BUTLLETÍ
mèdic
Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Núm. 69 · Març de 2008

Consolidació de l'IRBLleida

Entrevista al director científic, el Dr. Xavier Matias-Guiu

SI ETS MUTUALISTA JOVE

I has acabat el primer any gratuït amb nosaltres, et posem ben fàcil la renovació del teu producte, perquè t'oferim una quota molt econòmica en comparació de la resta de quotes del mercat, i mantenim els mateixos avantatges exclusius.

SI NO ETS MUTUALISTA JOVE

Durant el primer any podràs gaudir gratuïtament d'aquest producte des del moment de la teva col·legiació.

Com a mutualista jove, et beneficiaràs d'aquests avantatges:

- Comptar amb cobertura total durant 12 mesos, 24 hores al dia i a qualsevol lloc del món.
- Gaudir de l'assistència en viatge si col·labores amb ONG.
- Practicar esports de risc amb tota tranquil·litat, perquè et garantim una protecció total.
- Optar a la Beca Mutual Mèdica dotada amb 9.000 €.
- Sol·licitar el Premi de Natalitat.
- Gaudir d'una assegurança de vida de 1.200 €.
- Comptar amb una assegurança d'invalidesa permanent absoluta de 60.000 €.

Mutual Mèdica
us Informa
901 215 216
Oficina Virtual
www.mutualmedica.com

BUTLLETÍ mèdic

Número 69, març del 2008

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

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

Director: Joan Flores González
Edició a cura de: Magda Ballester COMUNICACIÓ
Disseny i maquetació: Baldo Corderroure
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL
Fotomecànica: Euroscript, SL
Impressió: Artgràfic 2010, SL

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

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

TARIFES PUBLICITÀRIES
Preus per inserció (6 números/any)

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

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

L'exemple de l'IRB Lleida

El debat obert sobre la falta de professionals de la medicina evidencia que la ciutadania percep aquesta suposada carència, però les dades la desmenteixen. El nombre de metges i metgesses a Catalunya per 100.000 habitants és superior a la resta de la Comunitat Europea.

Una altra cosa és la distribució geogràfica dels professionals. Hi ha una superpoblació de metges a l'àrea de Barcelona, en manquen a Lleida i, sobretot, als llocs dificultosos, poc atractius i allunyats de les ciutats. Aquest no és un problema local, passa a tots els països del món.

En concret, a Lleida hi ha un important dèficit de certes especialitats (cirurgia cardíaca, cirurgia plàstica i reparadora, cirurgia pediàtrica, etc.). Les autoritats sanitàries i els gestors ho justifiquen sovint amb l'argument que aquests serveis no poden subsistir en una població de dimensions mitjanes i assenyalen, altres vegades, una manca d'al·licient de Lleida per part de determinats professionals.

COML

És cert que un professional desenvolupa, a part de l'activitat assistencial, activitats científiques i investigadores, i això resulta difícil o complicat en determinats enclavaments. Per aquest motiu, ens felicitem pels tres anys de funcionament de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida). Lleida ha deixat de ser un lloc desconegut -fins i tot de càstig en certes èpoques- i ha esdevingut un indret atractiu on els metges poden realitzar-se assistencialment i científicament.

L'exemple de l'institut demostra que Lleida pot ser un destí atractiu. A més, els seus habitants es mereixen i tenen dret a rebre una assistència igual de bona que a la resta de Catalunya. Per tant, demanem, a curt i a mitjà termini, la posada en marxa de totes les especialitats mèdiques i quirúrgiques.

SUMARI

Entrevista al doctor Matias-Guiu, director científic de l'IRBLleida

El director científic de l'IRBLleida, el doctor Xavier Matias-Guiu, fa balanç dels tres primers anys de l'institut i presenta els propers projectes. 18 »»

La síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHS)

El reportatge tracta les causes, el perfil de pacient i el tractament d'aquesta síndrome. 24 »»

Curs d'actualització en medicina, a l'abril

El Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) organitza, juntament amb l'Associació Mèdico-Quirúrgica de Lleida i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (vocalia de Lleida), un curs d'actualització en medicina, que s'iniciarà el proper mes d'abril. Els metges col·legiats i estudiants de Medicina estan convidats a totes les conferències emmarcades en el curs.

Diferents facultatius tractaran diferents aspectes de les especialitats de pneumologia, urologia, traumatologia, laboratori, oncologia, dermatologia, reumatologia i cirurgia, amb sessions teòriques on s'aportaran casos clínics. Les conferències es duran a terme entre l'1 d'abril i el 6 de juny i se celebraran a la sala d'actes del COMLL, de 20.00 a 22.00 hores. El curs té una durada de 16 hores lectives.

Programa del curs

01-04-2008 PNEUMOLOGIA- Dr. Joan Clotet Solsona. Metge d'Atenció Primària. ABS Ponts. Professor associat de Medicina. UdL.

15-04-2008 UROLOGIA- Dr. Joan R. Bordalba Gómez. Metge uròleg. Servei d'Urologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

22-04-2008 TRAUMATOLOGIA- Dr. Jaume Mas Atance. Metge traumatòleg. Servei de Traumatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

06-05-2008 LABORATORI- Dr. Ricard López Ortega. Metge especialista en anàlisis clíniques. Servei de Laboratori de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

13-05-2008 ONCOLOGIA- Dr. Moisès Mira Flores. Metge oncòleg. Servei d'Oncologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

20-05-2008 DERMATOLOGIA- Dr. Manel Baradad Brusau. Metge dermatòleg. Servei de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

27-05-2008 REUMATOLOGIA- Dr. Sergi Ordóñez Palau. Metge reumatòleg. Servei de Reumatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Cloenda.

03-06-2008 CIRURGIA- Dr. Luis Pérez Ruíz. Metge cirurgià. Cap de Servei de Cirurgia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Professor titular de cirurgia. UdL.

El Dr. Antonio García Trujillo, en el moment del lliurament del premi

Medicorasse lliura el premi del viatge a Hèlsinki

La presidenta del COMLL, la Dra. Rosa Pérez, acompanyada del tresorer, el Dr. Pifarré, i del vicesecretari, el Dr. López, va lliurar, el passat mes de febrer, el xec del premi d'un cap de setmana a Hèlsinki (Finlàndia) al Dr. Antonio García Trujillo. Es tracta del premi del sorteig que va organitzar Medicorasse, la corredoria d'assegurances del COMLL, entre els assegurats d'automòbil.

El premi inclou el vol d'anada i tornada per a dues persones a Hèlsinki amb la companyia Finnair. Els afortunats podran gaudir de dues nits d'allotjament en una habitació doble amb esmorzar inclòs en un hotel cèntric de la ciutat finlandesa. A més, disposaran de la targeta Helsinki Card, vàlida per a desplaçaments per Hèlsinki.

La jubilació forçosa dels facultatius, aturada parcialment

Segons una sentència del TSJC, publicada a finals del passat mes de gener, l'Institut Català de la Salut (ICS) ha de readmetre aquells facultatius als quals es va denegar seguir amb la seva activitat en servei actiu d'acord amb mesures impulsades el 2004 (Resolució del 4/11/04) pel Departament de Salut. Segons aquesta sentència favorable, els facultatius que ho sol·licitin tenen dret a romandre en servei actiu fins a l'edat de la jubilació forçosa de 70 anys. A més, tenen dret a cobrar de l'ICS les retribucions que legalment els corresponen més interessos. La sentència sencera es pot llegir íntegrament a la web del COMLL (www.comll.cat).

D'altra banda, la Comissió Permanent del Consejo General de Colegios Médicos va aprovar el passat mes de febrer, la declaració de la Comissió Central de deontologia, dret mèdic i visat sobre el temps mínims en les consultes mèdiques. El text està penjat, també, a la web del col·legi.

Mutual Mèdica celebra unes jornades de treball i el Consell d'Administració a Lleida

Mutual Mèdica va escollir Lleida per celebrar unes jornades i el Consell d'Administració, els passats dies 22 i 23 de febrer. El divendres, els responsables de Mutual Mèdica van reunir-se per presentar la informació econòmica de l'exercici 2007, entre altres temes. Dissabte, d'altra banda, es va celebrar el Consell d'Administració.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions ordinàries de 5 de febrer, 19 de febrer i 4 de març de 2008, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- Nomenament de la Dra. Montserrat Esquerda Aresté com a nou membre de la Comissió de Deontologia del Col·legi.
- Creació d'una comissió mixta amb els mitjans de comunicació locals per avançar en el tractament mediàtic de les notícies mèdiques i poder elaborar un codi ètic. S'ha programat, per al proper dia 8 d'abril, una taula rodona.
- II Congrés de la Professió Mèdica. Se celebrarà els dies 6 i 7 de juny a Tarragona.
- Trobada, el 29 de gener, entre la Junta de Govern del Col·legi i l'equip directiu del Departament de Salut de Lleida per tractar temes d'interès mutu.
- Mutual Mèdica de Catalunya i Balears: els passats dies 22 i 23 de febrer es va celebrar a Lleida la jornada anual, en què van participar membres de la Junta del COMLL.
- Signatura electrònica: es va celebrar una reunió de seguiment de l'estat del projecte d'implantació de la firma electrònica al COMLL, amb presència d'un representant de l'ICS, el gerent de Healthsign, SL i el proveïdor dels dispositius.
- Valoració de l'Ordre SLT/72/2008 publicada al DOG, el 29 de febrer del 2008, de desplegament del Decret 159/2007, que regula la recepta electrònica.
- Renovació per un any més del conveni de prestació de serveis amb l'assessoria jurídica.
- Assegurança de responsabilitat civil professional: s'ha prorrogat amb la companya Zurich, per un termini de 6 mesos, aquesta pòlissa (fins al 30-06-2008), amb les mateixes condicions i primes de l'anterior període. S'ha iniciat el concurs públic per a l'adjudicació de la nova pòlissa a partir de l'1 de juliol del 2008.
- Llei de Societats Professionals: creació del Registre de Societats Professionals al qual s'han d'inscriure obligatòriament aquelles societats professionals que tenen per objecte l'exercici comú de l'activitat professional de la medicina, exclusivament o juntament amb l'exercici d'una altra professió titulada i col·legiada, que no sigui incompatible d'acord amb l'ordenament jurídic i que tinguin el domicili social i desenvolupin la seva activitat dins l'àmbit territorial de Lleida. S'ha implantat un servei d'informació al Col·legi.
- Creació d'un grup de treball per a l'estudi de modificació dels estatuts del COMLL ateses les lleis de l'exercici de professions titulades i col·legis professionals i les de societats professionals.
- Encàrrec d'un informe jurídic arran de la sentència judicial del TSJC que anul·la el decret de jubilació forçosa als 65 anys.
- Pàgina web: s'ha creat un grup de treball per fer-ne l'actualització i per a noves aplicacions (inclou la votació electrònica dels Premis Excel·lència Professional a partir del 2008).
- Correu electrònic: s'ha duplicat la capacitat de la bústia (de 50 a 100 Mb).
- S'han fet públiques les bases de la nova edició del VII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari.
- Serveis asseguradors: s'ha constituït la comissió mixta paritària de seguiment del conveni subscrit amb la corredoria d'assegurances Medicorasse.
- Serveis financers: s'ha iniciat la comercialització del producte Hipoteca Inversa.
- S'ha celebrat la primera reunió de les Comissions d'Atenció Primària i d'Agressions.
- Expo Saragossa 2008: conveni del COM Saragossa per a l'adquisició d'entrades a través del nostre Col·legi.

Imatge actual de la web del COMLL, que aviat s'actualitzarà.

Moviment de col·legiats

ALTES

Moisés Moreno Ortiz
Guillermo Esacamilla
Jaime Maria Ulla Miravet
Judit Vega Calveres
Sandra Teresita Castillo Magaña
Aleksandra Certnarowskam
Luis Raya Berral
Carmen E. Martínez Fernández
Eduard Mirada Donisa
Jorge Rabasa Antonijuan
Esther García Almodóvar
Amad Abu Suboh Abadía
Eduardo del Agua Martínez
Juliana Ferreira Alves
Wojciech Antoni Piszczek
Francisco Javier Fernández Fernández
Elisabet Güell Figa
Belén Bueso Mora
Loreley Rodríguez Aguila
Adriana Martín Fuentes
Jordi Pérez Torres
Armand de Luna Pla
Glenda Judith Terraza Daza
Nausica Català Tella

BAIXES

Mes de gener: 5
Mes de febrer: 1

Entre les baixes del mes de gener figura la del Dr. Gerard Masllorens Vila, que ho ha estat per defunció.

CANVIS DE SITUACIÓ:

Passen a col·legiats honorífics els següents col·legiats:
Jordi Castellà Gené
M. Josepa Nistal Rispa
Antonio J. Sainz Pelegrí

Reunió de la Junta dels Sèniors amb la presidenta del COMLL

La Secció dels Sèniors del Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) va celebrar la reunió de la junta, el passat 10 de gener, amb la presència de la presidenta del col·legi, la Dra. Rosa Pérez. En el transcurs de la reunió, els membres de la junta van posar els càrrecs a disposició de la presidenta i van ser ratificats en el lloc que ostentaven.

La Dra. Pérez va demanar als membres de la Junta que exposessin els temes tractats en la darrera assemblea de la secció, celebrada el 19 de desembre, i va mostrar el seu recolzament en totes les peticions de l'acta. Durant la reunió, també es van programar les activitats per dur a terme.

Assemblea General de Madrid

El president de la Secció dels Sèniors del COMLL, Emiliano Astudillo, va assistir a l'Assemblea General de Madrid, que es va celebrar el passat dia 1 de febrer. Els assumptes més significatius que es van tractar durant l'assemblea van ser la preocupació per la proposta del ministeri perquè els/les ATS facin receptes i l'aportació del company de Múrcia sobre les pensions de jubilació i de viduïtat. Els companys d'Astúries i de Madrid, per la seva part, van aportar noves notícies sobre el tema del topall de les pensions.

En aquest sentit, la Federació d'Associacions de Titulats Universitaris Jubilats d'Espanya va fer arribar a l'exministra Ana Pastor la petició de supressió del topall perquè s'inclogués en el programa del PP de les eleccions generals.

D'altra banda, el Dr. Astudillo va preguntar al Dr. Oso, representant de Madrid, en quina fase es trobava el Conveni OMC-Grup Hospitalari Madrid i n'hi va demanar una còpia. El Dr. Oso va explicar que hi ha dos convenis: el de Madrid, que data de fa tres anys, i el nacional, que encara no està signat. Tot i això, el Dr. Oso li va donar una còpia del conveni de la Comunitat de Madrid.

Finalment, es va trametre al Dr. Xavier Caufapé, el dia 15 de febrer, la còpia del Conveni del Col·legi de Metges de Madrid amb hospitals privats. Aquest document regula l'atenció gratuïta i preferent als metges jubilats i a esposes. La Secció dels Sèniors del COMLL espera que el Dr. Caufapé utilitzi aquest conveni en les propostes per fer amb els hospitals de Lleida. D'altra banda, el Dr. Caufapé considera l'acord força interessant i ja ha entrat en contacte amb els gerents oportuns.

El grup de sèniors, de visita a la ciutat medieval de Montblanc

Activitats lúdiques, culturals i d'oci

El dia 15 de gener es va trametre una nota informativa, inclosa l'agenda d'acte culturals i d'oci, a tots els metges i metgesses jubilats/des i vidus i vídues de metge. Així mateix, el passat 5 de febrer es va iniciar el quart curs d'informàtica. Durant les classes, els assistents aprofundeixen en el mitjà Internet, el correu electrònic i programes de tractament d'imatges. El curs s'imparteix a l'aula de la Fundació Viure i Conviure, de la Caixa de Catalunya.

El dia 20 de febrer, els sèniors van fer una visita guiada a la ciutat medieval de Montblanc. El grup va destacar l'atenció i professionalitat del guia, que els va ajudar a comprendre la importància de la història de la ciutat.

Després de la visita, els sèniors van anar al Pla de Santa Maria. Allí van gaudir d'una calçotada al Restaurant Masia del Pla.

Properes activitats

Està previst que a finals d'abril s'organitzi una excursió d'un dia a la Vall de Boí per gaudir de la riquesa del seu romànic. Així mateix, s'oferirà un nou curs d'informàtica sobre Internet, correu electrònic i tractament d'imatges si hi ha demandes suficients.

Per a principis del mes de juny, està previst fer un viatge amb el Tren Groc de la Cerdanya francesa, que recorrerà Vilafranca de Conflent, Prada i Montlluís. La durada serà de dos dies i, com en l'anterior activitat, cal que hi hagi un mínim de participants perquè es pugui organitzar.

Finalment, cal recordar que durant la primera quinzena de juny se celebrarà l'assemblea ordinària de la secció. En acabar la reunió, es faran les eleccions dels membres de la Junta de la Secció. Ambdues qüestions seran convocades oportunament.

El grup d'alumnes del curs d'Internet, correu i tractament d'imatges

Concursos Artístics per a Metges 2008

Vuitena edició

Poesia | Narrativa breu | Dibuix i Pintura | Fotografia

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

El veredicte el farà públic el Jurat Qualificador de cada especialitat, **el dia 20 de maig de 2008 a les 18 h, a la Sala d'Actes del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.**

El Jurat Qualificador l'integraran persones de prestigi en les arts convocades. S'atorgaran dos premis per cada especialitat: *Tritó* de Plata a les obres guanyadores *Tritó* de Bronze a les obres finalistes.

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

Bases del concurs:
http://concursosartistics.comb.cat

Organitza:
Secció Col·legial de Metges Jubilats del COMB

Promou:

CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA

La feminització de la professió mèdica

L'augment de professionals femenines en tots els àmbits de la medicina és un fet obvi i innegable. Butlletí Mèdic *n'analitza la situació actual, planteja els reptes que cal afrontar, els canvis dins de la professió que comporta la presència de més facultatives i quin paper hi juga la conciliació de la vida familiar i laboral en aquest nou panorama*

La feminització de la professió mèdica: una realitat que exigeix canvis en les organitzacions sanitàries

El context cultural, les tradicions històriques, els sistemes d'organització de l'assistència i la formació contribueixen a delimitar el paisatge mèdic de cada país. No obstant això, hi ha similituds sorprenents pel que fa a l'evolució demogràfica i s'ha constatat un augment perceptible de la feminització de les professions sanitàries, ja que ha augmentat més ràpidament el nombre de dones que accedeixen a la professió que el d'homes.

El Llibre Blanc de les Professions Sanitàries de Catalunya (1) identificava, com un dels reptes del sistema sanitari, els canvis en l'exercici professional i la feminització de la professió mèdica com una de les variables més importants en aquests canvis. S'apuntava, també, la necessitat de diversificar les fórmules de contractació i dedicació laboral dels professionals per donar resposta, entre altres factors, a la progressiva feminització del sistema sanitari.

L'estudi de demografia de les professions sanitàries (2), dut a terme l'any 2005 pel Centre d'Estudis Demogràfics per encàrrec del Departament de Salut i en el marc del desplegament operatiu del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries, assenyalava que el nombre de metges col·legiats a Catalunya durant el primer trimestre del 2005 era de 31.790. Destacava que la distribució per sexes s'havia anat equilibrant i que, actualment, el 55% eren homes i el 45%, dones, però en progressiva i accelerada feminització amb l'entrada de les promocions més joves (gràfic 1). Assenyalava, també, que el nombre de dones era major en les edats més joves, ja que, entre els menors de 35 anys, les dones representen prop del 70%, mentre que entre els majors de 50 anys, sols un de cada tres metges és una dona.

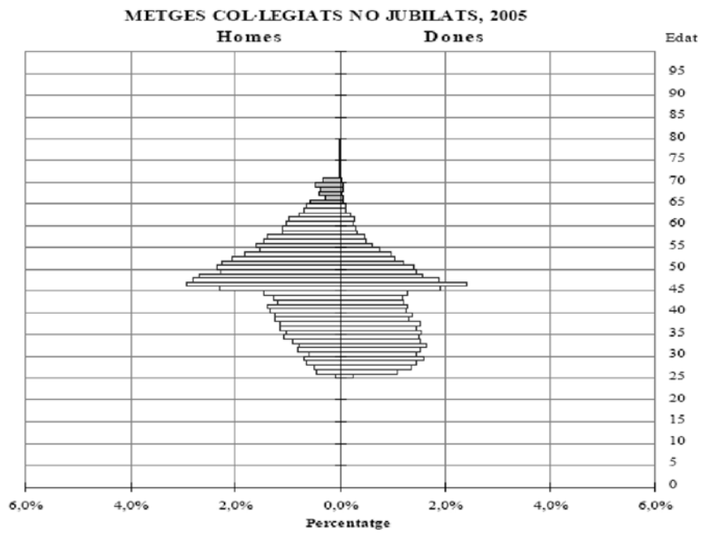
D'altra banda, l'edat mitjana del col·lectiu mèdic era de 44,6 anys i la meitat d'ells eren menors de 46 anys, amb clares diferències també per sexe: l'edat mitjana de les dones és de 41 anys, i de 47,5 la dels homes. Entre 25 i 44 anys, el 60% eren dones.

En el gràfic 1 es presenta la piràmide d'edats de metges no jubilats col·legiats a Catalunya (2005) i en la taula 1, l'estructura per sexe i edat, grups decennals.

D'altra banda, el percentatge de dones no és homogeni en totes les especialitats. Els percentatges més baixos es troben en especialitats quirúrgiques com Cirurgia Toràcica, Cardíaca o Neurocirurgia, mentre que les especialitats més freqüents entre les dones són les mèdiques, com Medicina de Família i Comunitària, Pediatria i Medicina Interna (3).

L'Observatori Europeu de Sistemes de Salut i de Polítiques de Serveis en el seu informe de l'any 2006 (4) assenyala que en l'àmbit dels recursos humans dels sistemes de salut s'estan desenvolupant nous rols i emergeixen noves categories de treballadors, les expectatives i les demandes creixen i s'està produint un desajustament entre la vida laboral i la familiar. La necessitat de conciliar vida laboral i vida familiar emergeix en paral·lel al fenomen de la feminització de la professió, ja que no es vivia com un problema quan la professió mèdica era predominantment masculina.

Gràfic 1.- Piràmide d'edats de metges no jubilats col·legiats a Catalunya, 2005.



Font: Elaboració pròpia CED a partir de dades col·legials.

Taula 2.- Estructura per sexe i edat, grups decennals. Metges col·legiats no jubilats Catalunya 2005.

Col.legiats no jubilats	HOMES		DONES		NC	TOTAL	
	n	% sexe	n	% sexe		n	% EDAT
< 25	1	*0,0*	5	*0,0*	0	6	**0,0**
25-34	1.926	*11,8*	3.952	*29,8*	1	5.879	**19,9**
35-44	3.671	*22,5*	3.967	*29,9*	1	7.639	**25,9**
45-54	6.788	*41,7*	4.326	*32,6*	0	11.114	**37,6**
55-64	3.164	*19,4*	920	*6,9*	0	4.084	**13,8**
> 65	733	*4,5*	84	*0,6*	0	817	**2,8**
Total	**16.283**	*100,0*	**13.254**	*100,0*	**2**	**29.539**	**100,0**

És evident, també, que aquesta conciliació té una repercussió en la dedicació a la feina per part de les metgesses en comparació amb els seus col·legues metges i que un dels factors que més impacta en aquesta conciliació és l'atenció continuada i les guàrdies. En un estudi canadenc (5) respecte als professionals de l'atenció primària es constata que els metges treballen un 18% més que les metgesses en activitats assistencials directes i un 50% més en activitats no assistencials (sessions, docència...). D'altra banda, es preveu que la feminització de la professió ha de produir canvis no només en la pròpia professió i en les condicions laborals, sinó també en la relació metge-pacient i en el treball en equip. S'ha demostrat que les dones adopten un estil de comunicació que ofereix un suport emocional major al pacient i que afavoreix la simetria de la relació i la presa de decisions del pacient en relació amb la seva salut; quant al treball en equip, les dones tenen un estil de lideratge més col·laboratiu i que reconeix i potencia la capacitat dels membres de l'equip (6).

El Consell de la Professió Mèdica, l'any 2007(7), apuntava com una solució a la manca de metges la necessitat d'introduir mesures per facilitar la conciliació de la vida familiar i professional. En aquest sentit, cal destacar que el V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya (2005-2007) (8) estableix, com un dels eixos del pla, la reorganització dels temps i els treballs per fer de la vida quotidiana un eix vertebrador de les polítiques i que el Departament de Salut va constituir, fa més d'un any, un grup de treball anomenat Kyria, des del qual es treballa de manera transversal i coordinada aquells aspectes del V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya que es relacionen, d'una manera o altra, amb el sector salut.

La incorporació de la dona al mercat de treball en les darreres dècades ha exigit a la societat l'adaptació del model familiar als nous rols professionals que assumeixen els seus membres. En l'àmbit del sector salut, les organitzacions sanitàries cal que adaptin les seves estructures a aquesta realitat social. La progressiva feminització de la professió, la distribució no homogènia entre especialitats, la diferent dedicació a tasques assistencials i no assistencials entre metges i metgesses exigeix que es portin a terme canvis organitzatius molt importants en el sistema sanitari que han de passar necessàriament per contemplar formes de contractació i condicions laborals més flexibles que permetin poder conciliar la vida laboral i familiar de metges i metgesses.

Marina Geli
Consellera de Salut

BIBLIOGRAFIA

(1) Oriol Bosch et al. El Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2003 (http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir484/index.html).

(2) Estudi de demografia de les professions sanitàries a Catalunya: anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Centre d'Estudis Demogràfics. Barcelona 2005.
http://www.gencat.net/salut/ies/Du11/html/ca/dir1604/doc11218.html.

(3) Rohlfs I, Arrizabalaga P et al. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Salut, gènere i exercici professional. Fundació Galatea. Barcelona, novembre 2007.

(4) Dubois CA, MC Kee M, Nolte F. Human Ressources for Health. European Observatory on Health Systems ans Policies Services 2006.

(5) Dollin J. The Feminizations of Family Medicine: How is the Health-Care System Influenced?. The Canadian Joournal of CME. January 2002.

(6) Levinson W, Lurie N. When most doctors are women; what lies ahead? Ann. Intern Med 2004; 141; 471-474 (www.annals.org).

(7) La necessitat de metges en el sistema sanitaria català Catalunya: causes i solucions". Comissió d'Ordenació de la Professió Mèdica del Consell de la Professió Mèdica de Catalunya. Barcelona, febrer 2007. Disponible a la web: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/consells/index.html.

(8) V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya (2005-2007). Institut Català de les Dones. Generalitat de Catalunya. Febrer 2006. http://www.gencat.net/icdones/indexpla.htm.

La feminització de la professió produirà canvis en la relació metge-pacient i en el treball en equip

Dona i càrrecs

La pregunta que ens podem fer és si la dona vol càrrecs i si els homes volen les dones com a caps responsables. Els canvis es produiran quan, tots plegats, entenguin que la igualtat d'oportunitats és bona per a la salut d'una societat. La realitat ens ensenya que, avui dia, un 4% de dones ocupen càrrecs d'alta direcció. Quines raons hi ha darrere? Segons els estudis realitzats per Alicia E. Kaufman, existeix una notable manca d'ambició econòmica per part de les dones. Difereixen dels homes en la importància de la seguretat material com a font de felicitat. Altres estudis demostren, també, que pels homes és més important tenir poder, influència o diners. La dona valora els diners, però en funció de les seves necessitats. L'escala de valors és diferent i, per tant, també és possible que siguin diferents els valors aportats com a càrrec directiu. Tanmateix, la dona ha hagut d'agafar l'esquema d'aquesta societat per acceptar el càrrec amb els valors dels homes. Com podria arribar-hi, si així ja és difícil?

I si passem, ara, a l'experiència en medicina, l'interès per ocupar llocs de responsabilitat en gestió és molt baix i, per tant, a la majoria de càrrecs s'hi presenten més homes que dones. D'altra banda, potser les dones, actualment, no veuen tan necessària la lluita per la igualtat o, si més no, no pensen que sigui important un compromís »

més gran en ocupar un càrrec a canvi d'afectar la seva vida personal. Si hi hagués hagut homes en càrrecs directius, hauria trigat tant a arribar l'anestèsia epidural per al part? Segur que no. També tenim la investigació de la depressió postpart, malaltia que ha estat negada durant molt de temps, entre altres. Els canvis es produiran quan homes i dones siguin positius davant la igualtat d'oportunitats i pensin en els valors humans i no en les projeccions pròpies.

Catalina Serna Arnaiz
Directora d'Atenció Primària de l'ICS, Regió Sanitària de Lleida

Mujeres médicos. Situación actual y perspectivas de futuro para un colectivo en incremento. Feminización de la profesión y conciliación del mundo familiar y laboral

Como catedrática de Dermatología de la Universidad de Lleida, abordaré este tema fundamentalmente desde el punto de vista de la universidad, comentando algunos aspectos de la mujer como profesora de universidad y como estudiante.

La feminización de la profesión médica es algo obvio. No es algo que está sucediendo. Ya ha sucedido. Para poner un ejemplo cercano, en el curso 2006-2007, en la Facultad de Medicina de Lleida, entre los alumnos de primero de Medicina había 27 varones (21,9%) y 96 mujeres (78,1%) y entre los alumnos que acabaron la licenciatura, 22 varones (30,9%) y 49 mujeres (69,1%). Sin embargo, en el mundo laboral, aún el porcentaje de varones provenientes de generaciones anteriores es muy alto y, sólo mirando hacia los más jóvenes nos damos cuenta de que en los próximos 10 años se producirá un cambio radical. Como muestra, datos del 2006 sobre el personal sanitario en instituciones públicas de Cataluña (3) indican que las mujeres médicos ocupaban el 48% del personal facultativo estructural, pero ya un 68% de los MIR. Este cambio, como todo cambio, abre interrogantes, y más al implicar a una profesión con una gran responsabilidad social y con necesidad de una gran dedicación horaria al trabajo asistencial en sí y a la formación continuada.

Hace tiempo ya que el papel tradicional de la mujer como "cuidadora" se trasladó en su ámbito laboral al tipo de profesiones que elegía, enfermera y maestra. Ahora, con su entrada masiva en el mundo de la profesión médica, deberá dar un salto cualitativo importante, desempeñando su labor no sólo en el ámbito asistencial y de gestión sanitaria, sino también como profesora de universidad en las facultades de Medicina. Si ya se elevan voces que reclaman una mayor representación de la mujer en los cargos directivos sanitarios, proporcional a su presencia como médico asistencial, en el campo de la universidad estamos aún más en el principio del camino. Un artículo reciente publicado en Medicina Clínica (1) señala que en el campo de la docencia el influjo de mujeres en medicina y cirugía no es equiparable al del mundo asistencial. Según datos del 2003 del Instituto Nacional de Estadística, los porcentajes de mujeres que ocupaban plazas docentes eran los siguientes: 4% de los catedráticos de universidad y escuelas universitarias, 14% de los profesores titulares de universidad y escuelas universitarias y 18% de los profesores asociados. Como dato curioso, las autoras destacan que de este 4% de catedráticas, ninguna lo era de Pediatría ni de Obstetricia-Ginecología. En el ámbito de la investigación biomédica ha habido un pequeño aumento de la presencia femenina; sin embargo, no ocupan los puestos de mayor responsabilidad. En el año 2002, sólo el 4% de los responsables de centros de investigación y el 10% de responsables de grupos de investigación en ciencias de la salud eran mujeres. En mi área de conocimiento, Dermatología, que es la que mejor conozco, un artículo publicado en 2004 (4) señalaba que de un total de 641 mujeres dermatólogas (el 42,15% de los dermatólogos españoles), únicamente existían 2 catedráticas de universidad, ambas en Cataluña. Otros datos de un entorno cercano, la UdL, indican una situación similar. En los departamentos clínicos de la Facultad de Medicina de Lleida (Departamento de Medicina y Departamento de Cirugía), la distribución por género del personal docente universitario (excluyendo a los profesores asociados) es la siguiente: en el Departamento de Medicina, 1 catedrática de universidad, 1 profesora titular de universidad y 2 profesoras titulares de escuela universitaria mujeres frente a 1 catedrático, 5 profesores titulares y 3 profesores titulares de escuela universitaria varones y, en el Departamento de Cirugía, ninguna mujer frente a 3 catedráticos y 5 profesores titulares varones. Otro informe reciente, publicado por la Asociación Médica Británica (5), señala también con preocupación las dificultades que encuentran las mujeres médicos para afrontar su entrada en la medicina académica y como las que lo han logrado lo han hecho con frecuencia sin seguir una trayectoria "lineal" o "tradicional" similar a la de sus homólogos varones, que no siempre está bien vista y/o valorada. En la mayoría de artículos en los que me he documentado, y en el mismo título que se nos ha propuesto desde el Col·legi Oficial de Metges de Lleida para este artículo-debate, surge como una de las posibles soluciones la tan de moda frase sobre la "conciliación del mundo familiar y laboral". Esta es una frase que cada vez que oigo me incomoda. Y no me incomoda porque no piense que sea necesaria, me incomoda porque con frecuencia se presenta como una solución a los problemas de las mujeres trabajadoras y no como algo necesario para el funcionamiento de toda la sociedad. Para que nuestras familias sigan siendo familias (en el sentido de un entorno de cariño, seguridad y aprecio donde desarrollarse y relacionarse), para que nuestras profesionales médicos sigan reproduciéndose (obviamente, si quieren), para que nuestros niños, nuestros mayores y nuestros enfermos sigan recibiendo la atención que se merecen, se necesitan muchas mejoras en las estructuras de apoyo social, pero la conciliación del mundo familiar y laboral que de verdad necesita un cambio es la de los varones. ¿Cuántos varones médicos conocemos que se han esforzado y han logrado con éxito conciliar su mundo laboral público con su mundo laboral privado? ¿Han necesitado, para ello, un apoyo especial de la administración? Y con este esfuerzo, ¿la conciliación de su mundo familiar y su mundo laboral (público + privado) ha mejorado o ha empeorado? Sé que estas preguntas no tienen una respuesta simple, que parte de la respuesta está ligada a los bajos salarios de los médicos en la sanidad pública, a la concepción del sueldo de la mujer como el "segundo sueldo" familiar, sé que es obvia la existencia de mujeres que también compatibilizan el ejercicio público y privado de la profesión médica, etc. No obstante, dejemos ahí esta reflexión. Esta es mi primera razón de incomodidad. La segunda razón de incomodidad proviene de que insistir tanto en la necesidad de la "conciliación del mundo familiar y laboral" puede conducir a creer en la falacia de que destacar en el mundo profesional, ya sea asistencial o académico, no conlleva la utilización de un tiempo "extra" que, evidentemente, no puede estar cubierto sólo por el horario laboral. Cualquier varón o mujer que haya destacado en su profesión sabe que ello requiere arañar horas extra al día y a la noche, a las veladas después de cenar, a los fines de semana, a las madrugadas. Esta realidad quizá puede suavizarla la "conciliación del mundo familiar y laboral", pero no la puede cambiar. Si queremos impulsar la vocación académica de las nuevas generaciones de médicos, no podemos dejar de educar a nuestros alumnos en la curiosidad científica y en la cultura del esfuerzo.

En el curso 2006-2007, en primero de Medicina de la UdL había 27 estudiantes varones y 96 mujeres

Con respecto a los alumnos, como profesora de universidad creo que me puedo aventurar a realizar alguna afirmación que me ha llamado la atención desde que existe una presencia mayoritaria de mujeres en las aulas. Por las razones que sean, biológicas, educativas, de imitación, etc., está más o menos aceptado que los resultados académicos de los alumnos mujeres difieren de los de los varones. Entre los profesores, hemos comentado, más de una vez, el hecho curioso de una mayor asistencia a clase y una mayor aplicación de los alumnos mujeres y una polarización llamativa de los alumnos varones entre los peores y los mejores de cada curso. Para ver si esta impresión corresponde más o menos a la realidad, he revisado las calificaciones de nuestros estudiantes en los dos últimos cursos. En el curso 2005-06, de un total de 104 estudiantes matriculados en la asignatura de Dermatología (73 mujeres y 31 varones), entre la convocatoria de junio y la de septiembre, se presentaron 80 alumnos, 57 mujeres (71,3%) y 23 varones (28,7%). De ellos, suspendieron 9 alumnos que correspondían al 8,8% de las mujeres y al 17,4% de los varones y obtuvieron excelente o excelente-matrícula de honor 12 alumnos, el 14% de las mujeres y el 17,4% de los varones. De forma aún más llamativa, en el curso 2006-07, de un total de 110 estudiantes matriculados en la asignatura de Dermatología (79 mujeres y 31 varones), se presentaron 80 alumnos, 62 mujeres (77,5%) y 18 varones (22,5%). De ellos, suspendieron 21 alumnos que correspondían al 24,2% de las mujeres y al 33,3% de los varones y obtuvieron excelente o excelente-matrícula de honor 9 alumnos, el 14,5% de las mujeres y ninguno de los varones. Estos datos son muy puntuales (sólo de dos cursos académicos y sólo de una asignatura), pero apoyan la impresión subjetiva que se apunta al inicio. Probablemente porque ya estoy rozando los 50, debo reconocer que, desde hace unos pocos años, cuando miro a mis alumnos no veo únicamente a futuros compañeros a los que estoy ayudando a formarse como médicos, también veo a los profesionales que se harán cargo de mi salud cuando envejezca y, sinceramente, no me atrevo a decir que casi me alegra, pero, desde luego, no me importa en absoluto que sean mujeres.

Entre los alumnos mujeres, notamos una mayor asistencia a clase y una mayor aplicación

Finalmente, no quisiera acabar este artículo-debate sin agradecer la labor realizada por aquellas mujeres que, desde el anonimato, han ayudado a otras mujeres a llevar adelante su carrera profesional. Gracias a las mujeres empleadas del hogar, canguros, abuelas...

Rindiendo homenaje a la Dra. Martina Castells, de Lleida, y a la Dra. Dolors Aleu, de Barcelona, las primeras mujeres que obtuvieron el doctorado en Medicina en España (2), os animo a todas y a todos; vamos a seguir trabajando.

Rosa Mª Martí Laborda
Catedrática de Dermatología. Universidad de Lleida

BIBLIOGRAFÍA

1. Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. Med Clin (Barc). 2005; 125: 103-107.
2. Camps Surroca M, Camps Clemente M. El controvertit títol de la primera doctora en medicina. Butlletí Mèdic del Col·legi Oficial de Metges de Lleida setembre 2003; 42: 10-16.
3. Carrera Bonadona M. La feminització de l'administració (dels anys vuitanta fins a l'actualitat): Funció Publicació. Juliol 2007; 54; 22-27.
4. Valcuende Cavero F. Situación de la mujer en la dermatología española. Piel 2004; 19: 285-286.
5. www.universia.es. Retos actuales de las mujeres en el campo de la medicina académica (2/11/2004).

La dècada de les dones?

Fa pocs dies, parlava amb una metgessa i dèiem que cada cop són més les dones que ocupen llocs de responsabilitat en el món de la salut. Actualment, hi ha molts càrrecs que tenen una dona al capdavant i no crec, sincerament, que disminueixin gaire en els anys que ens esperen. O, almenys, la presència de noies a les classes de la facultat així ho corrobora.

Sóc estudiant de 6è de Medicina a la Universitat de Lleida. Quan vaig entrar a la facultat, em va cridar l'atenció un fet: la majoria dels meus companys de classe eren noies. Dels 110 que vam començar el 2002, érem tot just uns 30 nois. De Lleida, només n'érem 2. A mesura que van anar passant els anys, molts dels alumnes van anar tornant a les facultats de les seves ciutats. Actualment, dels 60 alumnes només som uns 10 nois. La tendència als cursos que ens seguien no era gaire diferent. Cada cop són més les alumnes de Medicina i, per tant, cada any surten moltes més metgesses. I a què es deu això? Les causes d'aquest fet poden ser molt diverses. Des d'un major esforç els últims anys

de col·legi, que et dóna una major nota per a la selectivitat, fins a una major vocació de les noies per les professions més humanes. Molts cops, els nois prefereixen carreres més tècniques, però no més senzilles, i amb una nota de tall inferior. A més, cal afegir que la nostra carrera és de les més llargues. Sis anys d'universitat per després estudiar el MIR i realitzar una residència que no et convertirà en especialista fins ben a prop dels 30 anys.

Que la majoria dels nostres professors de segon cicle, on hi ha les especialitats mèdiques i quirúrgiques, siguin homes contrasta amb el fet que molts dies en tota la classe només hi hagi un noi. Aquí no crec que es noti gaire el canvi. Evidentment que cada cop hi haurà més dones professores, però una cosa que sí que he pogut observar és que no hi ha cap gènere que expliqui millor les classes. La manera d'impartir la docència depèn més de les ganes de fer-ho i de l'empatia amb els alumnes que no pas de qüestions de gènere. Però aquest no és el tema que ens ocupa.

Després de fer aquestes consideracions, podem entendre cap on anirà el futur de la nostra professió. No conec del tot el model laboral que hi ha hagut fins ara, però el que crec és que, amb aquestes perspectives, hi haurà quelcom que es mourà.

En el món de la salut crec que les dones han perdut la por a fer un pas endavant. Durant molts anys, el paper del sector femení, en aquest àmbit, es limitava al vessant de la infermeria i a l'atenció més directa amb el pacient. Després, va venir i està venint la feminització de les facultats i el futur és la direcció i la gestió per part de les dones. I estic segur que no serà per qüestions de paritat, sinó perquè demostren dia a dia la seva capacitat de liderar un nou model de sanitat. Un model que, moltes vegades, no ha tingut en compte les condicions biològiques de les dones i que ara començarà a canviar. Cal destacar, també, que en molts grups, consells i juntes hi ha moltes dones, però poques es decideixen a assumir la direcció del grup. Per exemple, a la Facultat de Medicina hi ha moltes dones als consells de departament, de professors, a la comissió d'estudis, però encara no hem tingut cap degana, de moment.

Aquesta situació, en l'àmbit dels estudiants, ha canviat bastant. Sempre havien estat nois els coordinadors del consell d'estudiants, però ja fa temps que tenim coordinadores. A més, en els àmbits autonòmic i estatal, hi ha més dones a les comissions executives i en els càrrecs de decisió. A la base de la representació d'estudiants, els delegats, en un elevat percentatge, són noies.

Aquesta serà la dècada de les dones, perquè arriben i arribaran a llocs on deixaran empremta

Per això, crec que podem dir que aquesta serà la dècada de les dones. No perquè hi hagi més dones a les facultats, als hospitals o als centres d'atenció primària, sinó perquè arriben i arribaran a llocs on podran deixar l'empremta de la seva manera de fer. No només en llocs de gestió extrahospitalària, sinó en els diferents serveis dels hospitals. Quants caps de servei dels nostres hospitals són dones? Aquí també notarem un canvi. Tant en institucions sanitàries, com en organitzacions, associacions, entitats... És lògic que, tenint en compte que la majoria dels futurs professionals de la salut seran dones, cada cop hi hagi més caps de servei, més coordinadores, més directores, més presidentes, més conselleres... i estic segur que tindran en compte l'opinió del col·lectiu de metges homes.

No voldria acabar aquest escrit sense reconèixer la gran tasca que han realitzat durant molts anys les dones per reivindicar el seu paper en el món de la medicina. Per a aquelles que sempre s'han mantingut en un segon pla, quan tenien més qualitats que els que tenien davant. També a aquelles dones que cada dia sacrifiquen part de la seva vida familiar per poder defensar els seus companys i companyes. En definitiva, que tinguin el lloc que es mereixen en el món de la salut. Que demostrin les seves capacitats i que prenguin part en la defensa d'un nou model sanitari adaptat a les noves necessitats que ens planteja la societat. Coneixent les companyes amb qui he compartit la carrera, estic convençut que seran capaces de ferho. I tindran tot el suport de futurs metges que no les hem vist com les excepcions de la societat, sinó com col·legues que, de la mateixa manera que nosaltres, tenen dret a fer un pas endavant per millorar la nostra sanitat i, en definitiva, la nostra societat.

Oriol Yuguero Torres
Estudiant de Medicina

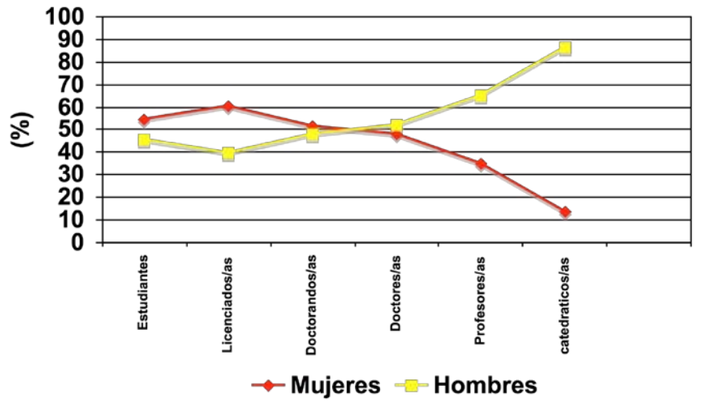
Si el tiempo es oro, las mujeres somos más pobres

En nuestro entorno occidental existe acceso igualitario a la educación y a la formación universitaria, por lo que podríamos tener la falsa percepción de que existe igualdad de oportunidades entre ambos sexos.

Existen profesiones que se han feminizado más, como es el caso de la medicina. Sin embargo, existen especialidades que continúan siendo un feudo masculino y los estamentos superiores del organigrama de los hospitales, universidades y centros de investigación también continúan mayoritariamente ocupados por hombres. El informe del FCYT Mujer y Ciencia (2007) afirma que, en los últimos 30 años, el porcentaje de catedráticas sólo ha aumentado del 7,9% al 13,7%, de manera similar a lo que ocurre con las profesoras de investigación (del 7,9% al 15%) y que estos aumentos no han sido proporcionales a las alumnas universitarias matriculadas y doctoradas. También destaca que, pese a que no existen diferencias en la producción científica entre hombres y mujeres del mismo nivel profesional, sí existen diferencias notables en el acceso a puestos de mayor sueldo y reconocimiento. La figura 1 muestra el "demoledor" gráfico "en tijera" que ilustra la dificultad del ascenso en el escalafón universitario para las mujeres.

No quiero abrumar con cifras, pero aconsejo al lector una navegación ilustrativa por las páginas web de la asociación AMIT (Asociación de Mujeres Investigadoras y Tecnólogas del Estado español) o el informe ETAN (European Technology Assessment Network on Women and Science).

Por supuesto, nadie se plantea ya abiertamente diferencias en capacidad entre géneros, y la legislación de nuestro país recoge la necesidad de proteger a la mujer de posibles vulneraciones del derecho constitucional de no discriminación



El gràfic mostra la dificultat d'ascens per a la dona en l'escalafó universitari

por razón de sexo. Tenemos un ambiente político favorable que ha permitido la aprobación del decreto del 8 de marzo del 2005 con medidas dirigidas a favorecer el acceso de la mujer a instituciones educativas e investigadoras, entre ellas la creación de la Unidad de Mujer y Ciencia. Aunque no puedan valorarse sus efectos por el escaso tiempo transcurrido desde su publicación, la Ley de Igualdad del 22 de marzo del 2007 supone también un avance indiscutible. Por tanto, en nuestro entorno "privilegiado" creo que puede afirmarse que la desigualdad existente no es cuestión de genero, es cuestión de "tiempo".

El mensaje que quiero transmitir en estas líneas es que el "tiempo" que las mujeres podemos emplear en el ámbito profesional es menor que el de los hombres, y su consecuencia es una limitación para conseguir la excelencia y el desarrollo profesional.

El sistema actual del ejercicio de la medicina exige un esfuerzo fuera de horario laboral para formación y para investigación. Sin estas actividades no es posible alcanzar cotas elevadas de prestigio profesional y de puestos de responsabilidad. Este sistema también tiene consecuencias empobrecedoras para los hombres que van escalando posiciones de prestigio y poder a costa de convertirse en seres exhaustos y "monodimensionales". Mientras tanto, sus compañeras de universidad y de vida también se van convirtiendo igualmente en seres exhaustos por la doble jornada laboral (profesional y doméstica). Sí, se dice que somos más pluridimensionales, pero, ¿es un halago o más bien es que sentimos el deber de extender la mirada hacia otras dimensiones ajenas a las profesionales que nos acercan al mundo de los afectos y de las necesidades cotidianas y nos alejan de la ciencia? Nadie niega que el equilibrio entre ambas esferas es enriquecedor, pero el "tiempo" es limitado y sus consecuencias son empobrecedoras para el desarrollo profesional de las mujeres.

Esta situación se perpetúa sin grandes avances en el tiempo. Las causas son múltiples y su análisis desborda la finalidad de este artículo. Sin embargo, es bueno reflexionar sobre el papel que jugamos las propias mujeres. ¿Qué mecanismos "atrapan" a las mujeres en esta situación? Dos expresiones utilizadas en la literatura feminista ilustran muy bien el escenario en el que nos encontramos: el "techo de cristal", acuñada hace más de 20 años para referirse a las barreras invisibles que no permiten a la mujer su promoción profesional, y el "suelo de cemento" (fresco, por supuesto), autoimpuesto por elección personal. Analicemos su significado con ejemplos prácticos. Pongamos un escenario habitual. Nos encontramos en un servicio de "cualquierlogía", de cualquier lugar del Estado español. Se están planificando las guardias y el debate se hace acaloradamente para repartir de manera igualitaria festivos, puentes etc. Una médico adjunta anuncia su embarazo con cara de preocupación, aunque, sin duda, es un acontecimiento feliz en la intimidad de su hogar. Todos la felicitan de manera sincera, pero en todos ha pasado por su mente la sobrecarga de trabajo que supondrá para el resto del equipo. Sí, existe el derecho a cubrir esa baja, pero, en nuestra realidad actual, es imposible. No existen especialistas disponibles para un contrato temporal. Las consecuencias profesionales de la maternidad son negativas para la propia mujer y para el servicio. La mujer médico interrumpe, temporalmente, su ejercicio profesional en un momento en el que sus compañeros varones intensifican su formación, realizan la tesis doctoral y se preparan para ser competitivos en el mercado laboral. Otra consecuencia derivada es que el problema que se plantea en los servicios a causa de los permisos por maternidad está en la mente de los miembros del tribunal que deben seleccionar los candidatos para cubrir plazas. Si influye en la selección o no dependerá del talante personal de los mismos.

Es un hecho que, una vez que se inicia el camino de la maternidad, la mujer puede dedicar menos "tiempo" a su carrera profesional. La ley de conciliación de la vida familiar y laboral está dirigida a proteger a la familia, pero si sólo "concilian" las mujeres vuelve a repercutir negativamente en el desarrollo de la carrera profesional de las mujeres.

Analicemos a continuación el concepto de "suelo de cemento" autoimpuesto. La renuncia "voluntaria" de muchas profesionales ante el dilema de la elección entre la vida laboral y la familiar. Pongamos otro escenario habitual. Esta especialista es una profesional brillante y tiene la oportunidad de realizar una estancia en el extranjero en un centro de investigación. Debe renunciar ante la imposibilidad de dejar a su hijo de corta edad durante un mes. O bien pensemos en otra situación frecuente que se da entre parejas de profesionales (imaginemos los dos con brillante expediente académico), que reciben ofertas de empleo en ciudades distintas. Habitualmente, es ella quien "voluntariamente" renuncia.

Es evidente que algunas mujeres son capaces de romper estas barreras, pero, ¡a qué precio! O lo hacen más tarde (edad de promoción más tardía), o renuncian a la vida familiar (modelo "solterona") o lo hacen absolutamente todo (modelo heroína).

Por todo ello, creo que, entre los múltiples abordajes que se deben hacer para minimizar la desigualdad entre géneros, uno esencial es la distribución paritaria del tiempo vital. Es posible que "todos" salgamos perjudicados de un sistema que nos demanda renunciar a

aspectos esenciales en el desarrollo como personas (por ejemplo: cuidar a nuestros hijos y a nuestros mayores). Por tanto, deberían establecerse medidas para impedir las reuniones en horas no laborales, las cenas de trabajo donde se establecen alianzas o apoyos profesionales, las reuniones científicas en fin de semana y contabilizar, dentro del horario laboral, el tiempo dedicado a investigación y formación. Este último punto merece una breve reflexión. Nuestro sistema actual se rige por un baremo para la adjudicación de plazas basado en las publicaciones científicas. Sin embargo, el tiempo laboral debe emplearse al 100% a la asistencia, lo que obliga a realizar esta actividad en horas no laborales. Esta incongruencia de nuestro sistema beneficia, sin duda, a los hombres que disponen más fácilmente de este "tiempo" extra.

Tenemos un camino recorrido que nos ha permitido vencer prejuicios y cambiar la legislación, ahora nos queda una tarea no menos difícil: cambiar un sistema que se basa en el consumo de "tiempo" extralaboral para poder ser más competitivo.

Finalizo con dos reflexiones que resumen el mensaje que he intentado transmitir en estas líneas:

- Mientras la promoción profesional dependa del "tiempo" extralaboral, no habrá igualdad de oportunidades entre géneros.

- Mientras la mujer se encuentre en la disyuntiva de decidir entre sus deberes familiares (devoradores de "tiempo") y su promoción profesional, no se habrá resuelto el problema de la desigualdad entre géneros.

Elvira Dolores Fernández Giráldez

Jefe de Servicio de Nefrología del HUAV y profesora titular de Medicina (UdL)

La feminització de la professió de metge

He mirat l'orla de graduació de la carrera de Medicina del meu pare: era l'any 1932, hi ha quatre dones (3,2%) i la resta d'alumnat de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona eren homes. He mirat, també, la meva orla de Medicina del 1973: hi ha 44 dones (25,7%) i la resta són homes.

Si consultem les dades d'alumnes matriculats a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida el 2005, per exemple, hi havia 678 matriculats, dels quals 504 eren dones (74,3%) i 174, homes (25,7%). El 2006, es van llicenciar 46 dones (67%) i 22 homes (33%). Actualment, a Lleida, en aquest curs acadèmic 2007/08 hi ha 594 matriculats, 162 homes (27,3%) i 432 dones (72,7%).

L'increment de la feminització de la professió no és paral·lel a la visibilitat d'accés a alts càrrecs

A primer cop d'ull, i a través d'aquestes dades, podem arribar a la conclusió que un major nombre de dones s'ha incorporat en primer lloc a l'estudi de la professió mèdica. En realitat, no només de la professió mèdica, sinó també en la resta d'estudis universitaris gairebé sis de cada deu dones matriculades en estudis universitàris de les set universitats públiques catalanes són dones. A les aules universitaris sí que hi ha més presència femenina, però no en totes les titulacions, ja que són les d'humanitats, ciències socials i ciències de la salut on el percentatge de dones supera amb escreix el d'homes.

És difícil trobar una explicació única a aquest fet que, més tard, determinarà l'existència i disponibilitat de dones professionals en Medicina en major nombre que d'homes. Una possible explicació rau en el fet que les professions sanitàries són molt de "tenir cura" de les persones, i aquesta característica ha estat, durant segles, definida com un rol "típicament femení". L'atractiu de cursar i després treballar en la medicina pot ser més gran, per tant, per a les dones.

Un altre fet per tenir en compte ha estat la progressiva funcionarització de l'assistència sanitària que ha comportat una ordenació dels horaris i uns drets laborals que faciliten a tothom i, especialment, a les dones que volen ser mares, poder compaginar la vida familiar i laboral, la vocació de mare i metgessa, així com poder compaginar la vocació de pare i metge. Anys enrere, quan la medicina era una professió liberal, o més liberal, el metge "no tenia horari" i, per tant, aquesta era una dificultat afegida per poder accedir a la professió mèdica.

Tot i que hi ha hagut molts avenços en aquest camp, encara resta un llarg recorregut per arribar a una veritable conciliació, i aquesta és una de les grans "dificultats" transversals que es troben les dones en qualsevol professió.

La societat europea i del primer món actual ha canviat en els aspectes culturals i socials. La dona ha aconseguit la igualtat que abans tenia injustament dificultada. La professió de metge o metgessa és molt bonica, és un servei de gran responsabilitat que es fa a les persones.

En el món en què jo m'he mogut més, en el de la cirurgia, quan jo feia l'especialitat a l'Hospital Clínic de Barcelona hi havia l'única dona especialista en cirurgia, que es dedicava especialment a la Cirurgia Vascular, i era una de les pioneres a Catalunya i a Espanya. Avui dia, el nombre de dones cirurgianes s'ha incrementat, però sense igualar el d'homes. Pel que fa a la Cirurgia Ortopèdica i a la Traumatologia, el nombre de dones és menor, recordo encara la primera metgessa resident a l'Hospital Arnau de Vilanova, farà encara menys de 8 anys.

I si atenem les dades de col·legiades a Catalunya, les dones suposen quasi el 40% del total de col·legiats.

Tot això, però, també pot portar a una altra reflexió: aquest increment de la feminització de la professió, d'aquelles que l'exerceixen, no és paral·lel a la seva visibilitat en l'accés als càrrecs de responsabilitat i de gestió de la sanitat o de les mateixes facultats de Medicina.

Aleshores, ens trobem que la gràfica s'inverteix i la proporció no es manté, el nombre de persones que són catedràtics de Medicina, caps de servei, gerents o directors mèdics, membres de comitès consultius, consell, grups d'assessorament o grups de recerca són majoritàriament homes. Aquesta generalitat troba, també, les seves excepcions en el cas del nostre país: a Catalunya és precisament una dona metgessa qui posseeix el càrrec més important de la nostra sanitat (Dra. Marina Geli) i, en el nostre territori, és també una dona qui té el càrrec de presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (Dra. Rosa M. Pérez).

Finalment, diria que la professió mèdica cada vegada estarà més feminitzada i la presència de la dona és, des de fa anys, prou patent. L'administració sanitària potser haurà d'anar introduint canvis organitzatius (de fet, amb les darreres lleis d'igualtat ja s'està produint) en els diferents nivells assistencials davant la força laboral formada majoritàriament per dones. Lluny queda, afortunadament, aquell 1882, quan la lleidatana Martina Castells, dona que provenia d'una família dedicada a la medicina, es llicencià i doctorà en Medicina.

Joan Viñas

Rector de la Universitat de Lleida

Les dones i la medicina

En les darreres dècades, s'ha assistit a una progressiva feminització de la professió mèdica, ja palesa a les aules de la facultat. Des de les dones que tractaven amb herbes, sobretot en l'entorn més familiar, fins a les primeres llicenciades, no fa gaire més d'un segle, el seu paper dins la professió, així com dins la societat, ha canviat molt.

Entre els metges que sobrepassen la cinquantena és molt prevalent el binomi home-metge, infermera-dona. És un tòpic, ja se sap, però, encara ara, quan van a un domicili i truquen a l'intèrfon diuen: "El metge!" i no "La metgessa!" Una metgessa explicava, fa poc, que en una visita a domicili a una senyora per una malaltia cardíaca, després que ella fes l'anamnesi i l'exploració acompanyada d'un infermer, que va aplicar el tractament, en aquest cas un home, la senyora es va quedar parada, dubitativa i, a la fi, li va preguntar si ella era la infermera. La metgessa li va contestar que sí, perquè la senyora no veia clar que "ella" fos el metge i "ell" la infermera. Aquesta és, encara, una anècdota que grinyola en la societat en la qual vivim.

Cal dir, però, que quan "s'enfunden" una "bata blanca" sembla que guanyen alçada i excel·lència i els pacients (es resisteixen a anomenar-los ciutadans perquè sempre esperen que els visitin) s'asseuen a explicar-los què els passa, els deixen entrar a les seves vides, a les alegries i misèries, els deixen explorar el seu cos amb diligència i emetre un diagnòstic acurat i un tractament. S'estableixen complicitats que no depenen del gènere.

En algunes ocasions, per sort poques, pateixen agressió física o se'ls increpa i, llavors, voldrien fer un pam més. Tot i això, se'n surten força bé i no constaten que, en proporció, s'agredeixi més o menys en funció si el metge és home o dona.

Constaten que els interessos de les metgesses joves són diferents d'aquells dels seus companys homes, però, sobretot, són ben diferents dels interessos dels metges més grans. Les dones encara assumeixen moltes feines de la llar, que comparteixen, d'acord, però la veu cantant és la seva. I lluiten per preservar el seu espai vital i familiar. A quantes dones de la feina convoquen a reunions a les cinc de la tarda? Les dones encara anteposen objectius personals i familiars als professionals. Més que els homes. En queda constància en observar que moltes menys dones que no pas homes opten per fer una segona feina. Elles s'incorporen a tasques de més responsabilitat més tard, mentre que, en aquestes edats, els homes encara fan "carrera", sobretot en l'àmbit de la recerca i la investigació.

No es tracta de capacitats, sinó d'interessos personals. Així i tot, encara senten que als homes se'ls pressuposen unes capacitats que elles encara han de demostrar.

Tot i que pel que fa al currículum, les dones acostumen a ser més brillants durant els estudis, sembla que els càrrecs més alts encara són per als homes i només els ocupen un 4% de dones. Elles es queden en càrrecs intermedis, i no d'alta direcció. En general, opten per un lideratge més transversal, més proper, fan canvis sobre l'entorn i les persones en lloc d'optar per un lideratge més executiu i competitiu. La nostra escala de valors és diferent.

Les dones aporten valors a la medicina com l'acompanyament del malalt, saber escoltar, delicadesa en el tracte i constància en la feina. S'esforcen perquè la consulta estigui ordenada i no poden suportar que tot quedi damunt davall. Semblen petites coses però que, en el fons, aporten una humanització més gran a la medicina.

Les dones aporten valors a la medicina com l'acompanyament del malalt, saber escoltar, delicadesa en el tracte i constància en la feina

Tot ha canviat molt des que la doctora Castells va estudiar medicina. Crec que estaria orgullosa de nosaltres, però encara ens queda molt de camí.

Teresa Vilà i Parrot

Directora del SAP PUNSU

La feminització de la medicina no és un problema

El terme feminització de la medicina ha tingut èxit. Tant que gairebé no ens preguntem què vol dir.

Les dones vam entrar als estudis acadèmics i en l'exercici reglat de la medicina a l'Estat espanyol al final del segle XIX (1) I les dones catalanes van ser especialment matineres en aquesta incorporació. Els noms d'Elena Maseras i Dolors Aleu són ja un clàssic en aquest reconeixement, i la lleidatana Martina Castells ha rebut, recentment, l'atenció tant del col·legi com de la ciutadania a casa nostra.

D'aquestes pioneres, però, no se'n diu que feminitzessin la medicina. Va caldre tot el segle XX perquè la incorporació de les dones passés de ser excepcional als inicis, tímida fins als anys 60, abundant a partir dels 70 i, amb la implantació dels *numerus clausus*, progressivament major fins a ser aclaparadora en l'actualitat.

I, ara sí, anomenen feminització de la medicina aquest procés singularíssim i mereixedor d'estudi, la presència femenina en la medicina. Fenomen immers, no oblidem, en un context més ampli: el de la feminització i la progressiva retirada dels estudiants homes de l'alumnat del conjunt de les universitats catalanes i espanyoles.

L'accés a la professió ha estat progressiu, però no homogeni ni universal. Les diferències en la incorporació de les metgesses tenen a veure molt amb diversos aspectes de la nostra feina: diferències en la pràctica clínica, en els models de l'exercici professional -assalariat o d'exercici lliberal- i en la participació en la docència o la investigació. Voldria remarcar, molt especialment, la diferència entre l'exercici hospitalari o en règim ambulatori.

Les dones són presents a totes les branques clíniques i diagnòstiques (Radiologia, Anàlisis Clíniques, Microbiologia...), en la Ginecologia i l'Anestèsia, però ho són poc en les àrees quirúrgiques.

Pel que fa a la docència, hi ha dones metgesses dins el Programa d'Especialitats Medicoquirúrgiques, però en la docència universitària ja s'ha destacat en altres textos (2) que la proporció de dones catedràtiques en les diferents facultats de Medicina és molt minsa, inferior al 5%.

Succeeix un fenomen similar amb les tasques investigadores, on hi ha una relació inversa entre feminització i jerarquia. Les becàries són "elles"; els caps de departaments, "ells".

És també interessant aturar-se a mirar les direccions editorials de les revistes mèdiques, un lloc que no és ben bé el de la investigació, però que hi té relacions estretes i de vegades poderoses, i on les dones es troben al voltant del 15% (3).

Els càrrecs de responsabilitat gestora presenten un fenomen, si més no, curiós: en la gestió la participació de les dones ha estat escassa fins ara, però no així en càrrecs polítics de gran rellevància, com els de conselleres o ministres o responsables de salut dels partits polítics, on figuren tant al cap de la sanitat com en el d'altres àmbits, tant de la política catalana com de la resta de l'Estat.

L'exercici de la medicina de família és realitzada per dones en més de la meitat del casos en el conjunt de Catalunya (53%) i amb una clara tendència a augmentar en les promocions més joves. També hi ha més dones en el sistema públic (73%) que en l'exercici privat.

Per entendre algunes de les dades anteriors, i també d'altres, tenim la sort de comptar amb una publicació d'una investigació recent -aquesta sí, realitzada per dones i en el seu disseny hi ha variables de gènere, cosa que la fa excepcionalment valuosa i original-, em refereixo a *Saluts, estil de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya* (4), de la Fundació Galatea, que ens permet aproximar-nos a com som nosaltres els metges i les metgesses d'aquí i d'avui.

Bé doncs, les metgesses catalanes són, en conjunt, més joves que els seus col·legues homes, una mica més de la meitat viuen en parella i tenen un o dos fills,

En tasques investigadores, les becàries són "elles"; els caps de departament, "ells"

dels quals es fan càrrec de manera principal, així com de la resta de persones depenents de les seves famílies. Afirmen que tenen bona salut i estan satisfetes de la vida, però, per contra, consumeixen força analgèsics i psicofàrmacs, puntuen alt en les escales de dolor i tenen patologia mental amb un risc de suïcidi superior a la mitjana de la població.

Els seus hàbits de vida són saludables, però la relació amb el món laboral mostra unes pitjors condicions contractuals i una presència més alta que en els metges de la síndrome del *burn-out* i propera al 60% en les que treballen als CAP. La patologia ginecoobstètrica mostra un augment de les complicacions de l'embaràs i el part (part prematur, baix pes en néixer, complicacions del part) que no semblen explicar-se per altres variables fora de la laboral.

Quins són els reptes (5) de les dones metgesses per al segle XXI?

El primer repte afecta -segons el meu parer- metges i metgesses d'igual a igual i es refereix a l'exercici de la medicina en una població en creixement demogràfic constant, en complexitat cultural creixent, on la medicina sovint té un paper que va molt més enllà de la cura o del "tenir cura" i es veu requerida a un paper social de "donar sentit" -al patiment, al dolor a la mort...- a qüestions veritablement difícils i que, sovint, ultrapassen el límit de la nostra competència.

Com a reptes més específics de les dones, crec que cal observar aquelles àrees de la professió en les quals les dones no hem estat presents pensant com haurien de ser aquestes àrees per promoure el seu interès, no n'hi ha prou a dir que "no agraden a les dones"; cal veure per què i com cal modificar-les perquè passin a ser interessants. Penso, molt especialment, en les branques quirúrgiques, en la docència i en la investigació.

Pel que fa als càrrecs de gestió, es podria fer la mateixa reflexió, cal veure què hi ha rere la manca d'interès de les metgesses per la direcció dels diferents serveis de salut. Sense caure, però, en les trampes habituals: participar des de la responsabilitat és un senyal de compromís i maduresa professional, sens dubte. Ara bé, d'aquí a pensar que la gestió és la forma natural de promoció dels millors professionals n'hi ha un bon tros i és un error molt comú d'aquells que no entenen la nostra feina.

També cal una reflexió serena respecte a la tremenda insatisfacció dels metges i, especialment, de les metgesses. Amb els números exposats no és possible explicar-ho, com es fa sovint, per variables individuals. Cal veure quines relacions i quines variables estructurals poden modificar-se per disminuir-ne el patiment.

En l'anomenada conciliació entre la vida professional i laboral també és molt el que cal millorar. L'època en què el metge era un home dedicat a l'exercici de la seva professió, però sense tenir cura d'ell mateix ni de la seva família, s'ha acabat, les institucions i empreses que contractin serveis mèdics ho han de tenir en compte.

Per no parlar de les preocupants xifres de mobilitat ginecoobstètrica, que fan que els nostres fills i filles tinguin més riscos a néixer que la població general: aquestes dades no ens poden deixar indiferents. Cal endegar investigacions als nivells que calgui per buscar i modificar les variables relacionades amb la mobilitat de les metgesses i dels seus infants. Fa dues dècades que les dones ocupen, de manera clara, l'exercici de la professió però, fins fa poc, sembla que això no interessa gaire ningú. Ha estat recentment -quan han aparegut alguns senyals d'alarma, especialment la dificultat per trobar professionals- que els col·legis i la ciutadania han dirigit la mirada cap als metges i s'ha trobat que eren fonamentalment metgesses.

Així, la carència i la feminització han estat visibilitats alhora, com si tinguessin relació de causa-efecte. Però no es així, la feminització de la medicina no és el problema, la feminització de la medicina és, inevitablement i per fortuna, part de la solució.

Pilar Babi Rourera

BIBLIOGRAFIA

(1) Metgesses de Catalunya. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Jacint Cobella. Departament de Publicacions del COMB. 2003.

(2) Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas, de la incorporación a la discriminación. Med Clin (Bar) 2005; 125 (3): 103-7.

(3) González-Romaris E, Verdú M. Miqueo C. Participación de mujeres en los comités de dirección de las revistas científicas españolas de biomedicina y factor impacto. VI Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. Zaragoza, 2006; 147-8.

(4) Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Saluts, estil de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Ed Fundació Galatea. 2007.

(5) Babi P. La feminització de la medicina. VI Jornada de les Terres de Ponent. Octubre 2007.

Mujeres en la medicina actual

Alain Touraine, en su libro *Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy*, teoriza sobre el cambio social: los antiguos paradigmas se dirigían hacia la conquista del mundo y la jerarquización de poderes, en el momento actual, es el individuo el que se sitúa como protagonista, y mientras se levanta acta de un modelo dirigido por hombres, entramos en una sociedad de mujeres. Nos encontramos ante una inversión cultural: de una cultura vuelta hacia el exterior dominada por los términos socioeconómicos de mercado, a una cultura vuelta hacia el interior y hacia la conciencia de sí, donde este modelo es vivido más intensamente por las mujeres que por los hombres. Los ritmos de la vida biológica, y sobre todo de la reproducción, que han podido ser considerados como obstáculo en la vida pública en el modelo anterior, se vuelven ahora un beneficio de la mujer, porque los lazos entre sí mismo y sí mismo parecen más fuertes en ésta. Los hombres actores dominantes del sistema antiguo instauraron un sistema de pensamiento y acción que define e impone constantemente opciones, en términos de uno u otro; las mujeres, por el contrario, piensan y actúan en términos ambivalentes que permiten combinar y no obligar a elegir. Si reflexionamos que es más bien en un mundo de ambivalencia y complejidad donde vivimos actualmente, y ya no en un mundo bipolar, esta ambivalencia es cada vez más necesaria no sólo en la vida individual, sino incluso en política internacional.

Simonetta Tabboni ha sido la primera en demostrar, trabajando con jóvenes de ambos sexos, que son las mujeres las que se negaban a escoger entre vida personal y vida profesional, hacían la crítica de que actuando así eran conscientes de perder algo de un lado o de otro; los hombres, en cambio, tienen la sensación de estar encerrados en el trabajo. Otros apuntes son que los hombres están más fuertemente motivados por papeles públicos y particularmente profesionales y la mayoría de las mujeres consideran inestimable la experiencia única de la gestación de un nuevo ser vivo.

Touraine cita, textualmente, refiriéndose a la mujer: "Ella es la madre, el cuerpo, el amor, y es esto lo que permite a la mujer, cuando el modelo occidental de la modernización se descompone, cuando sus resortes se aflojan, ocupar eventualmente una posición dominante en un tipo nuevo de sociedad." La hipótesis de Touraine es que son las mujeres las que se encargan del gran proyecto de la recomposición del mundo y de la superación de las antiguas parejas de opuestos.

Nuestro ámbito, la sanidad, ha mostrado el mismo reflejo que el cambio social, presentando un cambio que se hace plausible tan sólo observando el género (teoría Queer, según Judith Butler) de los profesionales que en pocos años ha sido conquistado por las mujeres de forma mayoritaria. Teniendo en cuenta el estudio presentado por Alain Touraine entre otros teóricos sociales y culturales, este hecho podría conllevar un cambio de paradigma también en la medicina; que más allá del método científico, la medicina basada en la evidencia, los consentimientos informados, la medicina defensiva, los derechos del paciente... introdujera quizás una cierta ambivalencia confrontada a la bipolaridad y jerarquización instaurada en la organización del colectivo médico.

De la misma forma que las mujeres han iniciado cambios sociales, que en el momento actual se han enriquecido de una visión más integradora, más interior y compleja, han aportado un trabajo basado en redes que implica inclusión de diferentes puntos de vista, favoreciendo así la interdisciplinariedad a todos los niveles evitando la bipolaridad y la necesidad de exclusión; pienso sinceramente que el hecho de que las mujeres seamos actualmente una mayoría importante del colectivo médico nos tendría que estimular y casi obligar a repensar las formas y el sentido del cuidado, ayuda, atención y acompañamiento a la persona enferma que tenemos delante en nuestra práctica diaria como profesionales. Las formas, el sentido y las necesidades han sido pensadas por los hombres, como lo han sido el resto de ámbitos de la sociedad y la cultura contemporáneas y éstas inician un cambio de paradigma; asimismo, la sanidad deberá ser replanteada debido a la presión de cambio que se ejercerá sobre ella.

La mujer que se ve definida e influenciada por estereotipos sociales, comerciales y de mercado que le llegan externamente, al mismo tiempo hereda arquetipos femeninos (Jean Shinoda Bolen, psiquiatra junguiana); todo ello le confieren complejidad otorgándole la posibilidad de vislumbrar una realidad más ambivalente e interconectada con sus contradicciones obteniendo la capacidad para implementar una estructura diferente a la pensada por los hombres hasta el momento.

La capacidad de replantear estructuras de trabajo, redefinir organigramas, así como plantearse las formas de atención, las prioridades y el tipo de tratamiento tendrían que estar presentes en el trabajo diario. Sólo por la situación biológica de la mujer con capacidad para la reproducción y cuidado de una nueva vida se nos otorga una visión, priorización del cuidado, de la ayuda y de la organización diferente que debería proyectarse en nuestro trabajo. La capacidad de cuidado y empatía de desarrollar diversas actividades de responsabilidad a la vez sin jerarquizarlas sino integrándolas (vida laboral, familiar, personal, materno-filial...) deberíamos rescatarla y utilizarla para intervenir en la forma en la que queremos ejercer nuestra profesión. Quizás debamos iniciar el camino por no asumir lo existente como inamovible, sino repensando, reformulando el modelo asistencial; empezando por algo tan sencillo, a la par que complejo, como el modelo de relación médico-paciente que, como todos conocemos ha pasado de un "modelo paternalista" a un "modelo de cliente"; curiosa la terminología, ¿no? Os propongo repensar y reformular, ¿cómo sería, entonces, un "modelo maternalista" o un "modelo de cooperador"? Creo que las mujeres deberíamos contestar a ello.

Imma Buj Álvarez
MIR 3 Psiquiatría

Entrevista al Dr. Xavier Matias-Guiu, director científic de l'IRB Lleida

"L'IRB Lleida acabarà el 2008 amb l'acreditació de l'Institut Carlos III"

"Hi ha molt poques ciutats de les proporcions de Lleida amb un institut de recerca biomèdica com el nostre"

L'any 2004 marca un abans i un després en la recerca i la qualitat assistencial de la província de Lleida. Neix, oficialment, l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRB Lleida). Quatre anys després, el que n'ha estat i n'és el director científic, el doctor Xavier Matias-Guiu, rep *Butlletí Mèdic* per fer balanç i presentar els projectes més immediats d'aquesta institució de recerca.

El doctor Xavier Matias-Guiu, director científic de l'IRB Lleida, no té cap dubte que l'institut de recerca es va crear en un moment òptim. Un any abans de la constitució oficial, el 2003, quan es va engendrar el projecte, la recerca biomèdica a la província estava en "clarissima expansió", explica Matias-Guiu. Només calia unir els esforços de la recerca bàsica, de llarga tradició a Lleida i amb un nivell de qualitat considerable, i de la recerca clínica, amb menys presència, atès que els hospitals lleidatans sempre havien tingut, fins llavors, un caràcter més assistencial que investigador.

Els inicis

La sinergia no podia fallar. El director científic assegura que "1+1 acostuma a ser 3, i aquest era el resultat que es va encomanar obtenir a l'IRB Lleida". Així, es va signar el conveni de collaboració el juny del 2004, entre la Universitat de Lleida i representants de Salut, bàsicament de l'Institut Català de la Salut (ICS) i l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV). El gener del 2005, es van iniciar les primeres investigacions.

Aquests inicis estaven marcats per tres objectius principals: "començar a caminar, treballar junts i potenciar la recerca de forma progressiva". A poc a poc, l'IRB ha sumat publicacions, projectes vigents, investigadors, equips i finançament i ja està a l'altura d'altres instituts de recerca biomèdica de la resta del país.

Noves fites

El 2008, després de quatre anys intensos de treball i resultats satisfactoris, és el moment per a una nova fita: obtenir l'acreditació com a institut de recerca que atorga l'Institut Carlos III de Madrid. El Dr. Matias-Guiu informa que aquesta qualificació "ens permetrà disposar de més recursos, sense oblidar que, per obtenir-la, s'ha de competir amb els altres instituts". Però l'IRB Lleida ha demostrat amb escreix que "cada vegada som més forts i el fet que complim els criteris i requisits de l'Institut Carlos III evidencia que fem les coses bé".

Actualment, hi ha 15 projectes vigents finançats per l'Institut Carlos III, dels quals, enguany, se n'han iniciat 8. "És l'ordre de projectes que també ha començat l'Hospital de Sant Pau de Barcelona", diu el director. Matias-Guiu destaca que aquest èxit de projectes aprovats, superior al 50%, supera la mitjana dels altres instituts de recerca. I és que, "en producció científica, si mirem les ciutats de les proporcions de Lleida, són molt poques les que disposen d'un institut de recerca com el que tenim nosaltres, amb la mateixa qualitat de recerca i amb uns nivells de producció científica tan alts", assenyala.

Nom i cognoms: Xavier-Matias Guiu

Nascut a Barcelona fa 50 anys.

Llicenciat en Medicina a la Universitat de Barcelona, 1981.

Doctorat en Medicina a la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), 1987.

Especialista en Anatomia Patològica, 1987.

Estada postdoctoral a les universitats de Tufts i Harvard (EUA), 1991-92.

Incorporat a l'HUAV Lleida el 2002.

Prèviament, professor titular d'Anatomia Patològica a la UAB i cap de secció d'Anatomia Patològica a l'Hospital de Sant Pau de Barcelona.

Les àrees principals d'interès són Patologia Molecular, Patologia Endocrina i Patologia Ginecològica.

Membre de la comissió internacional de l'OMS per a la redacció de la classificació del càncer de tiroides, 2003.

Més de 150 publicacions.

Millora assistencial

El Dr. Matias-Guiu destaca que l'institut també promou la recerca clínica i que això repercuteix en la millora assistencial de Lleida. "Hi ha treballs que demostren que aquells hospitals que tenen recerca clínica solen tenir millor assistència sanitària que els que no la tenen." Una de les raons és que aquests centres hospitalaris que tenen un bon nivell de recerca i un bon nivell assistencial són més atractius per als metges. En el cas de l'HUAV, "en els darrers 8 anys ha millorat la seva qualitat assistencial; això, juntament amb la possibilitat de recerca de l'IRB, ha fet que l'hospital atregui més facultatius".

Èxits més destacats

Matias-Guiu no dubta a afirmar que els èxits més importants de l'IRB Lleida han estat "l'increment de publicacions i de projectes aprovats en convocatòries especialment competitives". En projectes concrets, el doctor prefereix destacar la feina feta per àrees de recerca. Pel que fa a Estrès en Sistemes Biològics, sobresurten molts projectes que estudien com les cèl·lules pateixen en situacions d'estrès. D'altres, més bàsiques, investiguen amb llevats o malalties com l'Alzheimer.

D'altra banda, Matias-Guiu posa en relleu els avenços aconseguits en malalties com l'esclerosi lateral amiotròfica o l'Alzheimer en l'àrea de la Neurociència. També fa referència als treballs que es desenvolupen en càncer, principalment en els d'endometri, mama, còlon, pleura i melanoma, que han donat lloc a importants publicacions internacionals. No obstant això, pel director científic, "en definitiva, un institut de recerca destaca, sobretot, perquè aprofita una massa crítica d'investigadors que treballen en diferents àrees, però que es potencien els uns als altres".

DADES D'ACTIVITAT INVESTIGADORA DE L'IRB (2005-2006)

Publicacions indexades amb factor impacte

Publicacions	Nombre d'articles en revistes indexades		
	2005	2006	Totals
Internacional	63	83	146
Nacional	17	29	46
Total	80	112	192

Àrea	2005			2006		
	IF Total	Articles	Mitjana IF	IF Total	Articles	Mitjana IF
Estrès en sistemes biològics	27,699	7	3,96	98,046	20	4,90
Medicina i terapèutica experimental	63,877	19	3,36	58,363	21	2,78
Models cel·lulars i moleculars de patologies humanes	65,551	7	9,22	94,442	13	7,26
Neurociència	10,437	2	5,22	8,666	3	2,89
Medicina clínica	80,609	20	4,03	65,803	29	2,27
Altres investigadors	58,498	25	2,34	39,175	26	1,51
Totals	306,67	80	3,83	364,495	112	3,25

Projectes de recerca concedits el 2005 i 2006

Projectes concedits els anys 2005 i 2006 per grups	2005		2006		Total	
Grup	Projectes	Import (€)	Projectes	Import (€)	Projectes	Import (€)
Biologia molecular de llevats	2	42.200			2	42.200
Senyalització en llevats			1	70.000	1	70.000
Modelització matemàtica de processos metabòlics	1	42.000			1	42.000
Fisiopatologia metabòlica	2	223.495	6	1.909.356	8	2.132.851
Nefrologia experimental	1	80.000	1	59.290	2	139.290
Farmacologia molecular	1	65.000			1	65.000
Patologia oncològica	1	115.000	3	152.225	4	267.225
Immunologia, immunopatologia i endocrinologia experimental	1	93.402	1	99.220	2	192.622
Cicle cel·lular	3	408.900	1	95.000	4	503.900
Senyalització cel·lular i apoptosi	5	609.500	2	123.670	7	733.170
Patologia neuromuscular experimental			1	103.700	1	103.700
Neuropatologia molecular	1	62.000			1	62.000
Patologia respiratòria	1	18.000			1	18.000
Malalties de la pleura	1	448.730	1	15.488	2	464.218
Fonaments biològics dels transtorns mentals	2	129.680			2	129.680
Epidemiologia aplicada	1	56.253			1	56.253
Total general	23	2.394.160	17	2.727.949	40	5.022.109

Assaigs clínics

IRBLLEIDA	
Any	Assaigs
2005	56
2006	79
Total	135

L'IRB i el Parc Científic i Tecnològic Agroalimentari

Una de les col·laboracions més productives és l'establerta entre l'IRB Lleida i el Parc Científic i Tecnològic Agroalimentari de Lleida (PCiTAL). "La nostra participació en el PCiTAL ens dóna la possibilitat d'obtenir finançament per espais de recerca", indica el Dr. Matias-Guiu. I és que una de les aspiracions de l'IRB és disposar d'aquests espais que aviat es començaran a construir i que permetran que tots els investigadors treballin junts. Matias-Guiu es refereix a l'edifici de 8.000 m² que, en les properes setmanes, es començarà a construir al recinte de l'HUAV.

Dades extretes de la Memòria 2005-2006 de l'IRB

A més a més, el PCiTAL ha de posar en contacte els investigadors de l'IRB amb les indústries agroalimentàries que estiguin interessades en la seva recerca. "Aquesta és una feina que tot just comença, però de la qual obtindrem bons resultats, com totes les iniciatives que hem dut a terme fins ara", segons el director científic de l'IRB Lleida.

PAIMM - **Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt**

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

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

Truca ARA i t'ajudarem amb tota confidencialitat!
Telèfon directe Catalunya: **902 36 24 92**
Telèfon Lleida: **973 27 38 59**

La determinació de la PCR en sang capil·lar en l'atenció primària

La Proteïna C Reactiva (PCR) és una pentraxina circulant, produïda principalment pels hepatòcits com a resposta a una infecció o inflamació tissular.

Els valors normals tradicionals de PCR eren menors de 8 mg/l, però, recentment, s'han incorporat tècniques ultrasensibles que permeten determinar valors de rang molt baix. Com a exemple, en el cas de la malaltia cardiovascular, nivells inferiors a 0,1 es consideren de baix risc cardiovascular i els nivells de 0,1 a 3, de risc moderat i nivells superiors a 3 mg/l són de risc cardiovascular elevat.

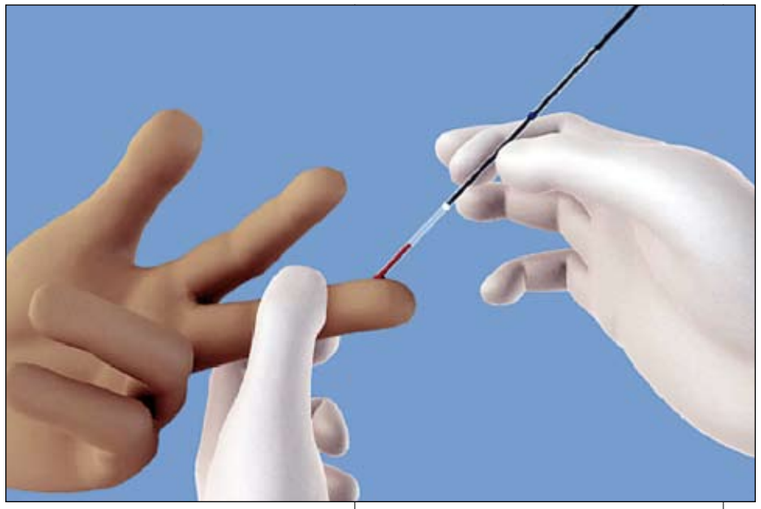
L'associació d'elevació de la PCR amb el grau de severitat de la MPOC, pneumònies, neoplàsies, cirurgia recent, traumatismes i septicèmia també està ben documentada.

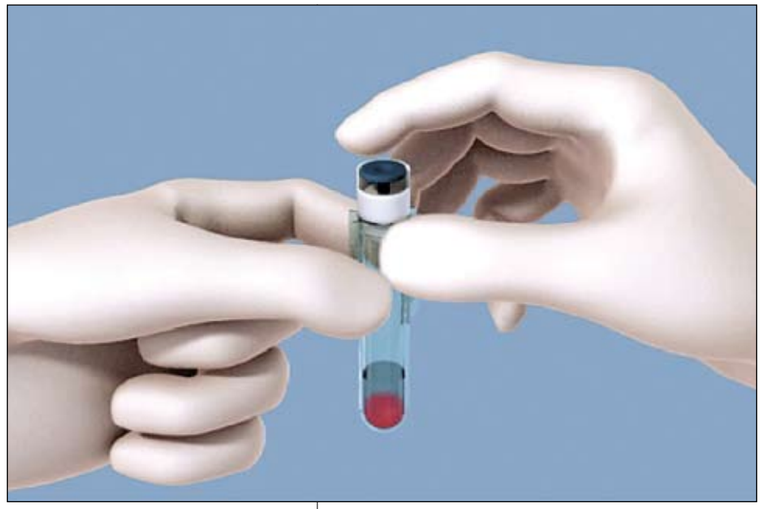
> El autors d'un treball de Man SFP suggereixen la determinació de la PCR, de forma rutinària, en la pràctica clínica per a l'estratificació i detecció de pacients amb major risc de mortalitat

En un treball de Man SFP, publicat a la revista *Thorax* el 2006, els autors conclouen que els nivells de PCR van ser significatius de mortalitat global predictius per càncer i d'esdeveniments cardiovasculars, i que van proporcionar, a més a més, informació pronòstica addicional que va més enllà dels marcadors clàssics de pronòstic en pacients amb MPOC moderada-greu (com el tabaquisme, el VEMS i altres marcadors de pronòstic tradicional). Els autors suggereixen la determinació de la PCR, de forma rutinària, en la pràctica clínica per a l'estratificació i detecció de pacients amb major risc de mortalitat. En els pacients amb nivells alts de PCR, el metge podria intervenir, més enèrgicament, amb mesures més específiques com els programes de deshabituació del tabaquisme, consells per a la modificació de l'estil de vida, com el control de pes, l'exercici, la dieta baixa en greixos i hidrats de carboni o la introducció de determinats fàrmacs com l'aspirina, les estatines, els àcids grassos omega-3 per reduir el risc de morbiditat i mortalitat en aquests pacients.

Tot això només és per mostrar la rellevància que pot arribar a tenir la determinació de la PCR en sang venosa.

Components del sistema Quick Read CPR





Procediment de la tècnica

Components del sistema Quik Read CRP

Ara bé, els aparells que utilitzen sang capil·lar per a la determinació de la PCR, com el que presentem aquí i que se'n podria disposar a la consulta d'atenció primària, no permeten fer aquests controls, de moment, atès que només detecten concentracions de PCR ≥ a 8 mg/l.

Com a conseqüència, actualment, les possibles indicacions de la determinació de la PCR en sang capil·lar en l'àmbit de l'atenció primària estaria limitada, principalment, a les infeccions del tracte respiratori (sinusitis, pneumònia, exacerbació de la MPOC). Però no per això deixa de ser una tècnica important, perquè els metges d'atenció primària, massa sovint, hem de prendre determinacions de forma empírica. Disposar d'una eina que ens ajudi a enfocar millor en quins casos d'inici no caldria utilitzar un antibiòtic pot ser cabdal, mentre que podria augmentar la satisfacció del metge i del mateix pacient.

La resistència als antibiòtics és un dels problemes de salut pública més acuitant, sobretot en l'àmbit de l'atenció primària. S'ha observat una correlació entre l'ús abusiu d'antibiòtics i l'aparició de resistències. La contenció de l'ús i abús excessiu i inapropiat

> Disposar d'una eina que ens ajudi a enfocar millor en quins casos d'inici no caldria utilitzar l'antibiòtic pot ser cabdal

d'antibiòtics pot contribuir a endarrerir, o fins i tot revertir, el desenvolupament de resistències als antibiòtics. Una eina de diagnòstic que permeti obtenir un resultat objectiu i immediat a la mateixa consulta del metge que confirmi o descarti una infecció vírica pot jugar un paper transcendental per reduir l'ús inapropiat d'antibiòtics. En aquest sentit, Bjerrum et al. van observar, en un grup de 281 metges d'atenció primària danesos, que utilitzant aquesta tècnica per distingir, de forma més precisa, l'etiologia bacteriana de la sinusitis reduïen a la meitat la prescripció d'antibiòtics respecte a 86 metges que no la utilitzaven.

La determinació de la PCR és útil en el pacient amb signes d'infecció, perquè normalment es troba en concentracions molt baixes en la sang de persones sanes (el 99% tenen nivells < 10 mg/l). En infeccions víriques no complicades, generalment (amb alguna excepció) es manté baixa o s'eleva molt poc. En infeccions bacterianes, la seva concentració s'eleva marcadament. En aquest tipus d'infecció, després de l'inici, a les 6-8 hores, ja comença a aixecar-se i duplica la seva concentració cada 8 hores fins a arribar al màxim a les 24-48 hores d'evolució del procés infecciós. L'augment de la concentració correspon amb la severitat de la infecció i es normalitza en el curs d'una setmana. La concentració cau ràpidament quan el pacient respon al tractament amb antibiòtic. La seva normalització pot indicar que la durada del tractament és suficient i que es pot parar.

L'obtenció de la PCR en un laboratori extern comporta massa temps per recolzar el diagnòstic al metge d'atenció primària, que és qui necessita el resultat del test durant la visita del pacient. La disponibilitat d'un test en sang capil·lar permet obtenir el resultat en uns 4 minuts aproximadament. Es requereix el material que mostra la imatge. Inicialment, es posa 1 ml de líquid del dispensador en una cubeta. Seguidament, mitjançant una llanceta, s'obté una gota de sang, que ha de ser generosa, i amb l'ajut d'un capil·lar es diposita al fons de la cubeta i es barreja lleugerament. Es col·loca el tampó on hi va un reactiu i s'introdueix a l'aparell que, d'altra banda, ens van indicant tots els passos que cal seguir. Finalitzat el temps que ens marca, es prem el tampó i s'agita la cubeta amb força; tot seguit, s'introdueix novament a l'aparell i, en pocs segons, ens mostra el resultat de PCR en mg/l.

Malgrat tot, diversos treballs com els publicats per Hurst, Eklund i Lagerström, la PCR sola no és suficientment sensible ni específica com a criteri diagnòstic d'infecció. Per tant, cal utilitzar-la com a mètode de cribatge, no de diagnòstic.

La determinació de la PCR en sang capil·lar en cap cas pot substituir un curós examen mèdic ni un minuciós judici clínic, però pot ajudar el metge d'atenció primària a distingir entre infecció bacteriana i vírica i així identificar millor els pacients que menys es poden beneficiar d'un tractament amb antibiòtic.

Dr. Joan Clotet Solsona

Bibliografia

1.- Man SFP, Conté JE, Anthonisen NR, Wise RA, Tashkin DP i Sin DD. Proteína C reactiva y mortalidad en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica leve o moderada. Thorax (Ed Esp) 2007; 1: 26-30.

2.- Blerrum L, Gahn-Hansen B, Munck A. C-reactive protein measurement in practice may lead to coger antibiotic prescribing for sinusitis. Br J Gen Pract. 2004; 54: 659-62.

3.- Hurst JR, Donaldson GC, Perera WR et al. Use of plasma biomarkers at exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Am J respire Crit Care Med. 2006; 174: 867-874.

4.- Eklund C, Huttunen R et al. Polymorphism of the C-reactive gene is associated with mortality in Bacteraemia. Scand J Infect Dis. 2006; 38: 1069-1073.

5.- Lagerström F, Engfeldt P, Holmberg H. C-reactive protein in diagnosis of community-acquired pneumonia in adult patients in primary care. Scand J Infect Dis. 2006; 38: 964-969.

6.-Van der Meer V, Neven AK, Van der Broek PJ, Assendelft WJ. Diagnostic value of C-reactive protein in infections of the lower respiratory tract: systematic review. BMJ. 2005; 331: 26-31.

La síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHS)

La síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHS) es caracteritza per un quadre de somnolència, trastorns neuropsiquiàtrics i cardiorespiratoris, secundaris a episodis repetits d'obstrucció de la via aèria superior (VAS) durant el son que provoquen constants dessaturacions de l'oxihemoglobina i desvetllaments transitoris (arousals) que donen lloc a un son no reparador.

En general, es tracta de pacients obesos i roncadors, amb hipersomnolència diürna clínicament rellevant. L'obstrucció completa de la VAS condiciona l'aparició d'una apnea que es defineix com el cessament del flux aeri en boca i/o nas durant el son d'una durada igual o superior a 10 segons. Una hipopnea és un episodi d'obstrucció parcial de la VAS que produeix una clara disminució del flux aeri en boca-nas de durada igual o superior a 10 segons i que s'acompanya d'un desvetllament transitori i/o dessaturació cíclica de l'oxihemoglobina. Un índex d'apnea i hipopnea (IAH) (nombre d'apnees + nombre d'hipopnees per hora de son) superior a 15 per hora es considera anormal.

Durant la nit, d'una manera constant, es repeteix el mateix cicle: son, apnea, canvis gasomètrics, desvetllament transitori i fi de l'apnea. Com a conseqüència de l'obstrucció de la VAS, es generen pressions pleurals cada vegada més negatives, i el seu objectiu és vèncer l'obstrucció faríngia, fet que provoca un augment marcat de la postcàrrega d'ambdós ventricles. Els canvis gasomètrics i neuroendocrins repetits donen lloc a vasoconstricció pulmonar i sistèmica, causa potencial d'hipertensió arterial sistèmica i pulmonar i arítmies.

Els desvetllaments transitoris repetits són els responsables de la fragmentació del son que donen lloc a la majoria de les manifestacions neuropsiquiàtriques, com l'excessiva somnolència diürna i els trastorns de conducta i de la personalitat. Els símptomes més freqüents de les apnees obstructives són la somnolència diürna i els roncs nocturns. En els casos florits, pot aparèixer amb més lentitud intel·lectual o dificultat de concentració. No és infreqüent que aquests pacients hagin patit accidents de trànsit, que tinguin antecedents de cardiopatia coronària i hipertensió arterial, afligeixin la disminució de la libido o impotència, es despertin amb sensació d'obstrucció de la via aèria superior i que el cònjuge relati amb detall els episodis apneics durant la nit. Cal destacar que les manifestacions clíniques no sempre tenen una relació directa amb l'IAH.

Des del punt de vista epidemiològic, nombrosos estudis suggereixen l'existència d'una relació entre la SAHS no tractat i l'aparició de complicacions cardiovasculars i cerebrovasculars, accidents de trànsit i un excés de mortalitat associat a la SAHS. D'altra banda, disposem de tractaments útils en què la pressió positiva contínua en la via aèria (CPAP) és la terapèutica considerada més eficaç. Per tot això, s'ha afirmat que la identificació dels pacients subsidiaris de tractament, per les nombroses complicacions que comporta, les repercussions sociolaborals i el seu negatiu impacte sobre la qualitat de vida i la supervivència, constitueix un important problema de salut. Dades recents mostren que fins i tot subjectes a un índex d'apnea-hipopnea baix poden patir deterioament cognitiu i accidents de trànsit, que podrien ser evitats amb la utilització de la CPAP.

La prevalença de la SAHS és elevada. Els estudis realitzats a l'Estat espanyol han evidenciat xifres que oscil·len en la població general adulta entre un 4-6% d'homes i un 2% de dones. En la població infantil, la prevalença és menys coneguda, però s'estima que afecta, com a mínim, l'1-3% dels nens. La majoria dels casos són produïts per una hipertròfia adenoamigdalar. Encara que, amb freqüència, presentin roncs nocturns, el quadre clínic és una mica diferent dels adults, de manera que, més que hipersòmnia, tenen hipermotricitat. Solen ser nens molt

prims i, amb freqüència, amb retard en el seu desenvolupament estatural, relacionat amb els esforços nocturns per respirar i les dificultats per gaudir d'una producció normal d'hormona de creixement durant el son. La identificació dels nens amb SAHS resulta fonamental, atès que el tractament amb adenoamigdalectomia sol resultar curatiu en més del 90% dels casos.

El tractament més eficaç de la SAHS és, conceptualment, evitar-ne l'aparició. No obstant això, el fet de ser una entitat de descripció recent fa que encara no coneguem bé la seva història natural, en què el tractament amb CPAP és la principal terapèutica. Tanmateix, és molt important evitar els factors de risc, que són afavoridors i/o agreujants, com l'obesitat. S'ha demostrat la desaparició de la SAHS en un percentatge rellevant de pacients obesos, en què la seva SAHS estava condicionada per la sobrecàrrega, quan van aconseguir reduir, significativament, el seu índex de massa corporal. L'avaluació i el tractament d'aquests pacients en tot el món es duen a terme, majoritàriament, a les unitats del son. No obstant això, a causa de l'elevada prevalença de la SAHS, el desenvolupament de programes de formació continuada en

> Entre un 4-6% d'homes i un 2% de dones pateixen la SAHS
>
> La Unitat del Son de Lleida lidera un estudi nacional que investiga aquest problema

medicina primària -sovint no s'ha rebut una formació suficient sobre el SAHS a la universitat i ni tan sols durant el període de residència- resulta d'especial rellevància perquè el seu paper és clau en la cadena de sospita diagnòstica i el futur control dels pacients. Actualment, el 85% dels casos es detecten en l'àmbit d'atenció primària.

El diagnòstic de la SAHS requereix la realització d'un estudi del son. No obstant això, es pot sospitar clínicament sobre la base d'un quadre clínic característic, sempre que es facin les preguntes adequades. Tres símptomes principals dominen el trastorn: un trastorn diürn, que és la somnolència excessiva, i dos de nocturns, els roncs i les pauses respiratòries repetides durant el son, observats pel company o companya de dormitori.

Altres símptomes diürns, menys evocadors, encara que importants, són: cefalees matinals, pertorbació de les funcions intel·lectuals superiors (concentració, atenció i memòria), trastorns de la personalitat i del caràcter i dificultats sexuals amb disminució de la libido i impotència. El pacient típic sol ser un home de mitjana edat, amb excés de pes (encara que entorn del 30% no són obesos) i un fenotip particular amb un coll ample i curt. La hipertensió arterial i la poliglobúlia són relativament freqüents, i alguns pacients presenten disfonies molt característiques. Una vegada identificat el pacient amb sospita de SAHS, s'ha de remetre amb caràcter preferent-urgent a la Unitat del Son per a estudi si presenta somnolència diürna incapacitant o associada amb complicacions cardiovasculars i/o professions de risc (conductors professionals, operaris de maquinària perillosa...). S'han de remetre per via normal aquells pacients que presentin dos dels tres símptomes esmentats anteriorment.

És important tenir clar que no s'han de remetre pacients obesos, roncadors o hipertensos que no presentin altres símptomes associats que facin sospitar la presència d'una SAHS.

A la Unitat del Son registraran diferents variables neurofisiològiques i cardiorespiratòries que permetran diagnosticar (o no) la presència d'una SAHS. L'objectiu de l'estudi del son també és avaluar la repercussió que els potencials trastorns respiratoris tenen sobre l'oxigenació arterial i l'estructura del son. La Unitat del Son està ubicada a l'Hospital de Santa Maria, on treballen de forma multidisciplinar diferents especialistes, així com personal d'infermeria i tècnics del son. La tecnologia actualment disponible permet la pràctica d'estudis del son al domicili del pacient. Per això, disposem d'equips portàtils de poc pes i gran fiabilitat. Cal destacar l'elevada activitat assistencial, i actualment es practiquen una mitjana de 10 estudis del son diaris, sis dies a la setmana.

Juntament amb aquesta elevada activitat assistencial, també s'estan obrint línies de recerca en el marc de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLLEIDA). La Unitat del Son de Lleida lidera un estudi nacional en el qual participen 14 hospitals d'arreu de l'Estat. L'objectiu d'aquest estudi és conèixer l'evolució dels pacients, que, tot i fer un nombre elevat d'apnees durant la nit, no presenten símptomes diürns. Per aquest motiu, se segueix una cohort de 725 pacients des de fa gairebé tres anys. L'anàlisi de les dades es realitza gràcies al suport de l'IRBLLEIDA i, concretament, del grup de biomatemàtica i bioestadística. Un altre projecte d'un equip d'enginyers té per objectiu desenvolupar un sistema informàtic que permeti discriminar els subjectes que puguin estar afectes de SAHS. També s'està estudiant, juntament amb el Servei d'Oftalmologia, les repercussions oftàlmiques de la SAHS. Les dues darreres línies de recerca són més bàsiques. La primera estudia les bases patogèniques que associen obesitat amb la SAHS, i es pretén aprofundir en la bidireccionalitat de l'associació. La segona se centra en la patogènia de les complicacions cardiovasculars tan freqüentment associades a la SAHS, concretament, en l'estudi del to simpàtic. Aquests estudis són multicèntrics localment i participen en diferents serveis (Cardiologia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurofisiologia) i professionals, tant de l'Hospital de Santa Maria com de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. En conjunt, la Unitat del Son actua com a punt de trobada i catalitza una part de la recerca que duen a terme diferents professionals de l'IRBLLEIDA.

Ferran Barbé
Servei de Pneumologia de l'Hospital Arnau de Vilanova

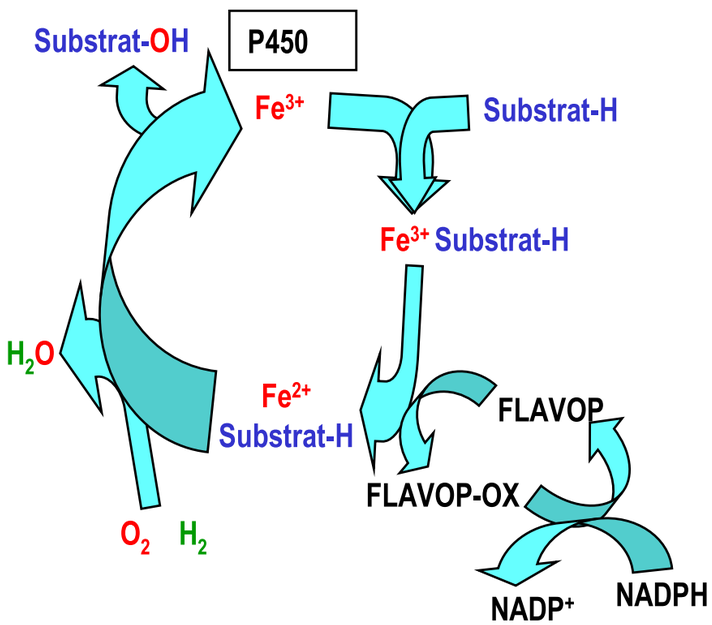
Els polimorfismes del citocrom P450 i la seva repercusió en la dosificació dels medicaments

El citocrom P450 no és una proteïna, sinó una família de proteïnes que conserven una alta homologia entre aquestes. Estructuralment, contenen al voltant d'uns 500 aminoàcids i un grup "hemo" amb un catió de ferro, que pot estar en forma ferrosa (reduïda) o fèrrica (oxidada), com passa a l'hemoglobina (vegeu fig. 1). La formació d'un enllaç coordinat del ferro amb una cisteïna és una característica estructural pròpia dels citocroms P450. Els citocroms P450 presenten una localització intracel·lular i els trobem, fonamentalment, al reticle endoplasmàtic (l'anomenada fracció microsomal pels farmacòlegs) i al mitocondri. A l'organisme humà, trobem el màxim d'activitat dels citocroms P450 a l'hepatòcit, però també és apreciable l'activitat present als epitelis intestinals o al ronyó. Els citocroms P450 es caracteritzen perquè són enzims i catalitzen reaccions d'oxidació. Aquest fet bioquímic permet definir l'anomenat sistema monooxigenasa P450, un sistema enzimàtic que inclou tots els diferents citocroms P450. La figura 1 és una descripció detallada de la reacció de monooxidació, l'estequiometria de la qual resumim a continuació: NADPH + H+ + O2 + substrat – H → NADP+ + H2O + substrat – OH.

Malgrat l'existència de substrats endògens, els principals substrats d'aquest sistema monooxigenasa P450 són els anomenats xenobiòtics, és a dir, totes aquelles substàncies químiques que resulten alienes a un determinat organisme i que, generalment, li arriben a través de la nutrició. Aquest fet explica, per exemple, la localització preferent del sistema al fetge i als epitelis intestinals. Els xenobiòtics són substàncies tòxiques que poden tenir un origen natural, com l'oncogènica aflatoxina dels fongs, o artificial, com insecticides, colorants i altres additius alimentaris. Els fàrmacs i, per extensió, els medicaments són contemplats com xenobiòtics pel nostre organisme i, en conseqüència, són potencialment substrats dels citocroms P450. S'estima que els citocroms P450 participen en l'eliminació metabòlica de més del 50% dels medicaments més correntment emprats.

El sistema monooxidasa P450 ha permès la progressiva adaptació dels organismes vivents als tòxics presents en les seves dietes i, en darrer terme, en el seu medi ambient. No és estrany, per tant, que el citocrom P450 hagi experimentat una forta pressió evolutiva. En el genoma humà, per exemple, hi trobem aproximadament uns 60 gens que codifiquen citocroms P450. Aquests gens deriven d'un gen ancestral comú. L'homologia en la composició d'aminoàcids és la base de l'agrupació dels citocroms P450 en 18 famílies i 43 subfamílies. Les famílies s'identifiquen per nombres i les subfamílies, per lletres alfabètiques. Això explica la nomenclatura aparentment complexa dels gens i les proteïnes del sistema. Per exemple, CYP2D6 indicaria una proteïna, un citocrom P450 concret, el número 6 de la família 2 i de la subfamília D. CYP és un acrònim que prové de l'anglès *cytochome* i P450.

Un fet que cal considerar és que els citocroms P450 presenten, freqüentment, polimorfismes genètics. Un polimorfisme és una mutació concreta en un gen que es troba en més d'un 1% dels humans. Els polimorfismes poden ser localitzats en la porció codificant o no codificant dels gens i, indistintament, acabar tenint repercussions funcionals o no. En la nomenclatura anteriorment indicada, els polimorfis- »



Bioquímica de la reacció de monoxidació catalitzada pel citocrom P450

¿Vols tenir-ho tot
per a la teva salut
i la dels teus?

Adeslas
és prevenció.

És el que vols. Tenir-ho tot per a la cura de la teva salut i la dels teus, des de l'atenció primària fins a la més especialitzada. I com que l'important és prevenir, amb Adeslas tens la tranquil·litat que necessites. Perquè ens preocupem per tu, fins i tot quan estàs bé.

profesionales.adeslas.es

Recorda que tens a la teva disposició un nou canal de comunicació interactiu que permetre un contacte directe amb Adeslas: consultar liquidacions, formalitzar dades administratives, disposar d'una formació mèdica continuada i de totes les eines de gestió clínica que siguin d'utilitat.

ADESLAS A LLEIDA
Vallcalent, 1 - 2º edif. Trading - Balmes
Tel.: 973 27 83 81

adeslas
902 200 200 • www.adeslas.es

mes s'indiquen afegint-hi un asterisc i un nombre o expressió significativa. Per exemple, CYP2D6*4 (1) significaria el polimorfisme 4 del gen CYP2D6. Continuant amb aquest exemple, a la taula 1, hem resumit els polimorfismes més interessants d'aquest gen des d'una perspectiva farmacològica. Hi descrivim la seva naturalesa molecular, la seva repercussió funcional i la freqüència observada en subpoblacions humanes concretes.

Els polimorfismes del gen CYP2D6, per exemple, tenen una incidència important en psicofarmacologia. La proteïna CYP2D6 és la responsable de l'eliminació metabòlica de medicaments, com els antidepressius tricíclics, els inhibidors de la recaptació de serotonina (tipus PROZAC®) o l'antipsicòtic haloperidol. En conseqüència, els pacients amb un polimorfisme CYP2D6*2xN presentaran una pobra resposta terapèutica als fàrmacs esmentats. Contràriament, els pacients amb la resta de polimorfismes indicats a la taula 1 presentaran, més fàcilment, la cardiotoxicitat pròpia dels antidepressius tricíclics, la nàusea associada als inhibidors de la recaptació de serotonina i el Parkinson farmacològic típic de l'haloperidol. En conclusió, una terapèutica correcta implicaria l'ajust de la dosificació d'aquests fàrmacs en funció dels polimorfismes del gen CYP2D6.

Segurament, tot seguit, ens preguntarem per què no estem aplicant aquests coneixements al tractament dels malalts. Hi ha diverses respostes:

1. Com es dedueix de la taula 1, no podem fer extrapolacions racials. Per exemple, el polimorfisme CYP2D6*10 es troba en un 51% de la població asiàtica ¿Això implica reduir sistemàticament les dosis d'antidepressius tricíclics en tots els pacients que presenten aquests trets racials? Evidentment no, el 49% restant requereix les dosis establertes com normals per controlar la seva malaltia depressiva. En altres paraules, els polimorfismes exigeixen individualització, teràpies fetes a mida del pacient.

> Una terapèutica correcta implicaria l'ajust de la dosificació dels fàrmacs en funció dels polimorfismes del gen CYP2D6
>
> Moltes de les reaccions adverses als medicaments s'evitarien amb l'ajust personalitzat de les dosis

2. La metodologia per determinar la majoria de polimorfismes que afecten el citocrom P450 surt dels laboratoris de recerca i es posa a l'abast de la rutina clínica molt recentment. Aquesta metodologia es basa en l'anomenat xip de DNA. És remarcable que en exemplars de *Science* d'enguany es trobin ja anuncis d'un xip estandarditzat per estudiar polimorfismes del citocrom P450. El procediment de fabricació dels xips és força sofisticat i, per tant, encara és un producte relativament car. Malgrat això, la seva utilització es basa en procediments gens estranys per a la majoria de laboratoris de recerca biomèdica. Procediments fàcilment aplicables als laboratoris d'anàlisis clíniques.

3. L'escàs coneixement dels metges en actiu sobre els aspectes que hem abordat en aquest article. En la pràctica habitual, es confia molt en la dosificació establerta en els prospectes dels medicaments. Confiança fonamentada en l'ampli marge terapèutic en què es mouen les concentracions plasmàtiques calculades en un humà estàndard. Els polimorfismes genètics ens indiquen que l'humà estàndard no existeix. Tots lamentem l'aparició de reaccions adverses als medicaments més o menys imprevistes i severes, moltes de les quals s'evitarien amb l'ajust personalitzat de les dosis. L'escenari en què les històries clíniques dels pacients estiguin informatitzades i recullin els polimorfismes, no solament dels citocroms P450, sinó d'altres enzims clau en el metabolisme dels fàrmacs, no és de ciència-ficció. L'ajust entre les dosis de molts fàrmacs i aquestes històries clíniques, també per mitjans informàtics, és en el nostre futur immediat.

Jacint Boix i Torras
Professor titular de Farmacologia
Universitat de Lleida

BIBLIOGRAFIA

1. Ingelman-Sundberg M, Oscarson M, McLellan RA. Polymorphic human cytochrome P450 enzymes: an opportunity for individualized drug treatment. Trends in Pharmacol. Sci. 1999; 20: 342-349.

2. Weinshilboum R. Inheritance and drug response. N. Eng. J. Med. 2003; 348: 529-537.

3. Offermanns S, Rosenthal W. (eds.) Encyclopedic Reference of Molecular Pharmacology. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2004.

Polimorfismes de *CYP2D6*:	*CYP2D6*4*	*CYP2D6*5*	*CYP2D6*10*	*CYP2D6*17*	*CYP2D6*2xN*
Mutació	"Splicing" defectuós	Delecció gènica	2 mutacions puntuals	3 mutacions puntuals	Duplicació gènica
Efecte funcional	Enzim inactiu	Activitat nul·la	Enzim inestable	Afinitat baixa pels substrats	Activitat augmentada
Caucàsics	12-21%	2-7%	1-2%	0%	1-5%
Asiàtics	1%	6%	51%	ND	2%
Africans negres	2%	4%	6%	34%	2%
Àrabs i etíops	1-4%	1-3%	3-9%	3-9%	10-16%

Taula 1. Adaptada de l'article d'Ingelman-Sundberg et al. (1999). ND significa no determinat

Manifiesto contra el aumento de estudiantes de Medicina

La Conferencia Nacional de Decanos (CND) de las facultades de Medicina de España, reunida en sesión plenaria, manifiesta unánimemente que con los informes actuales no se puede establecer que sea necesario incrementar el número de estudiantes de Medicina en España.

La Conferencia, después de analizar los datos de las facultades de Medicina existentes en los países desarrollados, ha comprobado que tanto en número de facultades como en ratio de licenciados de Medicina con relación a los habitantes, España se encuentra en la actualidad en los primeros lugares en comparación con los países de nuestro entorno.

Dado que el número de médicos en España está entre los más altos de la UE y la OCDE (el tercer país con más médicos en 2005, junto con Italia, con 3,8 por 1.000 habitantes1), la CND considera también que las administraciones deben hacer esfuerzos para crear un sistema asistencial más flexible, eficiente, atractivo y adecuado al ejercicio profesional. Como la formación de los médicos necesita al menos 10 años, entendemos que los problemas de hoy sólo pueden resolverse con medidas innovadoras, adaptadas al perfil actual de los profesionales y las demandas sociales, que cohesionen nuestro sistema y que no hipotequen nuestro futuro desarrolllo.

> El número de médicos en España está entre los más altos de la UE y la OCDE
>
> El déficit de médicos se corresponde más con una falta de especialistas y en algunas zonas geográficas concretas

Entendemos que el llamado déficit de médicos se corresponde más con una falta de determinados especialistas y en algunas áreas geográficas. En cualquier caso, al igual que sucede con la formación especializada y, tras un análisis con profundidad que se corresponda con una planificación coherente, y a fin de mantener los niveles de calidad, las facultades de Medicina podrían asumir las demandas sociales incrementando el número de alumnos de nuevo acceso, aunque sería necesario mejorar los recursos humanos y materiales destinados actualmente a la formación de grado, incluyendo un nuevo marco de relación entre la universidad y las instituciones sanita-

rias. Nuestro país no debe repetir los errores cometidos en los años 70 y 80, que supusieron una masificación y pérdida de calidad en la formación de médicos. Entendemos, por tanto, que no es necesaria la creación de nuevas facultades de Medicina.

También relacionado con la entrada de alumnos a las facultades de Medicina, se encuentra la aplicación de la nueva normativa de acceso a la universidad para los alumnos que provienen de centros con bachilleratos extranjeros, que ha provocado una clara discriminación a los estudiantes que ingresan a través de las pruebas de acceso a la universidad. En algunas facultades, cerca del 20% de los alumnos han ingresado sin realizar la prueba de selectividad. Es necesario modificar este proceso para que el acceso a las facultades de Medicina sea equitativo. Los decanos de las facultades de Medicina se manifiestan a favor de la igualdad de oportunidades para la incorporación al sistema universitario y piden que se establezcan mecanismos transparentes para asegurar este derecho.

Dada la complejidad de toda esta problemática, los decanos de Medicina consideran necesaria su participación activa en el desarrollo de la planificación de las necesidades de profesionales, así como en el establecimiento de los mecanismos encaminados a la resolución de estos graves problemas que afectan a nuestro sistema de formación y repercuten directamente sobre la salud de los ciudadanos, principal objetivo de nuestra actividad.

Clase de medicina en una facultad española

En Santa Cruz de Tenerife, a 24 de octubre de 2007.

1 OCDE 2005: http://masetto.sourceoecd.org/vl=3300827/cl=18/nw=1/rpsv/figures_2007/en/page2.htm

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:

Ha sentit a parlar de la nova pòlissa de salut de Medicorasse?

Medicorasse coneix millor que ningú quines són les millors assegurances de salut del mercat. Per això, després d'haver fet una anàlisi objectiva del mercat assegurador, tenim el plaer de presentar-li una **assegurança de salut** que estem convençuts que pot resoldre les necessitats de molts dels nostres clients.

L'assegurança ofereix una assistència mèdica integral d'alta qualitat, constituïda per un ampli quadre facultatiu, hospitalari i de serveis, inclou tots els serveis mèdics, especialistes, mitjans de diagnòstic i els millors centres hospitalaris.

Medicorasse ha pactat el millor preu per als nostres clients, **33 €** al mes i sense copagament.

MEDICORASSE
CORREDORIA D'ASSEGURANCES

Informi-se'n al seu Col·legi o trucant al telèfon
902 198 984
www.med.es

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA

MEDICORASSE, Correduría de Seguros, NIF A-59-498220. DGS, clau J-928. Pòlissa de responsabilitat civil i aval d'acord amb la llei 26/2006, de 17 de juliol.

ADVERTIS

MutualMèdica

Dels Metges
i per als Metges

Assegurances personalitzades que pinten molt bé per al metge.

A Mutual Mèdica ens agrada crear productes plens de color que pinten molt bé per al metge.

Assegurances i serveis totalment exclusius.

Poseu-vos en contacte amb nosaltres a través del CIM i descobriu com tracem el quadre de cobertures per a la vostra vida professional i familiar.

CIM
Centre d'Informació al Metge
901 215 216

www.mutualmedica.com
cim@mutualmedica.com