



Debat al COMLL sobre el nou model d'organització sanitària a la demarcació de Lleida



Màximes cobertures en cas de patir un accident en qualsevol moment de la seva vida privada o professional



Per 110€ / any, 200.000€ de cobertura*



A més de cobrir els accidents que provoquin la mort o invalidesa absoluta i permanent de l'assegurat, també ofereix sense cap tipus de recàrrec indemnització en cas de:



INVALIDESA PARCIAL
amb barems especials en funció de la seva professió.



MORT PER INFART
en l'àmbit laboral.



HOSPITALITZACIÓ DE MÉS DE 8 DIES
a causa d'un accident cobert.

* Cobertura aplicable en cas de mort o Invalidesa Permanent a causa d'accident. Les condicions generals i particulars de la pòlissa estableixen amb detall els barems i límits de la resta de cobertures incloses sense recàrrec.

Participació i concreció

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va organitzar al mes d'abril un debat sobre la proposta d'un nou model sanitari o consorci amb la participació de tots els estaments sanitaris: assistència hospitalària i de primària, docència i recerca. El mateix col·legi hi estava representat a través de la seva presidenta, la Dra. Rosa M. Pérez.

La conclusió de la taula rodona va ser que tothom desitja enfortir la sanitat lleidatana, però la manca d'informació objectiva i la incertesa davant del canvi provoca preocupació, recels i oposició a la proposta. L'única via que hi ha per capgirar aquest estat d'opinió és la participació i la transparència, com va reclamar la presidenta del COMLL en finalitzar el debat.

Ja ha passat prou temps perquè els promotors de la proposta posin damunt la taula els esborranys dels estatuts, el pla de viabilitat i els pressupostos. Aquesta documentació és bàsica per conèixer i valorar la proposició de la nova organització sanitària, ja que concretarà la majoria de temes que avui encara són preguntes sense resposta.

Un procés participatiu que arribi a tot el ventall de l'estament sanitari i unes propostes clares i concretes són les millor premisses per enfortir els serveis de salut a Lleida.



Fotoprotectors i protecció física

Article de la Dra. Rosa M. Martí, especialista de la Secció de Dermatologia de l'HUAV i catedràtica de Dermatologia de la UdL. **23**

La medicina regenerativa

Col·laboració amb la publicació d'imatges inèdites fins ara del Dr. Alejandro José Pérez Alonso, del Departament de Cirurgia Experimental de la Universitat de Granada. **26**

La Síndrome de Dolor Regional Complex

Article divulgatiu escrit per la Dra. Mercè Matute i el Dr. Antoni Montero, de la Unitat del Dolor de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. **28**

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

Consell de Redacció:
Tomàs Alonso Sancho
Mireia Armengol Gay
Ferran Barbé Illa
Ricard Batlle Solé
Manel Camps Surroca

Joan Carrera Guiu
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Maria Irigoyen Otiñano

Xavier Matias-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queral
Àngel Pedra Camats
Joan Prat Corominas
Montse Puiggené Vallverdú

Àngel Rodríguez Pozo
Josep Maria Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director:
Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
ÀGORA, Comunicació, Assessoria i Mediació, SL
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL
Fotomecànica: Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL
DIPÒSIT LEGAL: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

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

Els fotolits van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen l'IVA

La IX Jornada de Tabaquisme es va centrar en la recerca i la seva aplicació a la consulta

La IX Jornada de Tabaquisme, organitzada per la Unitat de Tabaquisme de l'Hospital de Santa Maria en col·laboració amb la Facultat de Medicina de la UdL, va tenir lloc el 28 de març. Aquest any el títol escollit per centrar la jornada va ser *De la recerca a la consulta: els beneficis per al pacient*.

Moltes vegades, recerca i aplicació clínica no van juntes. En ocasions, investigar té com a resultat final l'acumulació de mèrits i punts d'impacte. En altres ocasions, l'aplicabilitat terapèutica d'estratègies i recursos es deu a la creativitat i intuïció del professional. En aquesta novena jornada hem volgut exposar algunes experiències que han sorgit, precisament, de la recerca i que han transcendit la consulta en benefici del pacient.

En aquesta ocasió, hem comptat amb reconeguts i reconegudes professionals que han fet les seves aportacions. Primerament, el Dr. Esteve Fernández, metge i professor universitari que treballa a la Unitat de Control del Tabac a l'Institut Català d'Oncologia, va fer una contextualització de la recerca i publicació en tabaquisme. Són molts els àmbits en què és present aquesta disciplina, des de la recerca bàsica fins

a l'epidemiologia, la clínica, la prevenció, etc. Empar Valdivieso, infermera en l'àmbit de recerca d'Atenció Primària al Camp de Tarragona, va fer referència al seu estudi sobre l'eficàcia d'un programa educatiu per a escolars de l'ESO per reduir la incidència del tabaquisme. Va finalitzar la primera part el Dr. Jorge Moya, psicòleg del Departament de Pedagogia i Psicologia de la Universitat de Lleida, que va mostrar les dades d'un estudi preliminar sobre l'efectivitat del càlcul de l'edat pulmonar entesa com a estratègia motivadora en pacients que inicien un procés de deshabituació del tabac.

En la segona part de la jornada, Anna Maria Gómez-Quintero, infermera del Grup de Treball d'Intervenció grupal del PAPSF de l'ABS Turó de la Peira, de Barcelona, va explicar la seva experiència de la Guia d'Intervenció Grupal

en Tabaquisme. El Dr. Josep Maria Suelves, psicòleg i responsable d'Investigació i Informació Tècnica en Educació Sanitària de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, va fer una àmplia descripció de les TIC en la prevenció i tractament del tabaquisme.

Finalment, Lupe Ortega, infermera i coordinadora dels programes APSF i Infància Sense Fum, va parlar sobre *De l'estudi BIBE al Programa Infància sense Fum: un exemple de transferència de la investigació a l'àmbit assistencial*.



Sisco Abella

La Jornada va comptar amb l'assistència de 145 professionals sanitaris interessats en l'abordatge del tabaquisme, procedents de diversos punts de Catalunya.



A l'esquerra, presentació pública del llibre del Dr. Soler a l'IEI

Presentació del llibre "El pájaro en el jardín", del Dr. Jorge Soler

Immigració i salut és el tema que va elegir el Dr. Jorge Soler per a la seva tesi doctoral, que va publicar l'any 2010 sota el títol *¿Por qué lloran los inmigrantes?* Enguany, pels volts de Sant Jordi, Soler va presentar un segon llibre sobre la immigració, tot i que aquest cop utilitza la literatura de ficció.

El pájaro en el jardín és un recull de 13 relats protagonitzats cadascun per una dona diferent, que ha abandonat el seu país d'origen per motius diversos. L'editor de l'obra, Lluís Pagès, l'illustrador de la portada, Toni Uceda, i el

Tretze relats de ficció sobre dones immigrants

mateix autor van parlar del llibre a l'Institut d'Estudis Ilerdencs el 12 d'abril.

Entre el públic, format per molts professionals de la salut, va destacar la presència de la poetessa Rosa Fabregat, que va fer una intervenció improvisada sobre *El pájaro en el jardín*.

Fabregat va felicitar el Dr. Soler i va destacar la sensibilitat amb què aborda les situacions de les seves protagonistes.

L'autor, coneixedor directe de les vivències físiques i psíquiques de les persones immigrants per la seva professió de metge, va deixar oberta una pregunta: És un llibre de denúncia social? "Aquesta no va ser la meua intenció en escriure els relats", va dir, encara que va reconèixer que els fragments de les 13 històries personals evidencien injustícies, pobresa i indefensió.

Jorge Soler va parlar també de la manera voluntàriament escollida de finalitzar els relats. Uns finals inacabats o oberts amb el propòsit que els lectors i les lectores se'ls puguin fer seus i escollir l'opció que els sembli més adequada per cloure'ls.

La presentació literària va acabar amb la signatura de llibres a càrrec de l'autor.

Magda Ballester

Professionals de tot l'Estat al "Hot Topic in Sleep Apnea" d'enguany

El *Hot Topic in Sleep Apnea*, que es va celebrar els dies 25 i 26 d'abril, va ser organitzat pels doctors Ferran Barbé i Manuel Sánchez, cap del Servei de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida i investigador de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, respectivament. Aquest fòrum de debat, que es va

centrar en les àrees del coneixement dels trastorns respiratoris durant el son, va reunir a Lleida un grup d'especialistes internacionals amb l'objectiu d'intercanviar coneixements de forma interactiva entre el professorat i els assistents. Totes les sessions van incloure temps suficient per al debat dels assistents.

Com a novetat d'enguany, es van incorporar Young Researchers Sessions, en què joves investigadors van exposar els resultats obtinguts en els seus projectes. L'afluència de facultatius de tot l'Estat espanyol va superar la de les edicions prèvies, així com la qualitat de les ponències. Cal destacar la participació *on-line* de grups de recerca internacionals, que, en aquest cas, van ser de les universitats de Chicago i Singapur.



Imatge d'una de les sessions



Els organitzadors

IV Jornada Jordi Cebrià de Comunicació Assistencial “Més que paraules”

Hi van participar 55 professionals

Un total de 55 professionals van participar en la IV Jornada Jordi Cebrià de Comunicació Assistencial *Més que paraules*, que va tenir lloc el 28 de març a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL).

La trobada va ser organitzada per la Vocalia de Lleida i el Grup de Treball de Comunicació i Salut de la CAMFiC.

Dels 55 professionals assistents, la majoria eren metgesses de família, ja que només hi havia 11 homes i 3 infermeres. La dada indica la feminització de la professió.

La taula inaugural la formaven Dolores Forés, presidenta de la CAMFiC; Josep Pifarré, director territorial de Salut; Jorge Soler, cap d'estudis de la Facultat de Medicina de la UdL; Eugeni Paredes, director de la DAP; i Oriol Yuguero, vocal de Lleida de la CAMFiC. Es va parlar del nou ens de Lleida i es va recalcar que és necessari crear una comissió de seguiment participativa des de l'Atenció Primària amb l'objectiu d'una major transparència per millorar la confiança



Participants en la inauguració de la IV Jornada

dels professionals.

Seguidament, Ermengol Tolsà, ninotaire i artista plàstic, va fer la sessió inaugural titulada *El món sanitari des de l'òptica de l'humor*.

Posteriorment, es van celebrar 3 tallers:

1. *More than Words*, de Víctor Amat, psicòleg i membre del Grup de Comunicació i Salut CAMFiC. Va tenir 29 assistents.

2. *Millorant les sessions d'equip*, a càrrec d'Eva Peguero, metgessa de família i membre del Grup de Comunicació i Salut CAMFiC. Va tenir 4 assistents.

3. *Coaching pràctic per a metges*, amb Maria Jesús Borrell, codirectora de Coaching Lleida; Rosalia Simone, directora de Farfala Coaching Global Barcelona, i

Santiago Sales, cirurgià i coach. Aquest taller va reunir 18 assistents.

Després de dinar, es va realitzar una visita guiada al Museu de Lleida sota la perspectiva de la salut. La visita va ser molt interessant i és força recomanable.

Finalment, es va celebrar l'Assemblea General del Grup de Comunicació i Salut de la CAMFiC.

L'organització fa constar el seu agraïment a la Facultat de Medicina, que va cedir les seves instal·lacions per a la celebració de la Jornada; a Ermengol Tolsà, i als directores dels tallers per la seva col·laboració.

Dr. Josep Maria Sagrera
Vicepresident 1r CAMFiC

El Dr. Ferran Barbé, nou director científic del CIBERES

El Dr. Ferran Barbé, cap del grup del Centre d'Investigació Biomèdica en Xarxa de Malalties Respiratòries (CIBERES) a l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, ha estat nomenat director científic del CIBERES en la comissió permanent de l'Institut de Salut Carlos III del passat 29 d'abril. Barbé relleva el Dr. Àlvar Agustí, que ha ocupat aquest càrrec des de la creació del centre, l'any 2007.

Barbé, que és professor a la Universitat de Lleida i cap del Servei de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, assumeix el nou càrrec amb l'objectiu de "donar continuïtat a la potenciació del nivell d'excel·lència del CIBERES i augmentar el grau de col·laboració entre els grups que el formen i amb la resta d'àrees temàtiques del CIBER en un altre tipus de malalties".

A més, Barbé es planteja un objectiu clarament traslacional: "Centrar la



El Dr. Ferran Barbé

investigació en els problemes de salut del ciutadà europeu i fer que l'estratègia CIBER convergeixi progressivament amb el Programa Europeu H2020."

Barbé desenvolupa projectes d'investigació clínica, traslacional i d'innovació tecnològica. Les seves línies de treball preferents són l'estudi de trastorns respiratoris durant el son i la

ventilació mecànica no invasiva. Va ser un dels promotors de l'Spanish Sleep Network, un dels grups més productius en l'àmbit científic en aquesta matèria i amb una llarga trajectòria de treball en xarxa.

Durant la seva trajectòria científica, el doctor Barbé ha aconseguit finançament competitiu per a 40 projectes d'investigació, ha publicat més de cent articles en revistes indexades i ha estat citat en més de 3.300 ocasions. Entre les seves activitats editorials, destaca la seva responsabilitat com a membre de l'Advisory Board de Lancet Respir Med.

CIBERES

El Centre d'Investigació Biomèdica en Xarxa, en la seva àrea temàtica de Malalties Respiratòries (CIBERES), que depèn de l'Institut de Salut Carlos III (Ministeri d'Economia i Competitivitat), té com a finalitat fomentar i facilitar la investigació de les malalties respiratòries per mitjà de la investigació d'excel·lència i la seva translació ràpida i segura a la pràctica clínica.

Creat el 2007, el CIBERES reuneix actualment prop de 400 investigadors de 9 comunitats autònomes que treballen conjuntament en 9 Programes Corporatius d'Investigació: càncer de pulmó, apnees del son, fibrosi pulmonar, asma, lesió pulmonar aguda, tuberculosi, pneumònies, malaltia pulmonar obstructiva crònica (EPOC) i noves dianes terapèutiques.

David Vela guanya el Concurs d'Humor Gràfic sobre la malaltia com a dolor i la fibromiàlgia

L'il·lustrador i dibuixant saragossà David Vela ha estat el guanyador del Primer Concurs d'Humor Gràfic sobre el dolor com a malaltia i la fibromiàlgia i el VI Concurs Internacional d'Humor Gràfic i Salut, que han convocat la Unitat de Fibromiàlgia de l'Hospital de Santa Maria, la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida i l'Associació Cultural Humoràlia.

Vela, premiat pel seu peculiar retrat del patiment quotidià que suposa aquesta malaltia, va guanyar el segon premi de l'anterior edició del Concurs Internacional d'Humor Gràfic i Salut, dedicat llavors a la sida.

El segon premi se l'ha emportat l'arquitecte i humorista gràfic argentí Adrián Palmas, que també havia resultat premiat en convocatòries anteriors. Palmas es va endur el primer premi del IV Concurs Internacional d'Humor



Dibuix de David Vela

Gràfic i Salut per una il·lustració que reflexionava sobre els trastorns de les conductes alimentàries. El primer i el segon guardó rebran 500 i 200 euros, respectivament, mentre que el premi especial per a dibuixos realitzats per membres d'associacions de fibromiàlgia va resultar desert, va informar el jurat integrat per Carme Campoy



Dibuix d'Adrián Palmas

(Unitat de Fibromiàlgia de l'Hospital de Santa Maria), Jaume Mòdol i Marçal Abella (Humoràlia).

Els organitzadors del certamen han rebut un total de 181 dibuixos realitzats per 87 autors procedents d'Egipte, Indonèsia, el Kazakhstan, Ucraïna, Grècia, la Xina, Polònia, Romania, el Brasil, Síria, Holanda, el Marroc, Estònia, Rússia, Mèxic, Turquia, la República Txeca, Sèrbia, Alemanya, l'Uruguai, Colòmbia, Bòsnia i Hercegovina, França, Cuba i Espanya.

Els 40 millors seran mostrats en una propera exposició.

Leo Badia
Oficina de Premsa UdL



Professionals que van assistir als tallers de la IV Jornada de Comunicació Jordi Cebrià

PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

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

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

Truca ara i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 362 492**

Telèfon Lleida: **973 273 859**

Assemblea ordinària anual de col·legiats

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida va celebrar l'1 d'abril de 2014, a la seu col·legial, l'assemblea anual ordinària de col·legiats. Després d'aprovar l'acta de l'assemblea anterior, els assistents van guardar un minut de silenci en record dels companys traspassats.

A continuació, la Dra. Rosa M. Pérez Pérez i la Dra. Núria Nadal Braqué van presentar, respectivament, l'informe de presidència i la memòria d'activitats, que van merèixer l'aprovació dels assistents. Seguidament, es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea les propostes següents:

1. Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici del 2013.

2. Aprovació del pressupost del 2014.

El tresorer, Dr. Eduard Solé Mir, va informar del contingut dels documents anteriors, amb el lliurament previ als assistents de la còpia del balanç de situació, del compte de pèrdues i guanys i de la liquidació pressupostària del 2013, així com del projecte de pressupost per al 2014.

3. De les seccions col·legials actualment en funcionament, es van tractar els assumptes següents:

- Aprovació de la liquidació del pressupost del 2013

- Aprovació del pressupost de l'any 2014

Tot seguit, es va sotmetre a la conside-

Lliurament del XII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a Sonrisas de Bombay

ració de l'assemblea l'aprovació definitiva de la Secció Col·legial de Metges de Família, una vegada finalitzats els tràmits de constitució i aprovada provisionalment per la Junta de Govern. La proposta va ser aprovada.

Després, es va lliurar el diploma col·legial i del Consejo General i la insígnia als col·legiats i col·legiades presents que havien assolit la condició de col·legiats i col·legiades honorífics des de la darrera assemblea i que van ser els següents: Drs. Jesús Álvarez Albó, Montserrat García de la Chica Parache, Ángel Marcos Liendo Martínez, Miguel Ángel Salvador Blasco, Antonio Agelet Pérez, Francisco Ribó Estrada, Pilar Piniés Bañeres, Trinidad Ribes Escolá, Eudald Magrí Carles, Josep Maria Macià Virgili, Mohammad Numan Awadallah, Eduardo V. Lezcano Luesma, Maria del Carme Pujades

de metges de contingent i zona per a una reunió informativa sobre la situació d'aquest grup de metges després de les diferents resolucions de l'ICS.

Contractar una nova pòlissa amb FIATC per tal d'assegurar els romanents generats amb les primes de l'assegurança de responsabilitat civil professional.

Celebrar el 24 d'abril al saló d'actes del Col·legi una taula-rodonada debat sobre el nou model d'organització sanitària a les Terres de Lleida amb la participació de representants de diversos àmbits.

Aprovar, de forma provisional, la nova Secció Col·legial de Metges de Família, una vegada ha efectuat tots els tràmits estatutàriament establerts a l'efecte.

Participar com a Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en l'elaboració d'un document sobre el Pacte Nacional de Salut a Catalunya.

(ICS), i de Gestió de Serveis Satitaris (GSS), que gestiona els hospital de Santa Maria i de Tremp. Fins a aquest nomenament, la Dra. Aran era la directora assistencial i adjunta a la gerència de GSS, funcions que ara assumeix el Dr. Victorià Peralta, exdirector de l'Hospital Transfronterer de Puigcerdà.

Pressupost COMLL per al 2014 (resum)

INGRESSOS	
Venda d'impresos	19.820,00
Subvencions	1.000,00
Altres ingressos de gestió	793.176,09
Ingressos financers	28.475,00
Beneficis/ingressos excepcionals	100,00
Total ingressos	842.571,09
DESPESES	
Adquisició d'impresos	6.300,00
Variacions d'existències	2.000,00
Serveis exteriors	474.371,09
Tributs	57.900,00
Despeses de personal	267.000,00
Dotació d'amortitzacions	35.000,00
Total despeses	842.571,09

Beneit, Francisco Sanz Vilanova, Francesc Xavier Cambrodí Cornudella, Maria Pilar García Planella, José María Pmpols Giménez, José María Soler Balagueró, Manuel García Mercè i Elena Franco González.

Finalment, es va procedir al lliurament del XII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari 2013 a l'ONG Sonrisas de Bombay pel seu projecte Hope, d'atenció socioeducativa a pacients d'oncologia pediàtrica desenvolupat a l'hospital Holy Spirit de Bombay.

Moviment col·legial dels mesos de març i abril del 2014

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 16 altes durant els mesos de març i abril de 2014: Gilberto Rolando Delgado Samamé, Marta Albareda Cañadell, María Nieves Salas Herbera, Javier Vázquez Cerdeña, Marta Gil Serra, Meritxell Vigo Morancho, Isabel Caral Vanaclocha, Elena Cuello Guzmán, Marta Castellá Segarra, Irene Cuadrat Begué, Marco Palumbo Martins, Gabriel Jiménez Jiménez, Jorge Juan Fortuño Vidal, Clara Matas Nadal, Andrea Bueno Gómez i Anna Baró Serrano.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 18 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes, figuren les defuncions dels Drs. Jaume Miró Vidal, Joaquín Cardelús Pons, Pedro Sánchez Sánchez, José Antonio Arenas Sánchez, Pedro Ardiaca Santaulària i Josep Maria Cervera Lliuró.

Total col·legiats el 31/12/2013: 1.718.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. Ramon Mòdol Guiu i Elena Franco González.

DEBAT AL COMLL

El nou model d'organització sanitària a les terres de Lleida

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va celebrar el 24 d'abril, a la seva seu, un debat sobre la proposta de creació d'un ens únic per organitzar i gestionar els serveis sanitaris a les terres de Lleida (Regió Lleida i Regió Alt Pirineu-Aran). Cap dels participants va manifestar una oposició frontal a la proposta, tot i que la meitat va expressar molts dubtes i incerteses.

Moderats per la presidenta del COMLL, la Dra. Rosa M. Pérez, nou professionals van donar la seva opinió: el Dr. Josep Pifarré, director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida; el Dr. Xavier Rodamilans, cap del Servei de Cirurgia General de l'Hospital de Santa Maria; la Dra. Elvira Fernández, cap del Servei de Nefrologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV); el Dr. Xavier Matias-Guiu, director de l'IRBLleida i cap del Servei d'Anatomia Patològica de l'HUAV; el Dr. Íñigo Lorente, metge de Medicina Familiar i Comunitària del CAP de Cappon; el Dr. Jordi Fàbrega, director assistencial de la Fundació Sant Hospital i de l'EAP de la Seu d'Urgell; el Dr. José Luis Remón, director de la SAP Lleida Nord, i el Dr. Pep Auguet, MIR de quart any a Urologia de l'HUAV.

Cap dels participants s'hi va manifestar en contra, però el 50% va plantejar incerteses i dubtes importants

Més massa crítica

El Dr. Josep Pifarré va recordar les característiques de la xarxa sanitària a les terres lleidatanes, que dona servei al 40% del territori de Catalunya, però només al 6% de la població catalana i a l'1% en el cas del Pirineu. Va destacar la centralitat hospitalària a Lleida i el fet que l'assistència a l'Atenció Primària és 100% pública.

Per Pifarré, la creació d'un ens únic de gestió és "un pas lògic", atesa la proximitat física dels hospitals de Santa Maria i Arnau de Vilanova i l'experiència de col·laboració i d'unificació de serveis posada en marxa gradualment des del 1992. Es tracta, va dir, de "sumar tots els recursos".

Els objectius del nou model d'orga-

nització són simplificar la gestió, millorar l'economia d'escala, augmentar les interrelacions entre nivells assistencials i aconseguir autonomia territorial per prendre decisions, segons el director dels Serveis Territorials de Salut. En l'àmbit assistencial, el nou ens consolidarà la cartera de serveis, aconseguirà més massa crítica i més expertesa i millorarà la capacitat resolutiva de l'atenció primària, va afegir.

En paraules del Dr. Pifarré, "no fer res és una pèrdua d'oportunitats d'augmentar la nostra capacitat d'atracció i comporta un risc elevat de recentralitzacions". També es va referir a la importància del canvi de model per atraure professionals d'elit cap a la docència i la recerca.

El Dr. Pifarré va assegurar durant la intervenció que el nou ens serà de naturalesa pública i que mantindrà el mateix tipus de contracte que els actuals per als professionals fixos.

Pla de viabilitat i pressupost

El Dr. Xavier Rodamilans va recordar que l'ens proposat gestionarà un pressupost de 280 milions d'euros i una plantilla de 4.000 persones. Abans de posar en marxa una empresa d'aquestes dimensions, fa falta un pla de viabilitat, un pressupost concret i una previsió sobre què fer si la prova pilot no va bé, segons el Dr. Rodamilans.

També va reclamar un pla de màrqueting per presentar la proposta i obrir un procés participatiu davant dels dubtes que genera. En aquest sentit, va mencionar l'acord del Parlament de Catalunya per demorar tres mesos la decisió sobre el nou ens per dialogar amb els professionals. »»



Presentació del debat a càrrec de la presidenta del COMLL, Dra. M. Rosa Pérez



Dr. Josep Pifarré i Dra. Rosa M. Pérez



Intervenció del Dr. Xavier Rodamilans



De peu, la Dra Elvira Fernández

» Rodamilans va posar en dubte la necessitat de modificar l'actual model assistencial per aconseguir els objectius assenyalats pel Dr. Pifarré. Si es vol anar en aquesta direcció, per què es continuen enviant malalts a les privades?, va preguntar.

Ell va recomanar anar a poc a poc, crear confiança i transparència, identificar l'objectiu comú, compartir tota la informació i respondre totes les preguntes. "Cal crear aliances entre els centres, configurar un model integral d'atenció i establir que l'organització correspon als professionals de cada centre", va manifestar.

Què podem fer nosaltres?

La Dra. Elvira Fernández, en una intervenció força vehement, va dir que, mal-

grat els canvis polítics que han tingut lloc en el govern i a la Conselleria de Salut, "ningú ha dubtat de la necessitat d'unir esforços". Va afirmar que la proposta d'ens únic és una gran oportunitat, ja que dona suport administratiu i jurídic a un procés iniciat fa anys.

Des del seu punt de vista, la pregunta que s'han de fer els professionals és "què podem fer nosaltres per ser millors en aquest futur que ens espera?". Va proposar que es comenci a elaborar una normativa orgànica i un pla funcional per "saber com es dibuixaran els instruments de gestió d'aquest ens".

La nova proposta organitzativa permetrà aconseguir un canvi quantitatiu en la massa crítica que comportarà un canvi qualitatiu a una velocitat més elevada i millor. Aquest canvi aturarà la pèrdua de professionals vàlids que ara pateix la

sanitat a Lleida, segons la Dra. Fernández. Va destacar també la importància del nou ens per atraure professionals cap a la recerca i la docència.

La Dra. Fernández va afirmar que està convençuda i il·lusionada davant la proposta que redundarà en més eficiència per atendre patologies complexes i en l'oportunitat de tenir plantilles amb un major grau d'especialització i diferenciació funcional. En la seva opinió, l'autonomia per invertir en el propi territori significarà millor tecnologia i més recursos humans i talent.

L'exemple de l'IRBLleida

El Dr. Xavier Matias-Guiu, partidari del nou model d'organització sanitària, va exposar l'experiència de l'IRBLleida, suma de professionals universitaris i

hospitalaris, com una experiència positiva per a la proposta. "Hi veig una oportunitat", va dir textualment.

La unió de recursos i esforços aportarà l'augment de la massa crítica, visibilitat i agilitat i així s'ha demostrat en la unificació dels serveis de Pneumologia i Anatomia Patològica, va constatar. No obstant això, va alertar sobre el risc d'una disminució pressupostària i de prendre decisions sobre la base del localisme. "No hi veig privatització, perquè la gestió dels hospitals està en mans de dos empreses públiques", va opinar.

Incertesa a Atenció Primària

El Dr. Íñigo Lorente va aportar al debat la incertesa i els dubtes que es plantejaven professionals d'Atenció Primària davant el canvi organitzatiu. Va asse-

El nou ens gestionarà a la demarcació un pressupost de 280 M d'euros i una plantilla de 4.000 persones

La presidenta del COMLL, Dra. Rosa M. Pérez, reclama la participació dels professionals

gurar que en els darrers anys, l'ICS ha donat eines a l'AP que han augmentat la seva capacitat de resolució mèdica i farmacològica, "clau per evitar el col·lapse del sistema, reduir costos i donar atenció de qualitat".

Va verbalitzar públicament les incògnites que la proposta planteja a l'Atenció Primària: Serà només una proveïdora de l'Hospitalària? Haurà de competir amb els hospital en el terreny pressupostari? Estarà representada en el consell d'administració de la nova empresa? Podrà contractar i elegir els especialistes? Així mateix, va preguntar "què passarà si el canvi surt malament?".

Avantatges i perills per al Pirineu

El director assistencial de l'Hospital de la Seu d'Urgell, el Dr. Jordi Fàbrega, va reconèixer que encara no s'havia posicionat sobre el nou model organitzatiu. Per a la població del Pirineu, és positiu "passar de ser l'1% de Catalunya al 15%", va assenyalar, encara que també va plantejar dubtes.

Per ell, l'autonomia de gestió que tindran els professionals, el funcionament de l'Atenció Primària i el pressupost són qüestions de la proposta poc clares. A més, va expressar el seu temor davant de la possibilitat que l'ens únic substituï la centralitat de Barcelona per la de Lleida. "La població de la Seu d'Urgell ha de rebre el mateix tracte que la de la resta de Catalunya", va manifestar.

El Dr. Fàbrega va admetre que "així no podem seguir", però va recalcar que els professionals del Pirineu estan preocupats "perquè no saben on anem". I va demanar que es promogui la participació dels professionals en la proposta de nou model d'organització sanitària i que se sumin capacitats.



Dr. Xavier Matias-Guiu



Dr. Íñigo Lorente



MIR Pep Auguet



Dr. Jordi Fàbrega



Dr. José Luis Remón

Autonomia territorial

El Dr. José Luis Remón va informar sobre l'aliança territorial establerta al Pirineu per superar un dels seus dèficits crònics, el Servei de Pediatria, aliança que els ha permès créixer moltíssim i dotar-se d'una formació continuada. La nova organització territorial, "amb una petita autonomia", va aturar també la pèrdua de professionals a la seva regió.

D'acord amb la seva experiència, va expressar la convicció que el nou ens per a les regions de Lleida i el Pirineu-Aran permetrà tenir més autonomia territorial.

Impossible opinar

El MIR Pep Auguet va dir que als metges residents els és impossible opinar sobre la proposta per manca d'informació. Va traslladar als assistents les preguntes que a hores d'ara es plantegen els MIR: La proposta ens anirà pitjor o seguirà malament com ara? Es reduiran les plantilles? Hi haurà possibilitat que ens contractin?

Auguet va reivindicar el paper fonamental de la docència, i va afegir que "s'ha d'intentar donar als residents oportunitats de rotar a l'Hospital de Santa Maria".

Intervencions del públic

Abans de finalitzar l'acte, hi va haver diferents intervencions dels assistents que també van expressar una diversitat d'opinions sobre el tema del debat.

La Dra. Mercè Agustí va defensar la permanència de l'Atenció Primària dins de l'ICS malgrat que sigui lògic unificar les gerències dels dos hospitals. També va reclamar que el procés de constitució del nou ens "s'obri a la participació dels professionals, els usuaris i les institucions".

La Dra. Isabel Tarruella va qualificar la proposta "d'inconcreta i mancada de component jurídic". Tot i acceptar la unificació dels hospitals Arnau i Santa Maria, va fer públics els seus temors per la situació en què quedarà l'Atenció Primària i per la falta de garanties que el futur ens sigui públic.

El Dr. Sebastià Barranco va manifestar el seu acord amb la creació d'un consorci o ens públic. Després de referir-se als anys durant els quals les diferents conselleries de Salut han treballat en aquesta direcció, va dir que "l'aprovació de la proposta pot semblar massa precipitada, però si volem participar-hi, hem de fer-ho des dels inicis".

El Dr. Ferran Pallisó va constatar que la majoria dels ponents eren "líders regi-

onals i estan d'acord amb la proposta, però els que no ho són tenen por". I va demanar també més informació concreta i participació.

"El meu vaixell és l'ICS", va manifestar el Dr. Francesc Domingo. Va opinar que ni les condicions, ni els aspectes jurídics ni el paper de la Primària estan clars en la proposta. I va acabar amb la frase: "No tinc gaire confiança en el canvi."

Participació dels professionals

La Dra. Rosa M. Pérez, presidenta del COMLL i moderadora de l'acte, va demanar expressament la participació dels professionals "des de demà mateix". Segons la Dra. Pérez, les paraules clau del debat van ser la incertesa i la por a un canvi desconegut. Per aquest motiu, va creure necessari reforçar la proposta d'ens únic "amb una gran dosi d'informació i transparència que generi credibilitat".

En opinió de la Dra Pérez, la creació de l'ens únic haurà de tenir una base jurídica i econòmica. La presidenta del COMLL es va manifestar a favor d'una sanitat pública al territori i d'una organització que garanteixi l'equitat en la salut i la qualitat assistencial dels pacients. Per acabar, va convidar tothom a reflexionar sobre el tema.

Magda Ballester

Canvis en el control i la gestió de la IT

BUTLLETÍ MÈDIC publica un debat sobre els canvis previstos en l'expedició, control, prescripció del tractament i certificació d'altres de la Incapacitat Temporal (IT). Per tal de donar una versió global del tema, BUTLLETÍ MÈDIC va convidar diverses mútues a exposar la seva opinió, però van declinar l'oferta.

Declaració de la Comissió Central de Deontologia de l'OMC sobre ètica i deontologia dels comunicats i certificats de baixa i altes laborals en Atenció Primària i funció dels metges inspectors en el seu control i supervisió

La Constitució espanyola reconeix, entre d'altres, el dret al treball (art. 35.1) i el dret a la protecció de la salut (art. 43.1).

La Seguretat Social ha de garantir les prestacions sanitàries i econòmiques en situacions de malaltia comuna i accident laboral, malaltia professional, accident no laboral i maternitat.

En aquest terreny entren en conflicte problemes de caire molt diferent; sanitaris, socials, laborals... Així doncs, podem trobar-nos amb un ús fraudulent del dret constitucional de protecció de la salut, ja sigui per mantenir de forma prolongada una baixa laboral o per eludir, individualment o col·lectivament, obligacions derivades d'haver de garantir el funcionament de serveis essencials per a la comunitat en situacions de con-

flictes laborals o vagues, recurrent a la situació de baixa laboral per tal de deixar de banda els serveis mínims assenyalats per l'administració.

Aquestes situacions poden conduir a un deteriorament de la imatge de la professió mèdica, ja que poden pressuposar una connivència entre els "pacients defraudadors" i aquells metges que els proporcionen els certificats de baixa.

Per tot plegat, la Comissió Central de Deontologia ha considerat convenient realitzar una declaració per al recte procediment dels professionals mèdics que gestionen i tramiten les incapacitats temporals.

Generalitats

La incapacitat temporal genera unes prestacions de caràcter sanitari i d'altres de tipus econòmic.

La Comissió Central de Deontologia no qüestiona el marc legal (lleis, reials decrets, ordres ministerials) sempre que no entri en confrontació amb els principis de l'ètica i la deontologia mèdiques.

Ara bé, en referència al marc deontològic, s'han fet una sèrie de matisacions/puntualitzacions tenint en compte els professionals implicats en la tramitació i gestió de

les incapacitats temporals; metges d'Atenció Primària, metges d'atenció especialitzada i metges inspectors.

Metges d'Atenció Primària

Expedició. Segons el RD 575/97 (art. 1.1), la IT "serà expedida per el médico del servicio público de salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado", i en article 2.1, "el parte de IT se expedirá inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador, por el facultativo que lo realice". A efectes pràctics, les IT per malaltia comuna i accident no laboral són expedides pel metge de capçalera (AP), i en cas de malaltia professional o bé accident laboral, per la mútua.

Control. A part dels metges d'AP, el control també el poden exercir els metges de les MATMPSS (mútues d'accidents de treball i malalties professionals de la Seguretat Social), i els de les empreses col·laboradores en la gestió del règim general (empreses asseguradores), tant metges propis com de la Seguretat Social.

Document oficial. Les IT tenen el caràcter de document oficial i, per tant, el metge està deontològicament obligat a expedir-les amb autenticitat i veracitat. Per tal de garantir aquestes dues premisses, el metge ha d'intentar comprovar (reconeixement/exploració física) que allò que al·lega el pacient és motiu suficient per sol·licitar la incapacitat temporal, tot i ser conscients que moltes de les causes al·legades són de difícil demostració.

El metge ha de poder exercir l'expedició, control i prescripció de tractament derivats de la IT que consideri oportuns amb absoluta llibertat i independència (art. 20.1 del C.E.D.M.). Per tant, no ha de rebre pressions ni del treballador/assegurador, ni de les institucions/administració sanitària (art.9.3 i 37.2 del C.E.D.M.).

Principi de justícia sobre el de beneficència

Al mateix temps, el metge no pot oblidar que en la seva actuació professional sempre ha de prevaler el principi de justícia sobre el de beneficència, conscient que, pels seus deures com a professional al servei de la comunitat, està obligat èticament a aconseguir el rendiment òptim dels mitjans que la societat posa a la seva disposició (art. 6.1 del C.E.D.M.). De la mateixa manera i segons l'art. 16 del C.E.D.M., si el metge té la sospita que el

El metge està deontològicament obligat a expedir les IT amb veracitat



La Junta de Govern lliura el XII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a la representant de Sonrisas de Bombay

treballador està cometent un acte fraudulent, hauria de posar-ho en coneixement, amb discreció, dels serveis d'inspecció mèdica sanitària, sense que això vulneri el secret professional.

Metges d'atenció especialitzada

Podrien expedir les IT de la mateixa manera que els metges de l'AP. Els metges especialistes estan èticament obligats a compartir, sense cap reserva, els seus coneixements amb els metges d'AP en benefici dels pacients (art. 31.3 del C.E.D.M.), assessorant en aquelles matèries sobre les quals, per la seva condició d'especialistes, han estat consultats, i, per tant, emetent i fent arribar els seus informes al metge d'AP responsable de la IT.

Metges inspectors

Els metges inspectors hauran de complir la seva responsabilitat professional de control d'altres i baixes laborals d'acord amb les exigències del Codi d'Ètica i Deontologia Mèdica que els és aplicable. De la mateixa manera, la seva actuació com a metges inspectors serà incompatible amb l'assistència mèdica al mateix pacient (art. 2, 1, 41.1, 43.3 del C.E.D.M.). Per tant, tots els actes mèdics hauran de respectar el dret a la intimitat del pacient i han d'estar subjectes al secret professional.

És totalment contrari a l'ètica i a la deontologia mèdiques rebre una comissió o incentivació econòmica, al marge de la remuneració que en cada cas tingui establerta el metge en funció de les circumstàncies del servei prestat (art. 40.2 i 40.4 del C.E.D.M.)

Com a resum, els metges d'AP i especialitzada dependents dels serveis públics de salut, els metges inspectors i els metges de les MATEPSS i empreses col·laboradores estan sotmesos a la normativa legal i eticodeontològica vigent, i, per tant, les possibles discrepàncies entre els diferents professionals no haurien de suposar mai un perjudici per a l'assegurad/treballador.

La Llei General de Seguretat Social (Ley de Bases de la SS 1963, Texto Refundido de la LGSS 1994 i posteriorment el 1994, i la Modificació de la Ley 40/07) neix amb la filosofia de protegir el treballador. Entre d'altres, regula la incapacitat temporal dels treballadors, en la qual estableix dos tipus de prestació:

A) Assistència sanitària, amb les competències transferides a les comunitats autònomes, en els seus serveis públics de salut.

B) Prestació econòmica amb què el treballador que presenta una malaltia o accident que li impedeix complir el seu contracte de treball pot mantenir el seu poder adquisitiu. La gestió d'aquesta prestació segueix essent l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS), dependent del Ministeri d'Ocupació i Seguretat Social.

Cal tenir present que els tres elements definitoris i imprescindibles per motivar la situació d'IT són:

- Malaltia o lesions objectivables i susceptibles de millora
- Limitacions que impedeixen fer la seva feina
- Tractament inclòs en els serveis públics de salut

Els comunicats de baixa i confirmació d'un procés d'Incapacitat Temporal (IT) són el document emès pel Servei Públic de Salut en què se certifica la incapacitat temporal del treballador per desenvolupar la seva feina com a conseqüència d'una pèrdua de salut i l'únic document legal que li permet gaudir de la prestació econòmica procedent de fons públic.

Aquesta responsabilitat representa el vessant de gestió vers el pacient que complementa la tasca principal assistencial. El Metge d'Atenció Primària (MAP) és el més proper i coneixedor del pacient i, en conseqüència, el més indicat per certificar la situació d'IT del treballador. Així, es fa responsable directe del seguiment del procés i de la prestació que se'n deriva.

Es tracta d'un acte mèdic en el moment de signar el comunicat, valorant el procés patològic des del punt de vista de la capacitat laboral del pacient. En les consideracions per emetre un comunicat de baixa i confirmació no s'inclouen els actes de fe ni altres motius que no estiguin directament relacionats amb la patologia i la incapacitat consegüent del treballador.

La IT és un ens molt complex, que requereix un abordatge multidisciplinari, sense imposicions, i en què es



veuen implicació de proves complementàries, teràpies i fins i tot tasques assistencials. Des del 1997 (RD 575/97 i 576/97), la llei empara les mútues com a responsables en la gestió de la IT per contingències comunes, en l'intercanvi de dades mèdiques i les autoritza a través dels seus facultatius a accedir al diagnòstic, proves i dades clíniques dels processos que gestionen per poder desenvolupar amb garanties les funcions de control i seguiment de la prestació. Òbviament, les actuacions són de caràcter confidencial i estan subjectes als codis deontològics que preserven els drets del pacient.

1. INSS responsable de la correcta gestió econòmica de la prestació. A Catalunya exerceix les seves competències de control a través de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS), que desenvolupa un paper de mediador, moderador i garant dels drets, així com d'interlocutor amb els MAP.

2. MATMPSS. Els seus facultatius poden realitzar controls dels processos d'IT per contingència comuna, que gestionen, i tenen la facultat de fer reconeixements a partir de la data en què assumeixen la gestió (dia 16 de la IT). També poden col·laborar amb els seus recursos sanitaris i personal qualificat en la realit-

processos mèdics i sanitaris corresponents a les prestacions del sistema de la Seguretat Social en matèria d'incapacitats laborals, així com de dictaminar sobre l'adequació de les actuacions sanitàries del sistema sanitari públic, en el marc del procediment de responsabilitat patrimonial, i realitzar múltiples funcions d'avaluació mèdica, peritatge, arbitratge i d'assessorament i informe. És el servei mèdic d'inspecció en matèria d'incapacitats laborals. A Catalunya, a diferència de la resta de comunitats autònomes, l'ICAMS assumeix les competències de la Inspecció Mèdica del Servei Públic de Salut i de "los Inspectores Médicos y Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) del INSS".

Comentari

La publicació del projecte de real decret sobre la gestió i el control de la IT en els primers 365 dies de durada planteja una sèrie d'interrogants i inquietuds, amb importants repercussions sobre els professionals d'AP i sobre els mateixos pacients.

1. Procediment de l'emissió dels comunicats de la IT

Homologació del procediment d'expedició de les dues contingències (comuna, laboral).

Freqüència d'emissió; cadència variable en funció del tipus de contingència i la durada prevista.

Sol·licitud d'informes complementaris, de manera sistemàtica, variable en funció del tipus de contingència i la durada prevista.

Des de diferents àmbits, s'ha fet una valoració d'aquesta nova proposta del RD.

Augment de la burocratització per als metges d'AP, als quals pressuposa "incompetència professional".

No es disposa actualment, en el SNS, dels Códigos Nacionales de Ocupación (CNO), que facilitarien el compliment de la nova normativa, atès que hi ha dificultat per adequar el codi de la patologia al procés que causa la IT.

Es requeriria modificar tots els programes informàtics dels agents implicats en la gestió de la IT; actualment, la conjuntura econòmica fa poc factible aquesta possibilitat.

2. Proposta d'alta per part de les mútues: ALTA PRESUMPTA

Inicialment, el RD atorgava a la

mútua la capacitat d'emetre l'alta; en la darrera modificació de la proposta del RD, les mútues poden fer una proposta d'alta. S'atorga 5 dies perquè el MAP contesti la proposta d'alta a inspecció mèdica i fins a un total d'11 dies per respondre a la mútua des de la inspecció mèdica. En cas que en aquest termini la mútua no rebí una resposta, s'entén com a silenci administratiu positiu, és a dir, que es pressuposa l'alta per part de la mútua i aquesta tindria la capacitat d'extingir el dret al subsidi.

Diferents agents consideren que és un temps insuficient i de difícil compliment per part del sistema sanitari, tenint en compte la forta pressió assistencial que suposaria.

D'altra banda, podria suposar una vulneració dels drets del treballador i una desacreditació de la competència professional del MAP responsable d'aquest procés d'IT, ja que el treballador està emparat per la presumpció que està malalt o accidentat i per això es manté en procés d'IT.

Aquesta nova proposta pot interpretar-se que considera els treballadors afectats (ALTA PRESUMPTA) presumptes defraudadors, i faria caure sobre ells la ineficàcia i la manca de celeritat del funcionament de l'administració.

Des del punt de vista de l'ètica i la deontologia mèdiques, caldria plantejar el silenci administratiu com a negatiu, és a dir, desestimador de la proposta d'alta de la mútua, i hauria de ser aquesta qui hauria de recórrer, si es dona el cas, i no pas el pacient/treballador.

Fins i tot en aquest aspecte de l'alta presumpta, tant els INS com l'ICAMS quedarien subordinats a la mútua i perdrien, doncs, la personalitat jurídica.

3. Control econòmic i accés a la informació clínica fora del Servei Nacional de Salut (SNS)

La proposta del RD dona dret a l'accés a la informació clínica per part dels inspectors mèdics del SNS i dels inspectors de l'INSS-ISM.

Es podria qüestionar la legalitat d'aquesta mesura, que podria resultar desproporcionada per la finalitat que busca, i vulneraria la privacitat ciutadana i la custòdia del secret professional de la resta d'informació mèdica continguda en la història clínica del pacient.

El dret al control de la prestació econòmica per part de les mútues no ha de vulnerar els drets del tre-

ballador i del secret professional, i, per tant, només hauria de donar dret a l'accés a la informació clínica que deriva d'aquell procés que causa la IT, i no a la resta de la història clínica.

Projecte de reial decret sobre la gestió i el control de la Incapacitat Temporal (IT) en els primers 365 dies de durada

Qualsevol comunicat mèdic de baixa ha d'anar precedit del reconeixement mèdic i de la recollida de totes les dades necessàries per tal que els professionals puguem determinar la incapacitat temporal (IT) per al treball habitual. L'extensió d'aquest document de baixa és el que inicia les actuacions que conduiran a la declaració o denegació del dret a un subsidi per IT.

La publicació del projecte de reial decret sobre la gestió i el control de la IT en els primers 365 dies de durada (vegeu el resum annex) planteja una sèrie d'interrogants i inquietuds, amb importants repercussions sobre els professionals d'Atenció Primària (AP) i sobre els mateixos pacients.

Si bé en un primer moment el projecte de Reial Decret (RD) sembla avantatjós, atès que no fixa un comunicat de confirmació rutinari cada setmana i permet que sigui el professional qui proposi —amb limitacions— la data per al següent reconeixement, en contrapartida, planteja una gran complexitat pel tracte diferent que assigna a cada tipus d'IT, segons la durada i la contingència, així com per l'obligació d'elaborar una sèrie d'informes complementaris (molts dels quals seran redundants) que comportaran un augment de la burocratització.

També caldrà veure les taules de durada de la IT que es facilitaran, a les quals s'haurà d'adaptar cada procés d'incapacitat, i si aquestes són prou àgils i elàstiques per permetre i reconèixer la variabilitat que puguin presentar cadascun dels processos, en funció de les complicacions o els retards assistencials, tan freqüents amb les retallades actuals. Tots coneixem les dificultats que en ocasions tenim per adequar el codi de patologia més adient al procés que ens ocupa quan hem d'estendre



una baixa d'IT.

Així mateix, el RD pretén establir l'accés a la història clínica informatitzada de l'AP i de l'especialitzada, tant per part dels inspectors mèdics del servei públic de salut com dels inspectors adscrits a l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS) o a l'Institut Social de la Marina (ISM). Ara bé, cal qüestionar la legalitat d'aquesta mesura respecte a la manca de protecció de dades i al dret a la intimitat del pacient, així com la manca de custòdia del secret professional que podria representar el fet que metges d'administracions no sanitàries, com l'INSS o l'ISM, puguin tenir accés telemàtic a l'historial sanitari d'un o més pacients de la sanitat pública.

En aquest sentit, les comissions deontològiques i les assessories jurídiques de les societats científiques, els col·legis mèdics i els sindicats hauran d'emetre les seves valoracions sobre aquest aspecte

del RD. La Federació d'Associacions d'Inspecció de Serveis Sanitaris (FAISS) ja s'hi ha pronunciat i considera il·legal aquest accés.

D'altra banda, quan les mútues gestionen la contingència comuna, a la vista dels comunicats de baixa i de confirmació i dels informes complementaris, el projecte de RD els atorga la possibilitat de considerar que el pacient pot no estar impedit per al treball i poden fer propostes d'altres mèdiques a les unitats d'inspecció mèdica del servei públic de salut.

L'inspector mèdic d'aquest servei ha de confirmar o desestimar raonadament la proposta d'alta i disposa de cinc dies per fer-ho. Si al sisè dia la mútua no rep cap pronunciament, s'entén (sempre segons el projecte de RD) que la proposta ha estat acceptada i s'ha emès el comunicat mèdic d'alta. És a dir, aquest "silenci administratiu" provoca una "alta mèdica presumpta" que la mútua

pecció del Servei Públic de Salut no sigui suficient a causa de les retallades pressupostàries per poder fer aquesta tasca de forma tan ràpida.

Davant aquest nou escenari, ens podem trobar amb treballadors als quals s'ha notificat que han d'incorporar-se a la feina per "alta presumpta" i que, realment, no estan en condicions de fer-ho. Quina protecció té aquest pacient/tr treballador? Si bé és cert que té l'opció de reclamar en els següents 10 dies, però incorporant-se a la feina, quina defensa és aquesta? Si aquell mateix dia ens trobem aquest pacient a la consulta o a urgències de l'AP, com resollem aquesta situació? El projecte de RD no ho preveu.

Però a banda d'això, com es pot proposar en un RD una "alta presumpta"? Una baixa o una alta ha de ser real, legal, formal i justificada, però mai presumpta, ni dependent d'un possible silenci administratiu per manca de temps, de valoració i sense justificació. Aquesta situació s'oposa a qualsevol lògica i sentit comú i és inadmissible.

Si actualment ja és difícil, en moltes ocasions, establir la línia divisòria entre la patologia comuna i la

les regnes i la tisora, sense garantia de preservació dels drets dels treballadors malalts, ja que l'interès econòmic podria ser el veritable motiu pel qual es qüestiona o es posa en dubte l'opinió del facultatiu responsable d'un procés que solament ha d'estar influenciat per la patologia i el treball del pacient. Fins i tot en alguns aspectes, com és l'"alta presumpta", l'INSS quedaria subordinat a la mútua.

La FAISS també ha manifestat que aquest RD obre una possible via a la privatització de l'assistència sanitària de les IT, en habilitar les mútues per aplicar noves formes de gestió (el nou Decret Llei 5/2013, de 22 d'octubre, que extingeix la personalitat jurídica de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries, pot ser un factor més en aquest procés de privatització?).

En resum, queda palès que aquest projecte de RD va contra els drets dels treballadors-pacients i també qüestiona, en molts aspectes, els professionals de la salut.

De moment, ja han sorgit peticions socials per tal de subscriure la retirada o rectificació del RD a través de la plataforma en línia "change.

Aquest projecte de RD va contra els drets dels treballadors-pacients i també qüestiona, en molts aspectes, els professionals de la salut

patologia laboral (per exemple, en l'aparell locomotor), situació en què tothom escombra cap a casa, que podem trobar-nos ara amb aquesta arbitrarietat?

És evident que pot esdevenir un mètode pervers, ja que el professional de la mútua (actualment són entitats gestores col·laboradores) podrà denegar un dret que li ha atorgat un altre professional (el de la sanitat pública) i no hem d'oblidar que les mútues d'accidents de treball i malalties professionals de la Seguretat Social són entitats que, en aquests moments, gestionen econòmicament el 80% de les IT per contingències comunes. Per tant, hi ha un interès econòmic d'"empresa" que es pot contraposar a un dret també econòmic: el del subsidi d'IT.

Podem entendre que les mútues disposin de mitjans i eines de control i de reclamació d'allò que econòmicament els repercuteix (les IT), però una altra cosa és que tinguin

org", que es poden consultar des d'aquests enllaços: www.bit.ly/faiss-change-alta i www.bit.ly/faiss-change-historia.

Nota: amb data 27 de gener de 2014, ja elaborat aquest escrit, es publica en premsa que en l'última revisió del text el ministeri fa un pas enrere i estipula que els comunicats d'alta derivats de contingències comunes seran emesos pel "facultatiu del servei públic de salut". Encara no hem tingut accés a l'esmentat document.

Dra. Isabel Tarruella Vidal
Metgessa d'Atenció Primària
de Verdú. ABS de Tàrraga

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

<http://www.lexdiario.es/temp/2013121213425645708.pdf>
(Projecte de Reial Decret de 21 de gener de 2013)
http://www.federacionfaiss.com/_documentos/_2013/Comunicado-FAISS-28Feb13-Proyecto-Real-Decreto-

Modificacion-Gestion-Incapacidad-Temporal-21Ene13.pdf

ANNEX: RESUM DE LA PROPOSTA DE REIAL DECRET SOBRE LA GESTIÓ I EL CONTROL DE LA INCAPACITAT TEMPORAL (IT)

1. Si es tracta de contingències comunes, i segons la previsió estimada de la durada de la IT:

- D'un a quatre dies: baixa i alta alhora, en el mateix acte mèdic.

- De cinc a 30 dies: comunicat de baixa i consignació de la data de propra revisió mèdica, no superior a set dies. Si el pacient ha de continuar de baixa, es farà un comunicat de confirmació. Les següents confirmacions de baixa no podran superar els 14 dies naturals.

- De 31 a 60 dies: comunicat de baixa i consignació de la data de propra revisió mèdica, no superior a set dies. Els següents comunicats de confirmació, en un període que no podrà superar els 28 dies naturals.

- De 61 o més dies: comunicat de baixa i consignació de la data de propra revisió mèdica, no superior a set dies. Els següents comunicats de confirmació, en un període que no podrà superar els 35 dies naturals.

Es posarà a disposició del metge taules de durada òptima de la incapacitat, tipificades en funció de la patologia i de l'activitat laboral.

En qualsevol moment, en qualsevol previsió de durada i per recuperació de la capacitat laboral es pot expedir el comunicat d'alta.

També pot estendre un comunicat d'alta l'inspector mèdic del servei públic de salut i l'inspector mèdic adscrit a l'INSS.

El Servei Públic de Salut emet el comunicat de baixa. El mateix dia es trametrà via telemàtica a l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS), i aquest el trametrà a l'entitat competent que gestioni la prestació econòmica, el primer dia hàbil a partir de l'endemà de la recepció.

El treballador disposarà de tres dies per entregar a la seva empresa qualsevol dels comunicats del procés de IT (baixa, confirmació o alta).

L'alta, a través de l'INSS, també es comunicarà el mateix dia de la seva expedició a les mútues, en cas que siguin les gestores de la IT.

2. Si es tracta de contingències professionals (accident laboral o malaltia professional):

Comunicat de baixa en el moment del primer reconeixement i comunicats de confirmació cada set dies.

Els comunicats de baixa i de confirmació els faran els serveis mèdics de la mútua, si el treballador presta els serveis a una empresa associada a una mútua que gestiona les contingències professionals o és un treballador per compte propi adherit a una mútua. En altres situacions els farà el metge del Servei Públic de Salut.

Comunicat d'alta quan escaigui.

El facultatiu de l'entitat mutual pot considerar que es tracta de patologia comuna i remetrà el pacient a la sanitat pública.

Caldrà que ho faci amb informe mèdic i justificar-ne els motius. El pacient pot reclamar a l'INSS en un període de 10 dies i la resolució serà la que establirà el caràcter de la contingència (comuna o professional).

Els comunicats mèdics seran enviats a l'INSS via telemàtica d'immediat i, en tot cas, com a màxim en els cinc dies naturals posteriors a la seva expedició.

3. Informes mèdics complementaris:

- Contingències comunes amb durada prevista d'IT de 31 o més dies: amb el segon comunicat de confirmació i cada dos comunicats de confirmació posteriors.

- Contingències comunes amb durada inicial prevista d'IT inferior a 30 i realment superior a 31: amb el tercer comunicat i cada dos comunicats posteriors.

- Contingències professionals: amb el tercer comunicat de confirmació i cada quatre comunicats posteriors.

La complexitat de la IT requereix un abordatge multidisciplinari

La Llei General de Seguretat Social (Ley de Bases de la SS 1963, Texto Refundido de la LGSS 1994 i posteriorment el 1994 i la Modificació de la Ley 40/07) neix amb la filosofia de protegir el treballador. Entre d'altres, regula la incapacitat temporal dels treballadors, en la qual estableix dos tipus de prestació:

A. Assistència sanitària, amb les competències transferides a les comunitats autònomes en els seus serveis públics de salut.

B. Prestació econòmica amb què el treballador que presenta una malaltia o accident que li impedeix complir el seu contracte de treball pot mantenir el seu poder adquisitiu. El gestor d'aquesta prestació segueix sent l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS), dependent del Ministeri d'Ocupació i Seguretat Social.

Aquest fet ha motivat contínues modificacions en la normativa, així com diferents convenis de col·laboració entre les entitats assistencials i les entitats gestores.

Les MATMPSS (Mútues d'Accidents de Treball i Malalties Professionals de la Seguretat Social) tenen una llarga història en la gestió i assistència dels accidents i malalties professionals. Des de 1997 (RD 575/97 i 576/97), la llei empara les mútues com a responsables en la gestió de la IT per contingències comunes i en l'intercanvi de dades mèdiques, i les autoritza a

través dels seus facultatius a accedir al diagnòstic, proves i dades clíniques dels processos que gestionen per poder desenvolupar amb garanties les funcions de control i seguiment de la prestació. Òbviament, les actuacions són de caràcter confidencial i estan subjectes als codis deontològics que preserven els drets del pacient.

Els comunicats de baixa i confirmació d'un procés d'incapacitat temporal (IT) són el document emès pel Servei Públic de Salut en què se certifica la incapacitat temporal del treballador per desenvolupar la seva feina com a conseqüència d'una pèrdua de salut i l'únic document legal que li permet gaudir de la prestació econòmica procedent de fons públic.

Cal tenir present que els tres elements definitoris i imprescindibles per motivar la situació d'IT són:

1. Malaltia o lesions objectivables i susceptibles de millora
2. Limitacions que impedeixen fer la seva feina
3. Tractament inclòs en els serveis públics de salut

Aquesta responsabilitat representa el vessant de gestió vers al pacient que complementa la tasca principal assistencial. El Metge d'Atenció Primària (MAP) és el més proper i coneixedor del pacient i, en conseqüència, el més indicat per certificar la situació d'IT del treballador. Així, es fa responsable directe del seguiment del procés i de la prestació que se'n deriva.

En aquesta tasca, el metge ha de fer exclusivament un acte mèdic en el moment de signar el comunicat, valorant el procés patològic des del punt de vista de la capacitat laboral del pacient. En les consideracions per emetre un comunicat de baixa i confirmació no s'hi inclouen els actes de fe ni altres motius que no estiguin directament relacionats amb la patologia i la incapacitat conseqüent del treballador.

Envoltant aquest nucli principal en el procés d'IT de pacient-treballador/MAP, hi ha altres agents que hi intervenen:

1. INSS responsable de la correcta gestió econòmica de la prestació. A Catalunya exerceix les seves competències de control a través de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS), que desenvolupa un paper de mediador, moderador i garant dels drets, així com d'interlocutor amb els MAP.
2. MATMPSS. Els seus facultatius



poden realitzar controls dels processos d'IT per contingència comuna, que gestionen, i tenen la facultat de fer reconeixements a partir de la data en què assumeixen la gestió (dia 16 de la IT). També poden col·laborar amb els seus recursos sanitaris i personal qualificat en la realització de proves complementàries, teràpies i fins i tot tasques assistencials.

3. Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS). Integrat a la Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut. La nostra missió és realitzar la inspecció, l'avaluació i el seguiment dels processos mèdics i sanitaris corresponents a les prestacions del sistema de la Seguretat Social en matèria d'incapacitats laborals, així

com dictaminar sobre l'adequació de les actuacions sanitàries del sistema sanitari públic, en el marc del procediment de responsabilitat patrimonial i realitzar múltiples funcions d'avaluació mèdica, peritatge, arbitratge i d'assessorament i informe. És el servei mèdic d'Inspecció en matèria d'incapacitats laborals. A Catalunya, a diferència de la resta de comunitats autònomes, l'ICAMS assumeix les competències de la Inspecció Mèdica del Servei Públic de Salut i de "los Inspectores Médicos y Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) del INSS".

4. Unitats de Salut Laboral (USL) integrades a l'Agència de Salut Pública, amb l'objectiu principal de donar eines i suport per a la detecció de problemes de salut

relacionats amb la feina, contribuir a resoldre'ls i proposar actuacions preventives.

5. Serveis de Prevenció de les empreses, encarregats de protegir els treballadors en matèria de seguretat, higiene i salut en el treball.

Cal treballar d'una manera decidida i ferma per la cooperació i coordinació dels diferents agents, amb un esperit integrador i de millora de la gestió de les prestacions. És necessari afrontar la qüestió eliminant prejudicis i unint esforços i fortaleces per construir un futur millor.

En aquest sentit, sembla encertada la proposta de desburocratització de la IT, racionalitzant el lliurament dels comunicats de confirmació des del Centres d'Atenció Primària (CAP).

És molt important definir de manera correcta i argumentada els canals de comunicació i d'informació entre els diferents agents.

La IT és un ens molt complex, que requereix un abordatge multidisciplinari, sense impositions, per la qual cosa considerem necessari més diàleg i consens de les parts.

*Dra. Carolina Infante Serrat
Dra. Ana Bergua Solans*

Control de la Incapacitat Temporal derivada de malaltia per part de les mútues d'accident de treball

1. Evolució normativa de la gestió de les prestacions econòmiques i sanitàries d'incapacitat temporal

L'any 1966, amb la publicació de la Llei General de la Seguretat Social, Espanya modifica radicalment el sistema de protecció social instaurant un model de gestió pública que, financerament, es fonamenta en el repartiment de quotes i de prestacions, seguint els postulats exposats uns anys abans per l'economista anglès W. Beveridge.

El nou sistema protegeix les situacions d'incapacitat temporal (expressades amb l'acrònim IT, i conegudes col·loquialment com a situacions de baixa) amb prestacions econòmiques i sanitàries. Distingeix aquelles situacions derivades d'accident de treball o malaltia professional (que

anomena “contingències professionals”) i que tenen una protecció més generosa, de les situacions derivades de malaltia comuna o accident no laboral (que anomena “contingències comunes”).

L'Institut Nacional de Previsió actua com a entitat gestora única de les prestacions econòmiques i sanitàries d'incapacitat temporal, tant per a les contingències comunes com per a les contingències professionals, si bé també s'admet la col·laboració voluntària de les empreses; no obstant això, a la pràctica, només es duu a terme per grans empreses amb recursos suficients per establir una estructura de gestió amb servei mèdic inclòs.

En la gestió de les situacions d'incapacitat temporal per contingències professionals s'admet, a més, la col·laboració de les llavors anomenades Mútues Patronals, avui, Mútues d'Accidents de Treball i Malalties Professionals de la Seguretat Social. Són associacions voluntàries d'empresaris, constituïdes sense ànim de lucre i amb la finalitat de col·laborar amb la Seguretat Social, que assumeixen la protecció de les contingències professionals dels treballadors dependents de les empreses que hi estan associades.

L'any 1978, amb el canvi de règim polític i la promulgació de la Constitució, es reforma el sistema de prestacions socials establint un règim públic de Seguretat Social separat del sistema sanitari (arts. 41 i 43). La primera conseqüència de les disposicions constitucionals té lloc el mateix any 1978, amb la reforma institucional de la Seguretat Social i l'extinció de l'Institut Nacional de Previsió, que es desglossa en tres noves institucions, l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS) i l'Institut Social de la Marina, com a entitats gestores de les prestacions econòmiques, l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD), entitat gestora de les prestacions sanitàries de la Seguretat Social, i l'Institut Nacional de Serveis Socials (INSERSO).

Després van venir els traspassos dels serveis de l'INSALUD a les comunitats autònomes fins a la desaparició de l'entitat, traspassos que, en el cas de Catalunya, es van concretar en el Reial Decret 1517/1981, de 8 de juliol; l'Administració General de l'Estat es reservava l'alta inspecció sanitària.

El vigent text refós de la Llei General de Seguretat Social, de 20 de juny de 1994, manté l'esquema

general traçat pel seu antecedent legislatiu de l'any 1966, distingint entre prestacions derivades de contingències professionals i de contingències comunes. Les primeres, tant sanitàries com econòmiques, es gestionen conjuntament per les entitats gestores, per les Mútues d'Accidents de Treball i Malalties Professionals, o bé individualment, per les mateixes empreses, de forma voluntària, a elecció de l'empresari, com a subjecte obligat al pagament de les cotitzacions per contingències professionals. Així mateix, i pel que fa a les prestacions per contingències comunes, les prestacions econòmiques segueixen estant gestionades per les entitats gestores de la Seguretat Social (INSS i Institut Social de la Marina) i es manté la possibilitat de col·

laboració voluntària de les empreses, però les prestacions sanitàries passen a estar gestionades per les administracions autonòmiques, atès que l'antic INSALUD s'ha trossejat i dividit en tants serveis de salut com comunitats autònomes.

D'aquesta manera, extingit l'INSALUD, s'escindeix la gestió de les prestacions sanitàries d'incapacitat temporal (baixa) per contingències comunes, a càrrec dels corresponents serveis públics de salut autonòmics, de la gestió de la prestació econòmica, a càrrec de les entitats gestores de la Seguretat Social.

Aquest esquema organitzatiu és objecte d'una modificació important amb la Llei 42/1994, de 30 de desembre, que autoritza les empreses associades a una Mútua d'Accidents de Treball i Malalties

Professionals de la Seguretat Social per a la protecció de les contingències professionals dels treballadors (accidents de treball i malalties professionals) a protegir també amb la mateixa mútua la gestió de la prestació econòmica d'incapacitat temporal per contingències comunes dels treballadors al seu servei (baixa per malaltia).

Així doncs, en l'actualitat, respecte a una mateixa situació protegida, com ho és la incapacitat temporal per contingències comunes, intervenen els serveis públics de salut, depenents de cada comunitat autònoma, encarregats de dispensar la prestació d'assistència sanitària, i les entitats gestores de la Seguretat Social, o Mútues d'Accidents de Treball i Malalties Professionals de la Seguretat Social, que tenen

atribuïda la gestió de la prestació econòmica.

2. Contingut de la gestió per part de les mútues de la prestació econòmica d'incapacitat temporal per contingències comunes

L'article 128.1.a) de la Llei General de la Seguretat Social defineix la incapacitat temporal com aquella situació en la qual el treballador està impedit per al treball i es presumeix que pot ser donat d'alta per curació abans de 180 dies. Excepcionalment, es pot allargar fins als 730 dies de l'inici de la baixa mèdica en cas que sigui necessari demorar la qualificació de la incapacitat permanent.

La situació d'incapacitat temporal s'inicia amb un comunicat de baixa

mèdica que lliura el metge del servei públic de salut. Per tal de tenir dret a la prestació econòmica, cal estar donat d'alta a la Seguretat Social i tenir cobert el període de carència de 180 dies dins els 5 anys anteriors a la data de la baixa. La prestació econòmica es percep a partir del quart dia de baixa mèdica (inclòs); del quart al quinè dia de baixa mèdica, el responsable exclusiu del subsidi és l'empresari, i del setzè en endavant, l'INSS o la mútua que en tingui atribuïda la gestió. El subsidi és equivalent al 60% de la base reguladora des del quart dia fins al vintè i del 75% de la base reguladora en endavant (llevat que en el conveni col·lectiu s'hagin pactat prestacions a càrrec de l'empresa).

Quan una empresa hagi optat per protegir les contingències comunes (malaltia) amb la mútua a la qual estigui associada per a la protecció dels accidents de treball, la mútua assumeix el pagament d'aquesta prestació a partir del setzè dia de baixa mèdica, en les mateixes condicions que l'INSS. I correspon a la mútua el reconeixement, denegació, suspensió, anul·lació i extinció de la prestació econòmica en els supòsits legalment previstos.

2.1. Facultats de control

Per mitigar els problemes derivats de la dissociació entre òrgan gestor de la prestació sanitària d'incapacitat temporal per contingències comunes i competent per emetre els comunicats de baixa i alta, i òrgan gestor de la prestació econòmica, s'ha atribuït a l'INSS, com també a les mútues, quan tinguin assumit el pagament d'aquesta prestació, diverses facultats de control.

Més concretament, s'atribueix a les entitats gestores i les mútues la facultat de dur a terme aquelles activitats que tinguin com a objecte comprovar el manteniment dels fets i de la situació que va originar la incapacitat temporal, i el seus serveis mèdics poden accedir, a través del pacient, a informes i diagnòstics relatius a la situació d'incapacitat temporal, disposar del reconeixement mèdic dels treballadors que es trobin en situació d'incapacitat temporal i formular propostes motivades d'alta mèdica a les unitats d'inspecció mèdica dels serveis públics de salut.

En cas que la proposta no hagi estat resolta dins el termini establert, els serveis mèdics de la mútua podran optar per plantejar iniciativa d'alta davant els serveis mèdics de l'INSS o de l'Institut Social de la



Dades sobre la IT

	2012		2011		2010		2009	
	DURADA MITJANA	INCIDÈNCIA	DURADA MITJANA	INCIDÈNCIA	DURADA MITJANA	INCIDÈNCIA	DURADA MITJANA	INCIDÈNCIA
Sist. Seg. Social	37,12	19,14	35,71	23,60	40,4	24,03	38,11	27,40
INSS	39,57	16,80	38,37	22,65	48,07	23,35	45,87	26,58
Mútues	35,64	20,63	34,03	24,20	35,69	24,53	32,93	28,07

Font: Elaboració pròpia a partir de les estadístiques d'incapacitat temporal publicades per la Secretaria d'Estat de la Seguretat Social.

Marina, segons correspongui, en la mesura que també tenen reconeguda la facultat per emetre l'alta mèdica a tots els efectes.

També es va facultar els metges de les mútues per donar l'alta als efectes econòmics, en les mateixes condicions que els metges de l'INSS, però aquesta previsió quedava condicionada a un desplegament reglamentari que mai s'ha produït, de manera que avui no és aplicable i no té efectivitat.

La Llei d'Acompanyament dels Pressupostos Generals de l'Estat per a l'any 2002 modifica la Llei General de la Seguretat Social i atribueix a les entitats gestores i a les mútues la facultat d'extingir el dret del subsidi en cas d'incompareixença injustificada als reconeixements mèdics als quals hagi citat el treballador en situació d'incapacitat temporal.

Aquestes facultats que formen part del contingut de la gestió de la prestació econòmica de la IT han anat evolucionant, i les vigents, que hem mirat de sintetitzar, estan essent objecte de revisió per part del Ministeri d'Ocupació. En aquest sentit, les diverses versions de l'esborrany de Reial Decret pel qual es regularien determinats aspectes de la gestió i control de la prestació d'incapacitat temporal per contingències comunes, que derogarien la normativa fins ara vigent, coincideixen a establir un nou procediment de proposta d'alta mèdica per part de les mútues, amb un règim de silenci administratiu positiu, de manera que s'entendrien estimades en cas de no tenir resposta expressa en el termini establert, així com un procediment de suspensió del dret a la prestació i audiència del beneficiari abans de l'extinció per incompareixença. També es preveuria l'accés directe, això és, sense necessitat d'autorització del pacient, per part dels serveis mèdics de les mútues a determinats informes de la història clínica del servei públic de salut, relacionats amb el procés de baixa mèdica.

2.2. Actuacions sanitàries com-

plementàries

Juntament amb les facultats de control abans esmentades, el legislador també ha facultat les mútues per assumir la realització de proves diagnòstiques i tractaments quan la seva demora perllongui innecessàriament la durada de la situació d'incapacitat temporal per contingències comunes, previ consentiment informat del pacient i conformitat de l'autoritat sanitària del servei públic de salut corresponent.

També s'habilita les mútues per subscriure amb els serveis públics de salut acords i convenis per a la realització de reconeixements complementaris, proves mèdiques, tractaments, informes i intervencions, amb la contraprestació que s'estableixi. D'aquesta forma, les mútues, a més de les actuacions sanitàries que poden dur a terme per evitar la demora de la situació d'incapacitat temporal, també poden actuar com a entitats concertades pels serveis públics de salut.

3. Durada mitjana i incidència de la Incapacitat Temporal, segons l'entitat que en tingui atribuïda la gestió

Presentem un quadre explicatiu amb indicació de la durada mitjana de la IT desglossat segons les entitats encarregades de la gestió, i en què s'aprecia clarament que les gestionades per les mútues, any rere any, presenten durades mitjanes inferiors a les gestionades per l'INSS amb les intervencions dels diferents serveis autonòmics de salut.

4. Comentari final

Potser ha estat una llarga exposició, però creiem que qualsevol

opinió en relació amb la intervenció de les Mútues d'Accident de Treball en la gestió de les prestacions de IT derivades de malaltia comuna ha de tenir en compte la seva regulació normativa.

És possible que la intervenció dual en la gestió de les prestacions d'IT, amb intervenció dels serveis mèdics de les Mútues d'Accident de Treball i dels serveis de salut de les comunitats autònomes, comporti algunes tensions entre els professionals sanitaris que tenen a càrrec seu l'assistència del treballador malalt i els que treballen integrats en els òrgans de seguiment i control de les mútues, que, a través del pacient, poden accedir als diagnòstics i actuacions dels equips assistencials, situació que podria generar un cert clima de desconfiança i de control.

No creiem que aquesta dualitat i, fins i tot, un eventual accés directe dels serveis mèdics de les mútues a la història clínica dels serveis públics de salut, en allò que faci referència a l'episodi de baixa mèdica objecte de la gestió, hagi de posar en perill el secret de les dades assistencials dels treballadors malalts, atès que tots els professionals sanitaris tenen l'obligació de guardar secret en relació amb les dades personals de què tinguin coneixement en l'exercici de llur professió, i aquesta obligació de secret està reforçada per la tipificació penal en cas que s'incompleixi.

Els problemes poden derivar de les relacions personals, però es poden superar des de la lleialtat, el mutu coneixement i una actitud de col·laboració per donar el millor servei possible als malalts.

J. Corbella i Duch
V. Aparicio i Corbella
Advocats

Els problemes es poden superar des de la lleialtat, el mutu coneixement i la col·laboració per donar el millor servei possible als malalts

Fotoprotectors i protecció física



Ja som a mitjans de la primavera i a les portes de l'estiu. El dies són més llargs i alguns migdies comença a fer calor. Ja hem guardat els abrïcs, les parques i els jerseis gruixuts i algun cap de setmana ens hem atrevit a vestir-nos amb roba d'estiu. Planegem les activitats per a les vacances, la majoria a l'aire lliure, siguin a la ciutat, a la muntanya, al camp o a la platja, al costat de casa o en indrets llunyans. Al mateix temps que es desperta la natura i el nostre cicle vital, com cada any s'engeguen les campanyes dirigides a la prevenció del càncer de pell provinents d'associacions professionals de dermatòlegs, de farmacèutics, d'institucions públiques i d'ONG que ens adverteixen dels perills d'una exposició excessiva a la llum del sol. Els laboratoris farmacèutics ens presenten les novetats, els pacients comencen a preguntar i ens perdem en la gran oferta de productes per aconsellar. Intentaré en poques

No es pot dir en absolut que el sol sigui nociu, però una exposició excessiva és perillosa

A la llarga, el dany solar repetit provoca envelliment a la pell i el desenvolupament de diferents tipus de càncer

línies fer un resum del concepte actual de mesures de fotoprotecció i fotoevitació, de com posar-les en pràctica i de

les controvèrsies que plantegen.

No es pot dir en absolut que el sol sigui nociu. Com tothom sap, el sol permet la vida a la Terra, ens dona sensació de benestar i controla els bioritmes. A més, és fonamental per a la síntesi de vitamina D i pot contribuir a millorar algunes malalties, entre les quals hi ha les cutànies, com la psoriasis. Però una exposició excessiva a la llum del sol també és perillosa. Com a efectes immediats, causa cremades solars (qui no n'ha patit alguna?) i immunosupressió (la reactivació de l'herpes simple facial n'és un bon exemple). A més, a la llarga, el dany solar repetit provoca un envelliment ("fotoenvelliment") exagerat a les zones de pell exposades al sol, amb l'aparició de nombroses taques i arrugues, i el desenvolupament de diversos tipus de càncer de pell (fotocarcinogènesi).

De fet, el sol és l'única causa coneguda de càncer de pell i, per tant, l'única evitable. La relació entre l'exposició

a la radiació UV del sol (UVB i UVA) i el desenvolupament dels tipus de càncer cutani més freqüents està ben documentada, tant des d'un punt de vista epidemiològic com experimental. El melanoma d'extensió superficial i el nodular s'associen especialment a l'exposició intermitent i intensa (cremades solars repetides), mentre que el carcinoma escatós i el melanoma sobre lentigen maligne s'associen a l'exposició contínua, acumulativa o crònica. Pel que fa al carcinoma basocel·lular, el patró d'exposició pel qual la llum UV l'indueix encara no està del tot clar. L'exposició a radiació UV artificial, predominantment UVA, emesa per les cabines de bronzejat, també s'ha demostrat recentment com a causa de carcinoma basocel·lular, carcinoma escatós i melanoma.

Un concepte important, ja conegut per tothom, però en què cal insistir és la conveniència de treballar la fotoprotecció des de la infància. D'una banda, la pell dels nens té trets anatòmics i funcionals que la fan més susceptible al dany de la radiació UV que la dels adults. Estudis epidemiològics han demostrat clarament que el desenvolupament de gran part dels càncers de pell està relacionat amb les cremades solars repetides a la infància i l'adolescència. De l'altra, hem de tenir en compte que els nens tenen més temps de lleure que els adults i que gran part d'aquest temps el passen a l'aire lliure. De fet, es calcula que la majoria d'individus reben el 50-80% de tota la radiació a què estaran exposats durant la seva vida abans de fer els 18 anys. L'educació en la fotoprotecció durant la infància és important en si mateixa i a l'hora d'adquirir un hàbit que ha de durar tota la vida. En aquesta tasca, és fonamental la col·laboració de diferents estaments, com família, escola, institucions que organitzen activitats de lleure, professionals de la salut (dermatòlegs, pediatres, metges de família, personal d'infermeria, farmacèutics), etc. No hem d'oblidar que els adults som responsables no tan sols de l'educació, sinó també de l'exemple.

Quan dissenyem una estratègia per protegir-nos de la llum del sol, hem de tenir clar que el que coneixem habitualment com a fotoprotectors (les conegudes "cremes solars") són diversos productes que, per diferents mecanismes, filtren la llum del sol que arriba a la nostra pell. És a dir, no són pantalles totals per al sol, sinó que, quan els utilitzem, part de la llum que arriba a la superfície de la nostra pell no ens afecta, ja que queda absorbida o aturada per aquestes substàncies. Per això la fotoprotecció amb productes tòpics s'hauria d'acompanyar d'altres mesures de fotoprotecció física molt importants, com la utilització de roba amb mànigues, gorres amb visera o barrets amb ales i utensilis productors d'om-



bra (com, per exemple, els para-sols), sense oblidar les ulleres de sol. A més, tret que la nostra feina ho faci totalment impossible, hem d'evitar estar exposats al sol durant les hores de màxima irradiació solar en els mesos d'estiu (2 h abans i 2 h després del migdia solar, és a dir, de les 12.00 h a les 16.00 h del nostre rellotge). I aprofitar sempre les ombres naturals o artificials que ens ofereix la natura o l'arquitectura. Evitar una exposició excessiva a la llum del sol (fotoevitació) és tan important com protegir-nos-en quan ens hi exposem (fotoprotecció).

Actualment disposem d'un ampli arsenal de productes tòpics que funcionen com a filtres solars. Els filtres químics són substàncies capaces d'absorbir determinades longituds d'ona de la llum del sol. Els filtres físics són substàncies (sovint, minerals micronitzats) que aturen la radiació solar fent de pantalla. En general, la majoria de productes del mercat porten una barreja de filtres químics i físics, alguns dels quals són actius davant la radiació UVB i d'altres, davant l'UVA, per cobrir un ampli espectre de fotoprotecció. La capacitat de fotoprotecció d'un filtre solar es mesura pel que es coneix

com a factor de protecció solar (FPS). El FPS es basa en la ràtio de la dosi de radiació necessària per produir un eritema mínim comparant la pell protegida amb la pell no protegida. El FPS mesura bé la protecció davant la radiació UVB i UVA2. Els mètodes per mesurar la protecció davant la radiació UVA1, de longitud d'ona més llarga, varien segons els països. S'ha demostrat que a partir d'un FPS de 50 pràcticament no s'augmenta la capacitat real de protecció de la llum del sol. Per això, en la normativa actual, un FPS de 50 o 50+ és el màxim amb què es pot etiquetar una crema solar i equival a etiquetar-la com a "pantalla total". Com a regla general, s'aconsellen fotoprotectors d'almenys un FPS de 30. Els fotoprotectors de 50+ s'haurien d'emprar en condicions extremes, exposicions prolongades o pells especialment clares o sensibles. S'ha de tenir en compte que en la pràctica difícilment s'arriba a utilitzar el fotoprotector de la mateixa manera que es testa al laboratori, és a dir, aplicant una densitat de 2 mg/cm². En la vida normal, amb sort s'arriba als 0,30-0,70 mg/cm². Per això, el FPS real és força inferior al teòric. Almenys s'ha

d'intentar aplicar el fotoprotector amb una mica de tranquil·litat i de forma uniforme. El més idoni seria a casa, abans de sortir al carrer, en les zones no cobertes per roba o pel vestit de bany i almenys 30 minuts abans d'anar a la platja o a la piscina.

Els filtres es preparen en molts excipients diferents, amb cremes més o menys olioses, locions, gels, esprais, amb color, sense color, etc. No n'hi ha cap que sigui millor que un altre. Jo crec que el més important és que s'adapti al gust del pacient i que, per aquesta qualitat, l'utilitzi de veritat. Algunes recomanacions generals serien utilitzar fotoprotectors "oil-free" o "no comedogènics" en persones de pell greixosa o amb tendència a acné i en loció o esprai en zones piloses, però no hi ha normes generals. Malgrat els termes "resistent a l'aigua" o "molt resistent a l'aigua", reservats per als fotoprotectors capaços de suportar 2-4 immersions de 20 minuts, segons la normativa, sempre és recomanable una reaplicació cada 2 h. Per la seva pròpia naturalesa, els filtres químics poden provocar dermatitis de contacte al·lèrgica, especialment fotoinduída. Els filtres que la causaven amb molta

freqüència ja han estat eliminats del mercat. Dels que encara estan permessos, el que més sovint la causa és l'oxibenzona. Darrerament, s'ha comercialitzat un fotoprotector tòpic que, a més dels filtres UV, conté un producte anomenat fotoliasa que, en principi, ajuda a reparar part dels efectes nocius de la radiació solar sobre l'ADN cel·lular (en concret, la formació de dímers de pirimidina i ciclobutà i fotoproductes 6-4). En nens menors de 2 anys, és recomanable utilitzar cremes que tan sols continguin filtres físics.

A part dels productes tòpics, actualment s'està treballant en el disseny de fotoprotectors que actuen per VO. Si realment s'arribessin a aconseguir, l'acompliment terapèutic seria molt més fàcil que amb els filtres continguts a les cremes solars, sense perill d'infradosificació ni necessitat de reaplicació. Malgrat tot, cap dels que ja es troben al mercat té evidència científica suficient per utilitzar-lo com una estratègia fotoprotectora única. De tots, els més coneguts i contrastats com a possibles complements d'altres mesures de fotoprotecció i fotoevitació són el *polypodium leucotomos* i el carotenoides. D'altres són els polifenols, els anti-inflamatoris no esteroïdals i diversos antioxidants com les vitamines C i D.

Un dels arguments en contra d'una fotoprotecció obsessiva és el paper fonamental que té la llum del sol en la síntesi de vitamina D. En condicions normals, només el 10% de tota la vitamina D que necessitem l'obtenim de la dieta (hi ha pocs aliments tan rics en vitamina D), mentre que aproximadament el 90% el produeix el nostre organisme gràcies a l'acció del sol sobre la pell, concretament gràcies a l'acció dels raigs UVB de la llum solar. La manca de vitamina D, a més de la més coneguda acció negativa sobre la calcificació dels ossos (causa del raquitisme i de l'osteoporosi), s'ha relacionat amb molts altres processos. Alguns són les tendències a tenir malalties autoimmunes (com l'esclerosi múltiple), malalties cardiovasculars, infeccions o càncer (augmenta el risc a desenvolupar-lo i/o empitjora el seu pronòstic) i malalties mentals (com la depressió). Als països industrialitzats, en què gran part de la vida es desenvolupa a l'interior dels edificis, els nivells de vitamina D de gran part de la població cauen a l'hivern per sota dels nivells adients. Aquest fet ha portat alguns científics a qüestionar si els beneficis per a la salut que comporta l'exposició a la llum solar són més grans que el risc de tenir càncer de pell. En aquest sentit, alguns investigadors han proposat que l'exposició al sol de només el 18% de la superfície de la pell (p.e., mans, braços i cara), 2-3 vegades/setmana, entre les 10.00 h i les 15.00 h, durant 5-30 min (dependent de l'època de l'any, de la situació

geogràfica i del tipus de pell) és suficient per a una producció adequada de vitamina D. Però no tots els grups de treball estan d'acord amb aquesta afirmació. A falta d'un major acord sobre la qüestió, cal recomanar una dieta equilibrada i indicar suplementes orals de vitamina D si és necessari.

Resumint, la protecció davant la llum del sol implica la utilització correcta de fotoprotectors tòpics juntament amb altres mesures de fotoprotecció física (amb roba, barrets, ulleres de sol i altres utensilis) i fotoevitació. Aquestes mesures s'han d'extremar en el cas de la població amb més risc de patir càncer de pell (pell clara, que es crema amb facilitat, cabell ros o pèl-roig, nevus melanocítics molt nombrosos o síndrome del nevus displàsic, història de melanoma familiar, etc.). No s'han d'exposar directament al sol els nens més petits de 6 mesos i s'ha de cuidar especialment la fotoprotecció durant la infància, període en què aprofitarem per fer una bona educació en aquest sentit. La fotoprotecció i la fotoevitació (excepte en cas d'una malaltia greu que pugui ser fotoinduída o fotoagregada, com, p.e., el lupus eritematosós) tampoc han de ser obsessives i han de permetre una síntesi adequada de vitamina D que, en cas necessari, també pot ser monitorada i complementada VO. Finalment, encara que van sortir al mercat diversos productes orals amb teòriques propietats fotoprotectors, es poden utilitzar com a complements, però en cap cas són prou fiables per disminuir la necessitat de l'ús de fotoprotectors tòpics i d'altres mesures de fotoprotecció física o de les conductes de fotoevitació.

Tot i que aquests consells, exposats tots seguits en 2-3 pàgines, semblen incompatibles amb una vida normal, no ho són. Tan sols hem de conscienciar-nos i conscienciar els nostres pacients a canviar una mica els horaris, la manera de vestir en determinades hores del dia i a no oblidar els filtres solars. Les activitats a l'aire lliure són molt importants i l'hivern fa difícil practicar-ne moltes. Aprofitem ara! A gaudir de l'estiu, que ja arriba!

Dra. Rosa M. Martí i Laborda
Facultativa especialista de la Secció de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Catedràtica de Dermatologia de la Universitat de Lleida. IRBLleida

BIBLIOGRAFIA

- 1) Jansen R et al. Photoprotection. Part I. J Am Acad Dermatol 2013; 68: 853. e1-12.
- 2) Jansen R et al. Photoprotection. Part II. J Am Acad Dermatol 2013; 69: 887. e1-14.
- 3) Gilaberte Y et al. Realidades y retos de la fotoprotección en la infancia. Actas Dermosifiliograf 2014; 105: 253-62

De la convergencia de la ciencias médicas, la biología y la ingeniería nace la ingeniería de tejidos y la medicina regenerativa mediante las que se persigue el desarrollo de sustitutos biológicos que restauren, mantengan o mejoren la estructura y función de los tejidos. Dentro de este campo, el desarrollo de matrices puede utilizarse para proveer una estructura de soporte mecánico temporal sobre el que se ha logrado hacer crecer determinados tejidos.

El Dr. Alejandro J. Pérez forma parte de un grupo de investigación de la Universidad de Granada, cuya línea de trabajo les ha llevado conseguir la reconstrucción experimental del conducto biliar mediante tubos tridimensionales de colágeno.

Él y su equipo han tenido la gentileza de relatarnos en primera persona y con imágenes inéditas su trabajo de investigación y de compartir reflexiones sobre el papel de la ingeniería tisular en el futuro.

-Pérez Alonso AJ, del Olmo Rivas C, Machado Romero I, Pérez Cabrera B, Cañizares García FJ, Torne Poyatos P. Reconstrucción del conducto biliar mediante tubos tridimensionales de colágeno. *Cir Esp* 2013;91:590-94.

-Kaiharu S, Vacanti JP. *Tissue Engineering. Arch Surg* 1999;134:1184-89.

Dr. Jordi Melé Olivé. *Cirurgia General i Metge de Família*

La medicina regenerativa. Reflexiones tras el nacimiento de un proyecto

La cirugía del siglo XXI busca en todo momento como máxima preservar la función biológica de todos aquellos órganos y sistemas que se ven afectados por las técnicas quirúrgicas actuales. El proceso científico y técnico de la medicina se basa en la investigación, verificando o rechazando hipótesis, construidas a partir de la observación de la realidad, prediciendo su comportamiento, controlándola o dominándola. El fin de la medicina es procurar curación y alivio, salvaguardar la salud y la dignidad.

En el caso de la vía biliar, la pérdida de la función de la papila de Vater provoca consecuentemente infecciones retrógradas de la vía biliar principal. Como consecuencia, estas infecciones reiteradas provocan cambios inflamatorios de carácter crónico en aquellos casos en los que se ha realizado una anastomosis biliodigestiva. Estos cambios de carácter crónico son los causantes de estenosis de la propia anastomosis quirúrgica, y recientemente se han descrito como factor predisponente para el desarrollo de carcinomas (Farazi et al., 2006; Malhi and Gores, 2006). Desarrollar un conducto biliar artificial para, de este modo, emplearlo como conducto alternativo y/o de recambio de la vía biliar principal permitiría preservar las funciones biológicas de la ampolla de Vater, evitando de este modo las

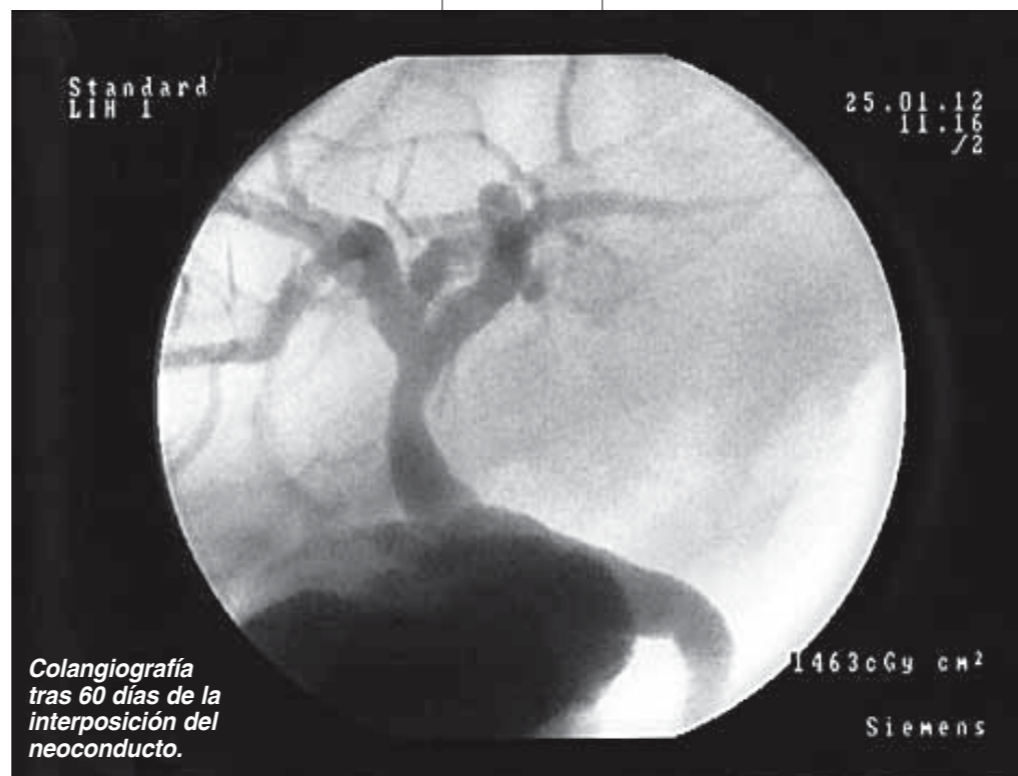
comorbilidades asociadas a las técnicas quirúrgicas actuales. Del mismo modo, se podrían desarrollar parches de un mismo material que preserven las características histológicas de las vías biliares y permitan la reparación de las lesiones iatrogénicas y patológicas que se producen en el árbol biliar principal.

Trabajando en el campo de la patología de la vía biliar y de la medicina molecular y regenerativa, nuestro grupo abordó la pregunta: ¿Es posible la sustitución de la vía biliar principal por algún tipo de material?

Hasta este momento, la patología grave de la vía biliar: tumoral, procesos inflamatorios severos, lesiones, etc; trae consigo una alta morbimortalidad en los pacientes y soluciones técnicamente difíciles, si no imposibles, pudiendo en muchos casos desembocar en trasplante hepático, pero incluso este puede fracasar a causa de alteraciones en el drenaje biliar por la dificultad en la anastomosis. Los datos de complicaciones en trasplante hepático relacionados con las anastomosis biliares siguen siendo el talón de Aquiles de la técnica: morbilidad: 10-50%; mortalidad: 19%; retrasplante: 6-12,5% en relación con fugas anastomóticas, cicatrización fibrótica, colangitis de repetición, daños isquémicos de la porción biliar por la disección, etc; que pueden ser más acusados en cirugía



Interposición del neoconduit generado en el árbol biliar de animales de experimentación.



Colangiografía tras 60 días de la interposición del neoconduit.

de urgencias por lesiones iatrogénicas o por procesos inflamatorios.

Retomando la pregunta ¿cómo podemos beneficiar a los pacientes con patología de la vía biliar principal o

onales de colágeno y agarosa. Unida esta tecnología a los conocimientos en biología molecular, con la hipótesis de que se produzca un recubrimiento celular de la superficie de estas estructuras para la creación de sustitutos artificiales de la vía biliar funcionantes, se planteó nuestra primera hipótesis de trabajo.

Los resultados obtenidos han demostrado de manera objetiva ser más que esperanzadores, siendo sacrificados los animales de experimentación en los tiempos establecidos al inicio del proyecto. Todas las muestras obtenidas fueron analizadas sin apreciarse alteraciones en la función hepática, con una completa sustitución de la prótesis por epitelio biliar y sin alteraciones en el flujo biliar. No se evidenciaron estenosis, fugas ni signos inflamatorios (Tissue-engineering repair of extrahepatic bile ducts. *Journal of Surgical Research*). La necesidad del uso in-vivo como modelo de investigación frente a in-vitro se apoya en la cantidad de variables a analizar, no solo el flujo biliar, sino las reacciones inmunológicas, funcionamiento hepático, reacciones inflamatorias, inclusión por parte del huésped; imposibles de analizar in-vitro y así poder predecir alteraciones que pondrían en peligro la viabilidad del sustituto y las técnicas quirúrgicas de implantación.

Esperanzados por los resultados del proyecto, esperamos en el futuro poder aplicarlo a la práctica clínica. Para poder llegar a este punto, es nuestro compromiso ser estrictos en la metodología y ética durante todas las futuras fases que pudieran plantearse dentro de este proyecto y seguir avanzando en la investigación, cumpliendo así los pasos plasmados en los códigos de Nüremberg y Helsinki sobre experimentación. En el manejo de los sujetos de investigación se ha tenido en cuenta la legislación para uso de animales de experimentación siempre cuidados y manejados por personal entrenado y autorizado de la Facultad de Granada, en medio estable y respetando el espacio requerido por animal en un animalario dentro del departamento de cirugía. La sujeción, analgesia, anestesia y eutanasia se realizó según protocolos vigentes, evitando en todo momento el sufrimiento de los animales.

Los resultados obtenidos han afianzado nuestra hipótesis inicial y nos han espoleado a continuar con el proyecto reproduciendo la técnica en otros modelos animales mayores, así como a estudiar nuevos parámetros y técnicas quirúrgicas, para poder avanzar en la solución de esta patología que, en una gran parte de los pacientes, trae consigo consecuencias graves, si no fatales, de muy difícil solución, con una disminución en la calidad de vida, consecuencias sociales y disminución en la vida productiva del paciente, si no mortalidad, y gran gasto económico.

La medicina regenerativa constituye un campo de la medicina que ofrece grandes posibilidades clínicas, pero a pesar de ello, requiere medios materiales y humanos altamente especializados, que en fases iniciales pueden requerir un gran desembolso económico, factor que dificulta enormemente el desarrollo de esta disciplina. Múltiples son los grupos con grandes y esperanzadoras líneas de investigación que muchas veces ven truncado su desarrollo por factores económicos (sobre todo en estos últimos años). Nuestro caso no ha sido distinto: al tratarse de una "organización" menor, no hemos podido ayudarnos de un aporte económico de instituciones públicas ni privadas, sino que todos los resultados hasta ahora obtenidos únicamente han sido gracias al interés y afán de superación e investigación de los miembros de nuestro equipo. Quizás, y sobre todo en estos años venideros, estos sean los pilares fundamentales sobre los cuales deba sostenerse cualquier proyecto, porque, de otro modo, otro tipo de apoyo o sustentación se encuentran francamente limitados.

Dr. Alejandro José Pérez Alonso
Departamento de Cirugía Experimental, Universidad de Granada.

La Síndrome de Dolor Regional Complex

La Síndrome de Dolor Regional Complex (SDRC) és una forma especial de dolor que es desenvolupa després d'una lesió menor (traumatisme, cirurgia o episodi isquèmic) al nivell de les extremitats¹. Val a dir també que s'han descrit casos sense cap factor desencadenant, que s'han presentat de forma espontània. La SDRC es caracteritza per dolor regional (no en un territori determinat del nervi o dermatòom), continu (espontani o evocat), aparentment desproporcionat en el temps o en el grau en el curs normal de la lesió inicial, acompanyat d'anomalies sensorials de predomini distal en els àmbits motor, sudomotor, vasomotor i/o tròfic. Aquests símptomes, que sembla que no tinguin cap relació entre si, tenen un mecanisme fisiopatològic comú pendent de determinar.

La SDRC ha tingut molts noms al llarg del temps. Aquest quadre s'havia anomenat –i per molts especialistes aliens a la teràpia del dolor encara es coneix– amb algun d'aquests termes: causàlgia (Mitchell, 1872)², distròfia simpàtica reflexa (Evans, 1946), algodistròfia, atròfia de Sudeck (1990) o síndrome espatlla-mà. Des de l'any 1993, la IASP va recomanar³ la denominació SDRC tipus I per substituir el terme distròfia simpàtica reflexa o algodistròfia de Sudeck, i SDRC tipus II per substituir el terme causàlgia. De fet, molts d'aquests termes són presents en els diagnòstics codificats dels centres en què molts de nosaltres treballem.

Quan es va fer la redefinició d'aquest quadre des d'un punt de vista taxonòmic, es van establir uns criteris diagnòstics (taula 1)⁴.

La redefinició que es va fer l'any 1994 va provocar una alta sensibilitat però una baixa especificitat i, per tant, un sobrediagnòstic. És per aquest motiu que es va crear un grup de treball, que es va reunir a Budapest la tardor de l'any 2003 i que va proposar uns nous criteris diagnòstics, que es van publicar l'any 2007⁵ i es van validar l'any 2010⁶. Els anomenats criteris de Budapest distingien uns criteris diagnòstics des d'un punt de vista clínic d'uns altres de relacionats amb la investigació (taula 2). Veiem que la terminologia utilitzada durant molts anys de "dolor mantingut pel simpàtic" no entra dins els criteris, atès que es tracta d'un fenomen variable que es pot presentar o no, és a dir, els pacients afectats per SDRC poden tenir dolor dependent del simpàtic o

No està clar en la literatura revisada quan cal derivar el pacient a una Unitat del Dolor, però sembla que els resultats són millors si s'inicia el tractament físic i farmacològic simultàniament de manera precoç

independent del simpàtic.

La SDRC clàssicament s'ha considerat un subtipus de dolor neuropàtic⁷. El dolor neuropàtic és, segons la més recent de les definicions⁸, "el dolor conseqüència directa d'una lesió o malaltia que afecta el sistema somatosensorial". Per poder concloure que un quadre clínic es tracta d'un dolor neuropàtic cal seguir el següent esquema (figura 1), publicat l'any 2011 a la revista Pain⁹. Si seguim aquest algorisme, podem veure com la SDRC no s'inclou actualment dins el concepte de dolor neuropàtic i aquesta és, precisament, una de les crítiques a aquesta redefinició presentada l'any 2010¹⁰. Atès que la patofisiologia de la SDRC és desconeguda (alteració neurològica, immunològica, mitocondrial?), sí que, realment, en l'àmbit d'estudi, cal separar-la de la resta de dolor neuropàtic, però no queda clar que aquesta aplicació es pugui fer clínicament ni quines seran les repercussions medicolegals que pugui tenir aquesta exclusió.

Un cop hem establert el diagnòstic de SDRC, classificarem entre I o II en funció de l'evidència (tipus II) o no (tipus I) de lesió de nervi perifèric. La SDRC tipus I és la forma més freqüent, ja que suposa aproximadament un 90% dels casos¹¹. No és gaire clar que aquesta distinció tingui una utilitat clínica real, però es continua fent.

Cal valorar que, per arribar a un diagnòstic, en cap dels criteris (ni en els definits l'any 1994 ni en els de Budapest) es parla del resultat de cap prova complementària. Això no



Evolució d'un pacient afectat de SDRC tipus I després de tractament quirúrgic de pseudoartrosi de cúbit dret

Working hypothesis: possible neuropathic pain, if pain distribution is neuroanatomically plausible and history suggests relevant lesion or disease

Confirmatory tests:
a: Negative or positive sensory signs, confined to innervation territory of the lesioned nervous structure

b: Diagnostic test confirming lesion or disease explaining neuropathic pain
e.g. ENMG to show the peripheral nerve lesion
e.g. MRI to show the central nervous system lesion

Both

Definite neuropathic pain

One

Probable neuropathic pain

Neither

Unconfirmed as neuropathic pain

Figura 1. Treede RD et al.: Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical research purposes. Neurology. 2008;70 (18): 1630-1635

vol dir que no s'hagi de fer cap estudi complementari quan sospitem que aquest serà el diagnòstic, atès que cal descartar altres causes que poguessin justificar la clínica. Per tant, els exàmens radiològics continuen essent útils per fer el diagnòstic diferencial, no per confirmar el diagnòstic. Respecte a la gammagrafia, que durant molts anys es va considerar que era la prova complementària més útil realitzada durant els 6 primers mesos de la malaltia, l'any 2006 es va publicar un estudi holandès¹² que va considerar que no era així, tot i que hem de valorar altres metaanàlisis amb resultats contradictoris^{13,14}. Per tant, la gammagrafia estaria indicada en els casos dubtosos o bé en aquells de curt temps d'evolució (menys de 6 mesos). No és una eina de detecció, el gold standard són els criteris clínics, però pot ser útil en casos amb sospita clínica però que no compleixen criteris de Budapest amb poc temps d'evolució. Alguns estudis¹⁴ atorguen a la gammagrafia un valor predictiu negatiu.

Els tests autonòmics (test de la suor, test de temperatura cutània i prova quantitativa sudomotora del reflex axonal), tot i que poden donar informació objectiva, estan indicats només quan es tracta d'un cas dubtós o quan cal objectivar el diagnòstic per causes medicolegals¹².

Cal fer el diagnòstic diferencial amb lesions radiculars, síndrome de Pancoast, vasculitis, fístules arteriovenoses, osteolisi migratòria, esclerosi múltiple, angioedema o atròfia per desús. Hi ha altres quadres que comparteixen alguns símptomes, com les infeccions, les vasculopaties perifèriques, la trombosi venosa profunda i les neuropaties perifèriques. Cal també valorar

trastorns de conversió i síndrome de Münchhausen.

Respecte a la fisiopatologia, destaca un factor desencadenant, la neurotransmissió de l'impuls nerviós a centres simpàtics regionals, la percepció possiblement distorsionada del missatge i una resposta neurovegetativa desmesurada en intensitat i extensió, anormalment prolongada que desencadena una alteració regional i mantinguda de la microcirculació. El dolor pot ser originat per una sensibilitat més elevada en l'àmbit axonal als neurotransmissors causada pel sistema nerviós simpàtic (inflamació neurogènica) o per mecanismes immunològics. S'ha descrit una predisposició genètica (HLA-A3, B7, DR2).

Aquesta malaltia evoluciona en tres fases: una primera fase en què el pacient desenvolupa dolor regional de característiques neuropàtiques després d'una lesió menor o sense poder determinar aquesta lesió, que pot anar acompanyada d'alteracions vasomotores; una segona fase pseudoinflamatòria i edematosa i una tercera fase freda amb limitació del moviment, fibrosi cutània i amiotròfia.

Pot evolucionar favorablement, però hi ha casos en què s'estén cap a altres territoris de manera progressiva i pot provocar quadres del tot invalidants (foto 1, 2 i 3).

El tractament cal que s'instauri al més aviat possible, si és possible, en la fase 1. Per això, en aquest article hem incidit, sobretot, en el diagnòstic; cal sospitar-lo per poder derivar el pacient a la unitat corresponent per començar el tractament de manera precoç. No queda clar, en la literatura revisada, quan cal derivar el pacient a una Unitat de Dolor, però sembla que els resultats

Taula 1. Criteris diagnòstics de la IASP per SDRÇ

1. Presència d'un episodi nociu tissular o una causa d'immobilització.
2. Dolor continu, alodínia, hiperalgèsia o dolor desproporcionat en l'episodi.
3. Evidència en algun moment d'edema, canvis en el flux, activitat sudomotora anòmala en la regió del dolor.
4. Aquest diagnòstic s'exclou si existeixen altres condicions que puguin justificar aquest dolor tan desproporcionat.

Tipus I si no hi ha lesió nerviosa, i tipus II si hi ha lesió nerviosa important.

Taula 2. Criteris de Budapest

1. Dolor continu desproporcionat en relació amb el fet desencadenant.
2. Cal que el pacient informi almenys d'un símptoma en tres de les quatre categories següents:
 - Sensorials: hiperestèsia i/o alodínia.
 - Vasomotors: asimetria de la temperatura i/o canvis en el color de la pell i/o asimetria en el color de la pell.
 - Sudomotor/edema: informes d'edema i/o sudoració canvis i/o sudoració asimètrica.
 - Motor/tròfic: disminució en l'amplitud dels moviments i/o disfunció motora (debilitat, tremolor, distonia) i/o canvis tròfics (pell, cabell, ungles).
3. En el moment de l'exploració un senyal en dues o més de les següents categories:
 - Sensorial: hiperalgèsia a la punxada i/ alodínia (al tacte suau i/o sensació de temperatura i/o somàtica profunda a la pressió i/o moviment de l'articulació)
 - Vasomotora: asimetria de la temperatura (< 1°C) i/o canvis de color de la pell o asimetria.
 - Sudomotor/edema: evidència d'edema i/o canvis en la sudoració o asimetria.
 - Motor/tròfic: disminució en l'amplitud de moviments i/o disfunció motora (debilitat, tremolor, distonia) i/o canvis tròfics (cabell, ungles, pell).
4. No hi ha cap altre diagnòstic que expliqui millor els signes i símptomes que presenta el pacient.

Com a finalitat d'investigació per poder arribar al diagnòstic ha d'existir almenys un símptoma en les quatre categories de símptomes i com a mínim un senyal en dues o més categories de signes.

són millors si s'inicia el tractament físic i farmacològic simultàniament de manera precoç. A més, si es realitza intervencionisme inicialment, la teràpia física pot ser més agressiva des del principi.

Existeixen múltiples opcions de tractament, tot i que no hi ha evidència positiva ni negativa respecte a cap¹⁵, i en la majoria dels pacients és necessari un tractament multidisciplinari.

L'associació de distròfia simpàtica reflexa www.DRSs.org (que no ha canviat de nom malgrat el canvi de taxonomia explicat anteriorment) planteja el tractament en graons:

- Teràpia física
- Farmacoteràpia: antiinflamatoris/immunomoduladors, anticonvulsivants/neuromoduladors, antidepressius, ansiolítics, opioïdes, antagonistes NMDA, antihipertensius i antagonistes alfa-adrenèrgics, calcitonina, bifosfonats i tractaments tòpics
- Intervencions psicològiques
- Intervencionisme: bloqueig de nervi simpàtic, anestèsia regional endovenosa, infusions endovenoses, bloquejos somàtics, neuroestimulació central...

El millor tractament, però, és la prevenció: la mobilització precoç i els suplementes de vitamina C després de fractures de radi. S'ha demostrat que són dues mesures que disminueixen la seva incidència¹⁶.

Aquesta malaltia és més freqüent del que ens pensem i cal diagnosticar-la per poder iniciar el tractament perquè, encara avui, en sabem molt poca cosa i en molts casos l'evolució és dramàtica. De fet, ens pot fer reflexionar respecte a l'abast d'aquesta malaltia el fet que a la pàgina principal de la web nord-americana de l'associació de pacients hi hagi un telèfon d'ajut per les temptatives de suïcidi. Es tracta d'un desafiament per a qualsevol especialista en dolor que cal que la resta d'especialistes coneguin per sospitar-lo de manera precoç.

Dra. Mercè Matute Crespo
Dr. Antoni Montero Matamala
 Unitat del Dolor de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

BIBLIOGRAFIA

1. Peitz E, Seifert F et al. Diagnostic guidelines for complex regional pain syndrome. *Handchir Mikrochir Plast* 2012 Jun; 44(3): 135-41.
2. Mitchell SW. Las lesiones de los nervios y sus Consecuencias. Philadelphia, PA: JB Lippincott and Co; 1872.
3. Stanton et al. Reflex sympathetic dystrophy: changing concepts and taxonomy. *Pain* 1995 Oct; 63(1):127-33.
4. Merskey H, Bogduk N. Clasificación of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Seattle, WA: IASP Press; 1994.
5. Harden et al. Proposed New

En alguns casos resistents, cal arribar a l'amputació de l'extremitat afectada. Té un nivell d'evidència IV.



Existeixen múltiples opcions de tractaments, però no hi ha evidència positiva ni negativa sobre cap d'aquests

En sabem molt poca cosa, d'aquesta malaltia, que en molts casos evoluciona dramàticament

Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain Medicine* 2007, Volume 8 (4):326-331.

6. Harden et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for complex regional pain syndrome. *Pain* 2010, 150 (2):268-74
7. Hassantash SA, Afrakthteh M, Maier RV. Causalgia: a meta-analysis of the literature. *Arch Surg*. 2003; 138(11): 1226-31.
8. Treede RD et al. : Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical research purposes. *Neurology*. 2008;70 (18): 1630-1635

9. Jensen TS, et al. A new definition of neuropathic pain. *Pain* 2011 Oct; 152 (10): 2204-5.
10. D. Naleschinski, R. Baron. Complex regional pain syndrome type I: Neuropathic or not? *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14:196-202.
11. Salahadin et al. Etiology, clinical manifestations and diagnosis of complex regional pain syndrome in adults. *Uptodate* 2013.
12. Geertzen JHB et al. Complex regional pain syndrome 1 guidelines. In N.S. o R. specialists. Edited by Alphen and den Rijn. Van Guiden Communications B.V; 2006.
13. Ringer R, Wertli M et al. Concordance of qualitative bone scintigraphy results with presence of clinical complex regional pain syndrome 1: Meta-analysis of test accuracy studies. *Eur J Pain* 2012, 16:134-1356.
14. Moon JY et al. Analysis of patterns of three-phase bone scintigraphy for patients with complex regional pain syndrome diagnosed using the proposed research criteria (the "Budapest criteria"). *Br J Anaesth* 2012, 108(4):655-661.
15. L. Cossins et al. Treatment of complex regional pain syndrome in adults: A systematic review of randomized controlled trials published from June 2000 to February 2012. *Eur J Pain* 17 (2013) 158-173.
16. Steverner JJ, Ewigman B. Give vitamin C to avert lingering pain after fracture. *J Fam Pract* 2008; 57: 86



FERRERUELA
 CUINA DE LA TERRA

Horari Restaurant
 De dimecres a dissabte: migdies i vespres
 Diumenge: migdia

T. 973 22 11 59 | C. Bobalà, 8. 25004 Lleida | info@ferreruela.com | www.ferreruela.com

Premis a la Investigació Mutual Mèdica

Amb tu, en el teu projecte de recerca

Si ets metge i ets jove, Mutual Mèdica és la teva mutualitat. Perquè Mutual Mèdica també és jove. Una mutualitat de previsió social, que treballa en exclusiva per al col·lectiu mèdic i que està compromesa amb el metge jove. Fes-te mutualista i gaudeix d'aquests avantatges:

- Ajudes per a la teva formació,
- Assegurança gratuïta d'Assistència en viatge durant un any,
- Accés als Premis a la Investigació.

Presenta ja el teu treball d'investigació i fes realitat els teus somnis. Entra al nostre web i accedeix a les bases.



MutualMèdica

la mutualitat dels metges