

# REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA



VOLUM 26 - NÚMERO 2 - 2011

Iniciada l'any 1798 amb el llibre «Memorias de la Academia Médico Práctica de la ciudad de Barcelona»

continuadora directa de:

**Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugia de Barcelona (1915-1931)**

**Annals de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona (1932-1935)**

**Anales de Medicina y Cirugia (1945-1982)**

**Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona (1986-1993)**

Any 97, volum 86, núm. 343



# REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

ANY 2011 - VOLUM 26 - NÚMERO 2

ABRIL-JUNY

ANY DEL SETÈ CENTENARI DE LA MORT D'ARNAU DE VILANOVA

## EDITA:

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya  
Carrer del Carme, 47  
08001- Barcelona  
Telèfon: 93.317.16.86 · Fax: 93.412.05.98  
e-mail: secretaria@ramc.cat  
Edició digital: www.ramc.cat

## Imprimeix:

Pulso ediciones  
Rambla del Cellar 117-119  
08190 - Sant Cugat del Vallès

Dipòsit legal: B-3338-86  
ISSN: 1133-32866 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

Periodicitat trimestral

## DIRECTOR:

Josep Carreras i Barnés

## JUNTA DE GOVERN

**PRESIDENT:** Jacint Corbella i Corbella  
**VICEPRESIDENT:** Joan Viñas i Salas  
**SECRETARI GENERAL:** Josep Carreras i Barnés  
**VICESECRETARI:** Jordi Vives i Puiggròs  
**SECRETARI D'ACTES:** Romà Massot i Punyet  
**TRESORER:** Lluís Guerrero i Sala  
**BIBLIOTECARI:** Josep A. Bombí Latorre  
**ARXIVER:** Joan Uriach i Marsal  
**VOCAL PRIMER:** Miquel Vilardell i Tarrés  
**VOCAL SEGON:** Francesc Domènech i Torné  
**PRESIDENT D'HONOR:** Moisès Broggi i Vallès

## COORDINADORS D'EDICIÓ:

Joan Pujol i Ros  
Marc Xifró i Collsamata

## CONSELL EDITORIAL

### ACADÈMICS NUMERARIS

Moisés Broggi i Vallès  
Francesc Puchal i Mas  
Domingo Ruano Gil  
Josep M. Gil-Vernet i Vila  
Rafael Esteve de Miguel  
Joan Sabater i Tobella  
Antoni Caralps i Riera  
Jacint Corbella i Corbella  
Joan Uriach i Marsal  
Joaquim Barraquer i Moner  
Ciril Rozman i Borsnart  
Francesc Vilardell i Viñas  
Josep Traserra i Parareda  
Josep Esteve i Soler  
Josep M. Massons i Esplugas  
Soledat Woessner i Casas  
Antoni Cardesa i Garcia  
Josep M. Moragas i Viñas  
Miquel Torner i Soler  
Josep M. Caralps i Riera  
Josep M. Dexeus i Trias de Bes  
Màrius Foz i Sala  
Gabriel Ferraté i Pascual  
Miquel A. Asenjo Sebastián  
M. Àngels Calvo i Torras  
Lluís Revert i Torrellas  
Josep M. Domènech i Mateu  
Carles Ballús i Pascual

Jordi Vives i Puiggròs  
Francesc Solé i Balcells  
Edelmira Domènech i Llaberia  
Josep M. Mascaró i Ballester  
Francesc Domènech i Torné  
Manuel Cruz Hernández  
Francesc Abel i Fabre  
Manuel Camps i Surroca  
Lluís Salleras i Sanmartí  
Jesús González Merlo  
Lluís Masana i Marin  
Joan Rodés i Teixidor  
Guillem López Casasnovas  
Ramon Trias i Rubies  
Josep Carriere i Pons  
Romà Massot i Punyet  
Joan Viñas i Salas  
Joaquim Tornos i Mas  
Miquel A. Nalda Felipe  
Josep A. Bombí i Latorre  
Miquel Vilardell i Tarrés  
Josep Carreras i Barnés  
Marc A. Broggi i Trias  
Antoni Bayés de Luna  
Xavier Forn i Dalmau  
Ramon Segura i Cardona  
Lluís Guerrero i Sala  
Jaume Bech i Borràs  
Francesc Jané i Carrencà  
Ramon Brugada i Terradellas

### ACADÈMICS D'HONOR

Pedro R. David  
Frederic Mayor Zaragoza  
Valentí Fuster de Carulla  
Salvador Moncada  
Carles Vallbona  
Francesc X. Pi-Sunyer i Díaz  
James D. Watson  
Rita Levi Montalcini  
Carles Cordón  
Joan Massagué  
Àngel G. Pellicer  
Umberto Veronesi  
Pere Brugada

# REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI

VOL. 26 Núm. 2

ABRIL-JUNY 2011

**EDITORIAL.** *L'Economia de funcionament* ..... 43

## COL·LOQUI: ATENCIÓ PRIMÀRIA

Presència de l'Atenció Primària a la premsa mèdica. *Jacint Corbella i Corbella* ..... 45

La recerca a l'Atenció Primària de Salut. Aportacions, dificultats i impacte. *Enriqueta Pujol* ..... 47

Perquè el metge de demà s'ha de formar a l'Atenció Primària d'avui?. *Joan Gené i Badia* ..... 51

La vessant assistencial de l'Atenció Primària. *Esther Limón Ramírez* ..... 54

La Medicina de Família, una disciplina acadèmica?. *Dolors Forés* ..... 56

## INGRÉS D'ACADÈMICS CORRESPONENTS

Consideracions sobre el dolor central i la fibromiàlgia. *Jordi Carbonell i Abelló* ..... 59

De l'obstetrícia clàssica a la medicina perinatal. *Josep M. Lailla Vicens* ..... 63

L'assistència en salut mental a menors de famílies immigrants. *Daniel Cruz i Martínez* ..... 67

Retinopatia diabètica, el seu tractament i els reptes futurs. *Josep García i Arumí* ..... 70

## EDUCACIÓ MÈDICA

L'Espai Europeu d'Educació Superior i la formació dels metges. Cicles dels ensenyaments superiors europeus i marc de qualificacions (II). *Josep Carreras i Barnés* ..... 73

## MEDICINA D'OCCITÀNIA

Justin Benoit (1813-1893), catedràtic d'anatomia i degà de Montpeller

i membre de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona. *Jacint Corbella i Corbella* ..... 76

## VIDA ACADÈMICA

Butlletí informatiu número 20. Informe del President al ple de 5 d'abril de 2011 ..... 78

Iconografia de l'Acadèmia ..... 80

# EDITORIAL

## L'Economia de funcionament

Els problemes de l'economia són un tema recurrent en la vida de la major part de les acadèmies. Cada institució s'ho resol com pot, i la majoria amb clara insuficiència. També s'ha de dir que d'unes a altres hi ha moltes diferències, i que en algunes el tema econòmic no està pas en el catàleg dels seus maldecaps. Això val per molts països, no solament pel nostre. Ara ens hem de referir només a la situació de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

Quan va ser creada, el 1770, com a Acadèmia Médico-Práctica, no hem vist dades sobre l'economia, és a dir la despesa de funcionament. Al començament es reunien a casa del president, o del secretari, i la despesa devia ser petita: els llibres d'actes i potser poc més. El 1785 li fou atorgat el títol de «Reial» i la primera prova important de la «protecció reial», va ser l'edició del llibre d'actes de 1798, a càrrec de la impremta reial a Madrid. Pels altres aspectes consta més d'una vegada en les actes de les reunions que s'havien de pagar derrames, d'un duro o més, i es dona notícia dels acadèmics que eren més tardans en pagar. És a dir el propis acadèmics subvien a les necessitats de la institució. No és ara el lloc de fer una explicació detallada de les necessitats i dificultats.

Més tard se li concedí una part dels drets de la inspecció d'epidèmies, i per tant tenien algun tipus d'ingrés, que tampoc sembla que fos massa. Però quan es va treure hi hagué queixes. En el segle XIX, perduda la independència, i essent només «acadèmia de districte», es feien alguns dictàmens que es podien cobrar, però tot junt misèria i companyia. Ja a la dècada de 1860, l'edició de «El Compilador Médico», òrgan de l'Acadèmia, no hem vist com es pagava. La casa del carrer dels Banyes Nous, amb algun llogater, devia servir una mica. Però el que és evident és que l'Acadèmia mai va disposar de gaire diners. I per tant podia tenir molt poques iniciatives.

**L'edifici. Pressupostos extraordinaris.** Ja en el segle XX hi ha algunes despeses d'edició, el 1915 comença una revista, en forma de publicació anual. Després ve el trasllat a la nova seu, l'actual del carrer del Carme, inaugurada l'any 1929. En altre lloc ja s'ha dit que la despesa total de restauració va ser de 303.013 pessetes, de les quals la Diputació de Barcelona va aportar el 26.1 %; els acadèmics numeraris i corresponents van aportar el 36.6 % i altres «generosos donants» el 37.3 %.

Per la restauració de la teulada, obra que va ocupar gairebé tota l'etapa del president Laporte, hi hagué una partida important del ministeri de Foment, que havia de ser del 50 % del pressupost, però

que per canvi en els preus va quedar només en la quarta part. Una altra de la Diputació de Barcelona, en dos ajuts; dos ajuts més de l'Obra Social de les Caixes, (de Catalunya el primer i de Pensions el segon); i la resta a càrrec de la Fundació Pere Virgili, amb donacions de «sponsors», i alguns acadèmics. El doctor Jordi Sans, en la seva presidència, aconseguí donacions importants per a obres de remodelació que han permès adecentar els espais de secretaria i presidència.

Tot això explica que quan s'han hagut de fer obres, s'ha pogut trobar algun pressupost extraordinari, alguna vegada fins i tot, com és el cas del 1929, amb ajut important dels propis acadèmics. Però: *l del funcionament de cada dia qui se'n recorda?* Aquí les necessitats han estat més petites en xifres, però en canvi molt més visibles a nivell diari.

**La transferència al Govern de la Generalitat de Catalunya.** La nostra acadèmia ha estat oficialment «Acadèmia de districte», respecte a la nacional, fins el traspàs a la Generalitat. El Decret 120/1987, de 9 d'abril, estableix en el seu article 1: «la Generalitat de Catalunya assumeix la competència exclusiva en matèria d'acadèmies que tinguin la seu central a Catalunya». L'any 2001 (Decret 286/2001, de 6 de novembre) es va crear el Consell Interacadèmic de Catalunya, que precisa en una disposició addicional, «Article 6. El foment i ajut a les acadèmies correspon als departaments que siguin competents per raó de les finalitats que cadascuna proposa». Totes aquestes disposicions estan signades pel conseller de Justícia i pel President de la Generalitat de Catalunya.

**Situació actual.** Hem vist que quan s'han hagut de fer obres a l'edifici, més de restauració que de manteniment, ha estat en situacions puntuals i amb pressupost extraordinari. En aquests hi han participat les administracions, alguns organismes o empreses, com a «sponsors» i en algun cas els propis acadèmics. Però ara ens importa el funcionament ordinari.

Per primera vegada, en el nostre record, hi ha hagut una situació mínimament correcta, en el temps més recent, quan se n'ha hagut de cuidar el govern de la Generalitat de Catalunya. Hi ha una partida anual, petita, per a totes les deu acadèmies de Catalunya, a càrrec del Departament de Justícia (17.000 euros per cadascuna), i una més específica a càrrec del departament de Sanitat, ara de Salut, de 62.000 euros. Del ministeri de Madrid hi ha hagut una subvenció l'últim any de 3.000 euros. Això ha fet un total, pel 2010, de 82.000

euros de subvenció pública. Amb això es poden pagar les «*Despeses de personal*» (dues persones amb contracte fix per secretaria, una amb contracte parcial per jubilació, i una amb contracte temporal, per a ajut de biblioteca), El conjunt del capítol de personal (salari, hores extres per a les sessions i assegurances i prestacions socials) va ser 39.817 euros, és a dir el 48,5 % de les aportacions de l'administració.

El capítol de «*Manteniment i funcionament de l'edifici*» va pujar a 30.209 euros (és a dir el 36,8 %) de les subvencions. Aquí les partides més importants són les d'electricitat i neteja) En total el 85,3 % es destina, doncs, a la despesa ordinària més imprescindible. La resta se'n va en **funcionament intern**: subministraments d'oficina, despesa de fotocopiadores i impressores, d'informàtica, internet, assistència de projeccions, i altres. Així se sobrepassen ja les subvencions.

Queden en quart lloc les **publicacions**. Amb els ajuts públics ja no n'hi ha prou per a la revista de l'Acadèmia. També les despeses de manteniment i funcionament de la pàgina web, i altres despeses petites. No està prevista cap despesa de representació, ni de viatges, ni tampoc per invitar, (ni per una mínima estada d'hotel), a persones que vinguin de fora, siguin conferenciants o representants d'altres institucions. Així hem de restringir la possible participació de persones de fora en actes commemoratius, encara que siguin els dels centenaris (Reial Col·legi de Cirurgia, Arnau de Vilanova, Pere Mata, Miquel Servet, aquest any).

**La Fundació Pere Virgili.** Per això comptem amb la Fundació Pere Virgili, creada en temps de presidència del Dr. Laporte, que va servir molt per a les obres. Ara, pel funcionament normal, és més difícil obtenir fons. Hi ha quatre sponsors importants, a més de la col·laboració voluntària d'un cert nombre d'acadèmics, actualment no arriben a la vintena. L'esforç del doctor Solé Balcells va aconseguir un increment d'inscripcions. Des d'aquí demanem que els acadèmics corresponents també s'hi sumin. El montant global ve a ser d'uns 30.000 euros l'any.

En conseqüència la proposta d'ordenació de l'economia de funcionament de l'Acadèmia, per un temps en que no es preveu que hi hagi gaires facilitats, seria:

- **Subvencions fetes per institucions públiques** (Conselleries, eventualment ministeri): Es destinen a despeses de personal i de manteniment i funcionament de l'edifici. Per ara no donen per més.

- **Subvenció a través de la Fundació Pere Virgili.** (sponsors; acadèmics, lloguers...). Es destinen a la despesa de funcionament de la institució: (subministres i material d'oficina, publicacions, manteniment de sessions, manteniment de material de projeccions, internet, pàgina web; eventual transport en cas de donacions de llibres o objectes, esqueles; possible despeses de representació per a personal extern (hotel i potser viatge a invitats, que per ara no n'hi ha), algun altre aspecte.

- **Projectes extraordinaris:** de publicacions, catalogació de biblioteca, catalogació de material iconogràfic (arxiu històric Gaspar Sentiñón), de manteniment de la recollida de bibliografia històrica, i altres. També la celebració extraordinària de centenaris, o actes semblants. Només es poden fer si s'obté subvenció específica, per ajuts convocats o altres mecanismes. És urgent trobar ajut pel manteniment del cadirat de l'Amfiteatre Gimbernat, que està en procés de deteriorament. Caldrà restringir-ne el seu ús.

Per totes aquestes finalitats es demana la col·laboració dels membres numeraris i corresponents de l'Acadèmia: és a dir que facin una aportació anual a la Fundació Pere Virgili. En principi la Revista de la RAMC es faria en edició digital, de lliure accés, i només es faria edició en paper, amb tramesa postal, restringida, per als membres col·laboradors de la Fundació Pere Virgili, i les necessitats institucionals (intercanvi, biblioteques). Igualment en el cas de la revista Gimbernat i les possibles edicions de Gimbernat Gràfic.

El nombre de sessions probablement s'haurà de restringir, sobretot les de l'Amfiteatre Gimbernat, per la despesa més gran i per la necessitat de manteniment i evitar el deteriorament.

## RENOVACIÓ REGLAMENTÀRIA DE LA JUNTA DE GOVERN DE L'ACADÈMIA

En el Ple de 5 d'abril de 2011 es va procedir a la renovació reglamentària de la Junta de Govern de l'Acadèmia, per meitats, atès que els càrrecs de vicepresident, secretari general, secretari d'actes, bibliotecari i vocal primer, havien esgotat els terminis que permetien la reelecció. Així la Junta de Govern ha quedat constituïda de amb la següent composició:

**President:** Jacint Corbella; **Vicepresident:** Joan Viñas; **Secretari General:** Josep Carreras; **Vicesecretari:** Jordi Vives; **Secretari d'actes:** Romà Massot; **Tresorer:** Lluís Guerrero; **Bibliotecari:** Josep A. Bombó; **Arxiver:** Joan Uriach; **Vocal primer:** Miquel Vilardell; **Vocal Segon:** Francesc Domènech.

## Col·loqui: Atenció Primària

# PRESÈNCIA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA A LA PREMSA MÈDICA

**Jacint Corbella i Corbella**

Acadèmic numerari.

L'atenció primària és un tema que avui té una presència considerable en la premsa mèdica i des de diversos punts de vista. Si parlem de medicina, hauria de ser un fet natural. I gairebé sempre ha estat així. Però en els últims anys ho veiem també des d'un punt de vista una mica "a la defensiva", i encara amb un cert sentit de reivindicació. Per això l'Acadèmia es fa ressò d'aquesta situació i ha obert aquest col·loqui per a veure els diversos punts de vista. De fet però avui estem en una sessió en que es plantegen més els aspectes des del vessant de la "primària". Potser caldria veure una mica què és el que ha passat.

### QUÈ ÉS L'ATENCIÓ PRIMÀRIA?

Una visió ingènua podria dir que és la primera atenció que rep el malalt. A vegades sí, però no és exactament això. Per exemple un traumàtic pot rebre la primera atenció en un centre molt especialitzat, en el servei d'urgències d'un gran hospital. La urgència del gran traumàtic, per exemple un cremat extens, seria en aquest cas la primera atenció, però no ser el que entra en el concepte d'atenció primària.

### LA MEDICINA GENERAL.

Si fem un petit retrocés històric, un parell o tres de generacions, però ben entrats ja en el segle XX, podríem considerar el concepte d'"atenció primària", com a paral·lel al de "medicina general". El malalt anava al metge, també dit de "capçalera", i tanmateix el metge sovint al propi domicili del malalt, al capçal del llit. Després també el podia veure en el seu despatx on visitava "de tot". Això encara era més clar en els pobles petits, perquè a les ciutats ja hi havia algun especialista.

Més endarrere en el temps no hi havia especialistes i gairebé tot era atenció feta per un mateix metge. Sense entrar en massa detalls, podem considerar com entre les primeres especialitats algun oculista (i ho diem amb aquest nom) i algun dentista, que no solia ser metge, sinó "queixaler". Molt més tard van venir els metges de nens, tot i que els de grans també veien els nens en les malalties corrents. Igualment els operadors o cirurgians, que solien combinar la pràctica quirúrgica amb l'atenció global. Després, ja a començaments del segle XX venen més especialistes: els metges

de gola, nas i orelles, el de la pell i venèries, els de malalties de les dones i parts (les llevadores hi havien tingut un paper principal durant segles).

Tot això, potser massa llarg, és per a veure com la feina de gairebé tots els metges, la immensa majoria, era l'atenció primària, i sovint no n'hi havia d'altra. De ser-ho gairebé tot pels metges avui s'ha passat a una situació fins a cert punt d'inferioritat, que justifica aquesta posició que s'ha detectat com a "defensiva". Què ha passat? A més cal dir, ja ara mateix, que avui moltes persones van al metge no tant pe a curar-se com per a no posar-se malaltes. La medicina preventiva, que va començar per la higiene, les vacunacions, els règims de salut, ben antics per cert, les normes dietètiques, va agafant el seu pes.

### ELS ESPECIALISTES

Hi hagué un moment dolç de la medicina en que alguns metges, a més de saber de tot, van començar a saber una mica més d'alguna part de la patologia que els atreia més. Alguns van aprofundir més en les malalties del cor, o dels pulmons, o la tuberculosi; altres en les del sistema nerviós, avui neuròlegs i psiquiatres. I així en altres coses. Van començar els especialistes. Primer especialistes sense títol, que diríem ara, com a mestos. No feia falta ni es pensava que hi hagués titulació específica. L'especialista es feia sovint ell mateix. Així es pot entendre com quan va començar la llei d'especialitats, i mirem el cas d'Espanya, l'any 1955, un dels mecanismes per a ser considerat especialista era la pròpia declaració del metge al Col·legi de Metges, i el que durant dos anys deia que exercia una especialitat podia demanar el títol. Ara es pot considerar una barbaritat fer especialistes així, però era la manera de reconèixer la realitat d'unes persones que havien estudiat l'especialitat pel seu compte. Durant molts anys la majoria de metges feien medicina general i els especialistes eren minoria. I més encara els especialistes amb dedicació única.

### CAP A LA MINUSVALORACIÓ

El problema va començar a plantejar-se de manera gradual quan el fet de ser especialista es considerà, en el propi món mèdic i en el dels malalts, com un plus. L'especialista en sabia més. La valoració

de l'especialista va augmentar i la del que es quedava fent de tot es quedava enrere. El desenvolupament de la medicina hospitalària va fer més clara aquesta situació. La medicina general la feia el metge que anava als domicilis, pujava i baixava escales, de fet treballava més, potser es guanyava menys la vida, no anava per hospitals, i sovint no en tenia ni tan sols temps, treballava sol, potser com a metge de barri. El naixement de les especialitats dins de la medicina interna va una de les claus de la minusvaloració del "metge general" a la ciutat. En els pobles petits era diferent, perquè no hi havia especialistes. Mentre les especialitats eren només les que ara es consideren clàssiques no passava res. *Però el punt clau és quan apareixen les especialitats dins de la pròpia medicina interna.*

La instauració de la seguretat social també va ajudar a fer aquesta diferència. Les places d'especialista eren més còmodes, i més ben considerades. I així el metge general quedava per sota del que, sovint amb pràctica hospitalària afegida, es deia "internista".

### **LA MEDICINA DE FAMÍLIA.**

Per a resoldre el problema, o pal·liar la situació, s'ha hagut de fer servir la imaginació. El metge general també serà especialista. Calia inventar l'especialitat. I aquesta ha estat la feina de l'"atenció primària". El nom real aquí és el de "Medicina de família" o "Medicina familiar i comunitària". Sé que amb aquesta visió, evidentment massa simplista, no tots hi estaran d'acord, però si ho mirem des del punt de vista de l'evolució històrica, permet entendre la situació.

### **LA RESPOSTA.**

A partir d'aquest moment l'atenció primària s'ha tornat a valorar. Alguns dels seus practicants han pres actituds de reivindicació, molt justificades, i ara estem en la situació de donar més contingut i lloc, semblant al de les altres especialitats, a l'atenció primària. Des del punt de vista de l'estructura de l'assistència, sembla que hi ha bastant acord. Sembla que hi ha feina per a tothom. Però hi ha altres camps. El propi camp de la recerca, el de la docència, el de les acadèmies. Aquí mateix no tenim cap escó per a l'atenció primària. Durant molts anys no feia falta, no calia, perquè el metge general per sí mateix es considerava per sota del que ell mateix considerava nivell de les acadèmies. Igualment a la Universitat. Però ara ja no és així.

### **ELS LÍMITS**

Queda encara potser el punt més difícil, establir els límits entre el què és atenció primària i les altres especialitats. Quan el metge que fa atenció primària ha d'enviar un malalt a l'especialista? En quins punts la prevenció l'ha de fer un especialista o el metge d'atenció primària, i això va des de les vacunes a la dietètica o l'activitat dels "nutricionistes". I afegim que aquesta qüestió de límits, tot i que en concepte és el mateix, a la pràctica potser estigui més ben establerta a la medicina pública que a la privada

Per tractar d'aquests punts, o d'altres que aniran sortint, ens hem reunit a l'Acadèmia, amb el rerefons, entre altres coses, de la valoració de l'atenció primària des del punt de vista de la seva integració en els debats de l'Acadèmia.

## Col·loqui: Atenció Primària

# LA RECERCA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT. APORTACIONS, DIFICULTATS I IMPACTE

**Enriqueta Pujol**

Metge de Família. Fundació Jordi Gol i Gorina

### QUÈ APORTA L'ATENCIÓ PRIMÀRIA AL CAMP DE LA RECERCA?

L'atenció primària de salut (APS) és el primer punt de contacte de la població amb els serveis sanitaris. Ofereix una atenció global, continuada i integrada amb els altres àmbits assistencials i orientada als pacients, a la família i a la comunitat. És l'àmbit de treball d'un terç dels professionals sanitaris, suposa el 50% del total de la despesa sanitària, gestiona el 60% de la despesa en farmàcia, i resol entre el 80 i el 90% dels motius de consulta de la població (Fernandez, I, 2003) (Diogene-Fadini, 2005).

Estudis internacionals mostren que la fortalesa, la qualitat i la posició de l'APS d'un país té un gran impacte en la salut de la població. S'associa amb **menors taxes de mortalitat, millor salut autopercebuda** (Starfield, Shi, & Macinko, 2005) (Yallop, McAvoy, Croucher, Tonkin, & Piterman, 2006) i **millor cost-efectivitat** dels sistemes sanitaris (Starfield B, 2001).

Quan els professionals de l'APS s'impliquen en la recerca, millora la qualitat i l'eficiència de les cures i la difusió i adopció de l'evidència té lloc de manera més ràpida. Els coneixements que genera la recerca desenvolupada a l'APS són clau per a la presa de decisions basada en la millor evidència disponible, al aplicar les activitats preventives, diagnòstiques i terapèutiques, adients en aquest àmbit (Weiss, 2000) (Mant et al., 2004).

L'APS ofereix clares oportunitats per a la recerca. Té unes característiques essencials i pròpies que constitueixen les seves fortaleses (Fernandez, I, 2003) (Fernandez, I, 2005):

- Ocupa un lloc privilegiat donada la seva proximitat geogràfica a la població, l'accessibilitat i la cobertura poblacional.
- Orienta les actuacions a l'àmbit familiar i comunitari i pot investigar la influència dels aspectes psicosocials en els problemes de salut i l'efectivitat de les intervencions psicosocials en aquests aspectes.
- Pot conèixer els factors ambientals, econòmics, culturals i/o relacionals...
- Atén persones sanes (pot investigar sobre la salut) i persones en les primeres fases d'una malaltia.
- Atén els problemes de salut més prevalents i considera la comorbiditat.
- Manté una relació continuada amb les persones i, per tant, pot observar el procés salut-malaltia al llarg de la vida i en

el context on es produeix i estudiar la història natural de les malalties.

- És un escenari excel·lent per investigar la relació professional-pacient, les motivacions i oportunitats de canvi dels pacients i la presa de decisions compartida (De Maeseneer, van Driel, Green, & van Weel, 2003) (Beasley, Starfield, van Weel, & Haq, 2007).
- Treballa amb equips interdisciplinaris.
- Disposa de registres i bases de dades poblacionals.
- Els professionals són un col·lectiu jove i obert als nous coneixements, amb inquietuds, esforços formatius continuats i iniciatives de recerca freqüents. Es plantegen diàriament preguntes interessants, innovadores i pertinents, a les que sovint falten respostes i cap altre nivell assistencial pot investigar.

La recerca en APS ha d'incloure aportacions de diverses disciplines (ciències socials i de la salut) i pluralitat de metodologies (quantitativa i qualitativa) (Violan & Bolibar, 2006), realitzar revisions sistemàtiques i desenvolupar guies de pràctica clínica (GPC). A més, té un paper clau en el desenvolupament de la metodologia de la recerca per avaluar intervencions complexes.

La **recerca de qualitat** comporta un important **valor afegit** pels **professionals** (millora dels coneixements sobre la pràctica diària, millora de la formació i les habilitats professionals, augment del raonament crític, consolidació de l'activitat professional i augment de la motivació, la satisfacció i l'entusiasme professional, millora del currículum i el prestigi científic), per a la **població atesa** (millora la qualitat assistencial, disminueix la variabilitat en la pràctica clínica i millora l'equitat de l'atenció sanitària) i finalment pel **sistema sanitari** (pot millorar l'efectivitat clínica i l'eficiència dels serveis i ser un bon assessorament pels gestors) (Lewison, 2008) (Navarrete & Banqueri, 2008).

### DIFICULTATS DE LA RECERCA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Tot i que, des dels inicis de la reforma de l'APS, es va incloure la recerca entre les funcions dels equips d'atenció primària, de l'augment considerable del nombre de publicacions i de la inversió

en recerca i desenvolupament en aquest àmbit, la recerca no ha assolit el volum, la rellevància, la qualitat i l'impacte desitjables. No està prou implantada, la seva presència és feble i la producció científica baixa i amb poc factor d'impacte (FI) (Jimenez, 2004).

En relació a aquest tema, els professionals expressen: manca de temps, dispersió geogràfica i falta de coordinació, falta de reconeixement, de formació i d'estructures que recolzin la recerca, participació escassa en projectes europeus, poca recerca multicèntrica, de motivació i d'incentius (Fernandez, I, 2003) (Cevallos, Garrido, Lopez, Cervera, & Estirado, 2004).

Al nostre entorn, la manca d'Unitats Universitàries de Medicina de Família i la manca de coordinació entre les Unitats Docents Medicina de Família i Comunitària i l'àmbit hospitalari i la universitat, també ha influït en el desenvolupament insuficient de la recerca a l'APS, ja que dificulta la simbiosi de producció, disseminació i translació del coneixement, que té lloc en altres àmbits assistencials i altres països (van & Rosser, 2004). D'altra banda, els comitès editorials de les revistes científiques sovint han mostrat poc interès en aquesta àrea de coneixement (Violan et al., 2006).

#### **ELEMENTS CLAU PER AFAVORIR EL DESENVOLUPAMENT DE LA RECERCA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA. NECESSITATS I PERSPECTIVES DE FUTUR**

Al nostre context, l'APS es troba en un moment de creixement de l'activitat investigadora. No obstant, per seguir avançant, resulta imprescindible una major dedicació dels professionals a la recerca. La formació en metodologia de la recerca i disseny d'estudis i la docència, també són un aspecte clau. Els professionals d'AP implicats en la formació han de incorporar al programa de formació, la transmissió de valors i habilitats que desvetllin la inquietud investigadora entre els alumnes/especialistes en formació. Els investigadors també han de comptar amb infraestructures de suport a la recerca.

En aquest sentit, l'Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP) treballa per posar a la seva disposició mitjans i serveis que els permetin millorar el desenvolupament de la recerca; acredita i garanteix els projectes i el procés d'investigació i promou la cooperació amb altres organismes de recerca nacionals i internacionals. Per seguir avançant, també és necessari que es consolidin grups de recerca de l'APS, s'estableixin vincles entre ells i que disposin de suport econòmic. La convocatòria dels Ajuts per a la creació de Grups de Recerca d'Excel·lència i l'Accreditació, Grups de Recerca consolidats i emergents de l'IDIAP Jordi Gol, contribueix a avançar en aquesta direcció. Els investigadors de l'APS han d'estar presents a les agències avaluadores dels projectes i en les convocatòries específiques de recolzament a la recerca en aquest àmbit. D'altra banda, els directius han de vetllar perquè els professionals disposin de temps per a la recerca i la docència i, especialment, per a l'aplicació dels resultats de la recerca de qualitat a la pràctica assistencial.

#### **IMPACTE DE LA RECERCA EN LA PRÀCTICA DELS PROFESSIONALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT.**

L'impacte de la recerca es pot definir com la mesura en què els nous coneixements poden modificar la pràctica habitual i el comportament dels professionals, al incorporar aquests coneixements a la pràctica (Escudero-Gomez, et al., 2008).

L'avaluació de l'impacte de la recerca en la pràctica clínica comporta alguns reptes. L'avaluació més habitual, substancialment basada en el FI, resulta poc adient a l'AP. En l'informe australià sobre l'impacte generat per 17 projectes de recerca competitiu realitzats a atenció primària, Kalucy afirma que no hi ha un únic indicador que pugui reflectir l'impacte dels resultats de la recerca en el treball quotidià dels professionals sanitaris (Kalucy L et al., 2009) (Escudero-Gomez et al., 2008). La millor mesura integral de l'impacte de la recerca es pot obtenir a partir de l'anàlisi conjunt de diversos indicadors. Amb aquesta finalitat, s'han dissenyat diversos models, entre els que destaquen el de Kuruvilla (Kuruvilla, Mays, Pleasant, & Walt, 2006) et al i el model de *Payback* proposat per Buxton i Hunney (Buxton & Hanney, 2008). El model de Kuruvilla et al proposa tres categories per a l'avaluació integral de l'impacte de la recerca: la producció del coneixement, la transmissió i l'aplicació.

Pel que fa a la **producció del coneixement**, indicadors quantitatius com el nombre de publicacions (articles originals, GPC, tesis doctorals) i la seva qualitat científica mesurada amb indicadors qualitatiu (el FI i el nombre de cites) constitueixen una forma de mesurar la capacitat dels grups de recerca locals, nacionals i internacionals.

En l'àmbit de l'APS, la producció científica és baixa (Turabian-Fernández & Perez-Franco, 2003). La participació en projectes de recerca finançats en convocatòries competitiu com el Fons d'Investigacions Sanitàries (FIS) no arriba al 5% i la participació en assaigs clínics de qualitat, també és menor del 4% (Fernandez, I, 2003). No obstant, les memòries de recerca de l'IDIAP Jordi Gol, mostren un increment notable en la producció científica. Si es comparen l'any 2005 i 2008, el nombre de publicacions ha passat de 224 a 263 (increment del 17,4%), el FI de 63 a 245 (increment del 298,9%), el nombre de projectes actius de 80 a 108 (increment del 35%) i el nombre de projectes europeus ha passat de 4 a 6.

Un dels primers objectius de la recerca és la **transmissió dels coneixements**, als professionals clínics per a la seva aplicació. Els camins pels que circulen els nous coneixements són variats (premsa, publicacions científiques, bases de dades, sessions, companys, congressos, internet, ...) i de diferent eficàcia i rapidesa.

#### **L'APLICACIÓ DEL CONEIXEMENT. LA RECERCA TRANSLACIONAL**

L'aplicació de nous coneixements a la pràctica clínica requereix tres etapes: la transmissió dels coneixements, l'acceptació i l'adopció. Si es vol que les troballes de la recerca de qualitat

contribueixin a millorar la salut, cal que els seus resultats arribin als professionals que les han d'aplicar.

En els últims temps, la preocupació per l'aplicació pràctica de l'evidència disponible, supera, en alguns casos, la necessitat de generar noves evidències.

Els estudis mostren que els treballs de síntesi dels resultats més rellevants de la recerca (revisions sistemàtiques, metanàlisis o GPC) són útils per difondre, de forma ràpida i clara, els resultats de la recerca a la pràctica clínica.

No obstant això, l'aplicació de nous coneixements no és immediata. Molts tractaments amb efectivitat demostrada, no acaben de ser aplicats de forma generalitzada pels professionals de la salut en general. Aquest fenomen afecta tant a activitats preventives com terapèutiques.

Un altre model d'avaluació de l'impacte socioeconòmic de la recerca és el **model de *payback*** proposat per Buxton i Hunney (Buxton et al., 2008). que inclou: la categorització multidimensional dels beneficis de la recerca (producció de coneixement, capacitació, assessorament de polítiques i desenvolupament de productes, beneficis per a la salut i els sistemes sanitaris, beneficis econòmics) i un model lògic que permet identificar la millor manera d'avaluar l'impacte. Aquest model ha estat l'utilitzat en l'informe de Kalucy sobre projectes d'investigació d'atenció primària finançats per entitats públiques a Austràlia (Kalucy L et al., 2009). Es van triar 17 de 59 projectes, (11 estudis d'intervenció i 6 descriptius) van assolir publicar 39 articles en 26 revistes diferents amb *paper review* i factor impacte. Els gestors i autoritats sanitàries van aplicar directament els resultats de 4 projectes i 7 dels projectes van contribuir a millorar l'oferta de serveis a nivell local o estatal. Alguns també es van utilitzar amb finalitat formativa a la universitat i en la formació continuada. A més, els resultats de 3 d'ells es van incloure en GPC.

### **ALGUNES RAONS QUE PODEN EXPLICAR LA INSUFICIENT REPERCUSSIÓ DELS RESULTATS DE LA RECERCA A LA PRÀCTICA CLÍNICA**

L'impacte de la recerca depèn de les característiques de les troballes, la credibilitat de l'equip investigador, la idoneïtat de l'objectiu, la congruència dels resultats amb la pràctica acceptada i les condicions socioeconòmiques i culturals del mitjà en que es realitza i intenta aplicar els resultats.

Algunes raons expliquen, almenys en part, l'escassa aplicació de la recerca a la pràctica. Turabian destaca la baixa qualitat o irrellevància d'algunes investigacions, falta de recursos, i absència de infraestructures que impulsin la investigació en línies claus (Turabian-Fernández et al., 2003). En el mateix sentit cal destacar: el creixement exponencial del nombre de publicacions, la complexitat dels estudis, l'escàs accés a la millor evidència, la dificultat dels professionals per identificar, disposar, avaluar, interpretar i aplicar

la millor evidència actualitzada. No obstant, a nivell de Catalunya l'IDIAP Jordi Gol, constitueix un referent en la promoció de la recerca de qualitat, i compta amb un cert reconeixement a nivell de l'estat espanyol i a Europa.

### **ALGUNES RECOMANACIONS PER A AUGMENTAR L'IMPACTE DE LA RECERCA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

No es pot esperar que l'aplicació de nous coneixements sigui immediata, donada la influència de les creences i experiències dels professionals, dels pacients i del context (econòmic, social i professional) on es desenvolupa l'activitat assistencial. La publicació de les troballes de la recerca en revistes amb FI, pot facilitar la seva difusió, malgrat que, no hi ha relació directa entre el FI i la seva rellevància a la pràctica clínica. Els índexs de citació i les descàrregues de la web, mostren si els documents han estat accedit però no l'impacte en la pràctica. Per tant, no es pot avaluar l'impacte i qualitat de la recerca exclusivament amb indicadors bibliomètrics (Escudero-Gomez et al., 2008).

Saber si la bibliografia científica té repercussió en la pràctica assistencial resulta de gran complexitat. En general, s'accepta que un major nombre de mitjans de transmissió facilita que la investigació arribi millor i influeixi, en major grau, en els professionals i també, que la col·laboració entre investigadors i gestors impulsa l'aplicació de les troballes de la investigació.

Per finalitzar, l'informe de Kalucy (Kalucy L et al., 2009) aporta **suggeriments per a augmentar l'impacte** de la recerca. A les **entitats finançadores**: animar als investigadors a involucrar als usuaris i assenyalar els punts compartits pels polítics sanitaris; compartir les troballes amb els beneficiaris i amb els responsables sanitaris i polítics; suport i finançament de les xarxes acadèmiques i professionals, universitats i col·legis de metges; i animar als investigadors a documentar i publicar l'impacte dels projectes. **Els investigadors** han d'enfortir les relacions amb organitzacions sanitàries, gestors, polítics, consumidors i universitat; involucrar als líders d'opinió, gestors, organitzacions de serveis sanitaris i altres possibles agents que es beneficiïn de la investigació; difondre la importància de la investigació a tots els nivells (consumidors, organitzacions, mitjans de comunicació,...); mantenir contactes amb persones que es van beneficiar de les troballes a fi de seguir la pista de posteriors aplicacions. **Les autoritats i responsables sanitaris** han de promoure la investigació rellevant centrada en les necessitats de la població.

També s'ha suggerit, incloure en els resultats de la recerca, un apartat concret sobre "com traslladar els seus resultats a la pràctica", i afegir una llista que permeti comparar una activitat amb altres similars. En síntesi, es pot augmentar l'impacte social de la investigació que es realitza a l'APS primària, dissenyant projectes d'investigació rellevants i d'alta qualitat i estimulant la transferència ràpida dels seus resultats cap a l'aplicació clínica.

## BIBLIOGRAFIA

- Beasley, J. W., Starfield, B., van Weel, C., & Haq, C. L. (2007). Global Health and Primary Care Research. *J Am Board Fam Med*, **20**, 518-526.
- Buxton, M. J. & Hanney, S. (2008). Desarrollo y aplicación del Modelo Payback para la evaluación del impacto socioeconómico de la investigación en salud. *Med.Clin.(Barc.)*, **131 Suppl 5**, 36-41.
- Cevallos, G. C., Garrido, E. S., Lopez, O. M., Cervera, B. E., & Estirado, G. A. (2004). Investigación en atención primaria: actitud y dificultades percibidas por nuestros médicos. *Aten.Primaria*, **34**, 520-525.
- De Maeseneer, J. M., van Driel, M. L., Green, L. A., & van Weel, C. (2003). The need for research in primary care. *Lancet*, **362**, 1314-1319.
- Diogene-Fadini, E. (2005). [Promotion of clinical research in primary health care]. *Aten.Primaria*, **36**, 563-565.
- Escudero-Gomez, C., Estrada-Lorenzo, J. M., Lazaro, P. (2008). El impacto de la investigación en la práctica clínica. *Med.Clin.(Barc.)*, **131 Suppl 5:25-9**, 25-29.
- Fernandez, F., I (2005). Investigación en atención primaria. *Med.Clin.(Barc.)*, **124**, 57-60.
- Fernandez, F., I (2003). ¿Investigación en atención primaria? *Aten.Primaria*, **31**, 281-284.
- Jimenez, V. J. (2004). Necesitamos más y mejor investigación en atención primaria. *Aten.Primaria*, **34**, 525-527.
- Kalucy L, Bowers EJ, McIntyre E, Hordacre AL, Reed R, & and PHC RIS Research team (2009). *Exploring the impact of primary health care research* Primary Health Care Research & Information Service.
- Kuruville, S., Mays, N., Pleasant, A., & Walt, G. (2006). Describing the impact of health research: a Research Impact Framework. *BMC.Health Serv.Res.*, **6:134**, 134.
- Lewis, G. (2008). Beneficios de la investigación médica para la sociedad. *Med.Clin.(Barc.)*, **131 Suppl 5**, 42-47.
- Mant, D., Del Mar, C., Glasziou, P., Knottnerus, A., Wallace, P., & van Weel, C. (2004). The state of primary-care research. *Lancet*, **364**, 1004-1006.
- Navarrete, C. J. & Banqueri, O. J. (2008). [Scientific information systems: tools for measures of biomedical research impact]. *Med.Clin.(Barc.)*, **131 Suppl 5**, 71-80.
- Starfield B (2001). Necesidades de investigación en Atención Primaria. . In Masson (Ed.), *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología* (pp. 425-447). Barcelona.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.*, **83**, 457-502.
- Turabian-Fernández, J. L. & Perez-Franco, B. (2003). La investigación irrelevante o la investigación como deporte: un pareja explosiva. *Tribuna Docente*, **3**, 38-51.
- Van, W. C. & Rosser, W. W. (2004). Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann.Fam.Med.*, **2 Suppl 2**, S5-16.
- Violan, C. & Bolibar, B. (2006). Investigación biomédica. Papel de la atención primaria. *Med.Clin.(Barc.)*, **126**, 614-615.
- Weiss, B. D. (2000). Why family practice research? *Arch.Fam.Med.*, **9**, 1105-1107.
- Yallop, J. J., McAvoy, B. R., Croucher, J. L., Tonkin, A., & Piterman, L. (2006). Primary health care research—essential but disadvantaged. *Med.J.Aust.*, **185**, 118-120.

## Col·loqui: Atenció Primària

# PERQUÈ EL METGE DE DEMÀ S'HA DE FORMAR A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA D'AVUI

**Joan Gené i Badia**

CAPSE-ICS-Universitat de Barcelona

Exposaré quina pot ser la contribució de l'atenció primària i la medicina de família a la formació dels metges, mostrant que pot aportar a cadascun dels diferents nivells de formació: el pre-grau, la formació postgraduada i la formació continuada.

Començaré amb una anècdota que il·lustra molt bé alguns dels prejudicis que existeixen sobre el tema. Fa una setmana, un psiquiatre del CAP de Salut Mental del barri es va posar en contacte amb mi perquè l'ajudés a promocionar un "curs de salut mental per metges d'atenció primària" que havia preparat amb els altres psiquiatres i psicòlegs del seu centre. Ja tenia els professors i el curs. Només li faltaven els alumnes. El vaig ajudar a anunciar el curs al web de la Societat Catalana de Medicina de Família, però també li vaig suggerir que la propera vegada que volgués organitzar un curs per a metges de família es posés en contacte amb mi des de l'inici. Segurament el podria ajudar a escollir els temes que ens interessin i a buscar metges de família que fessin aportacions rellevants com professors. Tot plegat faria més interessant el curs i permetria que millorés l'audiència. Educadament em va dir que prenia nota del meu oferiment, però de ben segur que va pensar que jo desbarrava. Els metges de família poden fer quelcom més que seure com alumnes als cursos que organitzen els especialistes secundaris? Que poden saber els metges de família de salut mental? Qui sap més salut mental que un psiquiatre?

És conegut que al voltant del 30% dels pacients dels centres d'atenció primària presenten algun tipus de patologia mental, sovint combinada amb altres malalties orgàniques o amb problemes socials. La majoria d'aquests pacients no acaben mai a la consulta del psiquiatre ja que el seu volum col·lapsaria els centres de salut mental. Els estudis mostren que en els trastorns mentals menors, els metges de família obtenen uns resultats clínic similars als psiquiatres, encara que els metges d'atenció primària no facin uns diagnòstics tan acurats ni prescriuin tan bé els psicofàrmacs. És evident que els criteris d'atenció als casos més greus no tenen que ser vàlids per abordar la patologia més banal. Recordem que els dos darrers meta-anàlisis sobre els antidepressius, els fàrmacs més emprats en aquests pacients, assenyalen que són inefectius en els trastorns depressius més lleus, i en canvi tenen una eficàcia

ben demostrada pels trastorns més severos (1). Així doncs sembla que el metge de família té experiència en aquests problemes i que els aborda d'una forma efectiva, encara que diferent de l'especialista secundari.

En l'oferta de formació continuada encara hi han molts cursos, com aquest, sorgits de l'oferta i no de la necessitat, especialment en activitats finançades per la indústria farmacèutica. Els interessos comercials contribueixen a que la formació s'organitzi per patologies i a que siguin els especialistes secundaris que treballen en un entorn d'alta prevalença de malaltia i per tant amb més agressivitat terapèutica, els que fixin els criteris diagnòstics i terapèutics dels metges d'atenció primària. Afortunadament, i malgrat que la indústria farmacèutica segueix essent el principal finançador de la formació continuada, cada vegada hi han més cursos liderats pels professionals d'atenció primària, no esbiaixats pels interessos comercials, que contribueixen a promoure una atenció centrada en la persona i no medicalitzada.

Tampoc m'estendré en la formació MIR del metge de família ja que el programa d'aquesta especialitat està molt consolidat. Segurament el gran nombre de residents i de tutors que hi treballen ha contribuït a que sigui el que ha aportat més innovacions que després han estat seguides per les altres especialitats. Ha destacat en l'acreditació de tutors, en l'avaluació de residents, en la utilització de la moderna metodologia docent i en el disseny d'un programa basat en competències. Actualment, a Catalunya s'està intentant implicar a les Universitats en el procés de formació postgraduada, creant un màster interuniversitari d'atenció primària perquè els residents complementin la formació MIR amb una vessant més acadèmica. La iniciativa promourà la recerca i la realització de tesis doctorals d'atenció primària, al mateix temps que consolidarà l'especialitat dins de la universitat.

M'agradarà centrar la meua exposició en la contribució de l'atenció primària en la formació de tots els metges que precisarem el dia de demà. No només perquè cada vegada es presten més serveis a la comunitat i disminueixen els llits hospitalaris, sinó perquè l'atenció primària és especialment experta en les competències que requereixen els metges del futur.

Franciscus de la Boe Sylvius, professor de medicina de la Universitat de Leyden. Deia: “*El meu mètode d’ensenyar la medicina es portar de la ma als estudiants cap a la pràctica de la medicina, acompanyar-los cada dia a veure pacients a l’hospital públic, on poden escoltar els símptomes dels pacients i observar les seves manifestacions físiques. Després, pregunto a l’estudiant sobre el que li ha cridat l’atenció del pacient, i quins son els seus pensaments i percepcions sobre les causes de la malaltia i sobre els principis del tractament*” (2). Malauradament aquesta docència personalitzada, orientada a la reflexió i a la pràctica clínica que tenia aquest professor holandès del segle XVII no és habitual a les nostres facultats de medicina. Avui, la formació és molt teòrica, memorística i allunyada de la pràctica, encara que les universitats són conscients de la necessitat de canvi per aconseguir que, en aquest mercat mundial de professionals sanitaris, els metges que es formen a Catalunya tinguin unes competències similars als de la resta d’Europa. El moviment de l’Espai Europeu d’Ensenyament Superior, a més d’unificar programes i mètodes docents, el que busca és aconseguir que les competències que adquireixen els estudiants a les facultats s’apropin als perfils dels professionals que necessita la nostra societat. Justament aquesta política universitària general és d’especial rellevància en una disciplina d’indiscutible impacte social com és la medicina.

L’any 2003 la Generalitat de Catalunya va publicar el “Llibre Blanc de les Professions Sanitàries” per marcar com han de ser els professionals que precisarem en un futur proper atenent als canvis demogràfics, científics i socials que s’estan produint al nostre país. El document es va elaborar de forma participativa, per recollir totes les perspectives i aconseguir un alt grau d’acceptació per part de l’entorn sanitari català. Aquest llibre, en referència a la formació pregraduada assenyalava: “*En la formació de pregrau, els objectius, l’organització i els continguts curriculars no són efectius per aconseguir el tipus de professional que es necessita. La formació pregraduada ha de viure una transformació intersectorial que tingui com a objectiu una educació més pràctica, interdisciplinària, basada en la solució de problemes i centrada en allò que s’aprèn*” (3). Aquest llibre blanc avala, entre moltes altres coses, el procés de reforma que s’esta produint dins de la Universitat per introduir el Grau en Medicina. Avui, set anys després de la publicació d’aquest Llibre Blanc, hem de reconèixer que s’han produït avenços, malgrat que els més entusiastes encara voldríem córrer més. Hem augmentat el nombre de facultats de medicina i justament aquest curs 2009-2010 hem començat el grau de medicina en totes les facultats, malgrat les limitacions pressupostàries i la resistència al canvi dels estudiants i d’una part del professorat. En tota aquesta reforma, l’atenció primària hi té un paper fonamental, tant pel “que” pot aportar de coneixement com pel “com” ofereix la formació des de la consulta del metge de família o treballant en equip a la comunitat.

En quant al “que”, hem de considerar que la medicina de família té sis competències bàsiques que s’adquireixen al llarg dels diferents períodes de formació. Com he assenyalat abans, són

essencials pels metges de família, però també són necessàries per la formació d’altres professionals i encaixen perfectament en les necessitats no cobertes que identificava el Llibre Blanc de les Professions Sanitàries.

Les sis competències bàsiques són:

- 1. *El maneig clínic d’atenció primària.* Vol dir ser capaç d’atendre inicialment tot nou problema del pacient, cobrint una àmplia gama de condicions, coordinant l’atenció amb altres professionals tant a l’atenció primària com amb d’altres nivells del sistema sanitari. Actuant com advocat del pacient per assegurar una bona atenció i una adequada utilització dels serveis de salut.
- 2. *Atenció centrada en la persona.* Inclou l’habilitat d’abordar els problemes dels pacients considerant les seves circumstàncies. Establir una bona relació metge-pacient que respecti la seva autonomia i oferir una continuïtat en l’atenció que es prolongui de forma longitudinal al llarg de la vida del pacient.
- 3. *Habilitats específiques per resoldre problemes.* Fan referència a saber prendre decisions clíniques considerant la prevalença i la incidència de les malalties a la comunitat. Ser capaç de tolerar la incertesa, de recollir informació de forma selectiva i incremental, establint un pla de treball amb la col·laboració del pacient. Ser capaç d’intervenir amb urgència quan sigui necessari així com d’abordar les fases inicials i indiferenciades de les malalties. Sempre fent un us efectiu i eficient de les proves diagnòstiques i de les intervencions terapèutiques.
- 4. *Enfocament global.* Inclou l’habilitat de gestionar simultàniament múltiples queixes i malalties, tant agudes com cròniques. Gestionar i coordinar intervencions de promoció de la salut, prevenció, cura i rehabilitació.
- 5. *Orientació comunitària.* Conciliar les necessitats de salut del pacient amb les de la comunitat on viu de forma equilibrada amb la disponibilitat de recursos
- 6. *Enfocament Holístic.* Saber emprar el model bio-psico-social considerant les dimensions culturals i existencials de les persones.

Aquestes competències s’apliquen seguint uns trets essencials que, òbviament, no són exclusius del metge de família, però que en aquest professional reverteixen un interès especial. Són tres:

1. Contextuals: entendre el context del metge i del seu entorn de treball, considerant les condicions de treball, la cultura de la comunitat i els marcs econòmics i legals.
2. Actitudinals. Basats en les capacitats, valors i ètica dels metges.
3. Científics. Adoptant un enfocament crític i de recerca davant la pròpia pràctica clínica que porti a l’aprenentatge continu i a la millora de la qualitat.

Al considerar el "com" s'ofereix la formació a l'àmbit de l'atenció primària hem de començar recordant que l'experiència britànica mostra que els estudiants formats en hospitals terciaris obtenen als exàmens uns resultats similars als dels estudiants que han estat formats en hospitals comarcals i a l'atenció primària (4). La majoria de coneixements, habilitats i actituds necessàries per la pràctica professional es poden aprendre a l'atenció primària. És un entorn on s'observen les presentacions precoces de la malaltia, al mateix temps que el seu impacte a llarg termini sobre el pacient i la família. La majoria de coses que passen a l'atenció primària no estan planificades i estan basades en les necessitats del pacient. La docència es eminentment pràctica i personalitzada. Hi ha un sol alumne per tutor. La formació no es basa només en observar la consulta seient al costat del metge. Sinó que es pot organitzar l'atenció de forma que l'alumne obtingui el màxim benefici educatiu de la seva estada al centre. Algunes iniciatives que es realitzen de forma habitual poden ser les següents(5):

- Que el tutor i l'alumne intercanviïn els seients, forçant a que l'alumne prengui la iniciativa davant del pacient. Aquesta situació permet observar directament la conducta de l'alumne i comentar els aspectes millorables de l'atenció.
- Fer una observació dirigida a diferents tècniques de entrevista que es produeixen durant la consulta
- Entre visites, discutir l'evidència sobre aspectes del maneig clínic del pacient que s'hagin pogut produir durant la consulta.
- Deixar que l'alumne faci una historia clínica i una exploració tot sol i posteriorment revisar la seva feina.

Només cal fer petites modificacions a l'agenda de la consulta per tirar endavant iniciatives d'aquests tipus. Les avaluacions mostren que els estudiants tenen una opinió molt bona de les rotacions que realitzen als centres d'atenció primària, encara que consideren que la universitat no valora degudament aquesta activitat i no desitgen fer la residència de medicina de família (6). Segurament la manca de valoració social i acadèmica de la medicina de família explica aquest fenomen. La universitat espanyola ha de reaccionar si vol adaptar-se al nou entorn europeu. Els metges de família sempre critiquem que la Universitat precisa de bons metges clínics per formar els seus estudiants en aquestes habilitats i en canvi escull els professors basant-se en el factor d'impacte de les seves publicacions. No cal dir que el perfil del metge investigador-publicador no és el mateix que el del clínic-assistencial. Però la pròpia atenció primària no pot quedar-se en un estat de queixa permanent. De ben segur que té una gran responsabilitat en la construcció de la seva pròpia credibilitat acadèmica. L'aconseguirà investigant sobre la

docència que es realitza a l'atenció primària i desenvolupant les bases conceptuals de la disciplina (7). Encara que, como tota disciplina emergent, no podrà fer-ho tota sola. Només amb una discriminació positiva podrà cobrir l'endarreriment que porta davant d'altres disciplines. La universitat hauria de considerar-ho seriosament si vol introduir canvis substancials en el currículum que permetin ajustar la formació que esta oferint a les noves necessitats d'atenció que demanda la societat.

L'aportació de l'atenció primària al món universitari no es limita només a ser un àmbit per realitzar pràctiques clíniques sinó que aquesta disciplina ha de servir també per aportar una visió global de l'individu dins del seu entorn, en una formació totalment especialitzada que ofereix una visió fragmentada de la persona. Un bon exemple d'aquesta contribució és l'experiència innovadora que s'ha realitzat a la Universitat de Barcelona amb el Grau de Medicina. S'ha introduït al primer curs una assignatura anomenada "Introducció a la salut, demografia, antropologia i història de la medicina". L'enfoc global de l'atenció primària ha permès donar coherència a un conjunt de disciplines aparentment desintegrades. Els alumnes, a més d'una experiència precoç d'exposició a la pràctica clínica han pogut treballar, des d'una visió global i holística: la salut, la persona dins del seu entorn familiar i comunitari i el metge dins del sistema de salut. De ben segur que aquesta disciplina ajudarà a donar coherència al coneixement fraccionat i especialitzat que aniran treballant al llarg del grau.

Encara hi ha molt terreny per córrer, però estem donant passos decisius. Que la Reial Acadèmia de Medicina s'interessi pel que passa a l'atenció primària, és un exemple del paper emergent que adopta l'atenció primària dins el món acadèmic.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. *Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis*. JAMA 2010;303:47-53.
- 2.- Gordon J. ABC of learning and teaching in medicine. One to one teaching and feedback. BMJ 2003;236:543-545
- 3.- Oriol Bosch A, Oleza R, Òrgan Tècnic per a l'Elaboració del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries (Catalunya). Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2003
- 4.- Worley P, Esterman A, Prideaux D. Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings. BMJ 2004;328:207-210
- 5.- Grant A, Robling M. Introducing undergraduate medical teaching into general practice: an action research study. Medical Teacher 2006;28(7):e192-e197
- 6.- Menárquez Puche JF, Tudela MB, Hernández Sánchez JM, García-Estañ López J. Medicina de familia i Universidad ¿como lo ven los estudiantes?. Aten primària 2009. Doi:10.1016/j.aprim.2009.07.011
- 7.- Villiers M. Learning in Primary care – a report. Medical Education 2000;34:936-938

## Col·loqui: Atenció Primària

# LA VESSANT ASSISTENCIAL DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

**Esther Limón Ramírez**

Metge de família. EAP Ronda Prim, ICS. Mataró

Per començar, m'agradaria donar les gràcies a la Reial Acadèmia de Medicina per donar-nos l'oportunitat de parlar del nostre àmbit assistencial i que siguin professionals de l'Atenció Primària de Salut (APS) els que expliquem què fem, què podem fer i què voldríem fer per donar respostes a les necessitats dels nostres pacients.

El meu primer dia de residència, el Dr Gené ens va portar als meus companys i a mi a fer un petit aperitiu de benvinguda. Després de parlar una mica de què esperàvem aprendre, ens va preguntar: "Si el coneixement mèdic fos un pastís, vosaltres, quin tros creieu que és la Medicina de Família?". Tots vam caure en el parany i vam dir que havíem de saber una mica de tot. Per tant, érem la part central del pastís, que agafava els vèrtexs de totes les porcions. El Dr Gené va somriure i ens va dir: "Esteu molt equivocats. La Medicina de Família és un tros com els altres, té un cos de coneixement propi, un camp d'actuació propi, i això és el que nosaltres us intentarem ensenyar".

Tot i que ell en la seva exposició parlarà extensament sobre aquests conceptes, és un element cabdal de la nostra actuació el coneixement que nosaltres considerem propi de la nostra especialitat: el maneig de la incertesa (que tant recorda a les teories més novadores de la física quàntica!), l'atenció integral i integrada i centrada en les persones, però tenint alhora un enfocament global, comunitari, poblacional. De manera que un metge de família, no és només un metge expert, sinó que també té habilitats de raonament deductiu, fa assajos terapèutics, té coneixements d'epidemiologia, habilitats per la comunicació i un llarg etc.

Des d'aquesta perspectiva, podem posar en valor la nostra activitat diària. Si ens acostem a un CAP, un dia qualsevol, veurem que hi ha un equip de persones, al servei de moltes persones. Diferents categories professionals, amb un mateix objectiu: donar servei de salut. Duem a terme activitats burocràtiques, fem activitats preventives, diagnostiquem i tractem, seguint les millors pràctiques basades en l'evidència científica i emmarcats en els principis de l'ètica mèdica. Vetllem per la salut i acompanyem en la malaltia a totes les persones que tenim assignades. No diem que no a cap motiu de consulta, a cap persona que demani ser atesa. Hi ha lliure elecció de professional, i lliure elecció d'equip d'Atenció Primària. Les dades de la nostra activitat ens avalen. El Catesalut publica a la seva memòria de 2008 que es van fer més de 41 milions de visites

(més de la meitat fetes per metges de família) vs les 600.000 altes per hospitalització convencional (Catesalut, 2008)

Som, certament, la porta d'entrada al nostre sistema de salut, però alhora som molt més que uns simples "porters". La nostra manera de treballar ens fa destriar la patologia banal de la greu, i la nostra intervenció fa viable que al nivell secundari d'atenció la prevalença de malaltia sigui més elevada, facilitant l'eficiència del sistema en conjunt.

Tot això és possible perquè tenim una metodologia sistemàtica de treball, que aprenem durant la residència. Treballem les àrees identificades com a principals determinants de salut i estem en continus cercles de millora, a nivell assistencial, a nivell de cures, a nivell de prescripció, etc.

Les prioritats de les nostres actuacions vénen marcades pel nostre compromís amb les línies estratègiques que marca el Departament de Salut, de manera que estem implicats en vacunacions, actuacions comunitàries, treball amb grups de pacients, pacients experts, actuacions de Salut Pública, resposta a patologia aguda, control de patologia crònica... a tot arreu del territori, des del nen fins al malalt en situació d'últims dies. Com diu Juan Gèrvas, "de la cuna a la tumba".

I tot això som capaços de fer-ho amb una mitjana de 7 minuts per visita!

Un cop he parlat del que som capaços de fer, m'agradaria exposar a continuació quin és l'entorn en el que estem treballant actualment i dos dels reptes més importants.

Per una banda, l'accentuació de l'envelliment demogràfic és un dels fets més evidents. Aquest fenomen és similar a tots els països desenvolupats del nostre entorn. És un fet contrastat que l'augment de l'esperança de vida als països desenvolupats s'acompanya alhora de una major utilització dels serveis sanitaris (Guerra de Hoyos, 2007) tot i que no es relaciona amb una millora proporcional de l'estat de salut dels ciutadans (de la Revilla, 1991).

L'evidència demostra que són les característiques de l'individu, sobre tot el seu estat de salut – ja sigui l'autopercepció o l'aproximació per indicadors més objectius tal com malalties cròniques, accidents, limitació de les activitats de la vida diària i la incapacitat temporal-, les que es relacionen amb la utilització dels serveis i que altres característiques com ara el sexe i l'edat actuen

com a moduladors. També variables com l'entorn familiar i/o cultural, les característiques del professional sanitari podrien explicar la variabilitat observada. (Saez, 2003). Alguns autors creuen que les característiques poblacionals expliquen el 50% de les variacions de la utilització i l'altre 50% resultaria explicat per factors del professional i l'organització; altres autors, en canvi, atribueixen un 82% de la freqüentació a l'edat i l'estat de salut (Guerra de Hoyos, 2007).

De manera que podríem dir que uns professionals formats per diagnosticar i tractar i curar, estem treballant en un entorn cada cop més "sòcio-sanitari" on el paradigma no és el de la curació sinó el de les cures de llarga durada, la cronicitat, la complexitat, la comorbiditat.

En aquest sentit en el nostre àmbit d'actuació estem fent esforços per entendre l'escenari, per conceptualitzar models d'atenció diferents, per detectar els pacients més complexos (que generen més costos, és cert, però que tenen més necessitats a les que hem de donar respostes també), i per detectar pacients amb risc. Hi ha molt de camí a recórrer. Els nostres pacients no tenen només una patologia i estudis recents demostren que és la comorbiditat el principal predictor d'ingrés hospitalari i de mortalitat. I qui és el professional expert en comorbiditat?

Per altra banda la nostra societat ha canviat: la globalització, la societat de la informació, els avenços científics... han comportat una adquisició de valors i conductes diferents quant a salut i requeriments sanitaris.

El nostre sistema de salut ha evolucionat sotmés a les mateixes forces que la nostra societat i el progrés de la medicina, que ha produït efectes positius indiscutibles en la salut de la població, paradoxalment ve acompanyat de la disminució de la tolerància davant les molèsties i malalties banals. La salut ha esdevingut un bé de consum i la sanitat un sistema regit per les lleis de mercat. **(Grup d'ètica de la camfic)**. Quant més gasta una societat en assistència sanitària i millors són els seus indicadors de salut, major és la probabilitat de que els seus ciutadans es considerin malalts.

I en canvi sabem que la medicalització excessiva de la vida diària, l'obsessió per una salut perfecta i la valoració de la normalitat com a risc de malaltia faran que es compleixi la frase d'Aldous Huxley "la medicina ha avançat tant que ja ningú està sa".

Al nostre àmbit també estem preocupats per la medicalització creixent de la vida: ens plantejem donar respostes intel·ligents. Si entenem per conducta intel·ligent aquella que augmenta les possibilitats de benestar i millora de les possibilitats d'un mateix i del seu entorn, aleshores una resposta saludable és una resposta intel·ligent. Si a una determinada situació o problema no s'hi dona una alternativa idònia la solució esdevé part del problema. Això ens passa sovint a la consulta. Amb les pressions que rebem, tant de temps, com socials, la resposta medicalitzadora és fàcil però contribueix en no pocs casos a cronificar situacions. És a dir, som iatrogènics. Les respostes intel·ligents han de contribuir a millorar els problemes de salut i enfortir la capacitat de les persones i la societat per autocuidar-se i enfrontar el risc i la malaltia que comporta el fet de viure, lluitant contra les fonts de la iatrogènia

La qüestió es escoltar, i tenir temps per fer-ho; una escolta activa cura i alleugereix moltes de les demandes que ens fan. La confiança és la nostra principal moneda de canvi.

I em pregunto, quins són els professionals experts en escoltar, acompanyar? Quins són els professionals en qui els pacients disposen veritablement la seva confiança?

Com diem els metges de família "els malalts no són de ningú". Tots tenim molt a fer, per donar respostes intel·ligents a les necessitats de la nostra població.

Moltes gràcies per donar-nos l'oportunitat de posar en valor la nostra actuació a la seu de la nostra Acadèmia.

## BIBLIOGRAFIA

- Cat salut. Memòria d'activitats 2008. [en línia] [http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/memories/2008/08\\_catsalut\\_resum.pdf](http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/memories/2008/08_catsalut_resum.pdf) [consulta: 26/04/2010]
- De la Revilla L. Necesidad, demanda y utilización. Modelos explicativos. En: De la Revilla L, ed. Monografías clínicas en atención primaria. Barcelona: Doyma, 1991: 1-9.
- Grup d'ètica de la CAMFIC. Malalts de salut. [en línia] <http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/qualitat/suplement.pdf> [consulta: 26/04/2010]
- Guerra de Hoyos JA, de Anca IA. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. Aten Primaria 2007; 39(7): 349-54.
- Saez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. Gacet Sanit 2003; 17(5): 412-9.

## Col·loqui: Atenció Primària

# LA MEDICINA DE FAMÍLIA, UNA DISCIPLINA ACADÈMICA?

### Dolors Forés

Presidenta de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Com no pot ser d'una altra manera començaré agraint l'oportunitat d'estar aquí i molt especialment al president, Dr. Jacint Corbella, amb qui he tingut l'honor de compartir algunes reunions professionals. Ell, representant aquesta antiga, molt antiga i respectada institució i, jo, una societat professional molt jove, amb una trajectòria curta però que pels esforços, il·lusions i participació potser també arribarà a ser centenària. A moltes i molts dels metges de família així ens agradaria, i no és somiar truites perquè és els que ja passa en altres països on la societat científica de metges de família ja gaudeix del títol de "Royal", que només s'atorga a les institucions de més de cent anys d'antiguitat. Bé, cada país és diferent i de ben segur que aquesta no és la major preocupació dels socis, ni de la Junta als quals en aquest acte represento.

Les companyes i companys, bons amics que m'han precedit, han parlat dels temes importants de la nostre especialitat, són professionals molt joves encara, però amb l'experiència suficient per parlar des del coneixement i l'expertesa que els dona la seva excel·lent preparació i la seva pràctica professional, i han parlat dels temes cabdals: l'assistència i l'atenció als ciutadans, la formació i la recerca, aquestes darreres orientades a mantenir, millorar i actualitzar les competències dels nostres companys especialistes per garantir una millor qualitat i la màxima seguretat possible als nostres pacients.

Quan em varen dir que jo havia de ser la darrera en parlar, cosa sempre difícil, perquè les coses interessants ja s'han dit i tots estem cansats vaig pensar que potser per concloure i perquè entenguin millor la situació actual de la nostra especialitat i dels nostres professionals calia fer dues coses: la primera, un mínim recordatori de dates i fets i, la segona, una referència del context de l'especialitat als nostres països més propers a Europa per veure com han evolucionat ells i com han aconseguit estar en una situació diferent a la nostra.

Però no s'espantin .... pocs números o gràfics ...

Comencem per la història, i em perdonaran si les dates no són exactes, perquè només he fet servir la meva memòria... Comencem per ....

No sé al 1968 o 1969, no crec que calgui dir massa cosa, no sé si va ser aquell any o un any després quan es va cremar un cotxe

davant del *Hospital Clínico y Provincial de Barcelona*? Per aquelles dates feia molt, molt poc que la Universitat Autònoma havia tornat a iniciar la seva activitat després de moltíssims anys, i a l'altra, la *Universidad de Barcelona*, la meua en el primer curs, hi entraven no sé si uns pocs més o uns pocs menys, però érem uns 500 estudiants per any.

Cap a l'any 1974 o 1975, anys importants a la nostra història, ja hi havia des de feia uns anys exàmens MIR, s'oferien unes 1.700 places, si no recordo malament per 9.000, 10.000, 13.000 candidats, nombre que cada any augmentava pels que no entraven, clar. Se'n recorden de la famosa "*bolsa de paro*" que va arribar a tenir 17.000 llicenciats sens feina de metge? I la vaga a tot l'estat reclamant un contracte laboral?

Qui ens ho diria ara ... s'ofereixen més de 7.000 places i cada any surten de les nostres facultats més de 4.000 llicenciats.

MIR, que vol dir Metge Intern i Resident, perquè en aquells anys, encara hi havia un primer any comú a totes les especialitats. Ara parlem de la troncalitat, sembla una gran novetat, però de fet estem inventant la sopa d'all.

Perquè va desaparèixer el Metge Intern? Jo diria que pel mateix que passa ara: la generalitat no interessa ningú, els serveis volen tenir residents, quans més millor i els metges volen ser especialistes quan abans millor. I molts creiem conèixer les raons, la qual cosa no vol dir que no siguin ni lícites ni poc ètiques, ni tan sols criticables, però no tenim ni metges generalistes ni els especialistes tenen competències bàsiques.

Són els polítics, escollits pels ciutadans, els que han de respondre del model del sistema sanitari del país i els planificadors i gestors de la planificació que d'allò se'n derivi. Poc hi podem fer els professionals.

Molts especialistes un cop formats -estic parlant de l'inici dels anys vuitanta- no varen trobar plaça als grans hospitals, que per cert eren els únics que tenien programa MIR, i se'n varen anar a comarques.

Probablement va ser una gran sort per ells, pels hospitals i en definitiva per la sanitat del país perquè es varen omplir, jo diria que per primer cop a la història d'especialistes extraordinàriament ben formats, molts d'ells ara amb càrrecs de responsabilitat. Però alguns

varem anar a treballar a la “Primària” sense els coneixements específics, encara que pel que es feia amb dues hores i mitja tampoc era imprescindible.

L'any 1979 es va crear l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària. Aquesta denominació té dos principals motius: perquè el nom de Medicina General el tenien els metges llicenciats que exercien sense especialitat i ningú els hi va voler treure, i de fet incorporava aspectes que precisament eren novedosos i diferencials pel que fa a la pràctica d'aquests companys, molts d'ells grans professionals i boníssimes persones. I, l'altre, que l'especialitat neix perquè en el nostre apropament a Europa quedava palès que els metges generals dels països amb sistemes sanitaris semblants al nostre i en els quals ens emmirallàvem tenien aquesta àrea de coneixement com a una especialitat.

I varen ser els residents de les primeres promocions -als quals des d'aquí els faig un merescut reconeixement- els que varen pressionar perquè el tercer any de l'especialitat, que llavors era de tres anys, es fes tot fora de l'hospital.

I l'any 1981 varem iniciar a l'ambulatori de Just Oliveres de L'Hospitalet de Llobregat la formació dels primers residents. Poc després i fora de qualsevol organització professional va néixer la Societat Catalana de Medicina Familiar i comunitària, que va ser el nucli que va empènyer els companys de la resta de l'estat a crear les primeres societats autonòmiques, que poc després es varen constituir en una federació que és com hem continuat fins l'actualitat. Varen ser uns anys extraordinaris, les primeres històries clíniques pensades per primària, els primers protocols, les primeres jornades, les primeres publicacions pròpies i específiques –el primer llibre *Manual de Atención Primaria. Pautas de Actuación* i la primera revista amb el mateix nom. Les Comissions Nacionals es succeïen i no teníem temps de conèixer un programa de l'especialitat, que ja es publicava la nova edició ampliada i millorada.

I cap a l'any 1983 o 1984 es va fer la reforma de l'atenció primària, que encara no ha acabat i amb un model que ha perdurat fins ara. La reforma de l'atenció especialitzada encara està per fer.

Be, fins aquí aquesta primera part que els he comentat.

Però ja han passat més de 30 anys, i ara què?

Si mirem el context espanyol, i clar també el català, els metges de família estan preparats, s'ha aconseguit que l'especialitat -com la majoria de les altres- duri quatre anys, com han vist fan assistència, i també fan docència i recerca en la seva àrea de coneixement, però... no podem entrar a la universitat de ple dret com ho han fet totes les altres.

I per això em permetran que els presenti breument els arguments que han permès, tal com he dit en els països del nostre entorn, que els metges de família estiguin a la universitat.

Per fer això varen partir del concepte que la Medicina de Família és una disciplina.

Però què es una disciplina? Doncs, segons la Real Acadèmia Espanyola una disciplina es una “*facultat o ciència*”. Si mirem a

Google (ho sento, però qui no cau en la temptació) es defineix una disciplina científica o acadèmica com un terreny d'estudi o una branca de coneixement que s'investiga en una escola superior, un centre d'estudis o una universitat, i les disciplines estan reconegudes per: les publicacions acadèmiques on s'exposen els resultats del processos que els hi són propis i pels cercles acadèmics, intel·lectuals o científics als quals pertanyen els investigadors.

Crec, per tant, que som un disciplina, i ara el problema és: som una disciplina independent, o bé formem part d'una disciplina més àmplia com pot ser la medicina interna o la medicina preventiva que és una de les raons que ens donen per no poder -com he dit- tenir ple dret a la universitat.

Aquest era un problema que fa uns anys també es donava en alguns països com França, Suïssa, Itàlia, i alguns provinents de l'antiga Europa de l'Est. Doncs, per convèncer els reticents companys de la universitat, un notable grup de metges i professors europeus, socis rellevants de WONCA varen proposar el següent procés, que crec que no només és interessant sinó que en alguns països ha estat definitiu.

Un ampli grup de metges generals o de família de molts països europeus van pensar que la millor manera de fer-ho era partint de la descripció de les tasques diàries i quotidianes dels metges de família en les consultes, els consultoris i centres de l'Atenció Primària, per cert molt similars arreu, i per un procés de tempesta d'idees, prioritització i agrupació varen arribar a definir unes característiques pròpies d'aquest camp.

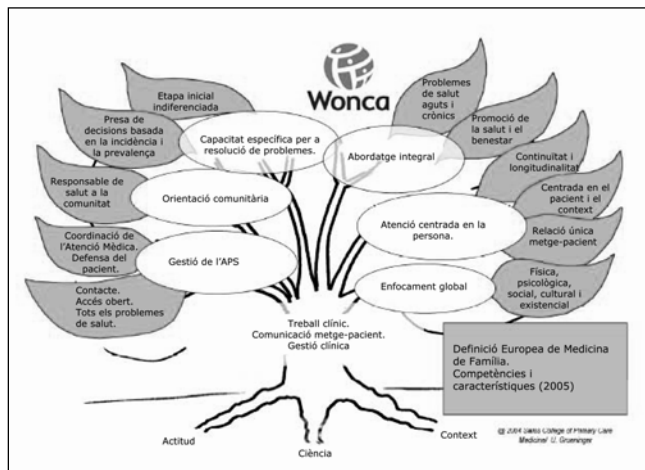
I aquestes característiques són onze:

- (a) la medicina de família és el primer contacte del ciutadà amb el sistema sanitari, perquè proporciona un accés obert, il·limitat als usuaris i s'ocupa de tots els problemes de salut, independentment de l'edat, el sexe o qualsevol altra característica personal.
- (b) fa un ús eficient dels recursos d'atenció sanitària mitjançant la coordinació de l'atenció, treballant amb els altres professionals de l'atenció primària i gestionant la interrelació amb altres especialistes, assumint “la defensa” del pacient quan es faci necessari, dintre del complicat sistema sanitari.
- (c) desenvolupa un abordatge global orientat a la persona, la seva família i la seva comunitat.
- (d) gaudeix d'un procés de consulta únic, que només és possible mitjançant una comunicació efectiva entre metge i pacient al llarg d'una relació prolongada en el temps.
- (e) és responsable de proveir segons les necessitats dels pacients una atenció continuada i longitudinal.
- (f) compta amb un procés específic de presa de decisions que està determinat per la prevalença i la incidència de la malaltia a la comunitat.
- (g) aborda tant els problemes de salut aguts com els crònics de cada un dels pacients.

- (h) tracta malalts en fases inicials, i moltes malalties es presenten de forma indiferenciada o poc diferenciada, el que no exclou que puguin necessitar d'una atenció urgent.
- (i) promou la salut i el benestar mitjançant intervencions apropiades i efectives.
- (j) té una responsabilitat específica en la salut de la comunitat, i finalment.
- (k) s'ocupa dels problemes de salut en les seves dimensions física, psicològica, social, cultural i existencial.

En la figura d'arbre que s'adjunta, i que la varen dissenyar els metges de família suïssos per aclarir els conceptes, les característiques estarien representades per fulles verdes, però al igual que les fulles que surten de branques, es varen agrupar les onze característiques en sis competències

1. gestió de l'atenció (a,b).
2. atenció centrada en la persona (c,d,e).
3. capacitats específiques per a la solució de problemes (f,h).
4. enfocament integral (g,i).
5. orientació comunitària (j).
6. abordatge global (k).



Aquestes competències i característiques són el nucli bàsic tant de l'exercici com de l'ensenyament i aprenentatge de l'especialitat de medicina de família. Algunes són totalment o parcialment

compartides amb altres especialitats, però cap altra especialitat les integra a totes i en la seva totalitat, per tant, configuren clarament una àrea de coneixement o disciplina independent.

Per acabar, cal dir que la pràctica competent de l'especialitat obliga el metge de família a integrar totes aquestes competències en les tres àrees principals de la seva tasca que són: el treball clínic, la comunicació metge pacient i la gestió clínica, que estarien representades pel tronc de l'arbre i tot això fonamentat en: el **context**, observant i respectant l'entorn de cada persona, la família i la comunitat; l'**actitud**, fonamentada en les capacitats professionals del metge, els seus valors i la seva ètica i, finalment, la **ciència o coneixement**, el desenvolupament d'una pràctica crítica, basada en la recerca i mantinguda al llarg del temps gràcies a la formació continuada, al desenvolupament professional i a la millora de la qualitat.

Amb aquests raonaments i amb l'arbre, que com he dit és propietat intel·lectual de "Schweizer Kollegium für Hausärzte", en aquest país els metges de família varen aconseguir que les llavors també reticents autoritats polítiques i universitàries entenguessin la necessitat de crear Departaments de Medicina de Família a les seves universitats. I, continuant amb el símil de l'arbre, és la sàvia que ara ens falta als metges de família d'aquest país, perquè aquella planta que va néixer fa més de trenta anys, s'assecarà.

Si hi estan d'acord, els demanem que des de la seva posició ens ajudin, i si no els he convençut és que no he sabut fer-ho tan bé com els col·legues suïssos perquè aquest país tingui el que a la resta de Europa és ja una realitat.

## BIBLIOGRAFIA

- 1-The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe, EURACT 2002
- 2- La Definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. Versión resumida. semFYC, 2007
- 3- The Educational Agenda of General Practice / Family Medicine. EURACT, WONCA Europe, EURACT Leuven 2005
- 4 - The specialist of the discipline of general practice. Semantics and politics mustn't impede the progress of general practice. BMJ 326-327; 320; 2000
- 5- The European Definitions of the Key Features of the discipline of General Practice: the role of the GP and core competences. BMJ 526-527; June 2002
- 6- Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from and EGPRW- meeting. Family Practice ; 21, 2004
- 7- Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. WONCA Europe EGPRN, 2009
- 8- Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educacion y Ciencia. Madrid 2004

## Ingrés d'Acadèmics corresponents

# CONSIDERACIONS SOBRE EL DOLOR CENTRAL I LA FIBROMIÀLGIA

**Jordi Carbonell i Abelló**

Acadèmic corresponent.

President, acadèmics, senyors i senyores, voldria compartir amb vostés unes consideracions sobre el dolor central i la fibromiàlgia.

Amb molts anys de feina a l'esquena i, després de molts pacients atesos, he anat dedicant part de la meva activitat professional a l'atenció d'un grup de pacients molt especial.

La Fundació de Fibromiàlgia va demanar-me si podia assessorar-los portant endavant les tasques del seu Comitè Científic. Aquest fet va fer-me saber del problema assistencial que patien aquests pacients i, com a conseqüència de tot plegat, he anat veient amb els anys molts pacients amb dolor generalitzat. Pacients als que els metges que els atenen, o bé per sospitar aquesta patologia o al no trobar-los causa del dolor, després de moltes voltes acabaven derivant-los cap a mi.

Passats els anys puc constatar amb certesa que hi ha una forta associació del dolor crònic generalitzat i un conjunt de símptomes sorprenents, amb les alteracions de l'estat d'ànim. Veig sovint pacients que es queixen d'aquest dolor general i no són conscients de que al mateix temps dormen malament, estan cansats, tenen ansietat i el seu to vital és baix amb graus variables de simptomatologia depressiva.

Al interrogar-los la seva sorpresa creix a mida que la història progressa ja que al verbalitzat aquestes parcel·les, per ells inconnexes, se n'adonen de la unitat de tot plegat, i de la connexió d'uns símptomes amb els altres. Les seves neses són l'expressió d'un únic problema central en territoris i òrgans diferents.

Els malats que veig, els que diem tenen Fibromiàlgia, són essencialment, però no exclusivament, dones. Es tracta doncs d'un problema de gènere? És un problema de salut nou? Hi ha fets rellevants que ens acosten a aquestes dues qüestions. Un d'ells és que la sensibilitat al dolor és més alta al sexe femení, fet constatable a nivell experimental. Els dolorímetres i els estudis de RM funcional proven que el llindar del dolor és més baix en les dones, i que l'activació dels patrons cerebrals del dolor es produeix també amb estímuls de pressió de menor intensitat.

Ens trobem davant d'un problema de salut nou? Probablement no. Les raons no són l'existència de documentacions històriques que parlin de pacients amb quadres clínics sospitosos de Fibromiàlgia, que n'hi ha fins i tot de bíbliques, si no en els fets associats als canvis produïts en el rol de la dona a la nostra societat i a la creixent exigència que sobre la salut tenen els nostres ciutadans.

En el transcurs de les nostres vides hem passat d'una societat on la medicina era poc efectiva, a una altra que ho és moltíssim. Hem passat d'una societat preocupada per les pandèmies infeccioses a una altra on gairebé la lletgesa es considera malaltia. D'una societat on l'individu s'havia de garantir personalment la cura de la seva salut a una altra on l'estat ho ha de proveir tot. D'una societat on la dona tenia un paper intramurs de la família, subordinada al seu benestar, a una altra on la dona ha pres un rol nou dins i fora de la família. Així la visibilitat dels problemes associats, no a la durada de la vida, si no a la seva qualitat han pres una importància progressiva, i aquests, no per ser predominantment femenins, no són problemes ja de tots.

He après doncs que hi ha pacients que van rodolant d'un metge a un altre, queixant-se de noses diverses sense que ni ells, ni els que els atenen, tinguin una visió global de la seva salut i siguin capaços de adonar-se de la unitat de tot plegat. Quins són aquests problemes de salut que els porten d'un lloc a un altre? Sovint els pacients refereixen episodis de dolors de parts toves de sempre. A ells se'ls hi hauria de sumar cefalees migranyoses, dolors menstruals excessius, cervicàlgies, lumbàlgies, dolors mandibulars per bruxisme, bufeta irritable, colon irritable, dispèpsies variades, episodis de crisis de pànic amb dolors precordials i taquicàrdies, trastorns de la son, problemes de concentració i memòria, èpoques de fatiga, etc. Tots aquests problemes són previs a un dia en el que els pacients generalitzen el seu dolor, que es fa constant i discapacitant, s'agreuja el cansament i la manca d'energia i s'afecta severament la son. En aquest moment els pacients comencen a veure limitat el seu rendiment a casa i a la feina i, com a conseqüència, el seu món comença a enfonsar-se.

No els troben res, i comença un seguit inacabable de proves i més proves, sense que els professionals que els atenen trobin res que no sigui el normal a les seves edats, o mostrin problemes de salut no relacionats. Els tractaments que es pauten tenen efectes limitats en el temps, o són inefectius. Molts donen problemes afegits que van acabant amb la paciència d'uns metges desarmats davant la realitat d'uns problemes intangibles que es resisteixen a tot tractament.

Davant de l'absència d'evidències algú finalment gosa nomenar la paraula maleïda. "Potser té una fibromiàlgia" o "visiti un psiquiatre ja que potser tot li ve dels nervis". És el mateix tenir una Fibromiàlgia i estar dels nervis?

Quan algú associa el dolor a “estar dels nervis” posa sobre la taula el diagnòstic de “Trastorn somatoform”. Cerquem a “UpToDate” i el defineix com: síndrome que consisteix en símptomes físics que no poden ser explicats per una malaltia mèdica coneguda i que estan associats a alteracions psicosocials significatives. També s’anomena a aquesta síndrome “símptomes mèdics inexplicables” o “símptomes somàtics inexplicables” “Trastorns amb símptomes somàtics”.

Per altra banda si busquem el Trastorn d’Ansietat generalitzada trobem que es defineix com: excessiva tensió, preocupació o irritabilitat mantinguda en el temps, associada a dificultat del son, fatiga, dificultat de concentració i nerviosisme associat a símptomes somàtics com dolor musculoesquelètic, abdominal, etc.

Per acabar-ho d’adobar a Dolor Psicosomàtic es diu: són dolors creats per la ment subconscient com a mecanisme de defensa, per a protegir la persona davant problemes emocionals reprimits y no resolts. La seva funció és distreure la ment dels problemes emotius amagats.

Hem doncs de posar sobre la taula que potser estem utilitzant una terminologia diferent, diferents especialistes, per tractar pacients comuns. És a dir, que hi ha un important solapament de símptomes sota aquestes categories diagnòstiques. Òbviament cada especialitat mèdica, cada cultura mèdica, analitza amb el biaix formatiu propi al pacient i la informació que té davant. Es poden doncs extreure, legítimament, conclusions diferents del mateix objecte. La posició de l’observador condiona la percepció de l’objecte. També és cert que el que alarma al pacient condiona la selecció del professional que l’atendrà, és a dir, és possible que el símptoma més discapacitant busqui al seu especialista, i per tant acabi condicionant l’orientació del cas, la seva qualificació i el seu tractament.

Els pacients rebutgen el concepte de dolor psicosomàtic com a vexatiu, i molts metges creiem que parlar de trastorn somatoform és una forma “delicada” de dir el mateix. El mot no ofereix l’ofensiva explicació psicoanalítica, i per tant no vincula directament l’alteració de l’estat d’ànim amb el trastorn dolorós, però és fosc i aporta poc.

És una pena que a l’era del coneixement no siguem capaços de trobar-nos en un punt comú davant de tantes proves. Tot rau en el mateix biaix formatiu que ens porta a conèixer només el nostre món, i a ignorar en el que passa al servei o especialitat del costat. Això comporta un important dany pel pacient doncs rep més diagnòstics del compte, se li donen explicacions divergents, es portat per massa professionals i, desgraciadament, ningú integra la totalitat dels seus problemes. No li queda doncs més remei que anar de «rodes a pilans», confús i sense entendre el que realment li està passant.

En aquesta paradoxal situació de trobar-se malament sense aconseguir treure l’entrellat del que els hi passa, els ciutadans miren cap a un altre costat i cerquen respostes fora de la medicina oficial. S’acosten a les medicines complementàries i a coses pròximes a la

màgia. A casa també tenim professionals que s’emparen en l’ús terapèutic de l’efecte placebo per prescriure tota mena de tractaments i procediments orfes d’evidència i preus alts, que agreugen la situació econòmica i emocional dels pacients i llurs famílies.

¿Per què ens costa tant posar-nos d’acord i marejar menys als malalts? ¿Fabriquem malalties i ens inventem malalts? Bé, ja m’he referit a les raons confessables que expliquen la diversitat d’aproximacions professionals i he mencionat que n’hi ha d’inconfessables. Els malalts hi són; les malalties, els síndromes o els trastorns també, escollim el que escollim per a nomenar-los. La visió negativa de professionals i ciutadans sobre el problema rau en la no comprensió del perquè de tot això, en la dificultat d’objectivar amb certesa el cas, en l’existència de simuladors, en la possibilitat d’exagerar cercant avantatges personals i/o laborals i, finalment, en la visió fortament negativa de l’explicació psicoanalítica que fa del símptoma un amagatall de la veritat, i que transforma al pacient en un penques més o menys conscient.

Avui comencem a disposar de tecnologies que ens permeten veure el funcionament del cervell en temps real, veure quins centres s’activen a mida que sentim i pensem. Podem conèixer fins i tot quines substàncies es troben als nuclis actius. Disposem de proves que ens mostren com hi ha ciutadans, majoritàriament dones, en les que els patrons cerebrals del dolor s’activen amb estímuls de baixa intensitat. Aquests patrons no són específics ja que s’observen en patologies doloroses diverses. La lumbàlgia crònica inespecífica comparteix patrons amb la fibromiàlgia i aquests patrons es troben també en estats d’ànim alterats. Sabem que hi ha concentracions més altes de mitjancers del dolor, com la substància P i el NGF, al líquid cefaloraquídi en la fibromiàlgia. Saben que fàrmacs que actuen directament sobre estructures cerebrals i medul·lars, com el tramadol o la pregabalina, milloren el dolor percebut pels pacients. Sabem que allò que millora l’estat d’ànim, millora la percepció del dolor i com a conseqüència la qualitat de vida.

Proves similars mostren els estudis fets sobre el bruxisme i el dolor mandibular, sobre el colon irritable, sobre menes de migranyes, la bufeta irritable i altres patologies. Ens sorprenem quan els diferents especialistes, que analitzen les seves patologies que veiem comòrbides en els nostres pacients, arribem a conclusions fisiopatològiques similars a les nostres. Aquests especialistes utilitzen els mateixos fàrmacs i estratègies terapèutiques però, com no posem en comú aquests coneixements, seguim pensant que els pacients tenen problemes diferents, quan en realitat el desordre central s’expressa als diferents òrgans de forma massa similar en la població, com perquè no respongui a un mecanisme fisiopatològic biològicament predeterminat.

La resposta a l’estrès està predeterminada. Tots presentem alteracions similars davant de l’agressió, l’estrès agut. Els trastorns neuroendocrins determinen respostes als òrgans, i sentim el regust del perill en un conjunt de sensacions físiques que ens esgoten en pocs instants.

El que passa davant de l'estrès crònic persistent de baix grau és molt menys clar, i molt difícil d'estudiar experimentalment. Com reproduir-lo? ¿Quina intensitat ha de tenir i quan temps ha de durar per ser lesiu? Per afegir complexitat sabem que, sent iguals som molt diferents els uns dels altres i, al que alguns ens neguiteja, a altres els rellisca sense penetrar-los, i gairebé no els afecta.

Això ens porta a l'incabable tema de la genètica. Un atzucac difícil de desllorigar. Van descrivint-se, sense aturador, gens possiblement implicats en la percepció del dolor i en les alteracions de l'estat d'ànim. Malgrat això cap d'ells explica massa cosa i els seus valors predictius o diagnòstics són de baixa o nul·la utilitat davant d'un pacient concret. Nosaltres, mitjançant el Banc d'ADN i el projecte de recerca finançat pel Zenit, i vinculat a la FFC, també hi estem treballant.

De la visió que et dona la feina diària amb els pacients, i la informació provinent de la recerca de qualitat, un va fent-se un model propi que explica les diferents realitats amb les que es troba.

Les explicacions unívocues no funcionen. El que som en un moment donat de la nostra vida, és fruit de la nostra constitució i la nostra biografia. La matèria de la que estem fets, l'herència rebuda ens condiciona moltíssim, però al llarg de la vida és modulada per la nostra interacció constant amb l'entorn. ¿Quin entorn més determinant que la pròpia família? ¿Com destriar en aquest cas herència (genètica), d'entorn (aprenentatge)?

Les respostes a aquestes qüestions són avui encara impossibles de donar. Qui les dona fa afirmacions amb més càrrega d'ideologia que de coneixement. Hi ha extrems de cada posició. Hi ha genètiques que expliquen l'especial percepció del dolor, com l'insensibilitat al dolor, i hi ha situacions entorn que fan que qualsevol, tingui la genètica que tingui, acabi desenvolupant un quadre clínic de dolor generalitzat indestruïble d'una Fibromiàlgia, com en el cas de la gent sotmesa a tortura.

Probablement la nostra tolerància al estrès estigui condicionada genèticament però la nostra experiència vital la vagi modulant progressivament, optimitzant-la o minvant-la, fent que en moments concrets la nostra capacitat de resposta estigui ja tan malmesa que es posi en marxa la malaltia. És a dir, seria com si les alteracions neuroendocrines en resposta a aquest estrès crònic quedessin definitivament estructurades, i es fessin ja constitutives de la personalitat, també biològica, del pacient.

A Copenhagen hi ha grups de metges que treballen fa força temps amb gent que ha patit tortura física i psicològica. De seguit van adonar-se que un dels símptomes més comuns entre els torturats és el dolor generalitzat. El 2007 van publicar un treball descriptiu sobre una cohort de 21 homes torturats. Provenien bàsicament d'Amèrica Llatina i Orient Mitjà. En 17/21 del homes torturats s'acomplien criteris diagnòstics de Fibromiàlgia. Podem doncs afirmar que en homes, amb llindars de dolor més alts i per tant menys sensibles, la persistència d'estressors físics i psicològics de gran intensitat, com és el cas de la tortura, donen lloc a un

quadre clínic de llarga durada, que es caracteritza per dolor generalitzat i hipersensibilitat al dolor, en el 81% dels exposats. En aquest cas, l'experiència danesa ens parla també de l'eficàcia del tractament combinat de fisioteràpia i psicoteràpia. Només 1 dels 17 pacients inicials podia seguir sent classificat com fibromiàlgic als nou mesos de tractament. És a dir, utilitzant un enfocament terapèutic habitual a la FM es millora als pacients amb dolor crònic que han estat sotmesos a tortura.

Volia parlar de tot plegat perquè la feina i la vida donen lloc a reflexions que van estructurant una forma de veure al pacient i a la malaltia. Hi ha extrems que ho expliquen tot, algunes genètiques (Insensibilitat al dolor) i algunes experiències vitals (tortura). I en l'entremig? I la majoria de malalts que pateixen el mateix quadre clínic?

Sabem que en aquests pacients trobem alguns fenotips psicològics més sovint. Fins i tot que aquests fenotips psicològics tenen relació amb el pronòstic i la resposta als fàrmacs i la psicoteràpia.

Quan visito aquest pacient tipus, no extrem, afecte de FM, sovint el veig trist o, sent més precís, infeliç. Això ha portat a plantejar-me si ens trobem davant, en molts pacients, de l'expressió física de la infelicitat. Molts ciutadans, moltes dones, romanen durant períodes molt llargs sotmesos a pressions molt importants al dur vides personals i laborals molt insatisfactòries, quan no clarament lesives. Suportar estrès des del matí fins al vespre, portar sempre el cos en tensió màxima, com ens mostra el bruxisme de les nostres pacients, ser agredides per crisis de pànic que estronquen la rutina quotidiana, no poder dormir sense donar mil voltes i despertar-se contínuament, etc. Quan la vida es percep d'aquesta manera un dia darrera l'altre, i no es divisa cap possible canvi a l'horitzó, es perd l'esperança i la infelicitat esdevé tristesa i aquesta depressió.

El fet que la pressió psicològica constant sobre les persones, mantinguda a llarg termini, té conseqüències devastadores sobre l'homeostasi psíquica i física, ha estat una il·luminació personal recent. Com a reumatòleg he atès fonamentalment ciutadans amb malalties, dites "orgàniques", i m'he preocupat poc o gens per la vivència de la malaltia i dels trets de personalitat del pacient. Si, i molt, de les dades mesurables relacionades amb l'activitat de les malalties i els efectes dels seus tractaments.

Aquests anys he incorporat a la meva feina noves eines i noves visions sobre la realitat dels pacients que tinc davant. He après a plantejar-me l'impacte d'altres coses sobre el símptoma dolor sense deixar de banda la metodologia, apresada amb tant esforç, de la història clínica i exploració física sistemàtiques. És més, tenint com a base sòlida l'ofici ben après de reumatòleg, se m'han obert nous mons que estaven mig o totalment ocults als meus ulls. Saben que gairebé el 30% de pacients amb LES tenen FM? Saben que en aquest cas la FM no té cap relació amb l'SLEDAI, es a dir l'activitat del LES, i si amb la presència i intensitat de l'ansietat i la simptomatologia depressiva? Saben que el mateix passa amb moltes altres malalties

autoimmunes? Saben que en les contusions cervicals sovint es desenvolupa una FM i que el mateix succeeix amb la cirurgia fallida del raquis o després del diagnòstic i tractament d'una neoplàsia mamària?

Tot plegat ha tingut altres conseqüències rellevants per a la meua vida professional. He començat a atendre amb freqüència a uns ciutadans malalts que normalment son invisibles, com transparents. Tenen dolor i no se'ls troba res que amb seguretat expliqui el que senten. Van passant d'un metge a l'altre acumulant proves i més proves. Se'ls fa procediments analgèsics, també un darrera l'altre, amb millores temporals i curtes. Sovint va apujant-se l'escala analgèsica fins a utilitzar tot l'arsenal d'analgèsics majors sense un clar benefici sobre aquest dolor estrany, imprecís però constant i discapacitant que senten. Quan els visito sempre m'expliquen històries de dolor molt llargues i carreguen bosses enormes amb proves de totes les èpoques, i un gran desconsol.

En aquest moment qualsevol intervenció és difícil. El pacient està cansant d'un llarg i decebedor viatge en el que mai ha arribat a un port segur. Ho ha sentit tot, ho ha provat tot, coses amb sentit i coses que no en tenen. De vegades en el camí ha perdut la feina, el company, els fills, els amics i la preciosa i delicada autoestima. Tot ho sent i/o percep amb una intensitat extrema. Ho intolerava tot i el desgavell central afecta de forma severa les percepcions cognitives i la capacitat de atenció, afectant-se la memòria.

El seu món s'enfonsa. Desarmats s'enfronten a la catàstrofe final d'una vida que no s'escurça però de la que amb molta dificultat en gaudiran poc. No està demostrat però intueixo que, si fem una intervenció ràpida en fases inicials, pot trencar-se aquesta dinàmica perversa i evitar la progressió del dolor i la discapacitat. La clau inicial és sospitar el cas. Com? Massa dolors de parts toves en dones joves, el bruxisme, l'insomni, les crisis de pànic, massa dolor a la família, etc. En aquest punt s'ha de gastar temps i saliva per fer-li entendre a la pacient el que li està succeint i demanar-li l'imprescindible compromís personal en el procés de millora. Aquí el rol central el té el metge de família, i el sistema s'ha d'organitzar perquè algú, amb temps i empatia, sigui capaç d'explicar i aconseguir el compromís del malat en la seva curació.

Hi ha altres pacients més complexos, alguns d'ells homes, amb històries paradoxals i molt alligadores. Els explicaré un cas recent. Un home de quaranta i pocs anys amb una lumbàlgia de 5 mesos de durada, visitada repetidament, tractada amb medicaments correctes, explorada amb totes les tècniques sense que hi haguessin troballes destacables i relacionables amb el seu dolor. Finalment me'l vaig trobar davant. Història llarga i detallada amb exploració física també llarga i encara més curiosa. No vaig trobar cap senyal de malaltia mecànica, inflamatòria o tumoral. Vaig explicar-li mentre anava acabant la visita, vaig demanar un TC per aclarir que no hi hagués res al retroperitoni i vaig demanar uns marcadors tumorals. Vaig avisar-lo que el que li demanava rondava l'excés de zel, però que a tots dos ens convenia l'absolut convenciment de l'absència de

malaltia orgànica detectable. Vaig dir-li que creia que la seva lumbàlgia era d'origen central i que revisés si a la seva vida per s'hi havia succeït alguna cosa "especial" relacionable amb aquell dolor. Vaig donar-li tramadol i una dosi baixa d'amitriptilina per la nit, suspent l'AINE que prenia, i varem quedar per veure'ns amb les proves fetes.

A les poques setmanes l'home va seure novament davant meu. Duia les proves que li havia demanat. Eren totalment normals. Va mirar-me i va explicar-me que la mateixa nit de la visita, al llit estant, havia comentat la visita amb la dona. Els dos havien començat a recordar que havia passat. Finalment van tenir una il·luminació! El dolor lumbar de fet havia començat somort estant a un càmping a Venècia. Era un càmping molt gran. Un dia van perdre el fill petit durant 50 inacabables minuts!! No podia ni pensar en aquell terrible patiment de 50 minuts amb el fill perdut per sempre en un lloc com aquell. Va dir-me que ja havia començat a millorar. Podia fer exercici físic, que feia mesos que no feia, i dormia millor. El dolor gairebé ja no el sentia!

Si ets pare fàcilment pots posar-te en la seva pell i, si ets metge, també fàcilment pots imaginar-te la turmenta de neurotransmissors que va patir aquell cervell durant els 50 minuts, i les conseqüències i ordres que desordenadament es van transmetre a tot el cos. Dolor central després d'un insult central del que el pacient ja no guardava ni el record! Massa sovint tot va tan ràpid que anem tancant les planes del llibre de la nostra vida sense ni tan sols entendre el que ens ha passat!

La psiquiatria és, o acabarà sent, la neurologia del comportament, a mida que anem precisant els mecanismes que s'activen dins del cervell. Fins i tot al psicoanàlisi està intentant relligar-se, de forma més objectiva, amb dades científiques. El pacient que us he explicat tenia una somatització, era un pacient psicossomàtic? Per a mi, tenia un quadre de dolor central desencadenat per un insult psíquic d'alta intensitat. El dolor que tenia era real, no millorava amb analgèsia perifèrica i si amb tractament central. Són matisos però res més important que els matisos en una societat desenvolupada i en una ciència aplicada com la medicina, ara que a casa nostra té tant nivell.

El que avui no entenem no és necessàriament màgia o simulació. Hem de reconèixer que tenim davant moltes proves de que el nostre cervell té estructurades respostes davant les agressions i que, massa sovint, esdevenen patològiques i donen lloc a malalties. Afecten percentatges molt alts dels nostres conciutadans en les seves formes cròniques, i en les agudes tots les hem patit. Respectem el dolor dels altres, siguem humils amb el que desconeixem, seriosos amb les proves i seguim l'únic camí possible de progrés, la ciència en un sentit complet i holístic, també davant aquests problemes de salut!

Moltes gràcies

# Ingrés d'Acadèmics corresponents

## DE L'OBSTETRÍCIA CLÀSSICA A LA MEDICINA PERINATAL

**Josep M. Lailla i Vicens**

Acadèmic corresponent.

En primer lloc voldria agrair a tots els membres numeraris de aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, l'honor que m'han fet de rebre com a Membre corresponent i deixar-me ocupar un lloc dins aquesta aula plena d'Història, i encara que sigui com a últim de la fila, poder estar al costat de persones que han estat els meus mestres, els meus models al llarg de la meua vida professional i acadèmica.

Permeti'm que faci una especial esmena al Prof. González Merlo. Quant ell va arribar a ocupar la càtedra de la Universitat i la Direcció de la Clínica Universitària del Hospital Clínic, jo era encara alumne intern, de la Clínica dirigida llavors pel Prof. Emili Gil Vernet i després pel Prof. Victor Conill Serra ambdós ja traspassats. El Prof. González Merlo aglutinà la docència i la formació dels metges especialistes d'ambdues clíniques i per això vaig formar part de la primera promoció de la escola professional de metges especialistes en Obstetrícia i Ginecologia que sota la seva direcció i l'ajut del professor, aleshores agregat, Xavier Iglesias Guiu, va sortir de l'Hospital Clínic. El Prof. González Merlo m'ha guiat durant tota la meua carrera acadèmica i en totes les oposicions que he fet al llarg de la meua vida. Curiosament en un moment d'aquesta trajectòria em va aconsellar que acceptés la Direcció del Servei de Sant Joan de Déu, deixant l'Hospital Clínic i així ara són dos els hospitals que comparteixen el meu sentiment de pertinença i afecte. *Gracias Profesor.*

Sens dubte si vostès han valorat quelcom de valuós dins de la meua trajectòria personal i professional ha estat gracies a l'ajuda i estímul constant de la meua esposa, M<sup>a</sup> Assumpció, que ha estat la companya ideal de tota la meua vida, les seves paraules d'ànim, els seus silencis que representen desaprovació i sempre els seus consells, m'han ajudat a plantejar i complir nous objectius. Gràcies Sunsi.

També el meu agraïment a les meves filles que han suportat l'absència del pare en moltes, potser en masses ocasions, temporades d'estudi, de viatges, de guàrdies i de treball. Elles han estat sempre un gran estímul per a mi.

He nascut en el si d'una família on la mare i l'àvia eren llevadores, de les que atenien els parts a domicili, passant moltes hores al costat de les parteres, ajudant més que assistint. El meu pare també ha estat obstetre, dels que acudien quant hi havia un problema. Aquesta obstetrícia del més clàssic "obs-stare" és la que vaig

viure a casa en la meua infància i adolescència i vaig comprendre per part del l'àvia, mare i pare el que cal estimar una professió per viure-la de la manera en que es vivia i assumir els riscos que s'assumien.

Aquesta obstetrícia era la mateixa que va descriure Sorano d'Efeso (I-II d. de C.), considerat el fundador de l'Obstetrícia. La Medicina i la Cirurgia han progressat al llarg dels segles, però no així l'Obstetrícia, el motiu l'hem de buscar en la idea clàssica de que la malaltia representava un càstig i per aquesta raó la seva cura estava en mans de sacerdots-metges o bruixots, mentre que l'embaràs i el parts es consideraven fets naturals i per tant es deixà en mans de les pròpies dones que són les primeres llevadores. Es diu en bon sentit que la medicina és religiosa i l'obstetrícia laica.

Molts autors havien fet aportacions en el terreny de l'obstetrícia des d'Hipòcrates fins a Avicena, però donat que els seus escrits estaven en llatí, grec o en àrab, la majoria eren dipositats en les biblioteques dels monestirs i convents i la seva lectura i coneixements estaven sols en mans dels savis de l'època que eren habitualment els clergues a qui corresponia transmetre els avenços de la medicina en general, però per la raó abans dita no ho feien de l'obstetrícia. "El arte de partear" es transmet per tradició oral entre les mateixes dones- llevadora, tenint en compte que moltes com era lògic en l'època no sabien llegir, ni escriure. La distància entre la medicina i cirurgia i l'obstetrícia era cada vegada més gran.

La dona i en el millor dels casos la llevadora tenien l'exclusiva del part, fins que els Reis Catòlics van disposar, mitjançant el Protomedicat, que quant la llevadora entengués que el part no evolucionava correctament havia de consultar a un metge que opinava i aconsellava la conducta a seguir, però sense explorar a la dona, ni fer-se responsable del part.

En ple Renaixement, és quan es produeix el que diríem una exaltació de la família i per tant s'incrementa l'interès per la dona i el nen i conseqüentment s'inicien les especialitats de l'obstetrícia i la pediatria i secundàriament de la ginecologia, es per això que els metges i els cirurgians es comencen a interessar per l'obstetrícia però sense introduir-se en ella, sinó fent aportacions per les llevadores. És en aquesta època on apareixen els llibres dits de "comadres", on es donen consells i recomanacions per atendre millor les gestacions, parts i tenir cura del nadó. Tinguem en compte

que l'únic llibre conegut fins aquell moment era el "De morbis mullerium" de Sorano d'Efeso. Destaquen d'aquests anys el llibre titulat " El jardín de las rosas para mujeres embarazadas y comadronas " de Euscharius Röss l'any 1513. El primer llibre en castellà d'autor desconegut titulat: "Libro del arte de las Comadronas o Madrinas y del Regimen de las preñadas y paridas y de los niños" datat l'any 1541 i després en el 1606 apareix "Tratado de Obstetricia para matronas " de Juan Alonso y Ruiz de Fontecha i el més ampli "El libro del parto humano" de Francisco de Nuñez. Cal reconèixer que la llevadora complia una funció social ben ingrata, sembrada de fracassos en moltes ocasions i els èxits eren considerats com un be de Déu o de la naturalesa.

En el segle XVI, és suprimida per part de les religions cristiana i islàmica la prohibició de fer disseccions sobre el cadàver, Aquest segle es conegut com "el segle de l'anatomia", pels coneixements que s'adquireixen amb aquesta practica i es comencen a fer algunes cesàries amb mals resultats, en aquest moment el metge opina, segueix sense explorar i si la llevadora considera que el part és inviable, crida al cirurgià per fer una cesària.

L'alta mortalitat materna i neonatal, sensibilitza a totes les autoritats del món i per primera vegada als finals del segle XVII es constitueix una Maternitat en l'atri de Nôtre Dame de Paris i gràcies a aquest fet apareix el primer tractat d'Obstetrícia, el de François Mauriceau, dirigit als metges i fa les primeres aportacions científiques sobre el mecanisme del part. Es succeeixen altres Maternitats en les principals capitals d'Europa.

L'atenció al part en les maternitats la fan majoritàriament els metges i es comencen a fer cesàries i parts més intervinguts, però l'obstetrícia no és l'especialitat més ben considerada, i per això els metges que la practiquen no són els més espavilats, ni els més hàbils i molts assisteixen a les parteres, després d'atendre altres malalts amb malalties infeccioses o de fer necròpsies. Això fa que apareixien les famoses febres puerperals i que a nivell popular es digui que es moren més dones en les maternitats que en el seu domicili. Les maternitats decauen, i algunes inclús es tanquen, fins que apareix la famosa aportació de l'etiologia de les febres puerperals de Semmelweis, l'any 1862

Fins a aquests anys ningú s'ha preocupat d'estudiar, de conèixer el que li passava al fetus a l'interior de l'úter, inclús durant la Inquisició, el qui plantejava algun estudi sobre el mateix estava amenaçat amb la foguera. Però per fi l'any 1818, Mayor descriu els tons cardíacs del fetus, cal dir que hi ha constància que l'any 1605 Philip Le Goust va escoltar per primera vegada el cor fetal, a través de l'abdomen de la mare, però aquella aportació va passar desapercebuda. El descobriment dels tons cardíacs aporta la descripció l'any 1819 per Laennec de l'estetoscopi que és millorat posteriorment per Pinard amb el model que molts de nosaltres encara hem utilitzat i que crec que trobaríem en més d'un calaix de moltes maternitats. L'any 1878 Verardini descriu amb poc èxit un estetoscopi que permetés l'auscultació del fetus per via vaginal, per

considerar que estaria més proper i seria més fiable. És el primer intent de control seriós del fetus

A principis del segle XX apareix el tractat de Farabeuf i Varnier, que sistematitza l'aplicació del fôrceps, al mateix temps que recomana la utilització de mesures antisèptiques per atendre al part i descriu diferents maniobres assistencials, especialment la cesària. Cal reconèixer que aquest tractat encara és de lectura obligada a tot obstetra. I podem dir que amb ell s'inicia el segle d'or de l'Obstetrícia, especialment a partir de la segona meitat del segle XX. En la primera meitat el part es continua fent en el domicili de la partera que com reconeix el Prof Nubiola és "el feudo de las matronas".

Tal era la poca estima que es tenia per l'obstetrícia que com anècdota cal fer esment que en el segle XVI es creà a Londres el prestigiós "Royal College of Physicians and Surgeons". Aquesta societat diu en els seus estatuts inicials que la pràctica de l'obstetrícia és un acte aliè als hàbits dels cavallers i per tant la formació en l'obstetrícia és un frau i que un metge home no es pot pretendre que assisteixi un part. Frank Nicholls l'any 1749, demana permís per donar classes d'obstetrícia a les llevadores i així impedir que els metges s'aproximessin als parts. Una de les sessions més nombrades del Royal College és la titulada "Man-midwife o midwife?"

A pesar de tot, alguns metges de l'escola de Smellie i de William Hunter es dediquen a l'obstetrícia, i son els dits de forma burlesca "comadrons" o "parteros".

En aquell temps Elisabeth Nihell la llevadora més famosa va dir dels comadrons. "són una banda de mercenaris, que es colen entre les dones embarassades, amagats darrere de ganxets, bisturís, tisores, culleres, estenalles i especulums per a matrius però tot això és totalment inútil, el part és nostre". Realment el Royal College of Obstetrician and Gynecologist no s'estableix fins l'any 1929 per William Blair-Bell amb bastant oposició.

La Societat Científica Espanyola va ser pionera a Europa en agrupar a tots els metges que atenien parts en una Agrupació que es va dir Sociedad Española de Ginecologia, sense fer esment a l'Obstetrícia, no va ser fins ben avançat el segle XX que introdueix aquesta menció convertint-se amb l'actual Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Permeti'm que faci menció per motius personals d'origen al primer catedràtic d'obstetrícia reconegut en el Colegio de Cirugia de San Carlos, de Madrid, Josep de Castelló, va ser un lleidatà que uns historiadors fixen el seu naixement a Agramunt i altres, els més, malauradament per mi, a Guissona. A ell s'atribueix la descripció de l'episiotomia, la sinfisotomia i les indicacions de la dita cesària d'urgència.

L'obstetrícia actual, després de segles com hem pogut veure d'obscurantisme, supersticions i ignorància, essencialment sobre la vida fetal, s'inicia amb el coneixement del que succeeix dins de l'úter de la dona embarassada. podem dir que el principal objectiu és el fetus, En els últims anys hem passat de no considerar al fetus,

o màxim considerar-lo com l'objecte del part, a la famosa qüestió que es va plantejar a finals dels anys 80, d'estimar si el fetus era un pacient. La seva afirmació rotunda. "The fetus is a patient" no sols s'ha convertit amb el nom d'una societat científica mundial sinó també d'una reunió bianual de perinatòlegs de tot el món i que dóna al fetus la qualitat de subjecte del part, amb la consideració de persona humana i com a conseqüència propietari del dret a la salut, de ser atès, diagnosticat i tractat. En aquest principi neix la Medicina Perinatal. Aquesta nova subespecialitat mèdica que va ésser proposta per Ermelando Cosmi a Roma l'any 1988 i reconeguda a partir del Congrés Mundial de Tokio l'any 1991, quant Caldeyro Barcia, Saling i Sakamoto van signar la constitució de l'Associació de Metges Perinatòlegs, que inclou obstetres i neonatòlegs.

El part ja no es considera com un abans i un després en la vida d'un fetus, sinó sols el pas de fetus a nadó, és un continu i els obstetres i neonatòlegs comencem a treballar en equip, per donar una millor atenció a aquest nou ser que ja no sols té el dret a néixer, sinó com va dir eWilliam Page a néixer bé i avui diríem a néixer millor si cap.

Aquesta forma de veure i entendre la medicina materno – fetal, com es lògic també ha tingut detractors com Harnack, cap de la clínica universitària de Munich que ha afirmat "quant més estretament treballen una clínica tocoginecològica i una pediàtrica pitjors són els resultats".

Considero que des dels anys seixanta, hi ha hagut quatre aportacions importants que canvien totalment l'obstetrícia, no sols en quant l'atenció al part sinó també a l'embaràs i són al meu entendre:

- La descripció de la freqüència cardíaca del fetus i el seu control sistematitzat i la seva interpretació durant el part, per Caldeyro Barcia, Hon, Hammacher i altres.
- L'estudi de la bioquímica de la sang fetal, descrita per Eric Saling.
- La descripció i funcionalisme de la unitat feto-placentària, segons les aportacions de Diczfalutsy, Klooper i Lauritzen
- El desenvolupament de l'ecografia i posteriorment del Doppler per Ian Donald.

Aquets són al meu entendre els quatre pilars fonamentals de la medicina perinatal que ens han permès conèixer com s'inicia i desenvolupa la gestació, com creix l'embrió i el fetus, com adquireix les funcions i madura, quin és el seu desenvolupament neurològic i hemodinàmic. Hem après a diagnosticar el seu estat de benestar i a detectar els defectes congènits i malformacions i hem iniciat un pas més enllà amb la medicina fetal, és a dir no sols diagnosticar sinó també tractar al fetus intrauter, estic convençut que en un futur no llunyà parlarem de la medicina embrionària. Hem aconseguit accelerar la maduració pulmonar i així evitar molts distress respiratoris, a frenar les contraccions en el part preterm.

Diagnostiquem i controlem les malalties maternes associades o induïdes per la gestació. Hem establert l'anestèsia peridural com una forma d'atendre sense dolor, a la dona de part. Sabem induir, estimular i controlar la dinàmica uterina sense perjudicar al fetus. Disposem de fàrmacs que ens permeten evitar les hemorràgies i les infeccions postpart i tot això s'ha fet de forma conjunta amb les llevadores i també amb els neonatòlegs i aquest seguiment ens ha permès conèixer que moltes malalties no sols de la infantesa, sinó de l'edat adulta tenen el seu origen i tractament en l'època fetal, com per exemple el síndrome metabòlic que s'inicia en un fetus amb una alteració del creixement intrauterí i dóna origen posteriorment a patologia cardiovascular, diabetis i dislipèmies de l'adult i tot això cal insistir que s'ha fet en els últims cinquanta anys.

En aquesta història recent de la Medicina Perinatal, Catalunya i especialment Barcelona, han tingut una aportació molt important. Inicialment dos clíniques obstètriques la de l'Hospital Clínic i la de l'Hospital de Sant Pau, van treballar conjuntament i varen tenir una importància capital, no sols en introduir tots els coneixements que hem explicat anteriorment, sinó en formar una escola de recerca, a la que posteriorment es va incorporar l'escola principalment ecogràfica de l'Institut Universitari Dexeus.

D'aquesta escola de Barcelona, nom reconegut en moltes publicacions científiques, s'ha formulat la definició conceptual de l'abans dit patiment fetal, avui dia pèrdua del benestar fetal, com una alteració de l'homeòstasi fetal, caracteritzada per hipòxia, hipercàpnia, acidosi i disminució de les reserves hidrocarbonades, ratificada en el Congrés de Medicina Perinatal de Praga. Aquesta mateixa escola participa en la major part dels treballs sobre mecanisme de la uterinhibició i fàrmacs que aconsegueixen aquest efecte. Així com en l'aplicació clínica dels corticoides en la maduració pulmonar del fetus que tant ha millorat la morbimortalitat del nadó prematur. Barcelona dóna nom també al Document de Consens sobre la utilització i les indicacions del Doppler obstètric. Aquest escrit titulat, "Regulation for the use of Doppler Technology in Perinatal Medicine", recull l'acord de més de 40 especialistes, des d'epidemiòlegs a obstetres i neonatòlegs, de 13 països europeus que van discutir i signar aquest document, en la nostra ciutat.

En aquesta mateixa aula de la Reial Acadèmia va tenir lloc el 25 de maig de l'any 2005, l'acte de constitució de la "International Academy of Perinatal Medicine" òrgan creat dins de la World Association of Perinatal Medicine amb l'objectiu de ser un lloc d'estudi, reflexió, diàleg i promoció de la medicina perinatal. Catalunya i Barcelona han estat sempre capdavanteres en la Medicina Perinatal.

Sols voldria recordar per rendir l'homenatge merescut als companys ja jubilats i algun malauradament traspasat que varen ser els iniciadors d'aquella escola. Esteban Altirriba, Gamissans, Pere Duran, Santiago Gómez, Sanchez Barrado, Arto Medrano, Pujol Amat, Fortuny, Cararach, Carrera i segurament algun altre que no recordo, Al costat d'ells alguns joves metges llavors, metges de

guàrdia, de les escoles professionals de l'especialitat, del doctorat que varem comprendre, la nova forma que se'ns plantejava d'assistir a l'embaràs i el part i a entendre que la recerca i la qualitat assistencial sempre van unides, ens varem afeigir. No faré esment de cap nom, ja que la majoria a Déu gràcies estem en actiu, però si dir que d'aquell grup han sortit la majoria de companys que avui en dia estan al davant dels principals hospitals de Catalunya i en llocs de responsabilitat universitària. Entenc que ja podem parlar d'una tercera generació d'aquesta escola, d'una potent generació disposada a acceptar el repte de fer noves i importants aportacions no sols en el terreny de la Medicina Perinatal, sinó ja en el de la Medicina Fetal. El fetus és per fi reconegut com un subjecte, és un pacient, a pesar de que alguns a partir d'interpretacions d'alguna llei actual, posin en dubte els drets que té el fetus com a persona, a ser controlat, diagnosticat i tractat, això és la Medicina Fetal i cal seguir treballant per millorar la qualitat d'aquets diagnòstics, i la nostra capacitat de millorar els tractaments tant mèdics com quirúrgics i la nostra assistència personalitzada als fetus sobre tot als més febles que són quins més ho necessiten, sols així podrem evitar plantejaments d'interrupció de gestacions per manca de solucions mèdiques.

Per tot això, per tota aquesta historia, aquí en aquesta Reial Acadèmia, bressol de la cultura, de la ciència, de l'humanisme, del seny, vull fer una crida en favor de la Medicina Perinatal, de la que ha aconseguit una reducció de la mortalitat perinatal del 50 per mil al tres per mil, en els últims cinquanta anys, de la que ha col·locat a Espanya i dins d'ella i en lloc preminent a Catalunya, en els llocs

capdavanters d'Europa. Això no vol dir que no entengui, ni accepti que l'embaràs i el part en moltes ocasions, han estat excessivament medicalitzats, tecnificats, potser sense necessitat. Estic en contra, i crec haver donat les raons, per afirmar la meua oposició al part domiciliari, al part en cases de part, lluny dels hospitals, del mal dit al meu entendre "part natural". Estic a favor del part diríem integrat o personalitzat és a dir del part, on sense rebutjar cap del avenços científics coneguts i dels que existeix l'evidència científica, de que aporten una disminució del risc i de la morbiditat materna i fetal, també incorporin els desitjos de la gestant per fet aquest acte del part, més agradable per la dona i la seva família, és a dir, millorar el grau de satisfacció de la dona, però sense disminuir la seguretat, aquest és el model de part que estem treballant a Sant Joan de Déu. No podem oblidar que el part és l'únic acte de tota la medicina que te en joc dues vides, la mare i el fill i que el protagonista és el fetus, que en aquest moment s'està jugant el seu futur i a ell no se li ha demanat l'opinió de com i on volia néixer.

El progrés i la satisfacció han de caminar plegats, però els que hem tingut el privilegi (així ho considero) de passar moltes hores de la nostra vida en les sales de part, coneixem que la urgència obstètrica es presenta de forma sobtada, imprevista, per tant cal tenir sempre el control del part i estar en alerta. Cura amb les modes, la medicina sols ha d'entendre fets científicament provats com ja va dir Hipòcrates en el seu llibre titulat "la Ley" quant diu que "el mon es mou per la ciència i l'opinió, que la ciència crea coneixement i l'opinió ignorància".

## Ingrés d'Acadèmics corresponents

# L'ASSISTÈNCIA EN SALUT MENTAL A MENORS DE FAMÍLIES IMMIGRANTS

**Daniel Cruz i Martínez**

Acadèmic corresponent.

Excel·lentíssim Senyor President, il·lustres acadèmics, estimats companys, amics i familiars. És per mi un honor ingressar en aquesta acadèmia i tenir la oportunitat de compartir amb tots vosaltres la meua preocupació científica i la meua tasca professional.

Gratitud especial a la Doctora Acadèmica Edelmira Domènech per la seva amable acollida i a l'Hospital de Sant Joan de Déu, a on he pogut desenvolupar bona part de la meua carrera professional.

L'assistència en Salut Mental a menors de famílies immigrants, no només és un tema de gran interès per la seva actualitat, sinó que també reflexa la complexitat que requereix l'assistència en els nostres Centres de Salut Mental Infanto-Juvenil.

### MIGRACIONS I SALUT MENTAL

Les **migracions** són un fenomen inherent a la història de la humanitat que adquireixen característiques especialment rellevants en el nostre món contemporani. Són una realitat complexa que requerirà del professional assistencial noves maneres d'actuació per portar a terme la seva labor professional.

La migració no és en si mateixa causa del trastorn mental, però pot constituir un **factor de risc** segons les condicions en que es realitzi. Es tractaria, doncs, d'un terreny intermedi entre la psicopatologia i lo social. En el cas del nen i de l'adolescent, que encara es troben en procés de desenvolupament, la migració adquireix una especial ressonància, ja que la infància i l'adolescència, al igual que el procés migratori, també són un creuament de camins, i la resolució del seu passatge quedarà marcada en l'organització de la personalitat. Aquest fet ens recorda les paraules del poeta segons les quals "la infància és la pàtria de l'home" (R. M. Rilke).

La migració forma part de la nostra evolució com espècie, pel que es pot considerar a priori que els humans estem ben dotats per ella. No obstant això, algunes situacions poden superar la nostra capacitat d'adaptació. Els factors de risc estarien relacionats, a més de amb la vulnerabilitat personal, amb els factors d'estrès psicossocial, principalment l'estrès associat a la pròpia migració, a com es resol el denominat dol migratori i a les condicions d'acollida.

Segons els **estudis epidemiològics**, l'impacte de la migració seguirà augmentant, passant a constituir el denominat "Sisè continent" o "Continent mòbil". A l'Estat espanyol constitueix en l'actualitat el 1,2% de la població. El percentatge s'ha duplicat en menys d'una dècada i, tot i la crisi actual, s'espera que torni a duplicar-se abans de que passi una altra dècada. En el nostre entorn predomina la immigració d'origen iberoamericà, del nord

d'Àfrica i de la comunitat europea. Tanmateix, aquesta procedència i el seu grau de densitat resulta variable segons les zones i podem trobar barris de Barcelona, per exemple, amb una alta concentració de immigració d'origen asiàtic. Tot això sense oblidar que bona part de la nostra població assistencial són les segones o terceres generacions de las migracions internes al voltant dels anys seixanta.

A finals del segle XX hi ha un canvi en les migracions. La imatge de les pateres ens enfronta, no només a una situació difícil, sinó a condicions extremes, amb risc vital. Una vegada al lloc de destinació, s'afegeixen com a factors agreujants la precarietat de recursos en què poden trobar-se, l'existència o no de compatriotes que puguin oferir suport, les diferències culturals i la seva possible dissonància amb la cultura d'origen, així com l'hostilitat o discriminació percebuda en el seu entorn. Cal afegir la paradoxa que les societats considerades modernes, a les quals s'emigra, tenen una prevalença de trastorns mentals molt superior a les de les societats d'origen.

Als diversos **factores d'estrès**, els quals s'associen sentiments de temor i inseguretat, cal afegir els efectes del denominat **dol migratori**, relacionats amb els sentiments de pèrdua. Com assenyala J. Achotegui en parlar de la Síndrome d' Ulisses, en el seu nou significat de síndrome del immigrant amb l'estrès crònic i múltiple, es tracta de pèrdues significatives que es tornen recurrents per la possibilitat de tornar. Aquestes pèrdues poden ser diverses: la seva cultura, el seu idioma, la seva terra, les seves relacions familiars i socials, o el que en cert sentit es pot considerar una interrupció en la seva biografia.

Una situació esdevé traumàtica quan desborda les capacitats d'adaptació i es converteix en una amenaça per la subsistència de la persona. D'això se'n desprèn que tant les situacions d'estrès múltiple associades al procés migratori, com les pèrdues viscudes, puguin arribar a tenir un valor traumàtic. De vegades, el patiment associat a la migració suscita l'aparició d'altres patiments latents, amb el risc que a partir d'aquí s'atribueixin totes les dificultats a la migració. En canvi, quan la migració es produeix dins d'un projecte amb una lògica, recursos i beneficis, aquests aspectes queden mitgats i apareixen altres més positius i enriquidors.

### ADAPTACIÓ A LA NOVA CULTURA

Segons sigui, la persona es pot considerar: **Integrada**: si manté la cultura d'origen a la vegada que adopta la dominant. **Assimilada**: quan adopta la dominant en detriment de la d'origen. **Separada**: quan manté la d'origen i rebutja la de acollida. **Marginalada**: quan abandona tota identitat cultural.

Si bé la integració és l'adaptació més desitjable, amb el seu treball de reconstrucció de la identitat d'origen i de destí, no per això significa que la persona deixi d'estar exposada a alts nivells d'ansietat. El fet de que immigrar s'associï a venir de lluny i en una posició d'inferioritat, encara que en els seus països d'origen tinguessin una bona posició, fa que el factor més significatiu de disminució de l'estrès sigui el grau de recolzament per part de la pròpia comunitat.

També pot succeir que la família hagi aconseguit adaptar-se raonablement bé, però els conflictes no resolts apareixen en la **segona generació**, el que explicaria la major prevalença de trastorns mental en aquesta. Els conflictes que apareixen en la **tercera generació** solen estar associats a la pèrdua de referències culturals.

## MIGRACIÓ I FAMÍLIA

La migració afectarà com les famílies eduquen. La cultura repercuteix en la forma de ser i de fer amb els fills. La criança té que adaptar-se al nen, però també preparar-lo per desenvolupar-se en el món extern. El sistema de representació del món que desenvoluparà el nen s'inscriu en un conjunt de totes les representacions que garanteixen certa cohesió del grup.

Si l'adaptació familiar no ha estat satisfactòria, el nen corre el risc de quedar atrapat entre dos mons diferents poc conciliats entre sí, i es dificulta per tant el seu accés a la realitat externa.

En els professionals de l'àmbit infanto-juvenil, una pregunta plantejada sovint és com incidirà el procés migratori sobre **l'exercici de la parentalitat**. Totes les vivències associades a la migració familiar poden incidir en el procés de desenvolupament dels menors. La interacció de les característiques individuals amb les influències externes desfavorables pot augmentar el risc de presentar trastorns psicopatològics o bé una major vulnerabilitat front a situacions futures d'estrès. Els factors de risc poden ser variables i produir-se en diferents moments del desenvolupament.

## ALTERACIONS SEGONS ELS MOMENTS CRÍTICS DEL DESENVOLUPAMENT

El que pels pares pot ser un xoc de cultures, pel nen pot ser un canvi de llengua i per l'adolescent un conflicte d'identitats. Els principals problemes van canviant segons el moment crític del desenvolupament. Són sintetitzats a continuació:

**a) Embaràs i període post-natal:** es conegut i fonamental tot el que contribueix a generar confiança a la mare, afavorint el que el D. Stern anomena la "constel·lació maternal". Amb prou feina cal insistir ara.

**b) Edat preescolar:** aquí pot jugar un paper determinant tota la patologia associada a la carència afectiva. Una de les circumstàncies més decisives és la separació entre pares i fills, que pot ser durant períodes prolongats de temps, quan els pares emigren amb anterioritat. Els processos posteriors de reagrupament poden resultar molt problemàtics. El contacte a través de les noves tecnologies de comunicació permeten suavitzar aquest impacte, però en cap cas substitueixen una vertadera convivència.

**c) Etapa escolar:** el període dels grans aprenentatges escolars és també el d'obrir-se a noves realitats i el **fracàs escolar** és el principal perill quan l'adaptació cultural no ha estat satisfactòria. Factors que s'associen a aquest fracàs escolar entre la població immigrant són, per una banda el nivell sociocultural dels pares, així com la seva competència en el llenguatge i per altra les dificultats específiques d'aprenentatge del nen, que sempre han de ser convenientment explorades. En el cas de dificultats amb el bilingüisme, aquestes solen estar relacionades més amb conflictes psicològics que amb trastorns del llenguatge. Quan el nivell cultural és bo, l'immigrant pot tenir fins i tot millor rendiment que els autòctons.

L'altre gran risc en aquesta etapa escolar és que poden començar a aparèixer **trastorns de conducta**, relacionats amb factors ambientals i de personalitat. Serà determinant el temps i la qualitat de la supervisió del menor pels adults, molt sovint dificultat per les necessitats laborals o d'altre mena. En aquesta fase encara sol produir-se per una petita part de la població autòctona els que podríem considerar una **migració interna**, amb el trasllat del món rural al medi urbà amb la finalitat de poder cursar l'escolaritat obligatòria.

**d) Adolescència:** hi ha diferents situacions a tenir presents. El risc principal és el conflicte d'identitats, sobretot si sent que la seva cultura d'origen és un obstacle per progressar, o bé que el tenir èxit dins de la cultura de acollida implica rebutjar el seu origen.

Questions bàsiques de la crisi adolescent, com la relació amb els ideals, els límits, l'adquisició d'autonomia i les necessitats de dependència i la construcció de la pròpia identitat, es poden amplificar en entrar en ressonància amb el xoc cultural. Com més gran sigui la bretxa entre les dues cultures i majors les contradiccions existents, més pot aguditzar-se la situació. A tot això cal afegir que les característiques de la nostra societat, denominada "post-moderna", no sempre afavoreixen la transició de l'adolescència, com mostra l'alarmant augment de la patologia psicosocial.

En ocasions, passa que el **xoc de cultures** en realitat és més un xoc d'expectatives, on una cultura és idealitzada en detriment de l'altra. El fet decisiu serà que l'adolescent pugui fer seu, de forma activa, el procés de migració i per tant l'accés a noves realitats i recursos.

També ens trobem amb adolescents que desconeixien fets de gran rellevància per la construcció de la seva identitat relacionats amb el procés migratori, amb la vida dels seus pares o amb el seu propi passat. Potser els pares no tenien cap intenció d'ocultar-los, sinó que immersos en la seva lluita per sortir endavant no havien arribat a expressar-los, de vegades fins el moment en que aquestes qüestions sorgeixen dins de la consulta assistencial.

Una altra possibilitat a tenir en compte és quan l'adolescent està més adaptat a la nova cultura que els seus pares, i es troba fent un paper propi d'adult davant d'ells, el que dificulta el paper de referents que els pares han de tenir per l'adolescent en la transició al món adult.

Així mateix, una eventualitat possible és quan l'adolescent és el depositari d'unes expectatives d'èxit que el converteixen en

l'abanderat familiar i en la justificació de tots els sofriments patits, el qual pot resultar un pes excessiu per ell.

El fenomen de les bandes juvenils pot tenir especial rellevància per alguns d'aquests adolescents. No necessàriament ha de tractar-se d'una situació patològica, ja que la pertinença a un grup entra dins dels processos normals de l'adolescència. La força d'aquests fenòmens ve de quan es converteixen en una família substituïda i en un ritual d'iniciació, oferint una sensació de seguretat i pertinença que poden resultar falses i destructives segons siguin les característiques d'algunes d'aquestes bandes i les carències d'alguns d'aquests joves.

Una situació diametralment oposada a la que ens ocupa aquí és la dels adolescents que emigren sols y que estan tutelats per la administració, en ocasions després de haver viscut al carrer. Normalment no consulten als centres de salut mental, excepte en el context de urgències psiquiàtriques o de qüestions legals.

### ADAPTACIÓ ASSISTENCIAL

Una altra qüestió que ens plantejem amb la immigració és com afecta a la nostra pràctica clínica o professional.

Per al clínic, la transculturalitat l'afronta al repte d'obrir-se a altres cultures. En el cas dels nens i adolescents això suposa tenir presents altres formes culturals d'entendre el significat de la infància, del procés d'emmalaltir i dels recursos curatius. La capacitat o aptitud del clínic d'obrir-se a altres realitats, d'acceptar que el seu món no és l'únic possible, es plasmarà en la seva actitud. Els facultatius disposem de mitjans tècnics per diagnosticar i tractar els trastorns mentals, però difícilment funcionaran els tractaments davant problemàtiques tan complexes sinó establim una relació humana terapèutica, pel qual és precís contactar amb l'altre i estar oberts a la seva singularitat i diferència.

### AJUDA A LA FAMÍLIA

La pràctica professional també ha d'oferir ajuda a les famílies. Per tractar a nens i adolescents cal ajudar a sostenir les funcions parentals. Com assenyalava E. Domènech en el seu discurs d'ingrés en aquesta Acadèmia, estudis epidemiològics senyalen que els factors de risc que s'associen de forma més significativa amb la psicopatologia infanto-juvenil són els que fan referència a les relacions familiars.

En el nostre cas serà de suma importància conèixer com va transcórrer el procés migratori, saber quines són les condicions de vida actuals i acompanyar-los en l'elaboració del dol migratori quan sigui necessari. Pot ser de gran utilitat l'existència i utilització de recursos assistencials específics per immigrants, ja que en ocasions necessitem, més enllà del idioma, un traductor cultural que ens permeti captar alguns aspectes de la seva realitat i dels recursos que es poden mobilitzar. En qualsevol cas, la intervenció multidisciplinària pot ser de gran ajuda enfront a situacions complexes on es creuen els aspectes socials amb els psicopatològics.

### PREVENCIÓ

La prevenció també pot ser un dels punts forts en l'assistència a la població infanto-juvenil. El paper d'assessorament a altres agents a més dels sanitaris, com són els serveis socials o les institucions educatives, pot ser fonamental tant per la detecció i la col·laboració assistencial, com per la promoció de la salut i de l'integració.

A la vegada, més enllà de l'assistència específica a aquests col·lectius, integrar la diversitat, com és el cas de la transculturalitat, en la nostra atenció de fet millora la nostra praxis i la dels nostres equips.

En definitiva, he procurat senyalar alguns dels escenaris que podem trobar en l'assistència, definits per l'encreuament dels fenòmens migratoris, les circumstàncies socials i els processos de desenvolupament normals i patològics de l'individu en edat pediàtrica. Però cal recordar que tota crisi reflexa una lluita de forces en una situació de canvi que no sempre ha de resultar destructiva; la seva resolució també pot ser estructurant i enriquidora. És el cas dels més fràgils o desfavorits el que més ens preocupa. Dins de la normalitat, precisament és la major flexibilitat i obertura dels nens la que ajudarà a molts d'aquests pares immigrants a ser més permeables amb la cultura del país de destí.

Per a acabar, podem recordar que la migració i l'evolució de les cultures és un procés consubstancial a l'home, el qual es troba sempre en marxa. Moltes gràcies per la seva atenció.

### BIBLIOGRAFIA

- Achotegui, J. (2008). "Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)". *Psicopatol. Salud ment.* 2008; 11, 15-25
- Achotegui, J. (2009). *Emigrar en el Siglo XXI: Estrés y Duelo Migratorio en el Mundo de Hoy. El mundo de la mente, Figueras.*
- Collazos, F. et al. (2008). "Estrés aculturativo y salud mental en población inmigrante". *Papeles del psicólogo*, 2008. Vol. 29 (3), 307-315
- Domènech, E. (1997). *Discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.* RAMC, Barcelona.
- Friedman, M. (1998). "El proceso migratorio". En: Callabed, J., Comellas, MJ., Mardomingo, MJ (eds). "El entorno social, niño y adolescente". Laertes, Barcelona.
- Gutiérrez, ML. (2010). "Psiquiatría transcultural. A propósito de un caso". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010; 30 (108), 639-644
- <http://www.ine.es>
- Marcelli, D. (2007). *Manual de Psicopatología del Niño, 7ª ed.* Elsevier Masson, Barcelona.
- Marxen, E. (2007). "Duelo migratorio y bandas juveniles". *Psicopatol. Salud ment.* 2007; 9, 57-64
- Moro, MR. (2004). "¿Por qué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños? La experiencia francesa". *Psicopatol. Salud ment.* 2004; 4, 69-80
- Moro, MR. (2010). "Parentalidad y diversidad cultural". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2010; 49, 27-38
- Pechevis, M. (1995). "Los hijos de los emigrantes". En: Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, tomo VII. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Rabeh-Sijelmassi, A. (2010). "Migración, emigración, familias e identidad: ¿cómo intervenir en salud mental? *Psicopatol. Salud ment.* 2010; 16, 79-84
- Sanz, L. (2007). "Salud mental e inmigración". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2007; vol XXVII, nº 100, 281-291
- Stern D. (1997). *La constelación maternal.* Barcelona, Paidós.
- Vall, O., García, O. (1998). "El niño emigrante". En: Callabed, J., Comellas, MJ., Mardomingo, MJ (eds). "El entorno social, niño y adolescente". Laertes, Barcelona.

## Ingrés d'Acadèmics corresponents

# RETINOPATIA DIABÈTICA, EL SEU TRACTAMENT I ELS REPTES FUTURS

**Josep García i Arumí**

Acadèmic corresponent.

La diabetis es considera actualment la causa de ceguesa més freqüent als països industrialitzats entre la població activa, i s'estima que representa entre el 20 i el 30% del total de cegueses.

Es calcula que hi ha 290 milions de persones diabètiques a tot el món, més de 3.5 milions a Espanya, i més de 500.000 a Catalunya. El risc de pèrdua total de la visió és 25 vegades superior als diabètics que a la població general. El 2% de la població catalana diabètica presenta graus de retinopatia avançada amb pèrdua total de la visió o ceguesa legal.

Les principals manifestacions de la diabetis ocular són la retinopatia, que provoca el 80 % del total de cegueres secundàries a la diabetis, la cataracta, el glaucoma i la neurooftalmopatia.

Existeixen una sèrie de factors de risc que augmenten significativament el risc de retinopatia diabètica: l'edat precoç des del diagnòstic, el nivell d'Hemoglobina HbA1c, la hipertensió arterial i el sexe masculí. Tots aquests factors actuen com a variables independents.

Els tractaments clàssics de la retinopatia diabètica no sempre són efectius, i produeixen una important iatrogènia, per la qual cosa s'ha investigat profusament en els últims anys sobre la fisiopatogènia de la retinopatia diabètica amb l'objectiu de trobar noves dianes terapèutiques, i s'han desenvolupat nous instruments diagnòstics, com la tomografia de coherència òptica, que ajuden en el diagnòstic precoç i en el control de l'evolució després del tractament.

La retinopatia diabètica és una malaltia microvascular, que s'inicia amb la pèrdua de pericits, l'engruiximent de la membrana basal, i la descompensació de la barrera endotelial hematorretiniana. També es produeixen alteracions bioquímiques i hematològiques com l'augment de l'adhesió plaquetar, l'augment de l'agregació dels eritròcits, l'augment de lípids en plasma, l'alteració de la fibrinòlisi, l'augment de l'hormona del creixement, l'alteració de la viscositat sanguínia, que produeixen isquèmia, i indueixen un augment de la regulació o sobreexpressió del factor de vasoproliferació endotelial (VEGF). Aquestes alteracions anatòmiques i bioquímiques indueixen un canvi de la permeabilitat vascular que es tradueix en edema, així com isquèmia i neovascularització.

Les principals causes de la pèrdua de visió a la retinopatia diabètica són la maculopatia diabètica, d'origen isquèmic o

edematós, i les complicacions de la retinopatia proliferant, com el despreniment macular traccional, l'hemorràgia vítria, o l'edema macular traccional.

L'edema macular diabètic afecta a unes 140.000 persones a Espanya, i és més freqüent a la diabetis tipus 2. Es considera la principal causa de pèrdua de visió i de metamorfòsia secundària a la diabetis. Produeix una pèrdua de visió central que afecta sobretot a la capacitat de lectura, sense afectar a la visió perifèrica.

L'edema macular diabètic es caracteritza per l'acumulació de líquid extracel·lular a la capa de Henle i a la capa nuclear interna de la retina. La fisiopatologia depèn de la interacció de diversos factors: el trencament de les barreres hemato-retinianes, l'expressió i l'alliberament de factors bioquímics, la hipòxia tissular, les alteracions circulatòries retinianes, o la tracció vítria.

Hi ha una forta evidència de que el factor de creixement vascular endotelial (VEGF) contribueix a la ruptura de la barrera hemato-retiniana, provocant edema macular a la malaltia ocular humana.<sup>1</sup> Molts dels efectes del VEGF poden estar mediat per altres factors, i les alteracions que indueixen l'expressió del VEGF poden iniciar una cascada d'altres esdeveniments biològics.

A més del VEGF, nombroses citocines i quimiocines estan implicades a la patogènia dels EMD i els RD,<sup>2</sup> però encara no està clar quins són els esdeveniments inicials de la cascada angiogènica i immunològica.

La retinopatia diabètica proliferant és rara abans dels 10 anys d'evolució de la diabetis, augmentant bruscament a partir dels 10 anys (3% a l'any), romanent a aquest nivell durant 25 anys. La taxa és 3 vegades major en els insul independents, i és més freqüent en diabètics tipus 1. Dins del terme de retinopatia proliferant s'estableixen diversos graus, des d'una retinopatia incipient fins a una retinopatia d'alt risc: neovasos papil·lars d'almenys una quarta part de la superfície papil·lar, o neovasos papil·lars o retinians associats a hemorràgia vítria o prerretiniana.

El creixement dels neovasos se sol realitzar entre la retina i la hialoides posterior, que serveix de substrat anatòmic per a la seva proliferació. Se situen a les àrees vasculares, predominant a la papil·la i a les arcades vasculares. La proliferació vascular s'acompanya de la formació d'una malla de col·lagen hipocel·lular amb capacitat contràctil que indueix el despreniment traccional de la retina i l'hemorràgia vítria.

## TRACTAMENT DE LA RETINOPATIA DIABÈTICA

El tractament mèdic és fonamental per a evitar la progressió de la retinopatia diabètica, tal com es va demostrar en l'estudi multicèntric del DCCT Group<sup>3,4</sup>. L'estricta control dels factors de risc va demostrar una alta efectivitat sobre la progressió de la retinopatia diabètica: el control de la hipertensió arterial, de l'anèmia i de la malaltia renal diabètica. En dones embarassades el control ha de ser més estricte donada la tendència a la descompensació de la retinopatia a causa dels canvis hormonaals. S'ha de realitzar també un control estricte de la glucèmia i de l'Hemoglobina glicosilada, i un control dels factors lipídics que poden agreujar la retinopatia.

El tractament de l'edema macular diabètic va millorar segons els resultats de l'estudi multicèntric realitzat als Estats Units (*Earlytreatment Diabetic Retinopathy Study Research Group o ETDRS*)<sup>5</sup>, que va demostrar que la fotocoagulació amb làser és un tractament efectiu en aquests pacients, reduint a la meitat el risc de pèrdua de visió. Actualment, la fotocoagulació retiniana segueix sent el *gold standard* per al tractament del EMD, però a causa de la naturalesa destructiva de la fotocoagulació làser macular i la tardana resposta en termes de beneficis visuals, han estat avaluades altres modalitats de tractament. Aquestes inclouen la triamcinolona o dexametasona intravítrea, la vitrectomia pars plana, i més recentment, la teràpia anti-VEGF, com l'aptàmerpegaptanib, o els anticossos ranibizumab o bevacizumab.

L'estudi RESTORE va avaluar l'efectivitat del ranibizumab, que és un anticòs anti-VEGF administrat intravítreament, i va reflectir que els pacients tractats únicament amb ranibizumab aïllat o associat a làser van aconseguir veure una mitjana de 6,8 i 6,4 lletres més, respectivament, al test d'agudes visual realitzat als 12 mesos, mentre que els pacients tractats amb làser van guanyar 0,9 lletres en l'optotip ETDRS.

L'estudi RESOLVE va mostrar que els pacients tractats amb ranibizumab van guanyar 10,3 lletres de mitjana a l'agudes visual als 12 mesos, mentre que els pacients tractats amb una teràpia simulada, alguns dels quals van ser tractats amb làser, van perdre una promig d'1,4 lletres<sup>6</sup>.

L'estudi independent en els EUA dirigit per la Xarxa d'Investigació Clínica de la Retinopatia Diabètica (DRCR.net, per les seves sigles en anglès). Aquest estudi mostra que, al cap d'un any, els pacients tractats amb ranibizumab i teràpia làser van millorar la seva agudes visual en 9 lletres de mitjana, mentre que els pacients tractats únicament amb làser van aconseguir una mitjana de 3 a 4 lletres<sup>7</sup>. A més, l'estudi va demostrar millores superiors en l'agudes visual dels pacients tractats durant dos anys, amb una reducció del nombre d'injeccions al segon any de tractament, respecte al primer any. En concret, una mitjana de tan sols dues a tres injeccions van ser requerides al segon any de tractament, en comparació amb el primer, al qual s'hi van requerir una mitjana de vuit a nou injeccions.

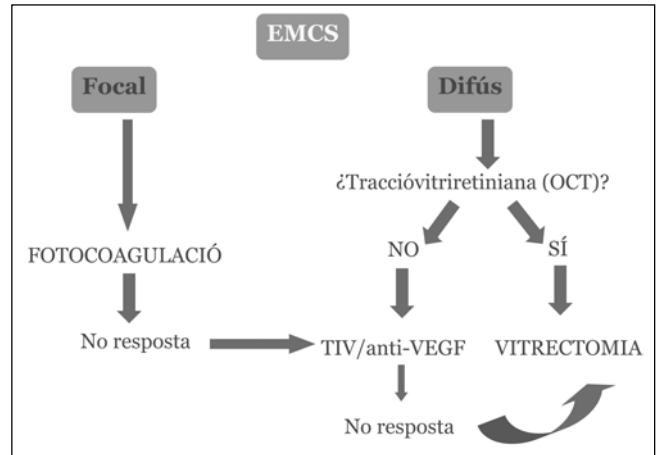


Figura 1. Algortme del tractament de l'edema macular

El DRS (Diabetic Retinopathy Study) és un estudi multicèntric realitzat als Estats Units, que va demostrar que la fotocoagulació panretiniana amb làser redueix el risc del 50% al 65% als 2 i 4 anys, aconseguint la regressió de la neovascularització<sup>8,9</sup>. Posteriorment l'ETDRS va observar que en pacients amb retinopatia diabètica proliferativa d'alt risc o amb retinopatia diabètica proliferativa incipient, el tractament precoç amb làser panretinià té el millor pronòstic anatòmic i funcional. La fotocoagulació amb làser indueix la regressió del teixit neovascular mitjançant la disminució del VEGF segregat per la retina isquèmica. Els nous làsers de micropols tipus PASCAL permeten realitzar una panretinofotocoagulació en una sola sessió al disminuir el dolor dels impactes del làser al tractar-se de micropolsos i permetre realitzar 25 impactes en mil·lisegons.

En pacients amb retinopatia diabètica proliferativa avançada, l'única solució és la cirurgia. El Retinopathy Vitrectomy Study<sup>10,11</sup> va ser dissenyat per avaluar els riscos i beneficis de la vitrectomia precoç en pacients amb retinopatia diabètica proliferativa avançada, i a la seva primera publicació el 1985 va establir les principals indicacions quirúrgiques, que inclouen: el desprendiment de retina traccional amb afectació macular, el desprendiment de retina traccional i regmatogen, el desprendiment de retina que amenaça la màcula o produeix plects maculars, induint metamorfòpsia i disminució d'agudes visual, edema macular traccional, i proliferació de la hialoides anterior, entitat infreqüent observada en pacients joves que ja han estat intervinguts de vitrectomia.

El tractament quirúrgic de la retinopatia diabètica proliferant ha sofert grans avenços des de les publicacions del DRS, atribuïbles a les millores en les tècniques quirúrgiques i diagnòstiques, i a la detecció precoç de les possibles complicacions. L'associació de fàrmacs anti-VEGF administrats a la cavitat vítria com el bevacizumab i el ranibizumab abans i després de la intervenció facilita molt l'acte quirúrgic perquè disminueix el sagnat intraoperatori, i per tant, redueix el risc d'hemorràgia postoperatòria així com la repulsió vascular, aspecte important en els diabètics juvenils.

## REPTES FUTURS

Si bé la fotocoagulació làser ha demostrat la seva eficàcia en el tractament de l'edema macular i la retinopatia diabètica proliferativa, produeix un efecte tèrmic amb mort cel·lular a nivell de la retina externa i l'epiteli pigmentari, la qual cosa es tradueix en una pèrdua de visió nocturna, constricció del camp visual, etc. A més és poc efectiva en el tractament de l'edema macular difús.

Els nous tractaments utilitzats en l'edema macular tampoc estan exempts d'efectes secundaris: els corticoides administrats a la cavitat vítria tenen una alta incidència de cataracta (gairebé el 100% dels casos als 2 anys) i glaucoma (30% dels casos en algunes sèries). A més, precisen de reinjeccions per a poder mantenir el nivell d'eficàcia, amb el consegüent risc d'endoftalmitis i molèsties al pacient, així com la reiteració de visites mèdiques, la qual cosa satura el sistema sanitari. A causa d'això s'han desenvolupat sistemes d'alliberament sostingut d'esteroides a la cavitat vítria, que han demostrat un manteniment de l'eficàcia entre 6 mesos i 3 anys. No obstant això, persisteixen els efectes secundaris de cataracta i glaucoma.

Els fàrmacs anti-VEGF, principalment els anticossos bevacizumab i ranibizumab han demostrat la seva eficàcia en estudis pilot i en estudis multicèntrics, però han d'injectar-se mensualment, per la qual cosa també saturen el sistema sanitari i tenen risc d'endoftalmitis. A causa d'això, en els últims anys hem investigat altres fàrmacs que actuen sobre la molècula diana, el VEGF, i sobre altres molècules que indueixin neovascularització i l'augment de la permeabilitat capil·lar. Fruit d'aquests estudis, hem observat que la Somatostatina 28 i el PEDF són produïdes per les cèl·lules retiniques i l'epiteli pigmentari, i actuen inhibint el VEGF. També hem observat un augment de la producció d'eritropoetina local en els processos vasoproliferatius retinians, per la qual cosa la seva inhibició podria contribuir a la regulació de l'angiogènesi a nivell local<sup>12-17</sup>.

Per una altra banda, hem comprovat que la insulina resistentia té una associació significativa amb l'edema macular quístic que no es relacionava directament amb l'ús d'insulina, i el tractament amb insulina s'associava amb l'edema macular difús. El coneixement d'aquests factors pot ajudar a millorar el tractament de l'edema macular<sup>18</sup>.

El tractament intravítiri amb somatostatina en el sistema d'alliberament retardat o els seus anàlegs podria contribuir a restaurar l'equilibri entre els factors proangiogènics i antiangiogènics que es troba descompensat a la retinopatia diabètica i que indueix la vasoproliferació. Un altre camp en el qual estem treballant és en la inducció de la sobreexpressió de somatostatina i PEDF per part de les cèl·lules retiniques i de l'epiteli pigmentari utilitzant vectors no virals en nanopartícules que canvien el codi genètic d'aquestes cèl·lules. Aquesta sobreexpressió tindria el gran avantatge d'incloure una inhibició perllongada del VEGF sense la necessitat de la injecció repetida de fàrmacs.

## BIBLIOGRAFIA

1. Funatsu H, Yamashita H, Ikeda T, et al. Vitreous levels of interleukin-6 and vascular endothelial growth factor are related to diabetic macular edema. *Ophthalmology* 2003; 110:1690-6.
2. Meleth AD, Agron E, Chan CC, et al. Serum inflammatory markers in diabetic retinopathy. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2005;46:4295-301.
3. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications of insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329:977-986
4. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Progression of retinopathy with intensive versus conventional treatment in the diabetes control and complications trial. *Ophthalmology* 1995; 102:647-661.
5. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Photocoagulation for diabetic macular edema. ETDRS report no 1. *Arch Ophthalmol* 1985; 103:1796-1806.
6. Massin P, Bandello F, Garweg JG, Hansen LL, Harding SP, Larsen M, Mitchell P, Sharp D, Wolf-Schnurrbusch UE, Gekkieva M, Weichselberger A, Wolf S. Safety and efficacy of ranibizumab in diabetic macular edema (RESOLVE Study): a 12-month, randomized, controlled, double-masked, multicenter phase II study. *Diabetes Care*. 2010 Nov;33(11):2399-405.
7. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network (DRCR.net), Beck RW, Edwards AR, Aiello LP, Bressler NM, Ferris F, Glassman AR, Hartnett E, Ip MS, Kim JE, Kollman C. Three-year follow-up of a randomized trial comparing focal/grid photocoagulation and intravitreal triamcinolone for diabetic macular edema. *Arch Ophthalmol*. 2009 Mar;127(3):245-51.
8. Diabetic Retinopathy Study Research Group. Photocoagulation treatment of proliferative diabetic retinopathy. DRS report no 2. *Ophthalmology* 1978; 85:82-105.
9. Diabetic Retinopathy Study Research Group. Four risk factors for severe visual loss in diabetic retinopathy. DRS report no 3. *Arch Ophthalmol* 1979; 97:654-655
10. Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study Research Group. Two-year course of visual acuity in severe proliferative diabetic retinopathy with conventional management. *Diabetic Retinopathy and Vitrectomy Study Report 1. Ophthalmology* 1985; 92:492-502.
11. Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study Research Group. Early vitrectomy for severe vitreous hemorrhage in diabetic retinopathy: two-year results of a randomized trial. *Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study Report 2. Arch Ophthalmol* 1985; 103:1644.
12. Hernández C, Carrasco E, Casamitjana R, Deulofeu R, García-Arumí J, Simó R. Somatostatin molecular variants in the vitreous fluid: a comparative study between diabetic patients with proliferative diabetic retinopathy and nondiabetic control subjects. *Diabetes Care*. 2005 Aug;28(8):1941-7.
13. Simó R, Carrasco E, Fonollosa A, García-Arumí J, Casamitjana R, Hernández C. Deficit of somatostatin in the vitreous fluid of patients with diabetic macular edema. *Diabetes Care*. 2007 Mar;30(3):725-7.
14. Hernández C, Fonollosa A, García-Ramírez M, Higuera M, Catalán R, Miralles A, García-Arumí J, Simó R. Erythropoietin is expressed in the human retina and is highly elevated in the vitreous fluid of patients with diabetic macular edema. *Diabetes Care*. 2006 Sep;29(9):2028-33.
15. Fonollosa A, García-Arumí J. Study of pathogenic mediators in diabetic macular edema by analysis of the vitreous humor. Role of erythropoietin and somatostatin. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2009 Dec;84(12):591-3.
16. García-Ramírez M, Hernández C, Villarroel M, Canals F, Alonso MA, Fortuny R, Masmiquel L, Navarro A, García-Arumí J, Simó R. Interphotoreceptor retinoid-binding protein (IRBP) is down regulated at early stages of diabetic retinopathy. *Diabetologia*. 2009 Dec;52(12):2633-41.
17. Simó R, Higuera M, García-Ramírez M, Canals F, García-Arumí J, Hernández C. Deficit of somatostatin in the vitreous fluid of patients with diabetic macular edema. *Arch Ophthalmol*. 2008 Aug;126(8):1076-81.
18. Zapata MA, Badal J, Fonollosa A, Boixadera A, García-Arumí J. Insulin resistance and diabetic macular oedema in type 2 diabetes mellitus. *Br J Ophthalmol*. 2010 Sep;94(9):1230-2

## Educació mèdica

# L'ESPAI EUROPEU D'EDUCACIÓ SUPERIOR I LA FORMACIÓ DELS METGES

## 3. Cicles dels ensenyaments superiors europeus i marcs de qualificacions (II)

**Josep Carreras i Barnés**

Acadèmic numerari

### MARC EUROPEU DE QUALIFICACIONS

Mentre, com s'ha comentat en l'article anterior d'aquesta sèrie (1), les organitzacions implicades en el desenvolupament de l'EEES anaven perfilant les característiques del que seria el metamarc de qualificacions de l'EEES ("Framework for Qualifications of the European Higher Education Area", QF-EHEA), la Comissió Europea va iniciar l'elaboració d'un altre metamarc de qualificacions d'àmbit, extensió i contingut diferents: el Marc Europeu de Qualificacions per a l'Aprenentatge Permanent ("European Qualifications Framework for Lifelong Learning"), conegut per les seves sigles en anglès com a EQF (2).

Aquest projecte es va iniciar l'any 2004 com a resposta a les peticions dels Estats membres de la Unió Europea, dels interlocutors socials i d'altres parts interessades, fetes en el marc de diversos programes de la Unió relacionats amb "L'estratègia de Lisboa" (3), que demanaven la creació d'un marc comú de referència que relacionés els sistemes i els marcs de qualificació sectorials i nacionals europeus, i servís de mecanisme de conversió per permetre la comprensió, el reconeixement i la transferència de les qualificacions atorgades. Els seus dos objectius principals serien: fomentar la mobilitat geogràfica dels ciutadans en el mercat de treball, i facilitar el seu accés a l'aprenentatge permanent (4,5).

Amb l'ajut d'un grup d'experts en marcs de qualificació, la Comissió Europea va dissenyar un model que proposava un marc de vuit nivells basat en resultats d'aprenentatge (6), presentat a la Conferència "Towards a European Qualifications Framework for Lifelong Learning. Learning across boundaries" celebrada a Glasgow el mes de setembre de 2005 (7), i que va ser objecte de consulta a les parts interessades de tot Europa (entre elles, 32 països de la EU, de la EEA i països candidats) durant la segona meitat de l'any 2005. Les respostes obtingudes (unes 120), presentades a la "International Conference on the EQF: Consultation to recommendation" celebrada a Budapest el mes de febrer de 2006 (8), van posar de manifest un ampli suport a la proposta de la Comissió, si bé es van demanar alguns aclariments i una certa simplificació. En conseqüència la Comissió, prenent en consideració els comentaris dels experts dels països participants i dels

interlocutors socials europeus, va modificar la proposta inicial i va elaborar un nou text que va ser aprovat com a Proposta de Recomanació del Parlament Europeu i del Consell el 6 de setembre de 2006 (9). Durant l'any 2007, el Parlament i el Consell Europeu van negociar la proposta (10), que finalment va ser adoptada oficialment el 23 d'abril de 2008 (11).

A banda de pel diferent àmbit geogràfic d'influència, l'EQF i el QF-EHEA es diferencien principalment per dues característiques: els nivells formatius abastats i els sistemes de formació considerats. Mentre el QF-EHEA inclou només els nivells acadèmics d'educació superior, els vuit nivells que estableix l'EQF cobreixen totes les fases de procés d'aprenentatge. Mentre el QF-EHEA només considera els sistemes formatius de tipus acadèmic, l'EQF cobreix tots els sistemes d'aprenentatge, amb independència del context educatiu o institucional: formal, no formal i informal. El dos metamarcs de qualificacions utilitzen els resultats d'aprenentatge com a descriptors dels diferents nivells establerts; però l'EQF els precisa més i fixa els resultats d'aprenentatge en els àmbits dels coneixements, les experteses i les competències. Els descriptors del QF-EHEA són més amplis, més genèrics i més globals.

La comparació de l'EQF amb el QF-EHEA mostra una evident compatibilitat dels dos metamarcs: els quatre nivells superiors de l'EQF equivalen als estudis superiors de curt termini, al *Bachelor*, al *Master* i al *PhD* del QF-EHEA. Així han conclòs diversos anàlisis fets al respecte –pel *Bologna Follow up Grup* (12), pel *Joint Quality Initiative meeting* (13) i pel *Bologna Working Group on Qualifications Framework* (14)– i ho ha senyalat la pròpia Recomanació del Parlament Europeu i del Consell (11).

Com exemple, s'inclou una taula comparativa dels descriptors del 1er cicle (*Bachelor*) del QF-EHEA i de l'equivalent nivell 6 de l'EQF.

### MARCS NACIONALS DE QUALIFICACIONS

Els documents que estableixen l'EQF i el QF-EHEA són només recomanacions que no suposen una imposició legislativa als Estats. Aquests són lliures de definir o no els seus Marcs Nacionals de

Qualificacions d'acord amb el que determinen els dos metamarc; procés pel que, en els dos casos, es va establir l'any 2010 com a termini.

El grup de treball sobre marcs de qualificacions (*Working Group on Qualifications Framework*) que, com es va comentar en l'article anterior, va crear el Grup de Seguiment del Procés de Bolonya (BFUG), va rebre l'encàrrec de vetllar pel desenvolupament del QF-EHEA, monitoritzar el desenvolupament de l'EQF i ajudar als països en l'establiment del marcs nacionals. Amb aquesta finalitat, el grup de treball, entre altres activitats, va organitzar diversos *workshops* regionals, tot publicant informes molt interessants els anys 2007(14) i 2009 (15). Altres activitats relacionades amb la implementació dels marcs nacionals de qualificacions han estat el "Bologna Seminar Council of Europe Higher Education Forum on Qualifications Framework", celebrat a Estrasburg el mes d'octubre de l'any 2007 (16) i el "Bologna Seminar Aligning national against European qualification frameworks: the principles of self certification", celebrat a Tbilisi el mes de novembre de 2008 (17). A més, els anys 2009 i 2010 van tindre lloc les dues primeres reunions de "National QF correspondents" (18,19).

D'altra banda, la Comissió Europea, va publicant periòdicament al web "The European Qualifications Framework (EQF)" (20) documents explicatius ("European Qualifications Framework Series") i butlletins de notícies ("EQF Newsletters") sobre el desenvolupament de l'EQF i dels Marcs Nacionals de Qualificacions.

En acabar aquest resum, cal esmentar que el ritme en que els diferents països han definit el marc nacional ha variat notablement, i molts d'ells han incomplert el termini inicialment establert (20-23). Espanya ha seguit els Descriptors de Dublín en caracteritzar les noves titulacions oficials adaptades a l'EEES; però el marc nacional de qualificacions (conegut com a MECES) encara es troba en fase d'elaboració.

## TAULA COMPARATIVA DELS DESCRIPTORS DELS DOS METAMARCS DE QUALIFICACIONS

### A) QF-EHEA (1<sup>er</sup> cicle, *Bachelor*)

Les titulacions que impliquen l'acompliment del primer cicle s'atorguen a estudiants que:

- Han demostrat uns coneixements i una comprensió en un camp d'estudi que parteix de l'educació secundària i alhora la supera, i que acostumen a trobar-se en un nivell que, tot i basar-se en llibres de text avançats, inclou determinats aspectes inspirats en els coneixements més avançats del seu camp d'estudi.
- Són capaços d'aplicar els seus coneixements i la seva comprensió de tal manera que indiqui un plantejament

professional de la seva feina o professió, i que posseeixen competències que s'acostumen a demostrar mitjançant l'elaboració i defensa d'arguments i la resolució de problemes dins del seu camps d'estudi.

- Tenen l'habilitat d'aplegar i interpretar dades rellevants (normalment dins del seu camp d'estudi) per tal d'emetre judicis que incloguin la reflexió sobre temes socials, científics o ètics significatius.

- Són capaços de comunicar informació, idees, problemes i solucions tant a audiències expertes com no expertes.

- Han demostrat les habilitats d'aprenentatge necessàries per continuar els estudis amb un alt grau d'autonomia.

### B) EQF (6<sup>è</sup> nivell)

#### **Resultats d'aprenentatge pertinents per a una qualificació d'aquest nivell:**

1. *Coneixements:* Coneixements avançats en un camp de treball o estudi que requereixi una comprensió de teories i principis.

2. *Habilitats:* Habilitats avançades que acreditin el domini i les capacitats d'innovació necessàries per resoldre problemes complexos i imprevisibles en un camp especialitzat de treball o estudi.

3. *Competències:*

- Gestió d'activitats o projectes tècnics o professionals complexos, assumint responsabilitats per la presa de decisions en contextos de treball o estudi imprevisibles.

- Assumpció de responsabilitats pel que fa a la gestió del desenvolupament professional de particulars i grups.

## REFERÈNCIES

Tots els webs s'han comprovat en data 25 de maig de 2010.

1. Carreras J. L'Espai Europeu d'Educació superior i la formació dels metges. 3. Cicles dels ensenyaments superiors europeus i marcs de qualificacions ( I ). Rev.R.Acad.Med.Catalunya, 2010; 25: 144-146.
2. Comisión Europea. ¿Qué es el marco europeo de cualificaciones para el aprendizaje permanente? 2008. Disponible a: [http://ec.europa.eu/dgs/educación\\_culture](http://ec.europa.eu/dgs/educación_culture).
3. El Consejo Europeo extraordinario de Lisboa (marzo de 2000): hacia la Europa de la innovación y el conocimiento. Disponible a: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/community\\_employment\\_policies/c10241\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/community_employment_policies/c10241_es.htm)
4. Comisión de las Comunidades Europeas. "Introducción" a Propuesta de Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la creación del Marco

Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente. COM(2006) 479 final. Disponible a: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0479:FIN:ES:PDF\\_](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0479:FIN:ES:PDF_)

5. Markowitsch J, Luom-Messerer K. Development and interpretation of descriptors of the European Qualifications Framework. European Journal of vocational training. Thematic issue: the European Qualifications Framework 2007/2008, 42/43 : 34-58. Disponible a: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/EJ790998.pdf>.

6. Commission of the European Communities. Commission Staff Working Document. Towards a European Qualifications Framework for lifelong learning. SEC(2005) 957. Disponible a: [http://ec.europa.eu/education/policies/2010/doc/consultation\\_eqf\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/education/policies/2010/doc/consultation_eqf_en.pdf).

7. Conference Qualifications Frameworks in Europe. Learning across boundaries. Glasgow, 2005. Disponible a: [http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/glasgow\\_en.html](http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/glasgow_en.html).

8. The European Qualifications Framework: Consultation to Recommendation Conference. Budapest, 2006. Disponible a: [http://www.nepfoiskola.hu/MNT\\_hu/downloads/hirek/05-11-24\\_Budapest\\_conference\\_programme.doc](http://www.nepfoiskola.hu/MNT_hu/downloads/hirek/05-11-24_Budapest_conference_programme.doc)

<http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/sumbudapest.pdf>

<http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/quintinbudapest.pdf>

9. Comisión de las Comunidades Europeas. Propuesta de Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente. COM(2006) 479 final. Disponible a: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0479:FIN:ES:PDF>

10. PreLex. Seguimiento de los procedimientos. COM(2006) 479. Disponible a: [http://ec.europa.eu/prelex/detail\\_dossierreal.cfm?CL=es&DisId=194609](http://ec.europa.eu/prelex/detail_dossierreal.cfm?CL=es&DisId=194609).

11. Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente. Diario Oficial de la Unión Europea; 6.5.2008; C111/1-C111/7. Disponible a: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:111:0001:0007:ES:PDF\\_](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:111:0001:0007:ES:PDF_)

12. Green R (Chair, Bologna Follow-up Group). Overarching Frameworks for Qualifications. 2005. Disponible a: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/>

20100202100514/dcsf.gov.uk/londonbologna/uploads/documents/rglettertodaycoyne21dec2005.pdf

13. Joint Quality Initiative Meeting Descriptors of Learning outcomes, understanding and use. Leiden, 2006. Disponible a: <http://www.jointquality.org/content/Programme%20October%205th.doc>.

14. Bologna Working Group on Qualifications Frameworks. Report on National Qualifications Frameworks development and certification. 2007. Disponible a: <http://www.educacion.gob.es/dctm/boloniaeees/documentos/02que/2007report-final.pdf?documentId=0901e72b8004aa67>.

15. Bologna Process Coordination Group for Qualifications Frameworks. Report on Qualifications Frameworks. 2009. Disponible a: [http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/conference/documents/2009\\_QF\\_CG\\_report.pdf](http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/conference/documents/2009_QF_CG_report.pdf).

16. Bologna Seminar Council of Europe Higher Education Forum on Qualifications Frameworks. Estrasburg, 2007. Disponible a: [http://www.coe.int/t/dg4/highereducation/qf/DGIVEDUHE\\_2007\\_37\\_EN.pdf](http://www.coe.int/t/dg4/highereducation/qf/DGIVEDUHE_2007_37_EN.pdf)

17. Bologna Seminar Aligning National against European Qualifications Frameworks: the principles of self certification. Disponible a: <http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/BolognaSeminars/Tbilisi2008.htm>.

18. First meeting of national QF correspondents. Estrasburg, 2009. Disponible a: <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=132>.

19. Second meeting of national QF correspondents. Dublin, 2010. Disponible a: <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=126>.

20. European Commission. Education and Training. The European Qualifications Framework (EQF). Disponible a: <D:\Documents\EEES-EQF\EQF-03-2011.mht>

21. National Qualification Frameworks. Disponible a: <http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/qf/national.asp>.

22. Reports on the referencing of national qualifications frameworks to the EQF. Disponible a: [http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc44\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc44_en.htm).

23. CEDEFOP. The development of national qualifications frameworks in Europe. 2009. Disponible a: [http://cedefop.europa.eu/en/files/6104\\_en.pdf](http://cedefop.europa.eu/en/files/6104_en.pdf).

## Medicina d'Occitània

# JUSTIN BENOIT (1813-1893), CATEDRÀTIC D'ANATOMIA I DEGÀ DE MONTPELLIER I MEMBRE DE L'ACADÈMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

### Jacint Corbella i Corbella

Acadèmic numerari.

Justin Benoit fou un dels pocs membres de la Facultat de Medicina de Montpellier que, cap a la meitat del segle XIX, foren elegits acadèmics de la RAM de Barcelona. Hi envià bastants dels seus treballs, després s'hi insistirà en aquest punt. La relació de Barcelona amb Montpellier havia estat intensa en els començaments de la vida de l'Acadèmia, però després s'anà esvaint. És doncs escaient recordar la persona i el fet. Probablement Benoit està entre els tres metges antics amb obra més important dels de l'Aveyron, juntament amb Alibert i Pierre Chirac.

Benoit va néixer a Millau, Aveyron, el 16 d'abril de 1813, encara en temps del primer imperi, en una família benestant que li podia pagar els estudis a Montpellier. La família era protestant, tendència aleshores minoritària, que havia estat important al territori de la Rouergue (després departament de l'Aveyron) en el temps de la contrareforma i les guerres de religió a França. Millau fou un dels seus centres. Morí a Montpellier el 5 de novembre de 1893. quan tenia vuitanta anys.

Durant els seus anys d'estudiant hi hagué una epidèmia, probablement de còlera, cap a Nîmes i la seva zona, al departament del Gard, i anà a ajudar. Així fou intern de l'hospital de Nîmes. Després acabà els estudis a Montpellier, on fou intern de l'Hôpital Saint-Éloi i es doctorà el 1839.

Volia seguir a la facultat i va fer el concurs d'agregat, que no va guanyar el 1842, però sí el de 1844. Fou destinat a la secció de cirurgia. Feia alguns cursos d'anatomia i era metge de l'obra de la Misericòrdia. El 1850 és nomenat conservador de les col·leccions d'anatomia de la seva facultat que, recordem-ho, són importants. El juny de 1853 és catedràtic d'anatomia, succeint a Joseph M. Dubrueil, que havia mort. Ho va ser durant trenta-tres anys, fins a la seva jubilació el 1886. Va ser degà de la facultat de medicina des de 1879 a 1885, contribuint a la pacificació d'una situació anteriorment tensa i difícil. Un carrer petit de Millau porta el seu nom: "Impasse doyen Benoit".

**Obra escrita.** Va ser molt extensa. Dulieu, el millor historiador de la medicina montpellerina, esmenta fins a 56 treballs, que tenint en compte el temps en que es van fer, indica la vocació d'estudi de

l'autor. Aquests treballs es dediquen molt més a aspectes de la cirurgia que de l'anatomia, i l'orientació més important és la clínica. Hi ha treballs llargs, monografies, però també molts escrits curts en forma d'article.

Entre les obres grans cal esmentar unes "*Mémoires de médecine et de chirurgie cliniques*" (Montpellier, 1850), de 242 pàgines, de les que només va sortir un primer volum. Dins d'aquesta orientació clínica, més quirúrgica que estrictament mèdica, hi ha una bona quantitat d'observacions petites, articles, que publicà en diverses revistes, principalment "*Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*", "*Journal de la Société de Médecine pratique de Montpellier*", "*Gacette Médicale de Montpellier*" i també la "*Revue thérapeutique du midi*" i a "*Montpellier médical*" des del primer any en que va aparèixer, el 1858 i que, des d'aleshores, és la seva única via de publicació d'articles, més d'una vintena, entre 1858 i 1885, en els últims anys recollint els "*Rapports*" anuals de la facultat de medicina i algun elogi necrològic.

La temàtica de casuística clínica quirúrgica és bastant variada, com pot correspondre a la varietat clínica observada a l'hospital. Així hi trobem patologia traumàtica i les seves seqüeles; observacions sobre perforacions digestives; patologia urològica (litotrícia, abscessos urinaris o renals; alguns treballs sobre tumors cancerosos des del diagnòstic diferencial anatòmic al tractament. I encara alguns aspectes de patologia oftàlmica.

També es va dedicar, potser una mica per sobre, a estudis de nutrició. És autor d'un extens volum "*De la nutrition considérée au point de vue anatomique et physiologique...*". El títol és més ampli, com era costum estès a l'època, i diu: "*Résumé d'un cours complet sur la nutrition...*". Es va publicar a Montpellier, el 1852, i té cinc-centes pàgines. En aquesta línia es pot considerar també la monografia "*Du lait, de la lactation et des maladies qui s'y rapportent*", Montpellier, 1828, de cent-vint pàgines.

Posades en un cert ordre cronològic les seves monografies més extenses són: "*De l'emploi thérapeutique de nitrate d'argent et spécialement de l'emploi de cette substance dans les maladies des membranes muqueuses*", M, 1839, de cent pàgines, que fou la seva tesi. En va dedicar alguna a aspectes de l'ensenyament

"Discours sur le but et les principes de l'enseignement clinique" (M. 1850, d'une seixanta pàgines). Així mateix Dulieu, explica sense citar-los expressament, que va fer nombroses recensions, a vegades llargues, de llibres.

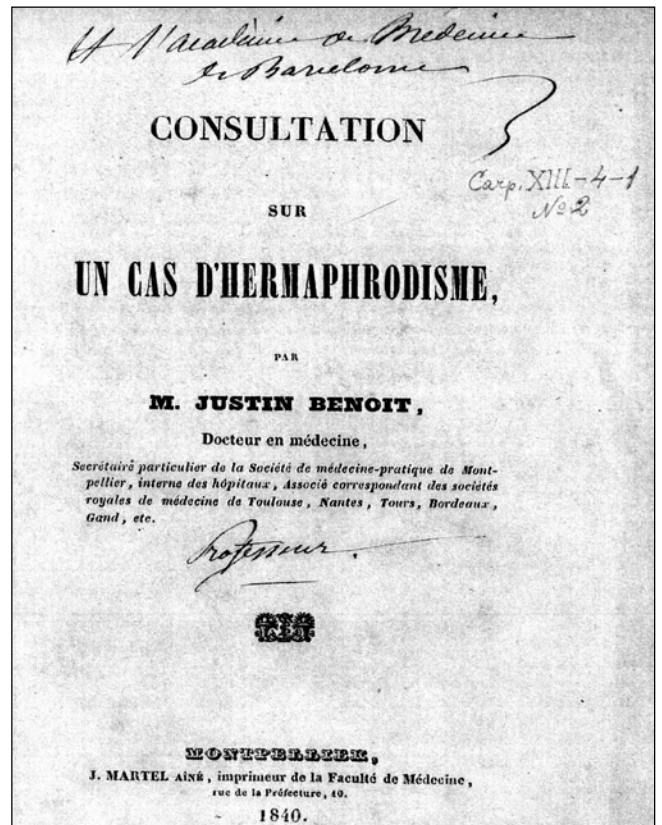
Benoit va ser un treballador, en l'ensenyament, en l'assistència, de la que va recollir material per a les seves publicacions, que potser sense cap genialitat especial, va contribuir al pòsit de continuïtat, de qualitat, de l'escola de Montpellier. I va procurar, si més no una mica, la difusió dels seus treballs més enllà dels límits de la seva zona geogràfica de treball i docència. També fou membre i president de l'Acadèmia de Ciències i Lletres de Montpellier.

Benoit membre de l'Acadèmia de Barcelona. En la memòria del curs, 1857, de la nostra acadèmia, llegida pel secretari doctor Emili Pi i Molist, es diu: "Ha dado además la Academia el título de socio corresponsal, por vía de premio al mérito científico y laboriosidad, a... y Mr. Justino Benoit, catedrático de la Facultad de Medicina y Presidente de la Academia de ciencias y letras de Mompeller (sic)". En altre lloc, en la llista de treballs enviats a l'Acadèmia, es recullen tretze obres, publicades entre 1839 i 1852, que van des de la seva tesi de 1839 sobre el nitrat de plata, fins a unes consideracions anatòmiques i fisiològiques sobre una paràlisi consecutiva a lesions de la columna. Remarquem que a la llista de treballs que es troba a la BIUM (Biblioteques universitàries de medicina de França), no hi has pas gaire cosa més.

**Benoit i Millau.** Benoit era de família i religió protestant i aquest fet a Millau no era irrellevant. L'adscripció religiosa ha estat un factor important a l'Aveyron, país catòlic, que ha tingut bisbes de Rodez amb gran personalitat, més d'un cardenal, i dos arquebisbes de París en el segle XX: Jacques Verdier, de 1929 a 1940 i François Marty, de 1968 a 1981, que també foren cardenals. Però en els temps de les guerres de religió del segle XVI, que van durar gairebé tota la segona meitat de la centúria, fins a la conversió d'Henri IV, Millau va ser una de les grans ciutats protestants, hugonots, de França, però que van anar essent exclosos. Després hi hagué lluites locals. L'església de saint Martin, a la Rue Saint-Martin, fou temps protestant i després altra vegada catòlica. Aleshores al final del carrer es bastí un nou edifici de culte protestant, el "Temple" que encara hi és. Millau era doncs una ciutat amb divergències religioses que persistien i, sobretot, marcaven. Benoit va anar aviat a estudiar a Montpellier i allà es quedà. Morí el 1893 i no fou fins el 1980 que l'Ajuntament li dedicà un carrer de segona categoria, un "impasse", a la part nova de la ciutat, això sí al costat del nou Centre Hospitalari, com el dedicat a François Barsalou (1885-1975), metge i alcalde. Girard, en un estudi dels homes i carrers de Millau, assenyala la discordança entre la data del seu naixement que es publica gairebé sempre, el 16 d'abril de 1833, mentre que en el Registre de l'Estat Civil de Millau diu que és el 24 de març de 1834. L'autor ho explica així. "Mystère!".



Justin Benoit (1813-1893)



Portada de l'obra "Consultation sur un cas d'Hermaphrodisme"

# VIDA ACADÈMICA

## BUTLLETÍ INFORMATIU NÚMERO 20. INFORME DEL PRESIDENT AL PLE DE 5 D'ABRIL DE 2011

Benvolguts,

La d'avui és una sessió una mica llarga i densa. La necessitat d'assegurar un quòrum suficient pel que fa a les votacions decisòries, aconsella reunir els temes més importants, que comporten una sessió extraordinària, en una sola reunió.

1. El tema més important del dia és el de la **renovació parcial de la Junta de Govern**, que es fa preceptivament cada dos anys, per meitats, en cinc dels seus membres cada vegada. Ara cal renovar els llocs de vicepresident, secretari general, secretari d'actes, bibliotecari i vocal primer. Atès que és el segon període ara ja no poden ser reelegits, com s'havia fet la vegada anterior, sinó que cal renovar. Pel president la decisió més còmoda és la de seguir amb les mateixes persones, però ara ja no es pot fer. Hi ha una tàctica, que s'ha utilitzat alguna vegada, que és la de fer un enrocament, és a dir mantenir les persones canviant de lloc. Però no em sembla la més adient, per una institució que intenta anar-se adaptant al seu temps, i més amb la línia que hem anat seguint de fer canvis de manera suau però efectiva.

La pròpia medicina va modificant els seus continguts i dinàmica a un ritme molt viu, d'acord amb l'acceleració tècnica i vital del nostre temps. L'Acadèmia ha de seguir la mateixa orientació. Per això he optat per proposar una renovació total en sentit personal i cronològic. El "rejuveniment", i ho poso entre cometes, és imprescindible, el que no vol dir que sigui fàcil. Per anar al gra i dir-ho ràpid. Passaríem d'una junta que, per l'edat dels seus membres, fins ara ha mirat més cap els vuitanta anys, a una que miraria més cap abans dels setanta. Cap dels companys que he proposat arriba als setanta anys. I he deixat fora la meua pròpia generació, la dels que estem en la dècada ja passats els setanta. Crec que estem en la línia que va suggerir la creació de la figura d'acadèmics numeraris emèrits, és a dir permetent la incorporació de noves persones més joves, però mantenint l'experiència ja adquirida.

Permeteu-me a més un comentari, potser més referit a l'edat d'ingrés de nous membres que a les tasques directives. S'ha dit algunes vegades, que els més joves vénen poc, perquè la seva feina està més en altres llocs, als hospitals, la universitat, la recerca, els càrrecs directius. És veritat i potser cal que sigui així, que hi hagi bastants acadèmics amb plena activitat professional que tenen poc temps per dedicar a l'Acadèmia, i que encara no és la seva prioritat. Gairebé tots hi hem passat per aquesta etapa, en que ens hem ocupat molt més d'altres coses que no pas de l'Acadèmia. Però ja

arriba el moment en què les altres coses passen, el temps corre, i ja en tenim més de disponible per venir aquí. Quan hi ha la disponibilitat i l'experiència, guanyada en altres tasques, s'està més preparat i es pot ser més útil per l'Acadèmia. Aquest és el sentit del canvi que avui es proposa en l'elecció de la junta.

Caldria afegir encara una altra consideració. Els càrrecs que es proposen per a cobrir són els que consten en els Estatuts. Però sovint les tasques van bastant més enllà, hi ha formes d'activitat noves. La tasca de bibliotecari comprèn també la biblioteca virtual, la informació digital, la pàgina web, com ha fet el doctor Solé Balcells, al que he demanat que continuï essent assessor de la junta i del president per les tasques de digitalització i informàtiques. Tampoc consta de manera expressa entre les funcions estatutàries la cura de l'edifici, que és una de les tasques primordials, i l'hem relacionat amb la tasca oficial de "tresorer", responsable de l'economia, perquè el manteniment de la casa, de l'edifici, és una de les sagnies econòmiques més prioritàries. Igualment cal definir les relacions professionals, amb altres institucions, al seu cap els col·legis professionals, però també els organismes de govern del país, la Conselleria de Salut que s'han encarregat a una de les vocalies, per la persona que l'ha d'ocupar. Igualment les relacions amb les institucions no sanitàries, i amb les altres acadèmies, molt pròpies de la mateixa presidència, però que ha de comptar amb l'ajut eficaç del vicepresident, persona amb experiència comprovada en aquest camp. També caldrà reforçar la tasca de la Fundació Pere Virgili, encarregant-la a un altre dels membres de la junta. I a més les feines, més o menys imprevistes, que poden anar sortint. Jo mateix, des de la presidència, reforçaré més les tasques d'història amb un seminari específic d'història de la medicina catalana, documental, iconogràfic i de publicacions.

Com a final d'aquest punt he de donar les gràcies a tots els companys de junta que han ajudat de manera tan eficaç a portar l'Acadèmia, i el seu suport a les tasques que hem anat fent entre tots. Al doctor Josep Traserra, sempre discret en les seves actuacions, sempre que li he demanat, bon conseller en la seva assistència en les minijuntes dels dijous, puntal totalment segur per la seva efectivitat i bon sentit. Al doctor Ramon Trias, amb contacte més continuat per la seva tasca de secretari, sempre assenyat en el seu consell. Al doctor Francesc Solé i Balcells, més vehement per defensar els seus punts de vista, que ha estat el principal impulsor de la pàgina web, veient molt més el futur, la biblioteca digital, que no pas la biblioteca escrita en prestatgeries on s'hagués anat posant la pols si no hagués estat desmuntada per les obres. Al doctor Manuel Camps, amb la seva tasca més avorrida de recollir puntualment el contingut de les juntes i plens, amb tota la puntualitat possible. I arribo al més jove, el doctor Guillem López Casasnovas,

exemple en les tasques que pot fer un acadèmic afí ajudant a l'Acadèmia, des de la seva posició que li permet veure com han de anar les coses. El seu suport ha estat decisiu en alguns aspectes. A tots ells he de seguir donant gràcies, de manera molt personal. I també al doctor Josep M. Massons i Esplugas, que ara conclou un període de servei a la junta que només la impossibilitat física, més de desplaçament, li ha impedit tenir la seva assiduitat habitual. Espero i desitjo que pugui ser el nostre pròxim acadèmic centenari.

2. La segona sessió convocada com a extraordinària, fa referència a l'**elecció de nous membres numeraris**, en aquest cas els de les quatre primeres vacants per pas a emèrits, un per cada secció, més la vacant de la secció segona, dedicada a pneumologia. Per les places de les sessions primera i segona (fonamentals i medicina), avui serà el torn eliminatori. Per les altres dues (cirurgia i medicina social), serà l'elecció definitiva, perquè només s'ha proposat dos candidats. Demanem disculpes per un error en el nom d'un dels candidats, que ja s'ha subsanat.

3. La tercera és per a **ratificar**, a efectes de quòrum, acords presos anteriorment que afecten a Estatuts i Reglament, en relació als acadèmics numeraris emèrits i als corresponents.

4. Pel que fa a temes del **ple ordinari**, el primer de la reunió d'avui, he d'informar d'alguns punts. El primer és el de la **biblioteca**. Les més de mil caixes que van venir del magatzem on es guardaven ja estan gairebé buides. L'espai de dalt es torna a veure ample, tot i que s'ha reduït bastant per l'ocupació de l'aparell de calefacció. S'han anat separant moltes col·leccions repetides, completes o no, principalment pel que fa a tractats de medicina i de cirurgia. Els repetits es posen per ara en caixes a part, identificades. La col·lecció en més bon estat es posarà a la biblioteca. Les revistes que estan relligades les posarem de manera ordenada a les prestatgeries, mentre les que no estan relligades les estem separant en caixes identificades, per a classificar-les en una segona etapa. Les revistes repetides també se separaran identificades.

S'estan construint tres prestatgeries de fusta, per posar dues al despatx de presidència, i una altra al del seminari d'història de la medicina. Hi aniran els llibres amb més bona presència, o les col·leccions de més utilitat. Intentarem que pel proper ple, previst pel dia 5 de juliol, la biblioteca ja pugui estar de forma presentable.

5. El punt tercer de l'ordre del dia tracta de la **convocatòria de places de membres numeraris**. En aquest moment hi ha cinc vacants, les quatre per pas a membres emèrits per l'any 2011, i la produïda pel decés del doctor Francesc Climent Montoliu. Atenent el suggeriment fet en el ple anterior, de demanar l'opinió de les seccions on es produeix la vacant, la Junta de Govern ha acordat proposar la provisió de tres de les vacants en un primer ple i de les altres dues en un ple de la segona part de l'any. Ara es proposa la

convocatòria de tres places: una per a la secció primera, que s'ha demanat que fos per a "*Educació Mèdica*"; una de la secció tercera, per a "*Cirurgia laparoscòpica i endoscòpica*" i una per a la secció quarta, per a "*Medicina del Treball i Toxicologia*".

Per les altres dues places encara no està acordat amb les seccions a què es prefereix destinar-les. En el cas de la secció segona hi ha tres possibilitats: genèrica de medicina, una especialitat de l'antiga medicina interna, o bé per una altra de les especialitats de la secció. En el cas de la secció quarta es pot mantenir la reserva per a un acadèmic afí, amb una funció social concreta, o destinar-la a alguna altra de les funcions de la secció.

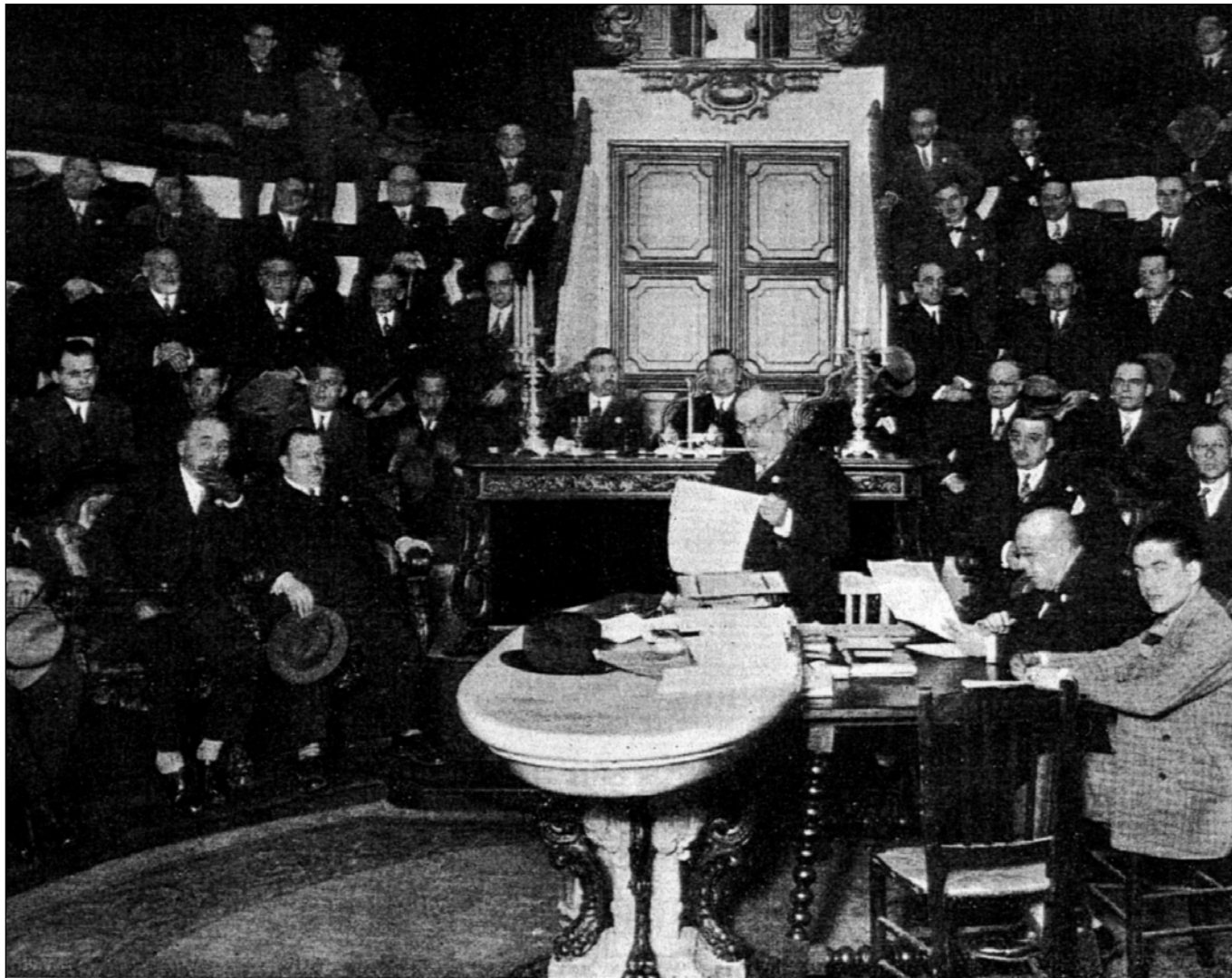
6. També cal fer un esment dels **acadèmics corresponents**. Des que s'ha donat més rellevància a la cerimònia d'ingrés, en acte públic, amb la solemnitat de l'amfiteatre anatòmic, on es llegeix un treball que després es publica a la revista, l'interès pels acadèmics corresponents s'ha incrementat. El nivell ha pujat molt, ja ho hem esmentat altres vegades, i ara hi ha un interès real per a ser proposat i elegit. Són bastants els metges, amb més projecció assistencial i docent, amb bon curriculum de recerca, que han demanat de ser tinguts en compte a l'hora de proposar-los per una vacant. L'acte d'ingrés s'ha acompanyat, com en el cas dels numeraris, de la signatura de l'acta de presa de possessió, i del lliurament, junt amb el diploma, d'un exemplar de la història gràfica de l'Acadèmia, recentment publicada.

7. Estem avançant en la convocatòria de les **sessions** anunciades. La secció primera, per la que es va encarregar el doctor Ramon Segura, ha programat la seva sessió pel dia 24 de maig, i tractarà de les síndromes metabòliques. He d'agrair al doctor Segura la seva eficàcia en la programació de la tasca. La de la secció tercera està prevista pel dia 27 de setembre. Pel que fa als centenaris, que aquest any estem en plètora, el segon centenari del naixement de Pere Mata serà recordat en la sessió del dia 3 de maig, amb diverses intervencions, nombroses i curtes, i es farà la presentació de l'efecte filatèlic dedicat a aquesta efemèride, dins de la sèrie "Tu sello", emesa per la Fàbrica de la Moneda, i amb plena validesa postal.

El cinquè centenari del naixement de Miquel Servet, un altre dels quatre noms que estan inscrits a la cúpula de l'Acadèmia, està prevista la sessió pel 29 de novembre. Queda finalment la celebració del setè centenari de la mort d'Arnau de Vilanova, que es farà en sessió àmplia probablement el 15 de novembre, i també voldríem fer una commemoració puntual, ni que sigui petita el dia 6 de setembre, dimarts, que s'escau la data exacta del seu òbit. Aquesta commemoració encara no està totalment definida. Recordo que el dia següent, 7 de setembre, se celebrarà en el nostre amfiteatre, la sessió inaugural d'un Congrés Internacional d'Història de la Medicina, amb participació de la nostra Acadèmia.

Moltes gràcies per la seva atenció.

## L'Arxiu Iconogràfic Històric de la Sanitat Catalana 'Gaspar Sentiñon'



**VII ASSAMBLEA DE COL·LEGIS DE METGES.** Els representants dels diversos col·legis de metges es va reunir a l'amfiteatre anatòmic, el dia 16 de gener de 1930. Aquesta fotografia fou publicada a la revista *"La Hormiga de Oro"*.

(Fotografia: AIHSC - Fons: Merletti).



## **ANY DEL SETÈ CENTENARI DE LA MORT D'ARNAU DE VILANOVA (1311-2011)**

La Fundació Pere Virgili dóna suport a la publicació de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

### **FUNDACIÓ PERE VIRGILI**

#### **Patrons Fundadors**

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya  
Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears  
Banc de Sabadell  
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona  
Fundació Dr. Antoni Esteve  
Fundació Espriu  
Fundació Mèdica Catalana  
Fundació Puig  
Fundació Uriach 1838  
Nestlé España S.A.

#### **Membres Honorífics de la Fundació**

Almirall Prodesfarma S.A.  
CETIR Grup Mèdic  
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona  
Fundació Uriach 1838  
Grup Ferrer Internacional S.A.  
Grup Novartis a Espanya  
Laboratorios Menarini S.A.  
Laboratoris del Dr. Esteve S.A.  
Química Farmacèutica Bayer S.A.

#### **Protectors de la Fundació**

Grup Bristol Myers Squibb  
Laboratoris Astra  
Laboratoris Fardi S.A.  
Sanofi Winthrop S.A.

<b>EDITORIAL.</b> <i>L'Economia de funcionament</i> .....	43
---	----

## COL·LOQUI: ATENCIÓ PRIMÀRIA

Presència de l'Atenció Primària a la premsa mèdica. <i>Jacint Corbella i Corbella</i> .....	45
La recerca a l'Atenció Primària de Salut. Aportacions, dificultats i impacte. <i>Enriqueta Pujol</i> .....	47
Perquè el metge de demà s'ha de formar a l'Atenció Primària d'avui?. <i>Joan Gené i Badia</i> .....	51
La vessant assistencial de l'Atenció Primària. <i>Esther Limón Ramírez</i> .....	54
La Medicina de Família, una disciplina acadèmica?. <i>Dolors Forés</i> .....	56

## INGRÉS D'ACADÈMICS CORRESPONENTS

Consideracions sobre el dolor central i la fibromiàlgia. <i>Jordi Carbonell i Abelló</i> .....	59
De l'obstetrícia clàssica a la medicina perinatal. <i>Josep M. Lailla Vicens</i> .....	63
L'assistència en salut mental a menors de famílies immigrants. <i>Daniel Cruz i Martínez</i> .....	67
Retinopatia diabètica, el seu tractament i els reptes futurs. <i>Josep García i Arumí</i> .....	70

## EDUCACIÓ MÈDICA

L'Espai Europeu d'Educació Superior i la formació dels metges. Cicles dels ensenyaments superiors europeus i marc de qualificacions (II). <i>Josep Carreras i Barnés</i> .....	73
--	----

## MEDICINA D'OCCITÀNIA

Justin Benoit (1813-1893), catedràtic d'anatomia i degà de Montpeller i membre de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona. <i>Jacint Corbella i Corbella</i> .....	76
---	----

## VIDA ACADÈMICA

Butlletí informatiu número 20. Informe del President al ple de 5 d'abril de 2011 .....	78
Iconografia de l'Acadèmia .....	80