacions o malnutrició i les portadores de l'Ag HBs mereixen una especial atenció per la freqüència amb què afecten aquest col·lectiu.

Altrament, els parts prematurs, els nens de poc pes i les complicacions

◆ *Els parts prematurs i els nens de poc pes són freqüents en mares subsaharianes*

◆ *La freqüència dels accidents laborals és superior en la població immigrant*

◆ *Hi ha més accidents domèstics en fills del Marroc i de Turquia*

del part són especialment freqüents en mares procedents de l'Àfrica Subsahariana i de Sudamèrica.

S'ha documentat que les mares procedents de països africans tenen el doble de parts prematurs en hospitals espanyols que la resta de població i la taxa de nens de poc pes també és dues vegades superior. També són molt superiors les sol·licituds d'avortaments i la manca de coneixements d'aquesta població sobre els mètodes contraceptius⁵.

Salut laboral

Molts dels treballs dels immigrants són temporals, requereixen menys formació i, en general, no són atractius per a la població local. Són treballs relacionats amb la construcció, la indústria i especialment a Lleida amb l'agricultura, i sovint comporten unes condicions ambientals dures i amb insuficients mesures de prevenció quant als riscos laborals.

Per aquest tipus de treballs temporals es considera poc justificat invertir en formació, i en general els treballadors no són objecte d'instrucció i supervisió acurada. Això, al costat dels obstacles lingüístics, dificultats de comunicació i manca de familiaritat amb la tecnologia que s'utilitza, contribueix a augmentar els riscos dels llocs de treball.

La freqüència dels accidents laborals és superior en la població immigrant en tots els països europeus i, en concret, a l'Estat espanyol, s'han assenyalat problemes neurològics i depressions en exposicions cròniques a pesticides en el sector de l'agricultura⁶.

Per tant, també en el sector de la salut laboral el col·lectiu d'immigrants hauria d'ésser objecte prioritari de programes de prevenció de riscos laborals.

Accidents domèstics i intoxicacions en nens immigrants

Els nens immigrants són molt vulnerables a tot tipus d'accidents. S'han documentat més accidents de trànsit en nens de 5 a 9 anys¹ i, en general, més accidents domèstics, intoxicacions i cremades en nens de pares procedents del Marroc i Turquia. Es considera que l'absència dels pares del domicili, que a més tenen horaris de treball molt carregats i sovint amb manca de serveis adequats per als nens, contribueix a augmentar el risc dels accidents domèstics.

Ús de drogues

L'ús superior de drogues entre els fills dels immigrants també s'ha cons-

PASSA A LA PÀGINA 18

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

Joies úniques

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

DERE TENA
JOIER

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



S'han publicat diversos treballs que permeten trencar el tòpic que els immigrants "porten malalties".

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

tat en diversos països europeus. Les causes d'aquest ús poden ser molt variades, però es consideren relacionades amb les dificultats d'adaptació a un nou sistema psicosocial.

En conseqüència, el consum de drogues en aquest col·lectiu es considera una manifestació dels problemes d'integració i, a diferència dels consumidors nacionals, les persones immigrades no busquen ajuda en els serveis sanitaris⁸.

Conclusions

Actualment grans col·lectius de diversos països estan pressionats a emigrar per raons econòmiques i arriben als països occidentals amb un perfil de salut propi de societats econòmicament deprimides. A aquests factors se sumen les dificultats econòmiques, socials, d'aïllament i comunicació que troben en el país d'arribada. Això fa que malgrat ser població jove i "a priori" sana, presenten diversos factors de risc per patir diferents malalties.

Moltes malalties que pot importar la població immigrant es poden prevenir fàcilment mitjançant vacunes (hepatitis A, B, xarampió, rubèola, poliomielitis, diftèria, tos ferina) o no poden ser "trasplantades" per manca de les condicions epidemiològiques (paludisme, febre groga, dengue) i en general no comporten un risc per als països industrialitzats.

El nombre de problemes de salut que poden afectar la població immigrant és, en canvi, molt ampli, des de malalties transmissibles, accidents domès-

tics i laborals, problemes de salut maternoinfantil i problemes psicosocials.

Aquests problemes comporten negatives conseqüències en forma de consum de serveis sanitaris, pèrdues de jornades laborals i escolars.

Una part d'aquests problemes es poden controlar mitjançant l'aplicació dels protocols d'immunitzacions sistemàtiques i no sistemàtiques, tuberculosi, atenció adequada a l'embaràs, part i puerperi, prevenció dels acci-

dents domèstics i laborals i control de l'estrès psicosocial que dificulta la seva integració.

La complexitat d'aquests problemes, la diversa procedència geogràfica d'aquest col·lectiu i el creixement continuat d'aquesta població fa necessària la realització d'estudis epidemiològics per caracteritzar els principals factors de risc i problemes de salut i la posterior elaboració de protocols d'actuació per tal de minimitzar aquests riscos.

BIBLIOGRAFIA

1. Carballo, M.; Nerukar, A. *Migration, refugees, and health risks. Emerg Infect Dis*, 2001; 7.
2. Llacer, A.; del Amo, J.; Castillo, S.; Belza, M.J. *Salud e migración; a propósito del sida. Gac Sanit*, 2001; 15.
3. Torres, A.M.; Snaz, B. *Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? J Epidemiol Community Health*, 2000; 54.
4. Roca Saumell, C.; Balanzó Fernández, X.; Fernández Roure, J.L.; Pujol Ribera, E.; Corachán Cuyás M. *Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. Med Clin (Barc)*, 1999; 111.
5. García Vidal, J.; Jansà López del Vallado, J.M.; García de Olalla Rizo, P.; Barnés Vayés, I.; Caylà Buqueras, J.A. *Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros del centro penitenciario de hombres de Barcelona. Rev. Esp Salud Pública*, 1998; 72.
6. Serra Majem, L.; Santana Armas, J.F. *La inmigración en Canarias: un cambio en los problemas de salud. Med Clin (Barc)*, 2000; 115.
7. Ivey, S.L. *Immigrant women's health. West J Med*, 2001; 175.
8. Blake, S.M.; Ledsky, R.; Goode-now, C.; O'Donnell, L. *Recency of immigration, substance use, and sexual behavior among Massachusetts adolescents. Am J Pub Health*, 2001; 91.



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som eficaços

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

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

902 200 200
www.adeslas.es

DELEGACIÓ A LLEIDA

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

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT





Notes sobre l'exercici de l'antiga cirurgia a Lleida

Les notícies que tenim sobre la vida i l'activitat dels nostres cirurgians antics són molt disperses i no tenen un caràcter unitari que en faciliti la recerca. De vegades, en molt poques ocasions, serà una inscripció lapidària posada al portal de la casa on vivien i on exercien

l'ofici la que ens deixarà constància de la seva existència. Així, a Aitona hi ha constància que hi havia el cirurgian Jacobus Capell l'any 1710; i a Belianes, l'any 1790 hi exercia Francisco Vidal, a la casa encara avui coneguda amb el nom de cal Barber.

Textos: Dr Manuel Camps i Surroca i Dr. Manuel Camps i Clemente

Aquestes escasses mostres ens marquen en certa manera la posició social, o almenys la tendència, d'alguns cirurgians rurals a fer-se valer per raó del seu ofici. Però com dèiem, aquests casos són una excepció.

Des del punt de vista estrictament social, les professions dels metges i dels cirurgians eren diferents, tenien desigual categoria. Això ens explica que durant tota l'època de domini del govern municipal a Lleida, els metges i els catedràtics de l'Estudi General formessin part de la *mà major*, integrada pels cavallers, els gentilhomes i els

doctors i llicenciats en dret civil i canònic. En canvi, els cirurgians, juntament amb els mercaders, els batxillers en dret, els notaris i els adroguers integraven la *mà mitjana*. L'últim esgraó, la *mà menor*, el formaven els menestrals, els pagesos i els hortolans.

Però des del punt de vista purament professional, la cirurgia era simplement una part de la medicina que exercien els cirurgians. Medicina i cirurgia eren, en el fons, una mateixa cosa, amb l'única diferència de les persones que la practicaven, els metges i els cirurgians. Per això, les ordinacions del 24

d'agost de 1600 reunien les dues professions alhora.

Aquestes ordinacions de caràcter gremial eren conegudes per *Ordinacions de la confraria dels gloriosos metges St. Cosme y St. Damià y dels doctors en medicina y mestres en cirurgia*¹.

Els integrants de l'esmentada confraria, prior i majorals, un cop redactades les ordinacions que havien de regular l'exercici mèdic a Lleida, les lliuraven als paers amb la corresponent sol·licitud que fossin decretades pel Consell General de la Paeria. Sabem que per

un privilegi de Ferran II atorgat a Montsó el 27 d'agost de 1510, corresponia a la Paeria aprovar i modificar les reformes de les ordenances dels gremis.

Però la constitució oficial dels gremis o confraries era més antiga. Començà a la nostra ciutat l'any 1295 arran d'un privilegi de Jaume II en què autoritzava els menestrals de la ciutat a elegir 2 o 3 majorals cada any per poder convocar i reunir els del seu ofici i organitzar obres piadoses, lícites i honestes.

Aquest fi pietós que en principi il·luminà el naixement de les confraries, adquiriria amb el pas del temps un sentit d'ajuda mútua entre els professionals d'un mateix ofici per obtenir més beneficis econòmics. Però sempre restà aquell caràcter religiós inicial que va marcar el seu principi. Per això, les confraries de persones laiques s'associaven també sota un patronatge religiós, en el nostre cas eren els sants Cosme i Damià; en el cas dels oficis que utilitzaven el foc, com ara ferrers, *albeytars*, argenters, serrallers, courers, calderers i altres, el patró era sant Eloi, etc².

Segons les esmentades ordinacions, la vidua d'un mestre en cirurgia sempre podia continuar la botiga durant el període d'un any a partir de la mort del marit. Però si tenia un fill se li permetia seguir mantenint-la fins que aquest fos mestre cirurgian; i si era una filla, era el seu casament el que marcava el termini.

A l'esquerra, la porta de la casa de Covet amb detalls de l'ofici de ferrer (1784). A la dreta, inscripció llatina de la porta de la casa del cirurgian d'Aitona Jacobus Capell

◆ La vidua d'un cirurgian podia mantenir la botiga durant un any després de la mort del marit

◆ El fill del difunt podia continuar portant la botiga fins que fos mestre cirurgian

◆ En aquests casos calia la direcció d'un altre mestre cirurgian

En aquests casos, la continuació de la botiga exigia sempre la direcció d'un altre mestre cirurgian. El 29 d'octubre de 1706, la vídua del cirurgian de Lleida Joan Gispert, Raimunda Bonet, signà un contracte per un període de tres anys amb el mestre cirurgian Miquel Castañón perquè aquest administrés les dependències operatòries de brberia que tenia a la casa dels *perches de baix* de la plaça de Sant Joan, just al costat del pont³.

Les obligacions estipulades eren que la senyora hauria de mantenir el fadri cirurgian que treballaria a la botiga, li donaria menjar, beure i llit per dormir a la mateixa casa i, a més, la tercera part del que guanyés amb el seu treball. Les altres dues parts es repartirien entre la vídua i el mestre cirurgian contractat.

Per altra part, els honoraris de Miquel Castañón amb els seus treballs d'*afeytar*, *sangrar*, *donar ventoses*, *fer manxiules*, *cures y altres coses tocants a la facultat de cirurgian y de barber*, s'haurien de repartir a parts iguals amb la vídua.

Sabem que les feines habituals d'aquests barbers i cirurgians, a part de les esmentades, eren molt variades. Podien tractar afeccions urològiques (mal de pedra), obrir abscessos i cauteritzar les lesions amb aplicació de ferro roent, càustics o *coltells de metre foch en nafres (caltiri)* quan encara no imperaven les teories contraries dels grans cirurgians del Renaixement, etc.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Altres activitats eren la neteja del cap, la pedicura amb *tesorettes dapecurar* i les tasques de dentista amb *tanalles de arrancar queixals* i amb *ferrets descurar dents*, etc.

En el llindar d'una casa d'Alquesar, sense constància de l'any, hi ha representades unes tenalles que ens permeten pensar que podia ser la botiga d'un queixaler. A més, la finura de la talla de la pedra ens indica que deuria gaudir d'una bona posició social.

Potser més controvertides eren les exploracions ginecològiques i obstètriques practicades habitualment.

En els casos pericials les duïen a terme dos matrones a requesta del Tribunal de Coltellades, les quals a vegades hem vist que exploraven l'himen amb l'ajuda de la introducció d'un ou. En casos més difícils intervenien dos cirurgians.

En el camp de la medicina clínica, si bé amb poca freqüència, els cirurgians devien fer exploracions d'aquesta naturalesa, si ho jutgem per la troballa en alguns casos d'instruments d'ús ginecològic o obstètric en les seves botigues.

Per exemple, l'any 1548 el cirurgià de la Seu d'Urgell Graciani Vila tenia unes matrises. Encara que no s'especifiqui aquest instrument exactament amb l'expressió *speculum matricis*, tal com hem vist en el cas d'inventaris d'alguns cirurgians, creiem que s'hi podria referir.

La importància de Guido

Graciani Vila, però, no tenia biblioteca. De fet, solament gaudia d'un *libre guido* i amb aquest en tenia prou, ja que no cal dir la importància i la influència que va tenir entre nosaltres Guy de Chauliac (Guevaudan, 1290 - Lió, 1368).

El 60% dels cirurgians dels segles XIV i XV tenien la seva cirurgia a casa. La continuaven tenint els del 1.500 i podem afirmar que va ser tan important en la formació teòrica dels nostres cirurgians com ho fou en la dels metges el *Lilium medicine* de Bernat de Gordon (Guyenne, 1260-1320), col·lega d'Arnau de Vilanova a la facultat de Montpeller.

La importància de l'obra de Guido es va seguir mantenint en el decurs del segle XVII. Bona prova la tenim en que la seva cirurgia era el manual exigít per fer l'examen d'entrada al col·legi de doctors en medicina i mestres en cirurgia de Lleida, segons les esmentades ordinacions del 1600: *si algú se voldrà eximmar lo dit prior y maiors que aquel any se trobaràn de dita confraria de St Cosme y St Damià aien de seguir la forma se guen ço és que li donen puns con de bon costum ses tingut per*



tems de un mes so es que aien de pendre un tractat de guido y que li donen puns del dit tractat de guido con se usse en lo collegi dels d.d. en medecina Per tant, sembla que a l'aspirant a mestre cirurgià se li indicaven les lliçons del llibre de Guido que havia d'estudiar per poder aprovar l'examen que faria al cap d'un mes d'haver-les-hi indicat .

De tota manera, el famós *Inventari o Col·lector de la part quirúrgica de la medicina*, que era el títol del llibre de Guido, va començar a cansar els estaments acadèmics de la medicina. De fet, ja portava molts anys de moda.

Per això, per exemple, a les ordinacions de la confraria-col·legi de metges i cirurgians de Saragossa, aprovades el 16 de gener de 1663, es deia

que per examinar-se de cirurgià se sorteen un médico y un cirujano que lo examinen de congruidad, de latinidad, y le pidan lo que quieran de palabra, y en el libro o libros de Medicina o Cirugía que quisieren, quitando el abuso de Guido ...⁴

L'ofici de cirurgià que es dedicava a l'obstetrícia com a tal, l'hem trobat documentat molt més tard a la ciutat de Lleida, ja en el segle XIX en el cas de Ramon Garcia Lara, mort el 24 de juliol de 1852 als 52 anys. En resta la làpida de marbre al cementiri municipal amb els relleus d'instrumental quirúrgic i obstètric: fórceps, bisturí, tisores, serra i també la mà del cirurgià.



A l'esquerra, casa del cirurgià de Bellanes Francisco Vidal. A la imatge de la dreta, un detall del portal de la mateixa casa.

- ◆ *Quan la mare moria en el part, era obligada l'extracció del nadó si hi havia signes de vida de la criatura*
- ◆ *Cirurgians d'èpoques anteriors donaven el baptisme de necessitat al nadó*

Formen part de l'epitafi la inscripció llatina D.O.M (Deo optimo máximo) i l'expressió laudatòria *Dios habrá premiado sus virtudes*, fet no gens estrany en el cas d'un cirurgià. La representació de la serra ens indueix també a pensar que practicaria amputacions.

Per altra part, no es infreqüent trobar cirurgians d'èpoques anteriors que donaven el baptisme de necessitat al nadó, la qual cosa ens demostra la seva actuació en el part.

El 18 de juny de 1754, el cirurgià de Soses Anton Riba batejava un minyó perquè estava *en imminent perill de morir*. Feia el mateix el 19 de febrer de 1746 el cirurgià d'aquesta localitat Francisco Lloret i Quier, etc.

El cirurgià d'Aitona Benito Ferrer el trobem també batejant de necessitat

un infant que després va morir, el 16 de novembre de 1800. Estaria, doncs, assistint el part, possiblement distòcic, si tenim en compte que en aquell temps la llevadora d'Aitona era Magdalena Agustí.

També batejaven d'urgència les madrines. L'1 de març de 1618 va ser batejada una filla del pagès Joan Cruzilles *en casa per na Gallarda madrina per que anava morintse⁵*.

En casos excepcionals, les llevadores assistien parts a casa seva com si fos un obrador, tal com ho va fer el 7 de juliol de 1622 la partera Francisca Mora i Gamir. El nadó moria *aventlo batejat en casa de Jerónima Minguella llevadora*. El dia 11 moria la mare de la criatura⁶.

L'exercici de llevadora, deixant a part

les dones aficionades que en els pobles solien assistir també els parts, exigia una formació prèvia i un examen demostratiu de la seva suficiència.

Acreditació de llevadora

La condició de llevadora s'havia d'acompanyar necessàriament de la qualitat d'aprovada, com es pot veure clarament el 13 de gener de 1627 a Lleida, dia que *Na Gallarda llevadora aprobada, per urgent necessitat batejà en lo bras, no tenint altra cosa fora del ventre de la mare, a un infant o infanta no discernint de quin genero ere, posantli nom Joan si ere home i si dona Joana sense darli padrins y después dita criatura nasqué a 14 de dit mes y no pogué rebre lo sopliment del baptisme per ser persignada de mort⁷*.

A Saragossa, el 5 d'octubre de 1609 es va acordar que cap dona no podia exercir l'ofici de llevadora sense ser examinada pel Col·legi de Metges (8).

Sobre la cesària postmortem hem vist interessants anotacions en llibres parroquials. El primer cas, del 17 de setembre de 1605, correspon a la mort d'un albat de Joana Camps, *lo qual despres de morta lo tragueren los barbers en casa de Violant Mahull⁸*.

De fet, l'extracció del nadó en el cas

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

de la mort de la mare en el part, i sempre que hi hagués signes de vida de la criatura, era una pràctica obligada des de l'antiguitat. Al llibre de Guido es llegeix: *sisdevenia la dona matexa ser morta la qual cosa es coneguda per los senyals damunt dits dels morts, e consideraras quell infant sia viu, mana la ley real que la dona prenys no sie soterrada fins quell infant sie exit tenent la boca de la dona e la matrix uberta axicom les dones ho volen. E après sie uberta la dona segons longitut ab rahor en lo costat sinestre, car aquella part es pus libera que no es la dreta per lo fetge, e los dits iposats sie tret lo fruti car axi fonch tret iulius cesar, axicom en les gestas dels romans es dit⁶.*

Extracció pel costat

L'extracció pel costat, tal com la indica Guido, l'hem vist documentada a Lleida el 19 de juliol de 1638 en el cas de la partera Angela Riusec, muller del notari Miquel Abella: *lo mateix dia després de morta dita Angela la obriren per lo costat y trageren un minyó y diuse que un caputxí lo batejà y a 20 del dit mes foren los dos enterrats en la iglesia de Sta Magdalena dins un atahut¹¹.*

Molt curiosa pel detall de la sutura, és l'anotació del mes de juliol de 1649 a la localitat de Vilaseca de Solcina (bisbat de Tarragona): *mori prenyada i M^o Lluís Basset la obri i li tragué una criatura del ventre viva la confesaren y mori, la tornà lo dit barber dins lo ventre y donà uns punts.* El cirurgià moria de pesta el 24 d'abril de 1650¹².

Un altre cas el trobem a Aitona l'any 1653, on el rector explica la curta supervivència de la pòstuma un cop morta la mare i l'extracció amb cesària feta pel barber Baltasar: *En 15 dies del mes de juliol 1653 morí Juana Quintana muller de Juan Quintana, rebé tots sacraments los quals li administrí yo Rv. Salvador Perisars Rector de Aytona, no feu testament perquè no pogué, està enterrada en lo fosar comú de dita vila per mi sobre dit Rector anima eius. Nota. Que després que la sobre dita fonch morta Baltasar barber de dita vila la obri y sobrevixqué la postoma la qual bategí yo sobredit Rector en cassa de nesessitat y luego morí, y fonch enterrada juntament ab sa mare.*

L'albeyteria o manescalía, és a dir la medicina i cirurgia d'animals, era una professió independent però lligada, com hem vist, als oficis que utilitzaven el foc, com els ferrers. Després s'hi van afegir els courers, serrallers, argenters, etc. Però també en alguns casos hem comprovat la seva relació amb la cirurgia.

A Lleida hi havia un ferrer i manescal que es deia Marc Breguet, el qual va



Portal de la casa d'Alquesar



Detall de la làpida del cirurgià obstètric de Lleida Ramon Garcia Lara (1852)

ser absolt pel Tribunal de Coltellades segons el procés iniciat l'1 de juny de 1555 en el qual se l'acusà de trencament de la pau i treva que tenia ferdada amb l'arcabusser del peu del

Romeu, el mestre Antoni Ardio¹³. És probable la pràctica conjunta de l'albeyteria i la cirurgia per part d'alguns pocs cirurgians antics. Ho creiem pel fet d'haver trobat en alguns inven-

taris del segle XV instruments utilitzats en l'ofici de l'albeyteria, com un badal (instrument per obrir la boca de l'animal i poder-la explorar) en el cas del cirurgià de Manresa Melcior Rotlan (1402), o bé un *enclusó de ferrer* en el del cirurgià de Vic Pere Barborers (1465).

Però, de fet, la documentació segura d'aquesta doble pràctica la trobem molt posteriorment a Lleida, al segle XVIII, en el cas del mestre *albeytar i cirurgià* Joseph Verger, nascut a Almuédvar (Aragó) el 1698, casat amb Joana Borgoños, i mort el 26 d'agost de 1758 a Lleida, a la casa del notari Joseph Pcurull, davant de l'església de Sant Joan.

També del segle XVIII ens queda una representació probablement al·lusiva a l'ofici de ferrer, com és el cas del llindar d'una casa de Covet (comarca del Pallars Jussà) de l'any 1784, on hi ha representada la cara del propietari, unes tenalles, un martell, una ferradura, i una podadora per esporgar la vinya, cultiu propi de la regió en aquell temps.

Com a punt final direm que si bé l'obertura de cadàvers era molt poc freqüent, quan es duia a terme per ordre judicial eren generalment els cirurgians els encarregats de practicar-la. En la

mateixa línia, un aspecte poc comú i excepcional de les seves feines era l'embalsament.

Un exemple interessant el vam veure a Perpinyà en relació amb la malaltia i sepultura del bisbe d'Elna, fra Rafel Rifos, frare de l'ordre de Sant Domingo.

El dia 2 de desembre de 1620 se sentí indisposat de supresió de urina, poch

après li sobrevingué febra que continuà fins li acabà la vida en lo palau episcopal de Pp^a el dia 17 d'aquell mes. Aleshores posaren lo cadáver en la sala superior del palau aont los silurgians lo obriren y embalsamaren y aromatizaren y no se li trobà ninguna pedra sinó una poca de urina ab llach com si fos aigua quant renten caragols¹⁴.

ACRÒNIMS

- AML: Arxiu Municipal de Lleida.
- AHPL: Arxiu Històric Provincial de Lleida.
- BUB: Biblioteca de la Universitat de Barcelona.
- ADP: Arxiu Departamental de Perpinyà.

NOTES

- 1) AML. Reg. 434. Fol. 31.
- 2) AML. Reg. 17. Ordenanzas de gremios. Ordinaciones del Gremio de Herreros y Albeytares de la ciudad de Lérida. Anys 1781-1786. Fol. 399-416.
- 3) AHPL. Reg. 852. Any 1706.
- 4) BLASCO IJAZO, José. Historia del Colegio de Médicos de la Provincia de Zaragoza. 1455-1961. Pàg. 22.
- 5) CAMPS I CLEMENTE, M. CAMPS I SURROCA, M.: Aspectes sanitaris de l'Arxiu de Sant Joan de Lleida. Segle XVII.

- Lleida, 1983. Pàg. 78.
- 6) *Ibidem*, pàg. 91.
- 7) *Ibidem*, pàg. 116.
- 8) BLASCO IJAZO, José. *Op. cit.*, pàg. 21.
- 9) CAMPS I CLEMENTE, M. CAMPS I SURROCA, M. *Op. cit.*, pàg. 44.
- 10) BUB (Biblioteca de la Universitat de Barcelona). Inc. 490.
- 11) CAMPS I CLEMENTE, M. CAMPS I SURROCA, M. *Op. cit.*, pàg. 159.
- 12) CAMPS I CLEMENTE, M. CAMPS I SURROCA, M. *Op. cit.*, pàg. 299.
- 13) AML. Reg. 827, fol. 105-108v.
- 14) ADP. G. 241. Llibre de memòries de la venerable Comunitat de St. Johan començat a 18 del mes de Agost de 1610 (1610 fins a 1633). Relasió de la malaltia y sepultura del Sor. Bisbe fra don Rafel Rifos Bisbe de Elna y frare del orde de St. Domingo.



laboratorio de análisis

DR. ECHEVARNE

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

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

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

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

Unim esforços per multiplicar resultats.

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

El sueño

Textos: Dra. Elena Franco González · Secció de Neurofisiologia Clínica.
Hospital Arnau de Vilanova

El sueño se ha definido como el acto de dormir, durante el cual el individuo permanece en estado de inacción y de suspensión de los sentidos, del que es posible despertar. Según la Enciclopedia Británica "es un estado recurrente de inactividad, acompañado de disminución de la consciencia y de una reducción de la reactividad a los acontecimientos del entorno".

Existen referencias históricas sobre la preocupación por el estudio del sueño en el Talmud, en Hipócrates y en Avicena. Sin embargo, los primeros trabajos que abordaron el tema desde el punto de vista de la nosología clínica no aparecieron hasta finales del siglo XIX y coincidieron, además, con la publicación de *La interpretación de los sueños*, de Freud. Siguió después algunos trabajos desde un punto de vista anatomopatológico por parte de Cajal, que, junto con los trabajos de V. Ecnomo, pusieron la base para la teoría neurológica y los estudios posteriores del sueño.

A mediados del siglo XX, la aplicación de la electroencefalografía ha permitido el desarrollo de la llamada "Medicina del Sueño", que aborda su estudio y sus alteraciones con un enfoque multidisciplinario.

¿El sueño es un estado de reposo?

Falso. El sueño es un estado rítmico y activo.

Se producen numerosos cambios mientras dormimos, no sólo en el funcionamiento cerebral sino también en el resto del organismo. Los estudios electroencefalográficos han permitido conocer las variaciones que se producen en la actividad eléctrica cerebral de la persona dormida.

De esta forma se han identificado varios estadios diferenciados o fases

llamadas de 1 a 4 y REM. Las fases 1 y 2 corresponden a sueño ligero y las 3 y 4 al sueño profundo o lento, durante el cual disminuye la reactividad a los estímulos y se produce una marcada lentificación de la actividad eléctrica cerebral. El sueño REM se caracteriza por una actividad eléctrica similar a la de vigilia, destacando la aparición de movimientos rápidos de ojos. Por ello, también podemos clasificar los estadios de sueño en dos grupos: de sueño noREM y de sueño REM.

Se inicia siempre el sueño en fase 1 y siguen las fases 2 y 3. Vuelven luego unos minutos de estadio 2 para dar paso a la fase REM. Esta secuencia se repite y constituye lo que se llama un ciclo que dura aproximadamente de 90 a 100 minutos, de forma que una noche se producen 4 ó 5 ciclos, con un predominio del sueño lento durante la primera parte de la noche y del sueño REM durante la segunda mitad.

Durante la noche se intercalan hasta 6 u 8 fases de aligeramiento del sueño o despertares, de muy breve duración que coinciden con cambios de estadio o ciclo. Se acompañan de cambios de postura y, normalmente, no se recuerdan. Generalmente en niños y adultos su duración no sobrepasa los 30 segundos, pero en los ancianos son más frecuentes y pueden llegar hasta los 2 ó 5 minutos.

Los estudios neurofisiológicos han permitido también observar las variaciones de otras funciones como la temperatura corporal, la ventilación, las funciones cardiovasculares y las secreciones hormonales que siguen fluctuaciones según las fases de sueño REM-noREM.

Algunas hormonas, como la prolactina, están claramente ligadas al sueño en general y otras a alguna fase de sueño concreta, como la melatonina

que se segrega al inicio del sueño, y la hormona del crecimiento, cuyo pico de secreción máxima coincide con el sueño lento de las primeras horas de la noche.

¿Se sabe el por qué del sueño?

Realmente no se conoce por qué dormimos, pero pasamos una tercera parte de nuestra vida durmiendo. Por ello, se cree que el sueño tiene funciones fundamentalmente restauradoras.

Se ha demostrado que interviene en el mantenimiento de la temperatura cerebral. Y se ha relacionado el sueño REM con estímulos tróficos que favorecerían el desarrollo del sistema nervioso central en las primeras etapas de la vida. Y, sobretodo, se le atribuye un papel importante en la consolidación de la memoria.

Probablemente, el sueño ayuda a restituir la actividad de los neurotransmisores en diferentes niveles del sistema nervioso.

Se puede vivir sin dormir

Falso. El sueño es absolutamente necesario para vivir. Hay personas que se quejan de no dormir nada o casi nada, sin embargo el registro poligráfico o polisomnografía de alguna de ellas pone de manifiesto de forma objetiva que duermen más tiempo del que dicen.

La falta de sueño provoca, además, a lo largo del día numerosos episodios de somnolencia, que pueden ser muy breves y no ser advertidos por la persona, llamados microsueños, que tienen una función compensadora. Y es que "la deuda de sueño se paga".

Está claramente demostrado que la falta de sueño produce fatiga, sopor, alteraciones de la coordinación motora, pérdida de memoria y estados de ansiedad e irritabilidad. Estos trastornos pueden causar bajo rendimiento en el trabajo, accidentes, alteraciones en el carácter, etc.

Las necesidades de sueño y las características del mismo no son siempre idénticas y presentan grandes variaciones a largo de la vida en rela-

ción con la edad. Además existen algunas variaciones individuales. Así, el recién nacido pasa la mayor parte del día durmiendo, hasta unas dieciocho horas con pequeños intervalos de vigilia intercalados, siguiendo un ritmo llamado ultradiano. En cambio, el tiempo de sueño en los ancianos se reduce hasta unas seis horas y, sobre todo, se hace más fragmentado con numerosos despertares, que cada vez son más frecuentes y más prolongados, y con dificultad para volver a quedar dormidos.

El trastorno de sueño más frecuente en los adultos es el insomnio

Verdadero La falta de sueño o insomnio es el trastorno más común en las personas adultas. Un porcentaje elevado, del 25 al 30% aproximadamente, lo sufren de forma pasajera o crónica.

Las causas más comunes son las alteraciones en los ciclos de sueño-vigilia y la ansiedad. Menos frecuentemente es secundario a otras enfermedades

Existe remedios, como los hipnóticos, para combatir el insomnio

Dormir, como otras actividades humanas, supone un hábito. Y es importante seguir algunas normas que ayudan a conseguir un sueño reparador.

- Realizar ejercicio físico durante el día.
- Seguir unos horarios regulares, procurando acostarse y levantarse siempre a la misma hora.
- Conseguir un entorno adecuado en la habitación (temperatura, silencio, oscuridad, etc).
- Usar la cama para dormir, no para ver la TV, escuchar música, leer ...
- Evitar las bebidas alcohólicas y excitantes.
- Regular las siestas, que no deben superar los 20 minutos.

Además, en el caso de los insomnios de tipo crónico, debe hacerse un estudio para conocer la etiología y hacer el tratamiento adecuado a la causa del problema.

Solamente en algunos casos se indicará la toma de hipnóticos de vida media corta.

Los niños no tienen problemas de sueño

Falso. En los niños también el sueño es una fuente de problemas en muchos casos para ellos y para los padres.

Por eso también es fundamental realizar un adecuado aprendizaje para conseguir unas normas en los horarios de sueño que coincidan con sus ritmos biológicos.

Fòrum d'hospitals 2001 LLEIDA

Dates: 9 i 16 de novembre
Lloc: sala d'actes del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (Rambla d'Aragó, 14)

Coordinació:
Dr. Joan Flores González
mhospitals@comll.es

Secretaria:
Col·legi Oficial de Metges de Lleida

Tel. 973 270 811

Fax: 973 271 141

A/e: comll@comll.es

Organització:
COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA



El pico de secreción máxima de la hormona del crecimiento coincide con el sueño lento de las primeras horas de la noche

II Premi Col·legi de Metges de Lleida a la Solidaritat 2001

El Col·legi de Metges convoca per segona vegada el Premi a la Solidaritat que en aquesta ocasió es dedica a treballs de recerca sobre "Immigració i salut a la Lleida del segle XXI". El premi va néixer l'any passat 2000, en el marc dels actes commemoratius del centenari de la creació del COML, i va atorgar-se a Medicus Mundi.

1. Tema: "Immigració i salut a la Lleida del segle XXI".

2. Per optar al premi s'haurà de presentar un treball de recerca sobre el tema esmentat.

3. Els treballs versaran sobre aspectes demogràfics actuals i previsibles en el futur, patologies emergents i prevalents en aquesta població, adequació dels recursos necessaris, integració social i cultural, marginació i actituds racistes, entre altres aspectes.

4. Seran preferents els grups de treball multidisciplinaris que comptin amb professionals de la medicina entre els seus membres.

5. Per optar al premi caldrà presentar dos sobres a la secretaria del COML, que quedaran registrats amb el mateix número, que serà desconegut pels membres del jurat.

El primer sobre contindrà:

a. Títol de l'estudi.

b. Quatre còpies del projecte del treball de recerca.

c. Estructuració de l'estudi en els següents apartats: introducció, objectius, material i mètode.

El segon sobre contindrà:

a. Dades personals dels autors: nom i cognoms, domicili habitual i telèfon, professió i fotocòpia dels DNI.

b. Currículum vitae normalitzat dels components de l'equip de recerca.

c. Manifest amb el compromís dels components del grup de concloure el treball en un any.

6. Requisits:

a. El treball de recerca

tindrà el termini màxim d'un any des del lliurament del primer ajut.

b. Els membres de la Junta del COML no podran optar a la beca, ni participar directament o indirectament en l'elaboració del treball.

c. Les sol·licituds es faran arribar, personalment o per correu certificat, a la secretaria del COML (rambla d'Aragó, 14, - pral. 25002 Lleida), abans del 30 de novembre de 2001.

7. Resolució:

a. El jurat del II Premi del Col·legi de Metges de Lleida a la Solidaritat estarà format per quatre membres nomenats per la Junta del COMLL.

b. El premi tindrà una dotació de 6.900 euros (1.148.063 ptes.) i serà atorgat pel COML que en lliurarà el diploma acreditatiu. El pagament es realitzarà en tres terminis: 2.300 euros (382.688 ptes.) en el moment de la concessió del premi; 2.300 als 6 mesos i els últims 2.300 un cop finalitzat el treball, durant l'acte del concert de Nadal de l'any 2002 que organitza anualment el COML.

c. El premi només es concedirà a un treball, encara que pot ser declarat desert.

d. El premi serà concedit durant l'acte del concert de Nadal del mes de desembre de 2001 i serà lliurat per l'Il·lm. Sr. President del COML.

8. Seguiment:

a. El segon i tercer termini del premi s'atorgaran segons el criteri del jurat, només en el cas de comprovar-se que l'estudi s'està duent a terme en el temps previst. Als sis mesos s'hauran de presentar resultats contrastats i, en el cas de no fer-ho així, el jurat podrà anul·lar el pagament de la beca, decisió que haurà de ser ratificada per la Junta del Col·legi de Metges.

b. Els resultats finals del treball s'estructuraran en els apartats: introducció, objectius, material i mètode, discussió i conclusions.

c. Es lliuraran tres exemplars al COML i un resum del treball serà publicat al *Butlletí Mèdic*, independentment de la seva publicació en una altra revista científica o de divulgació.

d. En aquest últim cas, en la publicació haurà de constar "Treball finançat amb el Premi a la Solidaritat del COML 2001".

9. La decisió del Jurat serà inapel·lable.

10. La presentació de projectes per optar a aquest premi implica l'acceptació de les bases de la convocatòria.

11. Es donarà difusió d'aquesta convocatòria en el *Butlletí Mèdic* i en els diferents mitjans de comunicació provincials.

12. Aquest premi és incompatible amb altres beques o ajudes d'altres

entitats.

Moviment col·legial

Altes

M. Carmen Martín Ansón, procedent d'Osca Mireia Las Hera Alonso, nova

Jaime Mas Atance, nou Javier Gervilla Caño, nou Iñaki Carrera Arrieta, nou Aurora Torrent Setó, nova Esther Mas Ciurana, nova Xènia Triquell Domeyo, nova

Emmanuel Joseph Henri Peyre, nou Jairo Cortés Prados, nou Virginia Sánchez Fernández, nova

Anas Nthir Munir Sheikh El Ard, procedent de Saragossa Raquel Alcega Estivill, procedent de Barcelona Mariela Beariz Martín Berra, nova José Cayado Cabanillas, reingrés

Canvis de situació
Miquel Gardeñes Cabecearán ha passat a col·legiat honorífic

Congrés d'atenció primària sobre l'organització al servei del ciutadà

El Segon Congrés Interdisciplinari d'Atenció Primària, que se celebrarà els dies 26 i 27 d'octubre d'enguany, tractarà el tema "L'organització al servei del ciutadà". El congrés, que organitza l'ICS, es desenvoluparà al recinte firal dels Camps Elisis de Lleida.

Aquest congrés pretén constituir un fòrum de debat sobre els temes sanitaris de més impacte social i donar continuïtat a la línia endegada fa dos anys al de Tarragona. Així, el lema escollit en la segona convocatòria, "L'organització al servei del ciutadà", reflecteix la voluntat del sistema sanitari de flexibilitzar, modernitzar i adaptar l'organització i els sistemes d'informació a les necessitats dels usuaris del segle XXI.

La presència de tots els



Lliurament a Medicus Mundi del Primer Premi a la Solidaritat

PASSA A LA PÀGINA 30

SERVEIS D'ASSEGURANCES

Assegurances d'automòbil

L'assegurança òptima per al vehicle del metge, amb cobertures especials i les màximes bonificacions

- MediMotor
- MediMotor Jove

Atenció a sinistres

Amb professionalitat derivada de l'especialització, per estar sempre al costat del metge

Assessorament integral

Oferint les assegurances més adaptades a les necessitats dels col·legiats, amb la confiança i la seguretat de les millors companyies

- MediLlar
- MediVida Sana
- MediBàsic Vida
- MediRisc
- MediConsulta
- MediBaixa Integral
- MediServei Salut
- Invalidesa MMCB
- Orfenesa MMCB
- Vida Estalvi MMCB
- Jubilació MMCB
- MEL

SERVEIS FINANCERS

Serveis bancaris

El servei financer que ofereix productes bancaris adaptats a les necessitats del col·lectiu mèdic, amb la garantia d'obtenir un assessorament professional, de confiança i amb la màxima seguretat.

- Operacions bancàries
- Crèdits i préstecs
- Préstecs hipotecaris
- Productes d'estalvi i inversió
- Plans de Pensions
- Servei financerofiscal

Agència de valors

El servei d'inversió que dona accés, a col·legiats i familiars, als mercats financers nacionals i internacionals, oferint un assessorament integral per a l'optimització de les seves inversions i la millor rendibilitat dels seus estalvis.

- Gestió de fons d'inversió de renda fixa, mixta i variable
- Intermediació d'operacions de borsa
- Custòdia i dipòsit de títols i valors

Sol·liciteu informació

Telèfon 973 27 08 11

Rambla d'Aragó, 14 -Pral. 25002 Lleida

VE DE LA PÀGINA 28

proveïdors d'atenció primària de Catalunya facilitarà, sens dubte, l'assoliment d'aquest objectiu.

Simposi sobre la dependència de les persones grans

Mutual Mèdica organitza per mitjà d'Europa Mèdica un simposi sobre "La dependència de les persones grans, situació a Europa: medicina, ètica, economia i sistema social", que tindrà lloc el dia 5 d'octubre vinent al Parlament Europeu d'Estrasburg.

La presidenta del Parlament Europeu, Nicole Fontaine, i el president de Mutual Mèdica, Dr. Nolasac Acarín, presidiran el col·loqui que iniciarà oficialment el simposi.

Les persones que desitgin més informació poden connectar amb Anna Morales (annamorales@mccb.es).

Conveni entre el Consell dels Col·legis de Metges de Catalunya i el Col·legi del Quebec

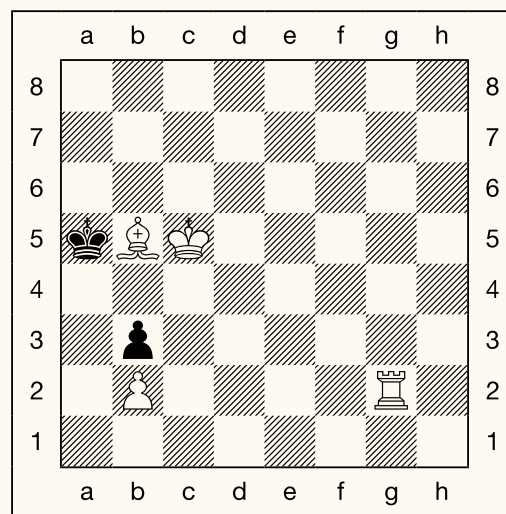
El Dr. Xavier Rodamilans, president del Consell del Col·legi de Metges de Catalunya, i la Dra. Joëlle Lescop, secretària general del Col·legi de Metges del Quebec, van signar el dia 4 de setembre passat un conveni de cooperació en els següents àmbits: la formació mèdica continuada, deontologia mèdica, la praxi assistencial, els sistemes d'acreditació i recol·legiació, els programes de rehabilitació per als metges, els serveis col·legials i les funcions i finalitats corporatives.

En la propera edició de *Butlletí Mèdic* s'ampliarà la informació sobre aquest conveni.

PROBLEMA D'ESCACS

Tema: finals de reis i peons

Blanques juguen i fan mat en dos



SOLUCIONS

1. Tò2 - bxc2 2. b4 mat.



un donatiu



un soci

Un donatiu, sovint, no és més que un pedaç. Si de veritat vols col·laborar amb els més necessitats, fes-te soci/a de medicus mundi. Amb la teva aportació es faran realitat molts programes sanitaris. Retalla aquest cupó, omple'l amb les teves dades i envia'l a l'adreça de medicus mundi.

Fes-te soci. Faràs bé



medicus mundi
catalunya

C/Elisa 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 418 47 62
La Caixa 2100 1010 51 0200065471

Nom.....
Cognoms.....
D.N.I.....
Telèfon.....
Adreça.....
Població.....C.P.....
Entitat Bancària []

Desitjo col·laborar com a soci/a de medicus mundi amb la quota de:

25.000 mensual
10.000 trimestral
5.000 semestral
..... anual

FIRMA:

MTB
DISTRIBUCIONES
TECNOLOGICAS, S.L.

Especialitzats
en equips endoscòpics

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



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

Finançament especial per a les comandes de torres d'endoscòpia

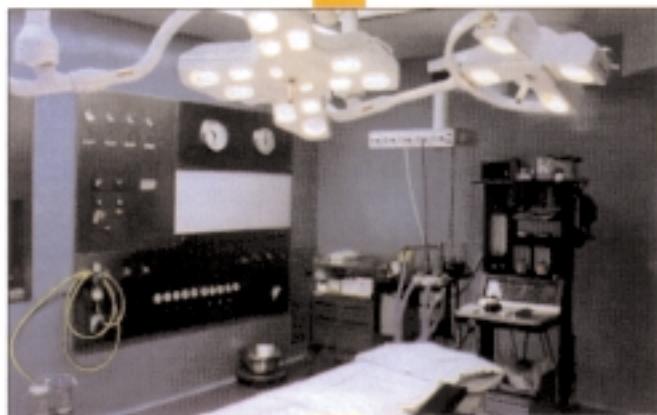
AL SEU SERVEI A:

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

CLÍNICA ONTSERRAT



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



NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

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

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I
TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



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

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