

Fàrmacs versus preus





La solució a la situació de dependència per a tu o els teus familiars

L'assegurança de dependència et protegeix davant la pèrdua d'autonomia personal per realitzar les activitats bàsiques diàries ja sigui per envelliment, malaltia o accident.

Característiques de l'assegurança de dependència:

- ✓ **Renda mensual vitalícia** per poder fer front a les despeses que comporta una situació de dependència reconeguda: residències, ajuda domiciliària, etc..
- ✓ **Primes deduïbles** fiscalment
- ✓ **Serveis d'assessorament** mèdic, orientació social, ...
- ✓ **Possibilitat de contractar diferents mòduls de rendes** (de 300 € o 500 € depenent de cada companyia)

**Per una prima
de 41,68 €/mes
assegura't
una renda de
1.000 €/mes***

Prima mensual calculada per a una dona de 50 anys i assegurant una situació de dependència total. Possibilitat de cobrir altres situacions de dependència depenent de la companyia.

La imprescindible solidaritat

Albert Camus reflexiona en la novel·la *La pesta* sobre la solidaritat, l'altruisme i la fraternitat. L'ésser humà no ha d'esperar solucions divines i ha d'intervenir i cercar solucions als problemes, a les injustícies. "Es pot arribar a ser un sant sense Déu," diu un personatge d'aquesta obra literària. I no es tracta d'heroisme, sinó d'honestedat.

En una època amb dèficit de solidaritat i superàvit de xenofòbia, la paraula *solidaritat* adquireix un nou significat, el d'aquell vell proverbi que diu que "la mesura d'estimar és estimar sense mesura".

Malgrat que tenim la percepció de l'existència de quantitats inimaginables de projectes solidaris, la realitat és ben diferent i les iniciatives solidàries només són la punta de l'iceberg per diversos motius. El gran projecte solidari esdevindria en un món en què la riquesa d'una minoria no fos conseqüència de la pobresa de la majoria.

Entenem que és una utopia creure que aquesta minoria que disposa de tota la riquesa entengui el significat de les paraules *altruisme*, *honestedat*, *solidaritat* i *fraternitat*. Per aquest motiu tenen tanta importància els petits gestos i els projectes que ajuden a portar ajuda i esperança a les persones més desfavorides.

En aquesta línia, el Col·legi Oficial de Lleida (COMLL) continua amb el seu Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari, que enguany arriba a la quinzena edició. Com cada any, hi haurà diversos projectes i un sol premi, però, com deia el cantant, "hi ha muntanyes de sorra".



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
Josep M. Auguet Martín
Manel Camps Surroca
Joan Carrera Guiu
Josep M. Casanova Seuma

Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Bea Fort Pelay
Josep M. Greoles Solé
María Irigoyen Ontiñano

Aurora López Gil
Alba López Pérez
Iñigo Lorente Dorja
Mercè Matinero Tort
Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt

Àngel Pedra Camats
Rosa Pérez Pérez
Josep Pifarré Paredero
Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Oscar Sacristán García
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director:
Joan Flores González
Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
ÀGORA, SL
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL
Fotomecànica: Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL
Dipòsit legal: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X



Oncologia integrativa per al tractament del càncer

Article de la Dra. Miriam Rivera i del Dr. Joan Viñas sobre la combinació de les teràpies mèdiques convencionals i les complementàries que disposen d'evidència científica. **22** >>>

Els risc de quan volem ser molt complaents

L'advocat Josep Corbellà comenta una sentència del Tribunal Suprem sobre un informe mèdic irregular. **29** >>>

Síndrome de l'ull sec

Informació del Dr. Diego Castranera Gratacós sobre aquesta patologia oftalmològica. **30** >>>

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



Paula Gómez Ramírez, amb la secretària del Col·legi de Metges de Lleida

Paula Gómez Ramírez guanya el Concurs de Nadales del COMLL

La nena Paula Gómez Ramírez, d'11 anys, va guanyar la novena edició del Concurs de Felicitacions de Nadal del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL). Laura García Cremades, també d'11 anys, va obtenir el segon premi. El tercer premi va ser per a Nil Piñol Pérez, de 6 anys. Van participar en el concurs prop de 50 nens i nenes familiars de col·legiats i col·legiades.

El lliurament de premis per als guanyadors i d'obsequis per a la resta de participants va tenir lloc el 14 de desembre durant una festa infantil organitzada a la seu col·legial pel COMLL. Tots els dibuixos presentats es van exposar a la festa.



Els dibuixos participants

Èxit d'inscripcions al curs "Acompanyar durant la malaltia, la pèrdua i el dol"

Més de 50 persones es van inscriure i van participar en el curs *Acompanyar durant la malaltia, la pèrdua i el dol*, que es va celebrar els dies 20 i 21 de desembre a la seu del Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Montse Robles, DUI i terapeuta del Servei de Suport al Dol de Ponent, va impartir el curs. La Dra. Maria Irigoyen, secretària del COMLL, va donar la benvinguda als assistents.

La participació en aquest curs va registrar una llarga llista d'espera, per la qual cosa el COMLL i el Servei de Suport al Dol de Ponent es plantegen realitzar-ne una segona edició.



Benvinguda de la Dra. Irigoyen

I Torneig de Pàdel del COMLL en benefici de "La Marató" de TV3

Un total de catorze parelles van participar el 3 de desembre en el I Torneig de Pàdel del COMLL a favor de *La Marató* de TV3.

Es tractava d'una iniciativa solidària i lúdica, i alhora amb el propòsit de passar un matí divertit tot fent esport i aportant un petit gra de sorra a la investigació.

La Marató de TV3 va destinar enguany la recaptació a la recerca en l'ictus i les lesions medul·lars i cerebrals traumàtiques. El Col·legi Oficial de Metges de Lleida va fer donació de 1.200 € a *La Marató*.

Almenys un membre de cada una de les parelles que van participar en el I Torneig de Pàdel era col·legiat o



Catorze parelles van participar en el torneig a benefici de *La Marató* de TV3

col·legiada del Col·legi de Metges de Lleida, que va obsequiar els participants amb un esmorzar abans d'ini-

ciar la prova esportiva. L'experiència d'aquesta activitat solidària va ser molt positiva.



Dra. Puigdevall, Dra. Irigoyen i Dra. González-Pinto



Públic assistent a la sessió

La Dra. Ana González-Pinto imparteix la primera sessió d'"Actualització en psiquiatria" al COMLL

La Dra. Ana González-Pinto Arriaga va impartir el 24 de gener la primera sessió de l'activitat *Actualització en psiquiatria*, que organitza el Col·legi Oficial de Metges de Lleida en el marc dels cursos de formació d'enguany. La Dra. González-Pinto és psiquiatra, cap del Servei d'Investigació d'Osakidetza a l'Hospital Santiago de Vitòria, professora titular de Psiquiatria de la Universitat del País Basc, membre del comitè de direcció de CIBERSAM i presidenta de la Societat Espanyola de Psiquiatria Biològica.

La Dra. Margarita Puigdevall Ruestes, cap de Psiquiatria de l'Hospital Santa Maria de Lleida i vicepresidenta de la Junta de Govern del COMLL, i la Dra. Maria Irigoyen Otiñano, psiquiatra de l'Hospital Santa Maria de Lleida i secretària de la Junta de Govern del

Finalitzades les sessions d'actualització en geriatria amb 40 participants



Signatura al llibre d'honor

COMLL, van presentar la ponent. La Dra. González-Pinto va parlar sobre el trastorn bipolar i el trastorn límit de la personalitat des d'una nova perspectiva.

La sessió es va poder seguir de manera presencial a la seu del col·legi i via *streaming*.

La Dra. Ana González-Pinto va signar en el llibre d'honor del COMLL.

Actualització en geriatria

Un total de 40 professionals van assistir a les sessions d'actualització en geriatria, que van finalitzar el 13 de febrer. Un cop més es va evidenciar l'èxit del seguiment via *streaming* d'aquestes sessions formatives. El COMLL va posar en marxa aquesta transmissió l'any 2016.

Oferta del Pàdel Indoor per als col·legiats i les col·legiades del COMLL

El Pàdel Indoor, d'acord amb el Col·legi de Metges de Lleida, ofereix una promoció especial als col·legiats i les col·legiades durant la temporada 2017. S'adjunta informació dels avantatges. Més informació, a www.padelindoor.com

Preus per al gimnàs i les classes dirigides

	PREU NORMAL	PREU PER AL COMLL	ESTALVI ANUAL
Matrícula	50 €	0 €	50 €
Quota mensual	32 €	28 €	48 €
Total			98 €

Es podrà utilitzar el gimnàs sense limitació horària de dillus a diumenge, des de les 9 fins a les 21 hores. Servei gratuït d'un monitor per supervisar l'usuari i preparar una taula d'entrenament. Participació en les activitats dirigides sense límit de classes ni d'horari (spinning, zuma, TRX, GAC...).

Preus per al gimnàs i el pàdel

	PREU NORMAL	PREU PER AL COMLL	ESTALVI ANUAL
Matrícula	50 €	0 €	50 €
Quota mensual	42 €	36 €	72 €
Total			122 €

El Pàdel Indoor disposa de 13 pistes de pàdel cobertes, piscina d'estiu i solàrium, 1 pista de "beach tennis", gimnàs i sala d'activitats, cafeteria-restaurant, zona de pas lliure i estiraments, sauna sanàrium, zona d'aparcament gratuïta i instal·lacions cardioprotègides, entre altres serveis. Els fills dels socis menors de 18 anys tenen quota gratuïta.



Acte commemoratiu del centeneri de la Fundació OMC

Centenari de la Fundació per a la Protecció Social de l'OMC

La Fundació per a la Protecció Social de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) compleix 100 anys, motiu pel qual desenvoluparà, al llarg del 2017, un seguit d'activitats sota l'eslògan *Un siglo de vida contigo*. Amb aquest motiu, el Col·legi de Metges de Lleida organitza un acte commemoratiu el proper 21 de març, a les 17 hores, a la sala d'actes de la seu col·legial. Hi participaran membres de la junta de la fundació i beneficiaris o familiars de beneficiaris de Lleida de les prestacions rebudes en circumstàncies difícils.

La Fundació, que dona assistència a prop de 3.000 persones en situacions de necessitat, va presentar el 19 de gener el programa d'actes commemoratius.

Acte commemoratiu al COMLL el 21 de març

L'entitat va néixer el 1917 per atendre de manera solidària companys i familiars (orfes i vídues) en situacions de vulnerabilitat social. La història personal d'alguns d'aquests beneficiaris serà present en un *microsite* creat a la seva web. La Fundació també posarà en marxa la websèrie titulada *Qui ajuda el que ajuda*.

L'acte central d'aquesta commemoració se celebrarà al juny i durant l'any també es realitzaran celebracions compartides en diferents col·legis de metges.

El Dr. Serafín Romero, nou president del Consell General de Col·legis de Metges

El Dr. Serafín Romero serà, a partir del 4 de març, el nou president del Consell General de Col·legis Oficials de Metges, ja que és l'únic candidat que s'ha presentat a l'elecció de la presidència. Pel mateix motiu, la Dra. M. Carmen Sebastianes serà proclamada nova representant nacional de la Secció de Metges d'Hospitals.

En canvi, el 4 de març s'elegeran el vicepresident general i el tresorer, perquè s'han presentat dues candidatures per a cada càrrec. Els doctors José Antonio Herranz, president del Col·legi de Metges de Castelló, i José M. Rodríguez Vicente, actual tresorer del Consell, aspiren a la vicepresidència. I el doctor Jerónimo Antonio Fernández Torrente, fins ara vicesecretari del Consell, i Vicente Matas, representant nacional d'Atenció Primària, participen en l'elecció al càrrec de tresorer.

El Dr. Romero, vicepresident sortint del Consell, és llicenciat en Medicina per la Universitat de Sevilla, ha estat president del Col·legi de Metges de Còrdova, vicepresident del Consell Andalús del Col·legi de Metges i secretari general del Consell General de Col·legis de Metges d'Espanya.

La Dra. Sebastianes, llicenciada en Medicina per la Facultat de Granada, és vocal de Metges d'Hospitals del Col·legi de Metges de Cadis i vocal autonòmica del Consell Andalús de Col·legis de Metges.

II Jornada de Nefrologia i Atenció Primària de Lleida

La II Jornada d'Actualització i Aproximació entre l'Atenció Primària i l'Atenció Hospitalària en relació amb l'abordatge del pacient amb nefropatia es va celebrar el 10 de novembre a la Facultat de Medicina de Lleida. La segona edició de la jornada demostra que es comença a consolidar una trobada referent, que afavoreix la sensibilització i formació dels professionals sanitaris en aquest tema.

La conferència inaugural va permetre conèixer més de prop ILERVAS, un projecte multidisciplinari en què participen professionals d'Atenció Primària, Hospitalària (Nefrologia, Endocrinologia, Pneumologia, Neurologia, Medicina Interna) i de l'IRBLleida, i que va permetre aportar dades epidemiològiques potents en relació amb el risc cardiovascular a les nostres contrades.

A continuació, es van realitzar diverses taules rodones. Cada tema va ser tractat per un ponent de l'Atenció Primària i per un del Servei de Nefrologia, i va ser seguit per un enriquidor debat entre els assistents.

En primer lloc, es va revisar el maneig de la hipertensió en l'ancià, tot destacant el fet que la valoració de la salut en el pacient gran cal fer-la en termes d'activitat i funcionalitat, i que cal tenir en compte la fragilitat i no tant l'edat. Es va parlar de la corba en U de la mortalitat en relació amb la tensió arterial. Per tant, en gent gran, els objectius de pressió arterial sistòlica poden arribar a 150 mmHg, atès que en xifres massa baixes de pressió arterial els òrgans més nobles queden en risc d'hipoperfusió.

Després va arribar el torn de l'avaluació i el maneig del quist renal, i es va destacar la importància de valorar la simptomatologia associada i la funció renal, així com els antecedents personals o familiars. L'ecografia permet fer una classificació del tipus de quist (en majors de 30 anys, l'ecografia té una sensibilitat del 100%). Posteriorment, es van revisar els criteris de derivació a



La jornada va registrar molta assistència de professionals de Primària

Aproximadament el 45% dels pacients diabètics tenen algun grau d'afectació renal

Nefrologia tenint en compte que entre el 60 i el 70% de quists renals són simples i que no cal derivar.

Tot seguit, es va procedir a la presentació de tres comunicacions orals entre tots els pòsters presentats. Es va atorgar un primer premi compartit als treballs titulats *¿Presentan más albuminuria los pacientes con dislipemia respecto a los no dislipémicos, entre los pacientes con insuficiencia renal crónica?*, *Estudio de prevalencia de número de fármacos antihipertensivos usados para tratar la HTA en pacientes ancianos, del CAP de Mollerussa*; i *Educación per a l'autocura de la fístula arteriovenosa, d'Infermeria de l'HUAV*. Donem l'enhorabona a tots els participants i els encoratgem a seguir compaginant recerca i tasca assistencial.

Més endavant, es va fer palesa la complexitat del maneig del metabolisme fosfocàlcic en la malaltia renal crònica (MRC). Tot i que no és una complicació urgent, sí que és necessari un abordatge i una planificació a llarg termini, i això inclou mesures dietètiques, un dels aspectes més importants. A més, es va remarcar que abans de tractar un dèficit de vitamina D en un malalt amb nefropatia, cal tenir en compte si hi ha altres alteracions del metabolisme fosfocàlcic i fer el tracta-

ment conjunt.

El maneig de la dieta en la malaltia renal crònica va ocupar l'última taula rodona, que va apuntar la importància de fer un bon cribratge de MRC des de l'Atenció Primària per realitzar un diagnòstic precoç i determinar-ne l'estadiatge. En estadis inicials (<IIIa), cal controlar sobretot els factors de risc cardiovascular per disminuir la morbimortalitat cardiovascular. En estadis més avançats, les restriccions dietètiques són més evidents. Amb un pla individualitzat es pot retardar la progressió de la malaltia, amb qualitat de vida, evitar la desnutrició i assegurar la continuació en les cures, però sempre potenciant l'autocura.

La conferència de cloenda va aprofundir en el tractament amb antiabètics orals en el pacient diabètic amb malaltia renal crònica. Cal destacar que aproximadament el 45% de pacients diabètics tenen algun grau d'afectació renal, i, per tant, cal tenir en compte, a més de l'eficàcia clínica dels fàrmacs, la seva seguretat, atès el risc més elevat de causar hipoglucèmies.

La jornada pot visualitzar-se a través de <https://www.youtube.com/c/udet-mairbleida>

L'acte va comptar amb una considerable assistència de professionals de l'àmbit de Primària i va ser molt participatiu. L'organització està satisfeta d'aquesta segona edició i ja comença a preparar amb molta il·lusió la tercera.

Dra. Mercè Borràs
Nefròloga
Cap de secció del Servei de Nefrologia de l'HUAV
Dra. Eva Miquel
Metgessa de Família
ABS Balaguer (Lleida)

PAIMM
Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addictiu o saps d'un company en aquesta situació, posa't en contacte amb nosaltres i t'ajudarem

Fundació GALATEA 973 273859 - 902 362 492 - <http://paimm.fgalatea.org>

Cent assistents a l'XI Jornada de Tabaquisme sobre "Les patologies del tabac"

Un any més, i ja són onze, va tenir lloc la jornada científica que des de la Unitat de Tabaquisme de l'Hospital Universitari de Santa Maria s'organitza per oferir un espai de formació i debat als professionals implicats en el tema. L'esdeveniment va comptar amb la col·laboració del Departament de Medicina de la Facultat de Medicina (UdL), s'inclou dins de les activitats científiques de l'IRBLleida i hi van assistir un centenar de professionals de tot Catalunya.

El tema que es va escollir aquest any es va centrar en les patologies relacionades amb el consum de tabac, i es va donar així reconeixement a les diverses unitats i serveis especialitzats amb què la Unitat de Tabaquisme es coordina en la seva tasca diària. Es va comptar amb importants i reconeguts ponents, tant del nostre àmbit local com nacional.

La Dra. Núria Torreguitart, cap de Secció d'Angiologia i Cirurgia Vasculardel Hospital Universitari Arnau de Vilanova, va parlar sobre el tabac i la cirurgia vascular, concretament dels seus efectes sobre les artèries perifèriques. D'una manera molt gràfica i ben documentada, va deixar clara la influència del tabac en aquesta patologia i va insistir en la necessitat de motivar i ajudar el pacient perquè abandoni aquesta conducta. El Dr. Lluís Rosselló, reumatòleg i cap clínic de la Unitat de Reumatologia i Fibromiàlgia de l'Hospital Universitari de Santa Maria va parlar sobre l'impacte del consum de tabac en les malalties reumàtiques i va oferir dades sobre l'elevat consum que els pacients amb aquestes patologies fan del tabac. Així mateix, va informar sobre la iniciativa recent de coordinació entre la seva unitat i la Unitat de

Tabaquisme per detectar i oferir-los tractament de deshabituació a tots els pacients identificats com a fumadors.

Juan Gil Rodríguez, farmacèutic de Madrid i doctorand de la UdL, va parlar sobre el finançament dels medicaments en la deshabituació del tabac. Va crear un interessant debat amb afirmacions com ara que els darrers deu anys més del 90% dels nous medicaments han estat finançats, excepte els indicats per al tabaquisme. Perquè un fàrmac estigui finançat, cal que la patologia que tracti sigui greu i provoqui greus seqüeles en la salut, també que sigui causa de mort i de malaltia evitable i, finalment, sigui necessari el seu ús en determinats col·lectius. Curiosament, els medicaments indicats i de primera indicació en el tabac (teràpia substitutiva de la nicotina, Bupropió i Vareniclina) compleixen totes aquestes indicacions i segueixen sense ser finançats.

El Dr. Javier Toledo, coordinador de VIH/Sida de la Direcció General de Salut Pública del Govern d'Aragó, va parlar sobre la relació del consum de tabac en persones amb VIH. L'esperança de vida dels portadors del VIH ha augmentat de manera significativa, però el consum de tabac en aquest col·lectiu és quasi el doble que el de la població general. Les seves principals comorbiditats tenen a veure amb la tuberculosi, els tumors de diferents tipus, les patologies cardiovasculars i les patologies psiquiàtriques (especialment l'abús de substàncies, l'ansietat i la depressió). Possiblement l'elevada incidència del tabaquisme en aquest grup té a veure amb l'estrès social i l'acceptació de comportaments de risc, l'elevat consum d'alcohol i altres substàncies, més nivells de depres-



sió i pensaments suïcides o el fet que la deshabituació del tabac no sigui una prioritat per al sistema sanitari que atén VIH.

La Dra. Regina Dalmau, cardiòloga de l'Hospital Universitari La Paz de Madrid i actual presidenta del Comitè Nacional per a la Prevenció del Tabaquisme (CNPT), va parlar sobre l'abordatge del tabaquisme en pacients amb cardiopatia. La mortalitat global en aquesta patologia és de 2 a 3 vegades superior en fumadors actius. Deixar de fumar s'ha demostrat que és la principal i més efectiva de les estratègies per reduir la seva mortalitat (ús d'estatines, 29%, deixar de fumar, 36%). Va insistir que les intervencions en tabaquisme, fins i tot quan el pacient acaba d'ingressar a les

unitats especialitzades, són molt efectives, així com l'eficàcia de les intervencions multidisciplinàries a l'hora de promoure una modificació de l'estil de vida que sigui efectiva en el pacient.

Finalment, el Dr. Joseba Zabala, de l'Osasun Publikoaren Doktoorea, va cloure la jornada amb la conferència *Anatomia del porro. Evidències en el policonsum tabac-cànnabis*. Les seves investigacions mostren que el consum conjunt de tabac i cànnabis és cada vegada més habitual entre els joves. Durant l'any 2016, 146.000 escolars espanyols s'han iniciat en el cànnabis, mentre que 137.000 ho han fet en el tabac. Quan se'ls pregunta el motiu de l'inici en el consum del porro, les raons expressades pels joves són diverses: perquè els agrada el sabor i els efectes que té, perquè en el seu entorn d'amics molts també ho fan i es troben bé fent-ho, perquè és fàcil d'aconseguir i perquè no té efectes gaire greus a curt termini. El Dr. Zabala va mostrar altres dades força interessants: dels joves que consumeixen tabac com a droga principal, el 60,1% consumeixen també cànnabis. Dels joves que prenen cànnabis com a droga principal, el 79,4% consumeixen també tabac. El tabac augmenta la toxicitat del cànnabis un 45%.

Malgrat aquesta realitat, aquesta substància segueix tenint un acceptat prestigi entre els joves i la societat, que la promou en fires, revistes i esdeveniments de tot tipus.

Dr. Francesc Abella
Coordinador de la UT
Hospital Universitari de Santa Maria

Més de 160 professionals en el curs "La consulta habitual en ortopèdia infantil"

Més de 160 professionals procedents d'arreu de Catalunya van assistir al curs *La consulta habitual en ortopèdia infantil*, que va tenir lloc el 26 de gener a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de Lleida. La Unitat d'Ortopèdia Infantil del Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de l'Hospital Universitari de Santa Maria (HUSM) va organitzar l'activitat.

El curs es va iniciar amb les intervencions del Dr. Francesc Pallisó, cap del Servei de Traumatologia de l'HSM, i la Dra. Lúcia Sanz Borrell, pediatra i coordinadora de la Unitat Pediàtrica de l'àmbit d'Atenció Primària de l'ICS. Seguidament, el Dr. Josep M. Bergua, adjunt de Traumatologia a l'HUSM i a l'Hospital Sant Joan de Déu, va parlar sobre *alteracions rotacionals de les extremitats inferiors*.

El Dr. Ramon Huguet, cap del Servei de Traumatologia de l'Hospital de Nens de Barcelona, va presentar el tema *Alteracions axials de les extremitats inferiors: genoll var o valg*. La Dra. Victòria Altemir, adjunta de Traumatologia a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), va informar sobre *peus plans (actualitzacions del tractament)*.

Dolors de creixement. Mite o realitat? Mal d'esquena a la infància va anar a càrrec del Dr. Antonio Hinojosa, adjunt de Traumatologia a l'HUSM. *Actitud escoliòtica vs. escoliosi* va ser desenvolupat pel Dr. Luis Mambroa, director clínic de Rehabilitació de l'HUSM.

El Dr. David Pineda, adjunt de Traumatologia de l'HUSM, va abordar *La coixesa a la infància. Diagnòstic diferencial*. Per la seva part, el Dr. Francisco Soldado, director clínic d'Extremitat Superior i Microcirurgia Pediàtrica de



Dr. Pallisó, Dra. Sanz i Dr. Bergua

Celebrada el 26 de gener a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de Lleida

l'Hospital Sant Joan de Déu, va parlar sobre *Patologia de l'extremitat superior en la infància. Indicacions quirúrgiques*.

L'última sessió del curs va anar de la mà del Dr. Jorge Knör, cap del Servei de Traumatologia de l'Hospital Sant Joan de Déu, amb el tema *Lesions esportives a la infància i l'adolescència*. Posteriorment, el Dr. Bergua va fer un resum del curs i va presentar el protocol de derivació. El Dr. Pallisó i el Dr. Eduard Solé Mir, cap del Servei de Pediatria de l'HUAV, van cloure el curs.



Imatge del públic que va seguir el curs sobre ortopèdia infantil

Propers cursos formatius programats pel COMLL

El Col·legi de Metges de Lleida ha programat els següents cursos:

- **Actualització en pediatria**, que es va iniciar el 12 de gener d'enguany. La propera sessió serà el 16 de març sobre *Crisi econòmica i desigualtats socials en salut infantil*.
- **Actualització en malalties infeccioses**, que es va iniciar l'1 de març. Les properes sessions, l'horari de les quals és de les 18 a les 20 hores, seran les següents:
 - 22 de març: *Què ha de saber el metge de família de la infecció per VIH*, a càrrec

- de la Dra. Nadia Abdulghani Martínez.
- 29 de març: *Infeccions importades: la seva incidència i guia d'actuació*, a càrrec de la Dra. M. Mercè Almirall.
- **Actualització en insuficiència cardíaca crònica**, que va començar el 6 de març. Les properes sessions tindran lloc el 27 de març i el 3 i 10 d'abril, de les 18 a les 20 hores.
- **Actualització en patologia digestiva**, que es farà de les 20 a les 22 hores els dies següents:
 - 5 d'abril: *Hepatitis crònica per VHC. El principi del fi?*, a càrrec de la Dra. Natividad Zaragoza.
 - 12 d'abril: *Actualització en malaltia celíaca. Abordatge multidisciplinari*, a càrrec de la Dra. Raquel Ballester.
 - 19 d'abril: *Vacunacions en malaltia*

- inflamatori intestinal (EII)*, a càrrec de la Dra. Empar Sainz.
- 26 d'abril: *Actualització en el maneig del restrenyiment*, a càrrec del Dr. Juan Armando Rodríguez.
- **Actualització en psiquiatria**, l'última sessió de la qual tindrà lloc el 4 d'abril, de les 18.30 a les 20 hores, a càrrec del Dr. Lucas Giner, i tractarà sobre *Actualització en l'abordatge del pacient amb risc suïcida*. Així mateix, es continuen impartint els cursos d'anglès inicial, intermedi i avançat. Totes les persones interessades en alguna d'aquestes activitats formatives han de contactar amb el COMLL a l'adreça comll@comll.cat. La novetat d'enguany és que els cursos poden seguir-se via streaming.

El Dr. Salvador Miret publica el llibre “La esquizofrenia: una aproximación clínica desde sus orígenes hasta el DSM-5”

El Dr. Salvador Miret ha publicat el llibre *La esquizofrenia: una aproximación clínica desde sus orígenes hasta el DSM-5*. El llibre fa un recorregut pels principals conceptes que han estat proposats sobre l'esquizofrènia, els models de la malaltia basats en els seus fets clínics, la nosologia de l'esquizofrènia en el context de les psicosis, les seves manifestacions clíniques i les interrelacions entre la seva complexitat clínica i l'etiopatogènia. Així mateix, descriu i discuteix els criteris diagnòstics de la malaltia establerts en la darrera edició de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013, el DSM-5.

El Dr. Miret escriu des de la perspectiva d'un clínic amb claredat i sentit didàctic. Per aquest motiu, l'obra té molt interès per als metges especialistes en formació en Psiquiatria, els estudiants de Ciències Biomèdiques i Infermeria i els professionals de la Psiquiatria i la recerca en Neurociències interessats en la comprensió de la malaltia mental més complexa.

L'autor és doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona, adjunt del Servei de Psiquiatria, Salut Mental i Addiccions de l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida, està vinculat a l'IRBLleida i és membre del Grup G-8 de la Universitat de Barcelona, adscrit al Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM) de l'Instituto de Salud Carlos III de Madrid. A més, és professor associat de l'Àrea de Psiquiatria de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida i coautor de diferents publicacions i articles en revistes científiques.



La jornada va tenir lloc a la seu del Col·legi de Metges de Lleida

Jornada sobre Psoriasis i Artritis Psoriàsica

La Jornada Multidisciplinària en Psoriasis i Artritis Psoriàsica es va celebrar el 28 de novembre a la sala d'actes del COMLL sota l'organització del Col·legi de Metges i d'Acció Psoriàsica. A l'inici de l'acte, van intervenir la Dra. Margarida Puigdevall, vicepresidenta del COMLL; Santiago Alfonso, director d'Acció Psoriàsica; Josep Aiguabella, president del Col·legi de Farmacèutics; el Dr. Josep Manuel Casanova, cap de la Secció de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), i Carme Mayayo, vocal del Col·legi d'Infermeres.

El Dr. Casanova va presentar el tema *Epidemiologia, etiopatogènia i tractament de la psoriasis*. El Dr. Manuel Fernández, R4 de la Secció de Dermatologia de l'HUAV, va parlar sobre *Comorbiditats, qualitat de vida i repercussions psicològiques de la psoriasis*.

“Deixar de fumar pot ser divertit”, llibre del Dr. Francesc Abella i d'Ermengol

El Dr. Francesc Abella i l'il·lustrador Ermengol Tolsa han publicat el llibre *Deixar de fumar pot ser divertit*, editat per Pagès Edicions. L'obra vol afavorir la reflexió personal i l'adquisició d'eines per afrontar la decisió d'abandonar el tabac.

El Dr. Abella comenta que “deixar de fumar és una aventura, i com qualsevol conducta de risc, també pot ser entesa amb una mica d'humor, i això no li resta valor”. Prendre la decisió de millorar la qualitat de vida i invertir en el futur requereix totes les estratègies possibles, segons els autors. I l'humor és una estratègia efectiva, fàcil de



El Dr. Abella i Ermengol

prendre i que no presenta cap efecte advers ni perjudicial per a la salut.

Ermengol Tolsa i Francesc Abella, dues persones que fa 30 anys que col·laboren en diverses activitats i iniciatives, han invertit dos anys de treball conjunt en aquesta obra. El llibre es va presentar el 9 de febrer a la Facultat de Medicina de Lleida.

El Dr. Lluís Roselló, de la Secció de Reumatologia de l'Hospital Universitari de Santa Maria, va tractar sobre *Avaluació, diagnòstic i tractament de l'artritis psoriàsica*. La Dra. M. Cruz Sanz, metgessa de Família del CAP Rambla de Ferran, va exposar el *Paper del metge de família i diagnòstic i cura de la síndrome metabòlica. Com millorar la qualitat de vida dels pacients*.

El paper de la infermera en la cura dels pacients amb psoriasis va ser la ponència desenvolupada per Pepita Barrera, infermera de la Secció de Dermatologia de l'HUAV. També es va comptar amb la visió del farmacèutic en la ponència de Joan Trull sobre el *Paper del farmacèutic en la cura del pacient psoriàsic*.

La jornada va tenir molt bona acollida entre els professionals, els pacients i els familiars que hi van assistir.

El Dr. Jesús Pujol presenta la tesi doctoral a la Universitat de Barcelona

Sobre “Influència de l'ocupació sobre el risc d'infecció i d'hospitalització pel virus A (H1N1) pdm09”

El Dr. Jesús Pujol va presentar el 12 de desembre la tesi doctoral *Influència de l'ocupació sobre el risc d'infecció i d'hospitalització pel virus A (H1N1) pdm09* al Departament de Medicina de la Universitat de Barcelona. Els directors de la tesi van ser la Dra. Àngela Domínguez i el Dr. Pere Godoy. El Dr. Lluís Salleras va presidir el tribunal.

Objectiu

Analitzar l'existència d'una associació entre la classe social (classificada mitjançant el tipus d'ocupació) i el risc ocupacional d'exposició al virus de la grip A (H1N1) pdm09 amb l'aparició d'infecció per A (H1N1) pdm09 i l'hospitalització per aquesta infecció durant dues temporades (2009-2010 i 2010 a 2011).

Mètodes

Estudi multicèntric amb la comparació de casos ambulatoris confirmats de grip A (H1N1) pdm09 amb controls ambulatoris per mesurar el risc d'infecció i amb casos hospitalitzats confirmats de grip A (H1N1) pdm09 per valorar el risc d'hospitalització. Les variables d'estudi han estat edat, estat civil, tabaquisme i alcoholisme, embaràs, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència respiratòria crònica, malaltia cardiovascular, diabetis, malaltia hepàtica crònica, índex de massa corporal >40, tractament amb corticosteroides sistèmics i estat de vacunació antigripal. L'ocupació es va recollir literalment, i es va codificar establint una classificació en treballadors manuals i no manuals com a equivalents de les classes socials baixa i alta i en nivells d'exposició ocupacional alt, intermedi i baix per calcular el risc ocupacional d'infecció i hospitalització per grip.

Resultats

Es van estudiar 720 casos hospitalitzats, 996 d'ambulatoris i 1.062 controls ambulatoris. Un model de regressió logística condicional per comparar

TESIS DOCTORALS



Dr. Jesús Pujol

treballadors manuals i no manuals va demostrar que no hi ha relació entre la classe social ocupacional i la infecció per A (H1N1) pdm09 (ORa=0,97; IC del 95% 0,74 a 1,27), i sí una associació (ORa=1,53; IC del 95%: 1,1 a 2,31) entre la classe social ocupacional i l'hospitalització per A (H1N1) pdm09. La vacunació contra la grip va ser un factor de protecció per a A (H1N1) pdm09 (ORa= 0,41; IC del 95%: 0,23-0,73), però no per a l'hospitalització. En relació amb l'exposició ocupacional, el grup d'alt risc d'exposició ocupacional es va compondre només de treballadors de la salut. Després de l'ajust per edat, sexe, estat de vacunació i les variables de comorbiditats esmentades anteriorment, els pacients amb un alt risc d'exposició ocupacional van tenir una ORa de 2,14 (IC del 95%: 1,25-3,66) de ser un cas ambulatori confirmat de grip, i un ORa de 0,40 (IC del 95%: 0,19-0,86) de ser un cas hospitalitzat de grip en comparació amb aquells amb un baix risc d'exposi-

ció ocupacional. L'efectivitat ajustada de la vacuna en la prevenció de la grip ha estat del 59% (IC del 95%: 27%-77%) quan es comparen els casos ambulatoris amb grip amb controls ambulatoris sense grip, i arriba al 74% (IC 95%: 42%-88%) quan es té en compte el risc ocupacional.

Conclusions

Els treballadors manuals (classes socials baixes) tenen un major risc d'hospitalització quan estan infectats per la grip que la resta de les ocupacions, però tenen la mateixa probabilitat de ser infectats. Un alt risc d'exposició ocupacional és un factor de risc per a la infecció de la grip, però no per a l'hospitalització. La vacuna antigripal té una efectivitat del 74% en el grup de major exposició ocupacional al virus de la grip pandèmica, que en la nostra tesi eren tots treballadors dels serveis sanitaris.

1. Pujol J, Godoy P, Soldevila N, Castilla J, González-Candelas F, Mayoral JM, Astray J, García S, Martín V, Tamames S, Delgado M, García AD; CIBERESP Cases and Controls in Pandemic Influenza Working Group. Effect of Occupational Exposure on A(H1N1) pdm09 Infection and Hospitalization. *Ann Occup Hyg*. 2016 Oct;60(8):1009-19. doi: 10.1093/annhyg/mew044. PubMed PMID: 27432191.
2. Pujol J, Godoy P, Soldevila N, Castilla J, González-Candelas F, Mayoral JM, Astray J, García S, Martín V, Tamames S, Delgado M, Domínguez A; CIBERESP Cases and Controls in Pandemic Influenza Working Group. Social class based on occupation is associated with hospitalization for A(H1N1)pdm09 infection. Comparison between hospitalized and ambulatory cases. *Epidemiol Infect*. 2016 Mar;144(4):732-40. doi: 10.1017/S0950268815001892. PubMed PMID: 26271901.



Dra. Àngela Domínguez, Dr. Jesús Pujol i Dr. Pere Godoy

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida en les seves darreres sessions ha acordat i tractat, entre d'altres, els assumptes següents:

- Una representació de 20 col·legiats de Lleida va assistir al Tercer Congrés de la Profesió Mèdica que es va celebrar el 10 de novembre a Girona, on es va aprovar la Declaració de Girona. Així mateix, el 12 de novembre es va celebrar a Madrid la V Convenció de la Profesió Mèdica, amb participació activa del Col·legi de Lleida.
- Concessió a l'IRBLleida d'una col·laboració econòmica com ja és habitual. Així mateix, s'ha col·laborat econòmicament en l'organització de diverses activitats formatives. I es va organitzar un torneig de pàdel com a activitat solidària i es va fer un donatiu a la Marató de TV3.
- Acord perquè a partir de l'any 2017 la periodicitat del BUTLLETÍ MÈDIC passi de bimestral a trimestral.
- Signatura d'un conveni de col·laboració en matèria de formació continuada amb el Col·legi Oficial de Metges d'Oscar, amb reciprocitat de prestació de serveis formatius i amb avantatges per als col·legiats d'ambdues demarcacions
- Implementació de la via *streaming* per facilitar el seguiment de les activitats col·legials de formació continuada.
- Disseny d'un nou procediment per a la gestió dels sinistres de responsabilitat civil professional. Els sinistres s'hauran de comunicar al COMLL i s'ofereix la possibilitat de poder elegir entre tres assessors jurídics, un de Lleida i dos de Barcelona.

El COMLL convoca la primera edició de les beques de promoció de la docència

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha convocat la primera edició de les beques de promoció de la docència, que s'adreça a metges residents de formació sanitària especialitzada a Lleida. La convocatòria s'ha elaborat d'acord amb les comissions col·legials de Docència de Formació Sanitària Especialitzada d'Atenció Primària i de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, i inclou sis beques: dues per a residents

En marxa el II Cicle de Cinema Temàtic al COMLL

El II Cicle de Cinema Temàtic, organitzat per la Secció de Residents del COMLL, està en marxa des del passat mes de novembre. Les últimes sessions d'aquest cicle són les següents:

29 de març: *Al límite*. Moderarà el debat

Totes les visites dels col·legiats per a la defensa d'un sinistre es realitzaran a la seu del Col·legi.

- Assistència a les reunions dels Consell de la Regió Sanitària de Lleida per tal de debatre temes sanitaris de la demarcació de Lleida, així com a altres fòrums de debat.
- Atorgament del primer premi del concurs de felicitacions de Nadal 2016 al treball presentat per Paula Gómez Ramírez. Con a segon finalista va quedar Laura García Cremades i com a tercer finalista, Nil Piñol Pérez.
- Acord de col·laboració en l'enquesta sobre la situació laboral dels metges d'Espanya promoguda pel Consejo General de Colegios Médicos.
- La Secció Col·legial de Metges Acupuntors, Homeòpates i Medicina Naturista va celebrar eleccions a la seva Junta de Govern que va quedar configurada de la següent manera: presidenta, Dra. Maria Esther Álvaro Tejedor; secretària, Dra. Marta Serra Jané; Tresorera, Dra. Josefa Macià Fornós i vocals, el Dr. Jordi Caselles Sureda i la Dra. Carolina de Dios González.
- Acord de renovació del programa de gestió col·legial, una vegada avaluades diferents opcions.
- Conjuntament amb la vocalia de la CAMFIC a Lleida, preparació de la redacció i consens d'un Decàleg de la relació Atenció Primària-Atenció Hospitalària.
- Presentació de sis projectes al concurs del XV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del Col·legi.
- Convocatòria de la primera edició del concurs de beques del COMLL de promoció de la docència adreçat als metges col·legiats residents. En total s'han convocat 6 beques
- La Secció Col·legial de Metges de Ginecologia i Obstetrícia està en fase de creació i es preveu que en breu podrà estar operativa.

de 4t i 5è any, dotades amb 1.500 € cada una; dues per a residents de 2n i 3r any, dotades amb 1.000 € cada una, i dues per a residents de 1r any, dotades amb 500 € cada una.

El termini per sol·licitar una beca es va iniciar el 15 d'abril i finalitzarà el 15 d'abril d'enguany. La Junta de Govern del COMLL, constituïda en tribunal del concurs, decidirà els guanyadors i les guanyadores de les beques el 2 de maig. L'atorgament es farà sobre la base d'un barem de mèrits.

Informació del barem de mèrits per accedir a les beques a www.comll.cat.

José Javier Trujillano, metge especialista en Medicina Interna
26 d'abril: *Estallido*. Moderarà el debat la Dra. Maria Fernanda Ramírez, metgessa especialista en Medicina Interna
31 de maig: *Marnie, la ladrona*. Moderarà el debat Salvador Gallart, psicòleg clínic
Totes les sessions tenen lloc a la seu col·legial, de les 17.30 a les 20.30 hores.

Moviment col·legial de novembre i desembre del 2016 i gener i febrer del 2017

El COMLL ha registrat 12 altes durant els mesos de novembre i desembre de 2016 i gener i febrer de 2017: Andrés Camilo Amado Vanstrahlen, Diego Fernández Rodríguez, Ana María Castán Campanera, Héctor Jorge Fusaro, Amelia Boix Moreno, Laura Peralta Marfull, Gerard Josep Mauri Capdevila, Carla Moreno Galindo, Carlos Cerdán Santacruz, Lourdes Díaz Dorronsoro, Sonia Ramos Perdiques i Alba Maria Ilari Civit.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 24 baixes en els darrers mesos. Entre les baixes del mes de novembre figura la defunció del Dr. Rafael Torres Arnal i entre les de gener, la defunció del Dr. Gabriel Alonso Ortega.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiades honorífiques els Drs. Alfredo Dealbert Aguilar i Carlos Querol Vela. Total col·legiats el 31/10/2016: 1.781.

Un total de 1.787 col·legiats a Lleida el 31 de desembre de 2016

Un total de 1.787 professionals estan col·legiats a Lleida a 31 de desembre de 2016, segons l'Institut Nacional d'Estadística.

Nombre de metges i metgesses col·legiats			
	TOTAL	HOMES	DOSES
- de 35 anys	292	75	217
De 35 a 44 anys	333	113	220
De 45 a 54 anys	396	166	230
De 55 a 64 anys	523	324	199
De 65 a 69 anys	101	84	17
De 70 i + anys	142	127	15
Total	1.787	889	898

Nombre de col·legiats segons la situació laboral			
	TOTAL	HOMES	DOSES
No jubilats	1.587	729	858
Jubilats	200	160	40
Total	1.787	889	898

Investigació i producció de fàrmacs versus preus

Els avenços científics i tecnològics propicien l'aparició en el mercat de nous fàrmacs curatius, que tenen un cost força elevat. BUTLLETÍ MÈDIC ha sol·licitat l'opinió de professionals qualificats sobre el dret de les persones malaltes a accedir-hi i/o la necessitat de prioritzar els recursos.

Preus de monopoli

"El mundo de las finanzas es pura meritocracia", me decían quienes estaban en los puestos más altos. "Ronaldo, Messi y otros futbolistas también ganan muchísimo dinero, ¿no? Pues bien, yo soy el Messi de las fusiones y adquisiciones en la industria farmacéutica europea" ¹.

Les referències a la indústria farmacèutica i al monopoli que els grans laboratoris exerceixen és abundant, com evidencia l'obra de Peter C. Côtzsch ². La necessitat dels béns i serveis públics no és avui dia tema, ni qüestionable ni discutible, tothom accepta la seva existència perquè el mercat no produeix tot allò que la societat necessita i, sobretot, a un preu que no suposi cap tipus d'exclusió. No hem d'oblidar que una diferència bàsica entre bé públic i no públic és que el primer no fa cap tipus de distinció a l'hora de ser consumit o gastat —la no-exclusió que hem comentat— i el segon sí. I no cal dir que la salut és un bé públic per excel·lència i, juntament amb l'educació i la protecció social, les columnes fonamentals de l'estat de benestar.

El que intentarem fer és explicar el grau de monopoli que exerceixen els grans lobbys farmacèutics internacionals a l'hora de fixar els

preus. Seria bo, però, obrir un debat, necessari, útil i urgent en aquests àmbits de l'accés als fàrmacs, de la investigació i la recerca mèdica, de la col·laboració pública i privada en tots aquests processos i de la recuperació per part de la societat, i de la salut de les societats i pobles més necessitats, dels diners que les administracions públiques, via impostos dels seus ciutadans, destinen a aquests sectors esmentats. Es calcula que entre els governs i els consumidors es financen el 84% de les despeses de la investigació, mentre que només el 12% correspon als laboratoris. Calcular, saber, l'efecte retorn d'aquests diners és rellevant.

Els 25 laboratoris més importants (en el quadre 1, hi ha els 20 primers del 2015 i en el 2, els 10 primers del primer semestre del 2016) controlen el 50% del mercat mundial de fàrmacs. Aquesta força oligopolística se sustenta en la investigació i el desenvolupament (I+D) —recordem que una part molt important és finançada amb diners públics—, en l'apropiació dels guanys mitjançant el sistema de patents i en el control de mitjans de comercialització dels medicaments.

El poder d'aquestes empreses no es limita exclusivament a fixar preus, inaccessibles, molts cops, a una gran part de la població mundial (es

Intentarem explicar el grau de monopoli que exerceixen els grans "lobbys" farmacèutics internacionals a l'hora de fixar els preus

Quadre 1.- Ingressos en milions d'euros dels laboratoris internacionals més importants. El 31 de setembre de 2015

LABORATORI	€
Novartis (Suïssa)	46.000
Roche (Suïssa)	43.700
Pfizer (EUA)	41.750
Sanofi (França)	36.390
MSD (EUA)	34.700
GSK (Regne Unit)	30.628
Sinopharm (Xina)	30.530
Gilead (EUA)	29.400
Janssen (EUA)	27.800
Bayer (Alemanya)	22.875
AstraZeneca (Regne Unit)	21.700
Abbvie (EUA)	19.140
Amgen (EUA)	18.870
Eli Lilly (EUA)	17.530
Teva (Israel)	17.115
Allergan (Irlanda)	15.890
Bristol-Myers Squibb (EUA)	14.420
Novo Nordisk (Dinamarca)	13.900
Takeda (Japó)	13.190
Otsuka (Japó)	11.825

Font: Bloomberg i Cinco Días

Quadre 2.- Ingressos trimestrals en milions d'euros dels laboratoris internacionals més importants. El 30 de juny de 2016

LABORATORI	€
Pfizer (EUA)	23.095
Roche (Suïssa)	23.025
Novartis (Suïssa)	21.256
MSD (EUA)	16.916
Sinopharm (Xina)	16.823
Sanofi (França)	15.426
GSK (Regne Unit)	14.808
Gilead (EUA)	13.542
AstraZeneca (Regne Unit)	12.804
Abbvie (EUA)	10.959

Font: Cinco Días

calcula que uns 2.000 milions de persones al món es veuen privades del seu dret a la salut i a la venda de productes que poden danyar la salut dels malalts, sinó que arriba també a l'esfera política i la seva influència en els governs és més que manifesta. En els últims anys s'han incrementat considerablement les compres i les fusions justificades, ambdues, per guanyar quota de mercat. Calen mesures polítiques, a escala internacional, per frenar aquest procés de monopoli. No es pot ser fatalista i pensar que no hi ha res a fer. L'any passat Obama va aturar la fusió entre l'americana Pfizer i la irlandesa Allergan, i ho va fer perquè el domicili social de la nova empresa seria a Irlanda (allí l'impost de societats és del 12,5%, molt més baix que als EUA). És clar, la realitat és que aquesta actitud del llavors president es devia no a la lluita contra els monopolis, sinó a evitar que els Estats Units perdesin poder en el mercat mundial de medicaments a favor d'Europa. No sé les concessions que segur que devia fer l'expresident Obama; en tot cas, faig referència a aquest fet perquè sapiguem que la solució és bàsicament política, i ja sabem que en la globalització aquella ha perdut la jerarquia que tenia sobre l'economia.

Malgrat tot, aquest gest d'Obama, encara que fos bo per aturar el monopoli, es produeix en un context econòmic en què hi ha una política de protecció a la indústria farmacèutica, no només als EUA, sinó a la gran majoria de països desenvolupats, a través d'exempcions i reduccions fiscals (molt probablement, per aquesta via van anar les concessions fetes a Pfizer). El polèmic i a la vegada perillós TTIP (Acord Transatlàntic pel Comerç i la Inversió) inclou mesures de major protecció a la indústria farmacèutica, la qual cosa demostra que els beneficis d'aquests grans laboratoris no són fruit de la competència — del mercat—, sinó de la protecció i el poder que com a lobbys tenen. Només un detall: durant l'any 2014 els principals fabricants de fàrmacs van gastar 40 milions en lobbying³, entre els quals cal comptar els destinats a impulsar el TTIP.

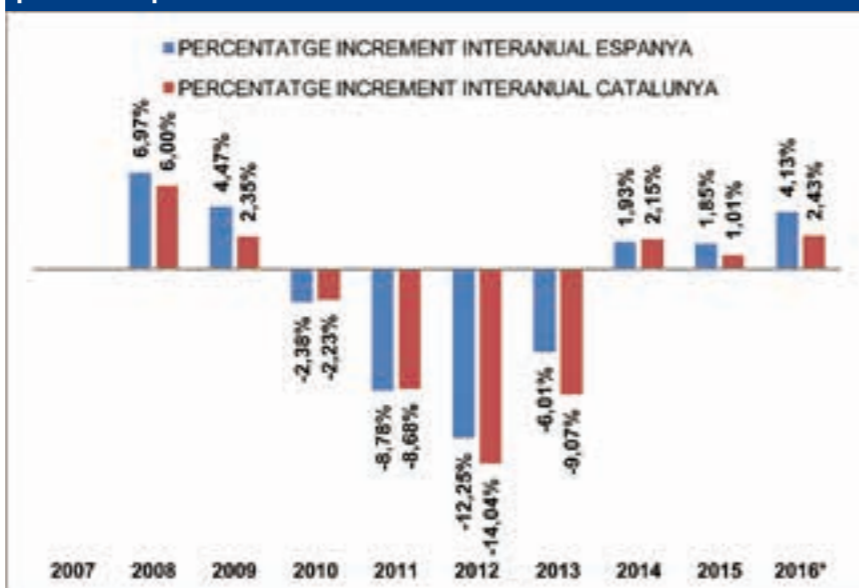
De la xifra de vendes (quadres número 1 i 2) dels laboratoris més importants, i perquè la lectora tingui una idea de la importància de les xifres, el volum de negoci del primer és, aproximadament, igual al 23% del PIB de Catalunya, i més del doble que l'empresa espanyola que

Quadre 3.-Despesa pública en productes farmacèutics (milers euros)

	ESPANYA	CATALUNYA	% INCREMENT INTERANUAL ESPANYA	% INCREMENT INTERANUAL CATALUNYA
2007	11.191.128	1.736.965	---	---
2008	11.970.955	1.841.168	6,97%	6,00%
2009	12.505.693	1.884.516	4,47%	2,35%
2010	12.207.683	1.842.481	-2,38%	-2,23%
2011	11.135.402	1.682.548	-8,78%	-8,68%
2012	9.770.933	1.446.251	-12,25%	-14,04%
2013	9.183.250	1.315.135	-6,01%	-9,07%
2014	9.360.456	1.343.426	1,93%	2,15%
2015	9.535.131	1.357.058	1,87%	1,01%
2016*	9.069.722	1.268.533	4,13%	2,43%

*Les xifres de despesa són fins al mes de novembre i els percentatges, del novembre del 2015 al novembre del 2016. Font: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat

Gràfic 1.- Increments interanuals despesa pública en productes farmacèutics



* Els percentatges del 2016 són del novembre del 2015 al novembre del 2016. Font: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat

va facturar més l'any 2015, que va ser Merck, amb 20.831 milions d'euros. Aquesta jerarquia a escala internacional és pràcticament igual a la de l'Estat espanyol, sobretot pel que fa als primers llocs. A Espanya, els laboratoris més importants, segons vendes, són pràcticament

els mateixos. Al costat d'aquests grans i poderosos, trobem laboratoris petits i autònoms emprenedors que, sotmesos al poder d'aquells, tot just podran trobar la subsistència en un segment de mercat molt petit. "Dios aprieta pero no ahoga", diu la

famosa frase castellana. Doncs en aquests mercats tan monopolitzats el capitalisme també estreny molt però no acaba d'ofegar.

És manifest que les famoses lleis del mercat estan fent aigües pertot arreu o, si ho voleu més políticament correcte, estan fallant més del compte. Això és així perquè els preus ja no els determina el mercat (hem assenyalat ja que els beneficis són més producte de la protecció i poder que de la competència), sinó que els fixen les empreses que monopolitzen els fàrmacs. El procés normal s'inverteix, el preu no va del mercat a l'empresa, sinó d'aquesta al mercat. Els principals laboratoris químics industrials imposen els preus, les condicions i els hàbits i les formes de consum; també en el món sanitari, l'oferta crea la seva pròpia demanda. Encara que a la pràctica hem de distingir entre preu de mercat del producte farmacèutic i preu que paga el consumidor, per a la despesa pública destinada a finançar la compra dels fàrmacs (Reial Decret 177/2014, de 21 de març, publicat al BOE de 25 del mateix mes), el laboratori ingressa íntegrament el preu que marca i que porta incorporada la taxa de guanys.

A partir dels preus de referència marcats per l'Ordre Ministerial publicada al BOE, de 17 d'octubre de 2015, es pot desagregar el preu de venda al públic d'un medicament en els diferents valors afegits que cada un dels agents participa en el total del preu final. Una primera aproximació a aquesta desagregació ens donaria, amb IVA incorporat, els següents percentatges: laboratori, 65% del preu final, 10% majorista, i farmàcia, 25%. Evidentment, aquests percentatges representen una mitjana, la qual cosa suposa diferències, per sobre i per sota dels percentatges descrits, si analitzéssim un per un els medicaments. És inqüestionable, però, que tot tipus de mesura, intervenció o despesa pública en el preu dels medicaments podrà afectar les farmàcies, els majoristes o la recaptació via fiscal (IVA), però no al preu de venda del laboratori, que és intocable.

No hem d'oblidar que també hi ha molta despesa pública destinada a la investigació mèdica i, pel que sembla, els beneficis d'aquesta inversió van a parar finalment al compte de resultats dels grans laboratoris, ja que l'administració no produeix fàrmacs. És cert, hi ha una col·laboració publicoprivada en tots els processos d'investigació

científica, en el nostre cas, sanitària, però no oblidem que pel que fa a l'empresa privada aquests recursos s'amortitzen (incorporant-los al preu de cost del fàrmac o deduint-los fiscalment, i també s'integren al cost els 207 milions que l'any 2015, segons Farmaindustria, van destinar els laboratoris a professionals per a la seva formació, assistència a congressos o similars), amb la qual cosa la rendibilitat està assegurada. No estem dient que una empresa quimicofarmacèutica exerceixi d'ONG, no, però sí que en el preu del fàrmac hi ha incorporat tot allò que s'ha hagut de gastar perquè el medicament pugui veure la llum. En canvi, el retorn social de la despesa pública és molt més problemàtic, ja que el sector públic, com he assenyalat, no produeix medicaments. D'altra banda, a aquesta despesa hi hauríem de sumar la destinada a reduir el preu de venda al pacient.

Si no s'actua directament i/o indirectament sobre els preus d'origen, la despesa pública farmacèutica (quadre 3 i gràfic 1) pot arribar a ser insostenible, amb la qual cosa no només perilla la salut dels malalts, sinó el mateix estat del benestar. Trencar el monopoli de la indústria farmacèutica només es pot aconseguir eliminant l'actual protecció (sobretot la fiscal) i aturant totes les adquisicions i fusions que suposin passar a tenir quotes de mercat superiors al 25%. Ja ho hem dit, les mesures han de ser internacionals, la Unió Europea (UE) ja té feina si vol ser útil i justificar, en part, la seva existència.

Del quadre 3 i gràfic 1, es dedueix que la despesa farmacèutica pública va tenir un descens l'any 2010, descens que ha durat fins al 2013. La causa d'aquesta baixada va ser la instauració del copagament en els medicaments (mentre, els preus de fabricació, de monopoli, no es toquen). Tanmateix, un cop acabat l'impacte inicial, observem que la mesura del copagament ja ha perdut força. Per què? Doncs, perquè l'estabilitat de preus no existeix i el copagament perd força si els preus pugen malgrat la proporcionalitat establerta.

Resten coses per fer. De tota manera, i com a conclusió final, o les autoritats polítiques i econòmiques assumeixin aquest caràcter de monopoli del mercat de fàrmacs o l'accés a aquests serà sempre més limitat.

Ramon Morell
Economista

NOTES

- 1 Luyendijk, J. Entre tiburones. Una temporada en el infierno de las finanzas. Malpaso Ediciones. Barcelona, 2015.
- 2 Gøtsche, P.C. Medicamentos que matan y crimen organizado. Los Libros del Lince. Barcelona 2014
- 3 Mantener relaciones i interactuar directamente amb l'administració nord-americana i europea.

El futur dels fàrmacs versus preu: visió ètica

"La salut no té preu, però té un cost".

La bioètica és una disciplina que neix la dècada dels 70 del segle passat i que durant aquests anys ha anat deliberant sobre diferents aspectes de la pràctica mèdica. El gran debat de finals del segle XX va ser com compaginar el major desig d'autonomia dels malalts versus la vocació de beneficència i no maleficència del metge, base de la medicina des de temps hipocràtics. En canvi, el gran debat de principis del segle XXI és el del principi de justícia: com prioritzar, en una medicina en constant innovació però cada vegada més cara, i en un sistema de recursos limitats, en la qual tot allò que sigui tècnicament possible no podrà ser finançat.

La despesa en farmàcia és un gran exemple del debat del principi de justícia. Sense anar més lluny, a la Regió Sanitària de Lleida quasi el 20% del total de la despesa del CatSalut és en receptes mèdiques, a la qual caldria afegir la despesa cada vegada més gran en Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatoria (MHDA) i de medicació hospitalària. I aquesta despesa va en augment. En un sistema de recursos limitats, tot allò que gastem de més en una partida anirà en detriment de les altres partides pressupostàries, de manera que una major despesa en farmàcia, si no es pot augmentar el pressupost, hauria d'obligar a retallar en altres punts del sistema.

Sense entrar en el debat sobre l'infrafinançament del sistema sanitari, està clar que tenim un problema si la despesa en farmàcia augmenta, i això és el que passa any rere any, fins i tot sense comptar la despesa associada a novetats tan importants com els nous tractaments contra l'hepatitis C.

Ambedu altres matisos ens trobem? La recerca en farmacologia

O les autoritats polítiques i econòmiques assumeixen el caràcter de monopoli del mercat dels fàrmacs o l'accés serà sempre més limitat

és extremadament cara, i també subjecta a risc. Per un fàrmac que surt al mercat i representa una novetat terapèutica, n'hi ha molts altres, amb molts milions de dòlars o d'euros perduts, que es queden pel camí. D'altra banda, la majoria de la recerca està en mans d'empreses privades amb ànim de lucre, que volen un retorn de la inversió i del risc que els implica la recerca. Això implica pactar amb les administracions preus cars per als nous fàrmacs. Si aquestes empreses no poden guanyar diners, no invertiran i, per tant, no hi haurà nova recerca i no s'avançarà en la terapèutica de moltes malalties.

Encara hi ha més perversions del sistema actual. No totes les malalties són igual de rendibles per invertir en recerca de nous fàrmacs. Seran més rendibles les malalties molt prevalents, que requereixin tractaments de llarga durada i que les pateixin sobretot persones dels països més rics que, per tant, finançar els nous fàrmacs. La depressió, la hipertensió i la diabetis són bons exemples d'aquest tipus de malalties. En canvi, les malalties rares i les malalties pròpies del Tercer Món no compleixen aquests criteris i, per tant, són molt menys interessants per a la recerca. Si no, fixem-nos en el nombre de novetats que van apareixent i per a quines malalties són.

El debat, com es veu, és complex,

Ara bé, en el debat de la sostenibilitat de la despesa de farmàcia, no tot és ni de bon tros una visió únicament macroallunyada de la nostra consulta. Nosaltres, els metges assistencials, també tenim responsabilitats quan decidim, en un pacient determinat, quin fàrmac indiquem i quines variables ens fan decidir de prescriure'n un en lloc d'altres alternatives terapèutiques. El debat beneficència-autonomia versus justícia queda obert.

Dr. Josep Pifarré
Dra. Montse Esquerda

Los nuevos medicamentos, una buena noticia que debemos gestionar adecuadamente

Es muy probable que hayamos iniciado una nueva era en terapéutica. Con alguno de los nuevos medicamentos que tendremos a nuestra disposición acertaremos mucho más en los tratamientos, lo que supondrá, para algunos pacientes, que vivan más años y con una mejor calidad de vida.

Aunque hay voces críticas respecto a la entrada de nuevos medicamentos argumentando falta de



Els metges assistencials també tenim responsabilitats quan decidim, en un pacient determinat, quin fàrmac indiquem

i la solució no és fàcil. Però parafrasejant el desaparegut professor Montoliu, en medicina només hi ha diagnòstic, diagnòstic i diagnòstic. El primer pas per poder tractar algun trastorn és tenir un bon diagnòstic. O, segons Prochaska i DiClemente, el primer pas abans d'actuar es plantejar-nos que tenim un problema, de la mateixa manera que només aconseguirem que un pacient deixi de fumar si abans s'ha plantejat que el tabac li podia ser perjudicial. Només buscarem canviar i trobar solucions si abans ens plantejem que el sistema sanitari té un problema de sostenibilitat i que el preu dels nous fàrmacs és una part molt important del problema. La pregunta és el primer pas de la solució.

experiència, su alto coste o su escasa aportación a la terapéutica, estos puntos de vista se debilitan cuando, objetivamente, un medicamento o una combinación aporta un avance inapelable.

Muchas veces este avance es reconocido retrospectivamente, pero cada vez con mayor frecuencia ya es apreciable desde el momento de la investigación. Así ocurre, aunque no exclusivamente, en el ámbito de los tratamientos oncológicos con medicamentos de la mano de la inmunoncología.

Es difícil conocer con precisión los medicamentos que tendremos en el futuro, pero algunos estudios cifran en más de 7.000 los medicamentos en desarrollo.¹ Una parte de estos

medicamentos en investigación nunca verá la luz, porque quedarán descartados durante su desarrollo o durante la evaluación. Pero es evidente que otros sí superarán año a año las pruebas preclínicas y clínicas exigidas por las agencias de evaluación y serán autorizados. Son y serán las buenas noticias que nos ofrece la investigación de medicamentos y que tenemos la obligación de gestionar adecuadamente.

Como la investigación de nuevos medicamentos es mundial, es imparable. Globalmente, el aporte de nuevos medicamentos seguirá su ritmo y no parece que pueda quedar supeditado a la actuación puntual de un gobierno o la marcha de una compañía farmacéutica determina-

da. Cada año se autorizan nuevos medicamentos y las perspectivas futuras son excelentes, como señala la FDA.² La oncología es el campo preferido (uno de cada 4 fármacos) y, por tanto, también el ámbito más prometedor. Los avances en oncología ya son notables: para los pacientes europeos diagnosticados en 2012, más de 66.000 vivirán al menos 5 años más en comparación con los diagnosticados en la década anterior.³ Alrededor del 75% de los pacientes en edad laboral vuelven a su trabajo después de un tratamiento contra el cáncer.⁴ Y los medicamentos, junto con el diagnóstico precoz y las nuevas estrategias del abordaje del cáncer, son los causantes de estos buenos datos.

El panorama científico y sanitario es alentador. El panorama económico puede ser un impedimento, en opinión de algunos reguladores, porque los nuevos medicamentos tienen precios muy altos.

La explicación del coste de los medicamentos está en el esfuerzo en investigación, y hay que considerar que muchos medicamentos en investigación son abandonados por insuficiencias en los datos relativos a eficacia o seguridad, de manera que las compañías farmacéuticas repercuten en los que finalmente ven la luz dichos costes. Puesto que los requisitos son mayores y la investigación más exigente y costosa, podemos explicar estas cuantías que, por otra parte, están avaladas

por estudios fármaco-económicos que presentan los laboratorios a las autoridades en el proceso de intervención de precio.

El retorno a estas inversiones en I+D se produce en el momento de la comercialización. A diferencia de lo que sucedía en el pasado, es raro que un medicamento se comercialice durante mucho tiempo como único exponente para una determinada indicación. Nada más ser autorizado el primer medicamento en su clase, se autorizan seguidamente sus competidores, entre los que se reparten el mercado de la indicación. Incluso tenemos ejemplos en el caso del tratamiento de la hepatitis C, en el que los primeros medicamentos autorizados (boceprevir

o telaprevir) han sido superados y ya no se encuentran en el mercado, antes incluso de que finalicen sus respectivos periodos de protección. En estos momentos, la dinámica de la autorización de nuevos —y muy buenos— medicamentos puede afectar incluso a las expectativas de los derechos de protección, cuando tales derechos nada tienen ya que proteger.

La industria farmacéutica es muy consciente de que los nuevos medicamentos suponen un notable avance, pero tienen unos precios elevados. Es obligado, por tanto, establecer estrategias conjuntas para evitar que únicamente quienes puedan pagar tengan acceso a determinados tratamientos.

Posiblemente, la consecuencia más directa de la irrupción de estos nuevos tratamientos llevará (está llevando) a la revisión de algunas ineficiencias del propio sistema sanitario fuera del ámbito del medicamento. Ello, sumado al firme compromiso que mantiene la industria farmacéutica con los sistemas públicos de salud cooperando con las autoridades sanitarias en modelos de precio y financiación flexibles, como los acuerdos de riesgo compartido o el pago por resultados, ha de favorecer el acceso a estas novedades, en un marco en el que la entrada de biosimilares dejará un espacio que también contribuirá al acceso de futuras innovaciones. Con todo, debemos trabajar en este campo y buscar más modelos de financiación que permitan un acceso equitativo a la innovación. Esta será la tarea, no resuelta hoy, que ocupará buena parte de los debates entre los distintos actores sanitarios y la industria.

Debe tenerse en cuenta que el acceso a los medicamentos está afectado por la compartimentación competencial de los decisores públicos. Las ventajas derivadas de un determinado tratamiento, como la reducción de estancia hospitalaria, la disminución de reacciones adversas, la mejora en la calidad de vida del paciente o el restablecimiento laboral, muchas veces no se consideran adecuadamente porque la partida presupuestaria relativa a medicamentos debe responder a otros parámetros. También esto está cambiando, pero será imprescindible una aproximación más amplia al tema presupuestario, o de lo contrario no podremos hacer frente a estas novedades, y creo que esto es precisamente lo que nos exige a todos la sociedad: que sepamos

administrar adecuadamente las buenas noticias que llegan en forma de nuevos medicamentos.

Emili Esteve Sala

Ejecutivo en empresa farmacéutica

NOTES

1 EFPIA, Medicines costs in context. Páginas 4 y 15 en: <http://aipm.hu/data/upload/files/rendezvenyek/From%20innovation%20to%20outcomes,%20medicines%20cost%20in%20context.pdf>

2 U.S. Food and Drug Administration Center of Drug Evaluation and Research. January 2016. Página 6. Ver en: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/DrugInnovation/UCM481709.pdf>

3 Bengt Jönsson et al. Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicines in Europe Revisited, 2016 – página 16: 2000-2002 5-year survival rate in all cancers in Europe: 51.55% 2000-2007 5-year survival rate in all cancers across Europe: 54%; Incidence in 2012 in Europe: 2,707,000. Ver en: http://www.ihe.se/filearchive/2/2651/IHE%20Report%202016_4_.pdf

4 EFPIA, Medicines costs in context (Fuente externa: Amir Z 2009 Cancer Survivorship and employment Occup Med, based on studies carried out in the US and in the North-West of England). Página 34 en: <http://aipm.hu/data/upload/files/rendezvenyek/From%20innovation%20to%20outcomes,%20medicines%20cost%20in%20context.pdf>

Fàrmacs i el seu cost: un repte per als sistemes de salut

Les intervencions farmacològiques constitueixen una part fonamental de la Medicina, especialment de la Medicina Clínica, i, juntament

amb les intervencions de tipus no farmacològic, permeten l'atenció holística de les diverses patologies. En molts sistemes públics de salut dels països desenvolupats, el cost dels medicaments és totalment o parcialment aportat pel sistema, la qual cosa ha implicat que, atès l'extraordinari creixement i diversificació de la terapèutica farmacològica i l'augment continuat del preu dels medicaments i de les intervencions no farmacològiques, tot plegat constitueixi un problema de sostenibilitat del sistema sanitari en el present i planteji interrogants sobre el futur manteniment d'aquesta pota essencial de l'estat del benestar.

Si un determinat fàrmac ha de ser utilitzat en pacients, ha de complir una condició *sine qua non*, i és

que sigui eficaç per tractar aquella patologia per a la qual s'ha desenvolupat. El mètode universalment acceptat per definir l'eficàcia d'un medicament o d'una intervenció no farmacològica és l'assaig clínic. Per tant, totes aquelles molècules o altres tipus de intervencions que hagin de formar part de l'arsenal terapèutic han d'haver superat aquesta fase en pacients.

Moltes vegades es fa equivalent el terme eficàcia a curació de la malaltia que cal tractar. Aquest pot ser el cas en algunes malalties infeccioses. Però com és sabut, si alguna cosa caracteritza l'evolució de la nostra societat és l'augment continuat de gent gran, amb la gran càrrega de malalties cròniques que això comporta. Com és evident, en les malalties cròniques, l'objectiu no pot ser la desaparició de la malaltia, sinó efectuar una contenció dels danys que pot causar. En el mateix camp de les infeccions, un exemple de malaltia que no es pot eradicar, però sí tractar per tal d'evitar-ne les conseqüències, és la infecció pel virus de la immunodeficiència humana. El terme eficàcia incorpora sempre el terme seguretat, ja que en les anàlisis emprades per a l'avaluació de la eficàcia, els abandonaments o interrupcions de qualsevol fàrmac o intervenció en estudi es consideren fracassos del tractament en qüestió.

Una vegada avaluada l'eficàcia de un determinat tractament o intervenció, és imperatori tenir una avaluació de l'efectivitat. Efectivitat és eficàcia al millor preu, i com el seu nom clarament indica, introdueix en l'avaluació d'un medicament o intervenció el component econòmic, o sigui, el cost del medicament/intervenció. Això dona lloc a l'avaluació del cost/eficàcia, que permet al clínic disposar d'un element addicional a l'hora de prendre decisions davant d'un determinat pacient amb una determinada patologia. Per tant, semblaria lògic disposar d'aquest element de decisió almenys per a les patologies més freqüents, però això, desgraciadament, no és sempre així. En el cas de la infecció per VIH, el Grupo de Estudio del Sida (GESIDA), de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), posa a disposició dels clínics implicats en el tractament d'aquesta infecció un estudi de cost-eficàcia anual per tal de saber quina és la millor combinació cost-eficaç per iniciar el tractament antiretroviral.

Els últims controls sobre l'eficà-

Es obligado establecer estrategias conjuntas para evitar que solo quienes puedan pagar tengan acceso a determinados tratamientos



cia, la seguretat i l'efectivitat dels fàrmacs els efectuen les agències reguladores, tant a escala nacional (en el nostre cas, l'Agència Espanyola del Medicament) com supranacional (en el nostre cas, l'Agència Europea del Medicament). Aquestes són, en última instància, les que després d'avaluar els fàrmacs/intervencions donen llum verda a l'últim pas, que sol ser la negociació del preu amb l'administració sanitària. Hi ha sistemes sanitaris, com l'alemany, que no aproven fàrmacs amb preus superiors als fàrmacs de referència (el que es denomina *premium prize*) si no han aconseguit demostrar en assaigs clínics randomitzats superioritat envers el fàrmac/intervenció de referència o *gold standard*.

Una mesura de l'efectivitat d'un fàrmac/intervenció són els denominats anys de vida ajustada per qualitat (QALY - Quality-Adjusted Life-Year), que representen una mesura genèrica de la càrrega d'una malaltia, incloent-hi la quantitat i també la qualitat de la vida viscuda o guanyada. S'utilitzen en l'avaluació econòmica de les intervencions mèdiques. Un QALY equival a un any en perfecte estat de salut, mentre que si la salut d'un individu no és bona, els QALY es quantifiquen per sota d'un a l'any. Està mort significa un QALY de 0. Les agències reguladores i altres agències, com, per exemple, l'agència NICE (National Institute for Health and Care Excellence), utilitzen aquests indicadors per aprovar i categoritzar els fàrmacs/intervencions que pretenen obtenir aprovació per ser utilitzats en un determinat context i àmbit geogràfic, i solen fixar punts de tall econòmics per definir el cost-efectivitat de cada fàrmac/intervenció.

L'assistència sanitària en general i les intervencions farmacològiques en particular han sofert els darrers anys un increment en progressió geomètrica, tant en quantitat com en qualitat. Tot això està condicionat, en bona part, per determinants demogràfics evolutius de les nostres societats. El resultat final d'aquesta situació és l'increment rampant de la despesa sanitària, que, sens dubte, suposa un repte per al manteniment de l'estat del benestar. Aquesta és una tasca feixuga en la qual tots tenim la nostra part de responsabilitat. En el cas dels que practiquem la Medicina en un sistema públic de salut com el nostre, tenim la responsabilitat no només d'una utilització el més acurada possible de les intervencions farmacològiques i no far-

macològiques, sinó també d'emprar les que tenen una millor efectivitat, sempre amb el principi hipocràtic en ment de "Primum non nocere".

Dr. Pere Domingo

Cap del Servei de Malalties Infeccioses
Hospitals universitaris Arnau de Vilanova i Santa Maria
Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida)
Universitat de Lleida

Medicament, cost i utilitat terapèutica: com trobem l'equilibri?

En aquests darrers mesos, i coincidint amb els temps de crisi econòmica i amb la sortida al mercat de nous fàrmacs curatius, però de cost elevat, com els antivirals d'acció directa per al tractament de la infecció crònica pel VHC, es torna a obrir el debat —ja viscut amb els antiretrovirals— sobre el cost dels tractaments i el dret dels malalts a accedir a medicaments essencials per a la seva salut. D'altra banda, es posa en evidència la importància de destinar els recursos sanitaris a aquelles intervencions que tenen un impacte real en la salut de les persones.

Per posar-nos en context, és necessari conèixer algunes dades. La despesa farmacèutica a Catalunya l'any 2015 ha estat aproximadament de 2.250 milions d'euros, dels quals un 61% s'han destinat a fàrmacs dispensats amb recepta a les oficines de farmàcia i un 39%, a medicaments de dispensació ambulatoria als hospitals. Aquesta despesa suposa un 25% de la despesa sanitària pública de l'any 2015 a Catalunya i un increment respecte a la despesa farmacèutica del 2014 de l'11,11%. El grup farmacològic que ha tingut un major impacte en aquest increment ha estat el dels fàrmacs per al tractament de les hepatitis, amb un increment del 368,3%. Els grups amb més participació en la despesa total de farmàcia són, per ordre, citostàtics, fàrmacs per a l'hepatitis, antiretrovirals i fàrmacs per a la diabetis.

Per a la majoria de medicaments, la fixació del preu i la decisió de finançament correspon a l'Estat espanyol; no obstant això, les comunitats autònomes són les que n'assumeixen els costos. El preu dels nous fàrmacs és, en general, alt o molt alt. S'ha estimat que el



preu de sofosbuvir (nova molècula per al tractament de l'hepatitis C) a Espanya, el setembre del 2015, era d'uns 25.000 € per pacient i tractament, aproximadament 277,5 vegades superior al cost de producció. Aquests preus, i la dificultat per sufragar-los per part del sistema sanitari, condicionen l'accés dels malalts als tractaments.

Davant d'aquest escenari, les comunitats autònomes promouen algunes iniciatives per modular aquesta despesa, com l'assignació de pressupostos per medicaments dispensats, tant a les oficines de farmàcia mitjançant recepta com per medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria (MHDA) als serveis de farmàcia hospitalaris, la definició del posicionament terapèutic dels nous medicaments (mitjançant els Programes d'Harmonització Farmacoterapèutica, a Catalunya), les tarifes per procés per MHDA o els esquemes de pagament basats en resultats també per alguns MHDA, en què es pretén que els beneficis del laboratori que comercialitza una molècula siguin paral·lels als que genera en la salut de les persones. Aquests acords són una eina clau per ajudar a

regular algunes incerteses (eficàcia, seguretat, cost-efectivitat, etc.) dels medicaments i distribuir els riscos entre els diferents agents del sistema. Actualment, aquests esquemes s'estan aplicant en medicaments de l'àrea oncohematològica i de la reumatologia en alguns hospitals de Catalunya.

Com pot contribuir el metge a la contenció de la despesa farmacèutica des de la seva consulta?

La prescripció de nous fàrmacs suposa una de les causes principals d'increment de la despesa farmacèutica. En aquest cas, cal ser crítics i prudents. No tots els nous fàrmacs són innovacions terapèutiques. Les innovacions són aquelles que aporten avantatges i beneficis respecte a les opcions terapèutiques ja existents. El grau d'innovació es mesura sobre la base de criteris d'eficàcia, seguretat, conveniència i cost. Molts nous medicaments es basen en noves formes farmacèutiques, en combinacions de fàrmacs o en isòmers o metabòlits de la molècula original, sense avantatges clínics rellevants i amb un cost molt superior.

D'altra banda, la informació disponible quan es comercialitza un nou fàrmac prové d'un nombre limitat d'assaigs clínics, amb durades curtes i amb un nombre petit de pacients, els quals solen tenir poca morbiditat i, com a conseqüència, són poc representatius de la realitat a la consulta. A més a més, des del punt de vista de seguretat, el disseny dels estudis, en general, no permet detectar potencials efectes adversos amb baixa prevalença o que apareguin a llarg termini. La revista francesa *Prescrire* va analitzar el valor terapèutic afegit dels nous medicaments comercialitzats entre el 2005 i el 2014. Al voltant del 25% tenien un valor terapèutic afegit, més del 50% no tenien cap valor i al voltant d'un 17% presentaven un balanç benefici-risc dubtós.

La selecció del principi actiu amb la mateixa eficàcia i menor cost dins d'un grup farmacològic o la prescripció de biosimilars contribueix a la contenció de la despesa farmacèutica. Des de fa uns anys, disposem de medicaments biosimilars, que són medicaments biològics que es desenvolupen perquè siguin similars a un altre medicament biològic ja comercialitzat, la patent del qual

ha caducat. Alguns medicaments biològics que tenen biosimilar són l'eritropoietina, filgrastim, infliximab, insulina glargina, etc.

En conclusió, es destinen molts recursos econòmics al finançament dels medicaments, els quals, en ocasions, tenen un preu tan alt que condiciona l'accés universal de tots els pacients. Les administracions autonòmiques busquen fórmules per modular la despesa, però el paper del metge en la selecció del medicament més eficient és clau. A l'hora de prescriure, és obligatori fer un balanç entre el benefici, els riscos i els costos associats a aquell fàrmac. Atès que els recursos són limitats, és imprescindible invertir-los en aquelles intervencions sanitàries que han demostrat resultats clínicament rellevants en salut. Amb la prescripció diària a les consultes mèdiques, s'estan gestionant milions i milions d'euros. La utilització eficient dels medicaments és una responsabilitat compartida.

Esther Ribas

Farmacèutica. Unitat de Farmàcia. ICS

BIBLIOGRAFIA

- ISGlobal. Hepatitis C: el nuevo campo de batalla por el acceso a medicamentos esenciales. Innovación y acceso. [online] Barcelona: Creative Commons, 2016;1-20. Disponible a https://www.isglobal.org/es/web/guest/publication/-/asset_publisher/ljGAMKTwu9m4/content/hepatitis-c-el-nuevo-campo-de-batalla-por-el-acceso-a-medicamentos-esenciales [Accés 3 Ago. 2016].
- CatSalut. Memòria del CatSalut 2015. Barcelona: CatSalut, 2016; 146-74. Disponible a http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2015/memoria_catsalut_2015_integra.pdf [Accés 4 Ago. 2016].
- Laporte JR, Bosch M. Crisis y política de medicamentos. Aten Primaria 2012;44:306-8.
- Neumann PJ, Cohen JT. Measuring the value of prescription drugs. N Engl J Med 2015;373:2595-7.
- Anònim. El gasto farmacéutico: una responsabilidad compartida. INFAC 2010;18:43-8.
- Anònim. Evaluación de nuevos medicamentos en España. Boletín Terapéutico Andaluz, 2007;23(1):1-4.
- Gagne JJ, Choudhry NK. How many "me-too" drugs is too many? JAMA 2011;305:711-2.
- Anònim. L'année du médicament : quelques progrès en 2014, dans un flot de médicaments plus dangereux qu'utiles, mal évalués ou trop chers. Rev Prescrire 2015;33:132-6.

Oncología integrativa, abordaje holístico del tratamiento del cáncer

La medicina integrativa es aquella que combina las terapias médicas convencionales y las terapias complementarias, que disponen de evidencia científica de máxima calidad, seguridad y eficacia.

En los últimos años, las tasas de mortalidad por cáncer han disminuido notablemente gracias a las mejoras en las campañas de prevención, cribado y a los grandes avances de los tratamientos convencionales (radioterapia, quimioterapia y cirugía). Estos reducen la mortalidad, pero los efectos secundarios que producen durante el tratamiento y una vez finalizado disminuyen notablemente la calidad de vida de los pacientes.

La oncología integrativa complementa los aspectos que no alcanzan los tratamientos estándares, no solo durante el tratamiento oncológico y en los cuidados paliativos, sino también en la prevención de esta enfermedad. Para muchos representa el siguiente paso en la atención sanitaria del paciente oncológico. La introducción de estas ha conseguido mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y en algunos casos, al evitar los efectos secundarios provocados por la quimioterapia o la radioterapia, han podido continuar el tratamiento sin necesidad de detenerlo o de disminuir la dosis administrada.

En los centros médicos donde esta nueva visión terapéutica está correctamente establecida, el abordaje asistencial del paciente se lleva a cabo en equipo. El equipo está constituido tanto por los especialistas en las terapias convencionales como por los profesionales especializados en las terapias complementarias. Este equipo multidisciplinar logra obtener una visión mucho más global del paciente y, a la vez, evitar que recurra a personas no cualificadas, que se dedican a promover las llamadas "terapias alternativas", las cuales pueden tener consecuencias devastadoras para el paciente, ya sea interfiriendo en el tratamiento, disminuyendo su eficacia o provocando graves complicaciones que en ocasiones han causado la muerte de los pacientes.

La oncología integrativa ya se ha puesto en marcha en centros como el Hospital Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York¹, donde disponen de una de las áreas más importantes sobre investigación y tratamiento en este campo, y es el centro de referencia a nivel mundial. Centros de referencia tales como el hospital MD Anderson

La oncología integrativa complementa los aspectos que no alcanzan los tratamientos estándares

El abordaje asistencial del paciente se lleva a cabo en equipo

Las terapias complementarias abarcan múltiples procedimientos



Hospital Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York



La medicina integrativa fomenta la práctica del ejercicio físico

de Texas y otros numerosos centros de Estados Unidos y Canadá también disponen de áreas especializadas en esta terapéutica. A nivel europeo, la oncología integrativa se está empezando a implantar en distintos países como Alemania, Francia o Italia, entre otros.

Las terapias médicas complementarias abarcan múltiples tipos de procedimientos. Las que mayor evidencia científica han demostrado tener y mayor interés despiertan entre los pacientes son la acupuntura, el ejercicio físico y

las dietas complementadas con plantas medicinales.

La acupuntura²⁻⁵ ha demostrado ser la más efectiva frente a diversas dolencias, porque controla el dolor, reduce la ansiedad, la depresión, la astenia crónica y la xerostomía en pacientes sometidos a radioterapia de cabeza y cuello. Es muy útil para controlar los flashes de calor en los pacientes sometidos a hormonoterapia. Todos los estudios realizados hasta la fecha han concluido que mejora notablemente la calidad de vida de



La acupuntura controla el dolor y reduce la ansiedad y la depresión

los pacientes, no posee ningún efecto secundario y, además, no interfiere con ningún tratamiento.

Los tratamientos convencionales debilitan mucho a los pacientes físicamente y producen una gran astenia, que puede llegar a ser crónica una vez superada la enfermedad; por ello, el ejercicio físico es imprescindible durante el tratamiento y una vez finalizado. La medicina integrativa fomenta la práctica de ejercicio físico⁶⁻⁸ ya sea caminar, ejercicios cardiovasculares o la natación, pero también

los que son más comunes en la medicina oriental, ya que todos ellos incluyen la meditación⁹, la cual ha demostrado ser efectiva en la reducción del estrés y la depresión. Entre ellos, destacan el yoga¹⁰⁻¹⁵, capaz de reducir la ansiedad y la depresión, aumenta la cantidad y calidad del sueño sin tener que recurrir al uso de hipnóticos y potencia los efectos de la radioterapia externa. El qigong¹⁶⁻¹⁷ mejora el estado anímico, la función cognitiva, reduce la ansiedad y síntomas físicos tales como dolor, parestesias y

vértigos. En estudios recientes se ha demostrado su efectividad en la reducción del linfedema en los pacientes sometidos a linfadenectomía completa¹⁸. El taichí¹⁹⁻²⁴ mejora la calidad de vida de forma similar al qigong, dado que es una variante del mismo pero menos intenso. Todos ellos mejoran la calidad de vida, reduciendo la inflamación y la astenia. Son, de entre todas las terapias CAM, los que mayor adherencia presentan por parte de los pacientes a corto y largo plazo.

La alimentación y los suplementos con plantas medicinales son los que actualmente tienen una mayor repercusión a nivel social y mediático.

La oncología integrativa considera que una buena alimentación es fundamental a la hora de mejorar los resultados de los tratamientos y la calidad de vida de los pacientes. Las dietas propuestas por estos especialistas fomentan el consumo de verduras, frutas, legumbres, pescado fresco, reducción de la ingesta de carne y de grasas e incluyen los principios de la medicina tradicional china y la ayurveda, que utilizan distintos tipos de plantas medicinales y remedios naturales para completar la dieta. Todos ellos tienen grandes beneficios, pero es necesario conocer sus interacciones con el tratamiento al que está sometido el paciente.

El conjunto de plantas medicinales utilizadas por la medicina integrativa es muy variado y numeroso, de forma que solo mencionaré las que actualmente son más populares entre los pacientes. Podemos destacar la cúrcuma²⁵⁻²⁹, que posee características antineoplásicas y sensibiliza las células tumorales frente a la radioterapia y quimioterapia²⁶, pero está contraindicada si el paciente está bajo tratamiento con ciclofosfamida³⁰, ya que reduce su eficacia.

Diversos estudios afirman que los fitoestrógenos³¹⁻³⁴ disponen de propiedades antineoplásicas y disminuyen los efectos secundarios de los tratamientos convencionales. Entre ellos, destaca la soja, un producto muy común, con numerosos efectos antineoplásicos, pero que disminuye los efectos terapéuticos del tamoxifeno³⁵⁻³⁶, por lo que es muy importante alertar a los pacientes si utilizan este producto mientras se someten al tratamiento. Otro ejemplo es el lino³⁷⁻³⁸, que algunos avalan que reduce el crecimiento celular y las metástasis en el cáncer de mama³⁹, próstata⁴⁰⁻⁴³ y ovario⁴⁴, y aumenta la eficacia del Trastuzumab⁴⁵.

Acerca de los antioxidantes en forma de suplementos alimenticios, hay una gran controversia sobre su utilización⁴⁶⁻⁴⁷, ya que múltiples publicaciones no dejan clara su eficacia durante el tratamiento oncológico, e incluso hay estudios que demuestran que pueden ser perjudiciales al provocar interacciones farmacológicas. Por ello, por el momento no se recomienda su uso hasta poder

llegar a una conclusión definitiva sobre su consumo en forma de suplementos.

Dadas la gran abundancia y variedad de las terapias complementarias MAC, que cada día son más numerosas, el equipo responsable de estas terapias del Hospital Memorial Sloan Kettering Cancer Center ha creado una app llamada *About herbs*. En ella encontramos, por orden alfabético, toda la información acerca de las mismas, sus orígenes, su mecanismo de acción, farmacocinética, farmacodinamia e interacciones medicamentosas. Es muy útil para verificar toda la información que deseemos sobre este tema, sabiendo que sin duda es una fuente fiable de información.

A modo de conclusión, me gustaría apuntar que estas nuevas terapias están adquiriendo cada vez más relevancia y sobre todo despiertan cada vez más el interés por parte de los pacientes y de sus familias. En nuestro territorio, muchos pacientes se sienten cohibidos comentando dichas terapias con sus médicos, debido a que muchos de ellos se muestran escépticos sobre su verdadera eficacia terapéutica.

Como resultado, lo que está sucediendo en nuestro medio es un gran intrusismo por parte de personas no cualificadas, que están logrando confundir las terapias complementarias con las alternativas, las cuales carecen de cualquier tipo de evidencia científica. Los pacientes muchas veces terminan por seguir las indicaciones de este tipo de personas sin comentárselo a su médico o incluso llegan a abandonar el tratamiento para seguir solo con este tipo de terapias.

Por ello, creemos que todos los médicos y demás profesionales de la salud que estén en contacto con estos pacientes, por mucho que a nivel personal desconfían de la eficacia de estas terapias, tendrían que intentar investigar o informarse para poder aconsejar a los pacientes de la mejor forma posible y también porque, si los pacientes no se sienten cohibidos al expresar sus dudas o deseos de querer saber más, evitaremos que recurran a estas terapias alternativas sin evidencia científica. Adjuntamos abundante bibliografía al respecto.

Dra. Miriam Rivera y Dr. Joan Viñas

BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.mskcc.org/cancer-care/treatments/symptom-management/integrative-medicine/>
2. Javdan, Cassileth. Acupuncture Research at Memorial Sloan Kettering Cancer Center. *J. Acupunct Meridian Stud.* 2015 Jun;8(3):115-21.
3. Michael F Johnston, Ron D Hays, Ka-Kit Hui. Evidence-based effect size estimation: an illustration using the case of acupuncture for cancer-related fatigue, *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2009, 9:1.



Una buena dieta es fundamental



Hay diversos remedios naturales para complementar la dieta



App creada por el Hospital Memorial Sloan Kettering Cancer Center

4. Cohen M, Kay, Dr. P.H., Joseph C, Mark C, David R, J. Lynn, Amy S, Qi W, Ying Z, Luming L, Chaosu H, Qi Z, Genming Z. Acupuncture Can Prevent Radiation-Induced Chronic Dry Mouth Radiation therapy for head and neck cancer, acupuncture has shown for the first time to reduce the debilitating side effect of xerostomia. MD Anderson C.C and F.U Shanghai CC. *The Journal of Cancer.* Nov 10,2011.
5. Cobos Romana. Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 2013; 20(5): 263-277.
6. Hartescu I, Morgan K, Stevinson CD. Increased physical activity improves sleep and mood outcomes in inactive people with insomnia: a randomized controlled trial. *J Sleep Res* 2015.
7. Gleeson M, et al. The anti-inflammatory effects of exercise: mechanisms and implications for the prevention and treatment of disease. *Nat Rev Immunol.* 2011;11(9):607-15
8. Sanchis-Gomar F, Quilis CP, Lucia A. Antidepressant Effects of Exercise: A Role for the Adiponectin-PGC-1alpha-kynurenine Triad? *J Cell Physiol.*2015; 230(10):2328-9.
9. Carlson LE, Doll R, Stephen J, et al. Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *J Clin Oncol.* 2013; 31(25): 3119-3126.
10. Buffart LM, Van Uffelen JG, Riphagen II, Brug J, van Mechelen W, Brown WJ, Chinapaw MJ: Physical and psychosocial benefits of yoga in cancer patients survivors, a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cancer.* 2012 Nov 27; 12:559.
11. Marcy McCall, Melanie McDonald, Sally Thorne, Alison Ward and Carl Heneghan: Yoga for Health-Related quality of life in adult cancer: A randomized controlled feasibility study. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015; 2015:816820.
12. Cramer H, Lauche R, Langhorst J, et al. Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety.* 2013; 30 (11): 1068-1083.
13. Mustian KM, Janelsins M, Peppone LJ, Kamen C. Yoga for treatment of insomnia among Cancer patients: evidence, mechanisms of action, and clinical recommendations. *Oncol Hematol Rev.* 2014; 10 (2):164-168.
14. Chandwani KD, Perkins G, Nagendra HR, et al. Randomized, controlled Trial of Yoga in women with breast cancer undergoing Radiotherapy. *J Clin Oncol.* 2014.
15. Ben-Josef AM, Wileyto EP, Chen J, Vapiwala N. Yoga intervention for patients with prostate cancer undergoing External Beam Radiation Therapy: a pilot feasibility study. *Integr Cancer Ther.* 2015; PMID: 26590125.
16. Wang F, Man JK, Lee EK, Wu T, Benson H, Frichione GL, Wang W, Yeung A. The effects of Qigong on anxiety, depression, and psychological well-being: a Systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013; 2013: 152738.
17. Chen Z, Meng Z, Milbury K, et al. Qigong improves quality of life in women undergoing radiotherapy for breast cancer: results of randomized controlled trial. *Cancer.* 2013 May 1; 119(9):1690-8.
18. Fong SS, Ng SS, Luk Ws, et al. Effects of Qigong Exercise on upper limb Lymphedema and blood flow in survivors of breast cancer: a pilot study. *Integr Cancer Ther.* 2013 Jun 7.
19. Klein PJ, Adams WD. Comprehensive therapeutic benefits of Tai Chi: a critical review. *Am J Phys Med Rehabil.* Sep 2004; 83(9):735-745.
20. Reid-Armdt SA, Matsuda S, Cox CR. Tai Chi effects on neuropsychological, emotional and physical functioning following cancer treatment: a pilot study. *Complement Ther Clin Pract.* Feb 2012; 18(1): 26-30.
21. Zeng Y, Lou T, Xie H, Huang M, Cheng AS. Health benefits of Qigong and Tai Chi for cancer patients: a systematic review and Meta-analysis. *Complement Ther Med.* 2014 Feb; 22 (1):173-86.
22. Pan Y, Yang K, Shi X Liang H, Zhang F, Lv Q. Tai chi chuan exercise for patients with breast cancer: a systematic review and Meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015 Feb; 2015:535237.
23. Kim YH, Kim HJ, Ahn SD, Seo YJ, Kim SH; Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complement Ther Med.*2013 Aug; 21(4):379-87.
24. Campo RA, O'Connor K, Light KC, et al. Feasibility and acceptability of a Tai Chi randomized controlled trial in senior female cancer survivors. *Integr Cancer Ther.* Nov 2013; 12(6): 464-474.
25. Jantan I, Bukhari SN, Lajis NH, et al. Effects of diarypentaoid analogues of curcumin on chemiluminescence and chemotactic activities of phagocytes. *J Pharm Ppharmacol.* Mar 2012; 64(3): 404- 412.
26. Qiao Q, Jiang Y, Li G. Curcumin improves the antitumor effect of X-ray radiation by blocking the NF-KappaB pathway: an in vitro study of lymphoma. *Anticancer Drugs.* Jan 23, 2012.
27. Díaz Osterman CJ, Gonda A, Stiff T, Sigaran U, Valenzuela MM, Ferguson Bennit HR, Khan S, Wall NR. Curcumin induces pancreatic adenocarcinoma cell death via reduction of the inhibitors of apoptosis. *Pancreas.* 2016 Jan; 45(1): 101-9.
28. Thomas R, Williams M, Sharma H, Chaudry A, Bellamy P. A double-blind, placebo-controlled randomised trial evaluating the effect of a polyphenol-rich whole food supplement on PSA progression in men with prostate cancer- the UK. NCNR. Pomi-T study. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2014 Jun; 17(2): 180.
29. Palatty PL, Azmidah A, Rao S, et al. Topical application of a sandal wood oil and turmeric based cream prevents radiodermatitis in head and neck cancer patients undergoing external beam radiotherapy: a pilot Study. *Br J Radiol.* 2014 Jun; 87(1038): 20130490.
30. Somassudaram S, Edmund NA, Moore DT, et al. Dietary curcumin inhibits chemotherapy-induced apoptosis in models of human breast cancer. *Cancer Res.* Jul 2002; 62(13): 3868-3875.
31. Huang KC. *The pharmacology of Chinese Herbs.* 12 Ed. New York. CRC Press. 2014.
32. Moyad MA, Sark WA, Hirano D, et al. Complementary medicine for prostate cancer: effects of soy and fat consumption. *Rev Urol.* 2013; 3 suppl 2:S20-30.
33. Lee JY, Kim HS, Song YS. Genistein as a potential anticancer agent against ovarian cancer. *J Tradit Complement Med.* April 2012; 2(2): 96-104.
34. Rossi M, Edefonti V, Parpinel M, Lagioui P, et al. Proanthocyanidins and other Flavonoids in relation to endometrial cancer risk: a case-control study in Italy. *Br J Cancer.* Oct 2013; 109(7): 1914-20.
35. Andrade JE, Ju YH, Baker C, Doerge DR, et al. Long-term exposure to dietary sources of genistein induces estrogen-independence in the human breast cancer (MCF-7) xenograft model. *Mol Nutr Food Res.* 2015 Mar; 59(3):413-23.
36. Lee J, Cho K. Flaxseed sprouts induce apoptosis and inhibit growth in MCF-7 and MDA-MB-231 human breast cancer cells. *In Vitro Cell Biol Anim.* April 2012; 48(4): 244-50.
37. Hillman GG, Singh-Gupta V, Lonardo F, Hoogstra DJ, et al. Radioprotection of lung tissue by soy isoflavones. *J Thorac Oncol.* Nov 2013; 8(11):1356-64.
38. Gong Yang, Xiao-Ou Shu, Hong-Lan Li, et al. Prediagnosis Soy food consumption and lung cancer survival in women. *J Clin Oncol.* April 2013; 31(12):1548-53.
39. Chen J, Stavro PM, Thompson LU. Dietary flaxseed inhibits human breast cancer growth and metastasis and expression of insulin-like growth factor and epidermal growth factor receptor. *Nutrition and Cancer.* 2002; 43:187-92.
40. Zhang HY, Cui J, Zang Y, et al. Isoflavones and Prostate Cancer: a review of some critical issues. *Chin Med J (Engl).* Feb 2016; 129(3): 341-347.
41. Ahmad IU, Forman JD, Sarkar FH et al. Soy isoflavones in conjunction with radiation therapy in patients with prostate cancer. *Nurt Cancer.* 2010; 62 (7): 996-1000.
42. Van Die MD, Bone KM, Emery J, Williams SG, et al. Phytotherapeutic interventions in the management of biochemically recurrent prostate cancer: a systematic review of randomised trials. *B J U Int.* 2016 Feb 22.
43. Hackshaw-McGeagh LE, Perry RE, Leach VA, et al. A systematic review of dietary, nutritional, and physical activity interventions for the prevention of prostate cancer progression and mortality. *Cancer Causes Control.* 2015 Nov; 26(11):1521-50.
44. Eilati E, Bahr JM, Hales DB. Long term consumption of flaxseed enriched diet decreased ovarian cancer incidence and prostaglandin E2 in hens. *Gynecol Oncol.* Sep 2013; 130(3): 620-8.
45. Manson JK, Fu M, Chen J, Thompson Lu. Flaxseed oil enhances the effectiveness of trastuzumab in reducing the growth of HER2-overexpressing human breast tumors (BT-474). *J Nutr Biochem.* Jan 2015; 26(1):16-23.
- 15(59):46-56.
46. Block K: Antioxidants and cancer therapy: Furthering the debate. *Integr Cancer Ther* 3:342-348, 2004.
47. Hughes DJ, Fedirko V, Jenab M, et al. Selenium status is associated with colorectal cancer risk in the European prospective investigation of cancer and nutrition cohort. *In J Cancer.* Mar 2015; 136 (5)1149-61.

Fisioteràpia tradicional a Mali: una bona opció de tractament

A Mali, com en altres països de l'Àfrica, el 75% de la població depèn de la medicina tradicional pel que fa a l'Atenció Primària de salut. És a dir, la medicina tradicional és sovint l'única font d'atenció de salut a disposició dels pacients pobres o geogràficament distants.

Tenint en compte aquestes dades, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), en la Declaració d'Alma Ata (1978), va catalogar com a prioritat la integració de les teràpies tradicionals als sistemes de salut institucionalitzats, o sigui, al sistema biomèdic. Més tard, el pla estratègic 2014-2023 defineix com a objectius estratègics, d'una banda, el desenvolupament d'una base de coneixements i la creació de sistemes de seguretat en la pràctica de la teràpia tradicional i, de l'altra, la promoció de la cobertura sanitària universal (CMU).

El govern de Mali ha donat suport durant dècades a la investigació i el desenvolupament de la medicina tradicional. De fet, per la Llei 81-17/AN-RM, de 31 de març de 1981, va crear l'Institut Nacional d'Investigació en Salut Pública, que va ser erigit en l'Establiment Públic de l'Administració (EPA) per la Llei 93-014/AN-RM, d'11 de febrer de 1993. Aquesta estructura es va formar per la fusió de tres entitats diferents:

- L'Institut Nacional de Biologia Humana i el Laboratori Central de Biologia des del 1981.

- Divisió de Medicina Tradicional de l'Oficina de Farmàcia de Mali a partir de l'any 1986.

L'any 2006, l'Institut va créixer i va passar d'Establiment Públic d'Administració (EPA) a Establiment Públic d'Investigació Científica i Tecnològica (EPST) per l'Ordenança 06-007/P-RM, de 28 de febrer de 2006.

L'any 2005 es va adoptar una política nacional adreçada a la medicina tradicional per contribuir a la millora de la salut de la població i el desenvolupament humà sostenible a través de l'ús racional dels recursos de la medicina tradicional,



A la imatge de dalt, pacients "ingressats" a Samanko. A sota, a l'esquerra, immobilització amb malla de bastons; a la dreta, immobilització amb cartrons

principalment de la farmacopea. Des del 1979, un dels objectius d'aquesta política és el desenvolupament i l'estandardització de les medicines tradicionals.

La medicina tradicional és practicada pels terapeutes tradicionals, els quals tenen un paper important en el sistema de salut a Mali, on hi ha tot un marc legal i regulador per a la pràctica d'aquesta medicina, de manera que aquests professionals poden obtenir una certificació després de provar el seu coneixement i la seva experiència. A Mali, hi ha més de 300 associacions de medicina tradicional organitzades en una federació nacional, i el nombre de terapeutes per càpita és d'aproximadament 1 per cada 500 habitants.

Un aspecte important que cal tenir en compte és la forta convicció de l'eficàcia de les teràpies utilitzades pels terapeutes per la població de Mali i la visió comuna compartida pel terapeuta i el pacient pel que fa a la malaltia en totes les seves dimensions: físiques, espiritu-



als i socials.

No oblidem, d'altra banda, que en aquest, com en molts altres països subsaharians, el sistema biomèdic, basat en la tecnologia, es veu molt limitat per la falta de recursos, tant materials com humans, mentre que el terapeuta tradicional disposa dels mitjans que necessita per a la seva pràctica: la fitoteràpia i els elements magicoreligiosos.

A Mali existeixen molts estudis que destaquen l'eficàcia de les medicines tradicionals, en particular de la seva farmacopea. No obstant això, són pocs els estudis relacionats amb l'eficàcia de les tècniques físiques en el camp de la traumatologia tradicional. Si bé és cert que es van realitzar estudis sobre l'eficàcia d'aquesta especialitat a la regió de Bandiagara que revelaven la seva adequació en termes de resultats, fins a l'actualitat mai s'havia fet una anàlisi de les tècniques des de la perspectiva biomèdica. Davant d'aquesta carència, percebuda, tanmateix, com una llacuna de coneixement per la comissió encarregada de revisar el pla de salut governamental, durant la meua estada a Mali em vaig centrar en aquesta tasca.

Com a part de la investigació de la meua tesi doctoral en el camp de l'antropologia mèdica sobre la discapacitat i la fisioteràpia tradicional a l'Àfrica occidental, durant els anys 2015 i 2016 he fet una estada de diversos mesos al districte de Bamako i vaig dedicar aquest temps bàsicament a dues activitats:

- Treballar, sota règim de voluntariat, en els serveis de rehabilitació dels hospitals públics de Mali de més complexitat, l'Hôpital Gabriel Touré, l'Hôpital du Mali i l'Hôpital Point G, on he pogut fer una aproximació als coneixements i les habilitats dels meus companys kinèsitèraps, als itineraris seguits pels pacients, les lògiques internes del sistema de salut, les seves virtuts i mancances i la limitació funcional resultat de iatrogènia, tant per part del sistema mèdic tradicional com biomèdic, en què vaig observar, malauradament, per part d'aquest últim una major incidència.

- Acompanyar, en qualitat d'aprenent, diversos fisioterapeutes tradicionals, de manera que he tingut l'oportunitat d'observar les seves actuacions terapèutiques, principalment de la família Niaré, situada al barri de Banconi i considerada com el grup de *traumatologues traditionnels* més reputats de Bamako. Aquesta activitat m'ha permès fer un registre de les tècniques físiques emprades i de l'evolució clínica de més de cent pacients atesos per diversos trastorns de l'aparell locomotor, principalment fractures, esquinços i luxacions: els resultats d'aquest seguiment han mostrat l'eficàcia dels tractaments seguits pels pacients.

Respecte a les tècniques utilitzades, tant en el cas de Niaré com de Guindo i Doumbia, els altres terapeutes tradicionals estudiats, la reducció de la fractura

»es fa després d'una acurada palpació.

Pel que fa a la immobilització dels segments ossis, diverses són les virtuts de la metodologia emprada, de les quals cal destacar:

1. La immobilització aplicada només bloqueja els segments ossis involucrats en la fractura i allibera les articulacions adjacents, fet que impedeix l'efecte secundari no desitjat que encara avui podem observar als nostres serveis de rehabilitació: la rigidesa articular, que obliga la majoria dels pacients a assistir, durant setmanes o mesos, a rehabilitació, on practicarem mobilitzacions articulares particularment doloroses.

2. En lloc d'un guix estàtic, la família Niaré utilitza una immobilització dinàmica: un cartró ondulat gruixut, amb les línies estructurals disposades de forma paral·lela al segment d'os fracturat, que l'envolta de manera que sempre s'adapta perfectament al perímetre del membre: si aquest s'incrementa per la tumefacció present durant els primers dies d'evolució, el cartró s'afluixa. De la mateixa manera, quan es desinfla el membre, el cartró embolicat al voltant de l'extremitat s'estreny o es tanca i s'adapta perfectament a la superfície del cos, maximitzant així la fixació i evitant efectes adversos com la compressió vascular o fixació deficient que posen en perill la curació òssia.

Els *traumatologues traditionnels* de les famílies Guindo i Doumbia utilitzen per a la immobilització bastons plans de fusta obtinguts del tronc del bambú o d'altres arbres locals. Aquests bastons, amb els extrems lligats per una corda, formen en conjunt una malla paral·lela a l'os fracturat. A aquesta estructura s'afegirà un bastó guia, ubicat sobre el focus de fractura, tot provint de més especificitat a la immobilització.

3. Finalment, un avantatge del protocol d'atenció d'aquests traditerapeutes és el següent: la immobilització de l'os no es fa fixa i de forma continuada durant totes les setmanes de curació, com acostumem a fer al sistema biomèdic. El trauma tradicional visita el pacient cada dos o tres dies, retira la immobilització i avalua la posició dels fragments ossis, la tumefacció, etc. En cas de fractura oberta, practiquen cures, combinant medicina tradicional i biomèdica, amb la utilització de productes a base d'herbes juntament amb povidona iodada i pomades antibiòtiques com a mesures antisèptiques.

Cal assenyalar que la família Guindo utilitza, a més, el sagnat i la ventosa, tècniques antigues i eficaces emprades tant en la medicina xinesa com en la islàmica, i que ajuden a eliminar les toxines dels teixits.

Un altre aspecte important és l'accessibilitat econòmica, temporal i geogràfica del pacient a aquests serveis:

1. Els costos d'atenció són assequibles: les despeses inherents al procés terapèutic, des de la primera visita fins a la recuperació completa del pacient que



Mussa Niaré fent teràpia manual

acudeix al terapeuta tradicional, poden correspondre a una desena part de les despeses relacionades amb el seguiment biomèdic en un hospital públic, atès que en aquest país el sistema públic de salut és de copagament.

2. Accessibilitat temporal: el fisioterapeuta tradicional, tot i establir uns dies i unes hores de visita, assisteix 24 hores, 365 dies a l'any, les urgències.

3. Accessibilitat geogràfica: professionals especialitzats en traumatologia tradicional estan presents en totes les comunitats. La ràtio de traditerapeutes és clarament més òptima que la de professionals de la salut per habitant, i és d'1 terapeuta tradicional per cada 500 habitants, davant 7.250 habitants per a cada metge o 1.930 per a cada infermer.

D'altra banda, aquests terapeutes tradicionals acostumen a dedicar una part de la seva jornada a viatjar a les llars dels pacients, quan aquests, pel seu estat físic (dificultat de moviment i desplaçament), per raons socials o per barres arquitectòniques, no poden anar a

la consulta.

Finalment, m'agradaria denunciar un problema de la salut pública que té lloc, des de fa anys, a Samanko, dins del districte de Bamako: més de 300 pacients víctimes de fractures viuen, durant els mesos que dura la seva recuperació, ingressats de forma gratuïta als domicilis dels veïns d'aquest poble per rebre tractament i seguiment per part de Bourama Doumbia, un *traumatologue traditionnel* que es responsabilitza no només de la seva atenció sanitària, sinó també de la manutenció, en cas que sigui necessari. Per poder donar aquest servei, ja fa anys va crear una associació de pacients, expacients i simpatitzants. Amb la quota d'associat, mil francs CFA, menys de dos euros, se sufraga aquest projecte, però cal dir que les condicions de salubritat en què viuen els pacients deixen molt a desitjar.

Carme Campoy Guerrero
Fisioterapeuta i antropòloga
Professora de la Universitat de Lleida



Els riscos de quan volem ésser molt complaents

Les normes jurídiques civils, tant el ja centenari Codi Civil comú com el més recent Codi Civil de Catalunya, en llurs disposicions preliminars, que ocupen les primeres ratlles del text, incorporen disposicions en què es requereix bona fe en l'exercici dels drets i en les relacions interpersonals.

Entenem que hom actua de bona fe quan es compassa la conducta a les conviccions ètiques de la societat, la qual cosa resulta exigible en tots els àmbits de la vida social.

Aquesta breu introducció ve a tomb després de llegir una sentència del Tribunal Suprem, de 30 de setembre de 2016, que condemna un metge (psiquiatre-neuròleg) de grana a pagar una indemnització de 6.000 euros a una persona que no havia visitat ni era pacient de la seva consulta. El metge havia lliurat un informe que indicava que aquesta persona estava afectada de gelopatia delirant paranoide, i el tribunal ho considera ofensiu per a la seva dignitat i honor.

L'informe que ha motivat la condemna va ser lliurat a petició de qui llavors era l'esposa del demandant, quan la parella estava enfrontada en un procés de divorci complicat amb amenaces i vexacions en l'àmbit familiar.

L'informe explica, breument, el procés assistencial seguit per la senyora, afectada de trastorn d'ansietat generalitzada amb crisi o atacs d'angoixa i ansietat, i amb història de migranyes amb afectació oftàlmica, dolor hemicranial i símptomes neurològics associats. Afegeix que "el marido que ha sido visto por mí padece una celopatía delirante paranoide, que constituye el principal factor desequilibrador emocional en la paciente".

Aquest informe va servir de base per

Una dona demana al seu psiquiatre que lliuri un informe mèdic en què consti que el seu marit és l'origen dels seus mals

a la denúncia formulada per l'exesposa contra l'exmarit per suposades amenaces i vexacions en l'àmbit familiar, que va donar lloc a un procés penal que va acabar amb sentència absolutòria per al denunciat. Dins d'aquest procés penal, i per tal d'argumentar la pròpia defensa, l'exmarit va demanar al metge un nou informe en què es fes constar que mai l'havia visitat i que no patia cap afectació de gelosia.

Es així com un any després, i en relació amb l'informe anterior, el mateix metge lliura un segon informe, després de visitar el marit, en què fa constar que "no se detecta patologia psicològica evidente. El informe que me fue solicitado por su ex esposa, D^a Maria Dolores, de fecha 19 de noviembre de 2008, en el que hacía constar que padecía una celotipia delirante paranoide, dicho diagnostico solamente está basado en la información aportada por la paciente arriba indicada".

I a partir d'aquí, l'exmarit denunciava i absolt, sobre la base d'un informe mèdic irregular, comença el camí per obtenir una reparació dels danys causats a la seva imatge social, honor i reputació. L'exmarit reclama una indemnització al metge que va emetre l'informe, a petició de l'exesposa, sense

haver-lo examinat mai, ni de bon tros. Inicialment la seva demanda va ser desestimada amb l'argument que l'informe del metge es considerava un peritatge, lliurat en interès del jutjat. Però el TS, discrepant d'aquet criteri, afirma que no estem davant un peritatge, sinó d'un informe de complaença que no té cap mena de protecció.

El TS no té cap dubte sobre l'afectació de l'honor del demanant i acaba dient: "Estamos ante la elaboración de un diagnóstico innecesario para poder determinar la realidad familiar de su paciente frente a su esposo e injustificado respecto de una persona que no era paciente del demandado, al que ni siquiera examinó específicamente, y de la comunicación o revelación a su paciente de unas conclusiones médicas sobre la patología observada, lo que supone un menoscabo de la dignidad y reputación del mismo, que no estaba justificado por el ejercicio de su profesión en cuanto llega a unas conclusiones graves con la única base de las manifestaciones subjetivas de la esposa y con el único ánimo de desprestigiar a su persona".

El contingut de la sentència comentada fa del tot innecessari cap comentari, però sí que ens cal tenir present el context que ha donat lloc al lliurament dels informes i a la condemna del metge.

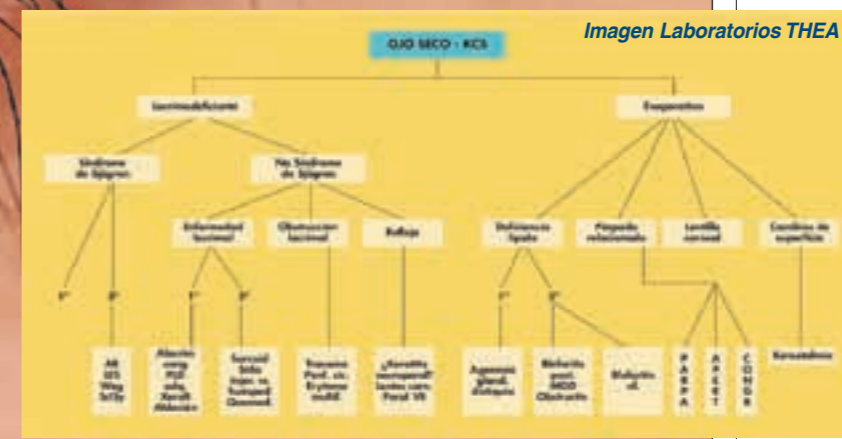
Una situació de fortes desavinences i tensions en un matrimoni, que deriven en un procés judicial de divorci i un procés penal per amenaces i vexacions en l'àmbit domèstic. Una malalta amb atacs d'angoixa, ansietat, dolors cranials i migranyes que focalitza tots els seus mals en el fracàs de la seva relació matrimonial, i que acusa el seu espòs de gelosia desenfrenada (talment com si fos un nou Otel·lo).

I en aquesta situació, li demana al seu psiquiatre que lliuri un informe en què consti el marit com l'origen dels seus mals. Segurament el psiquiatre vol quedar bé amb la seva clienta i, sense pensar-ho dues vegades, lliura l'informe i estableix un diagnòstic sobre algú que no ha vist mai. L'informe serveix de base a una denúncia penal contra l'espòs, que se sent maltractat en el seu honor i dignitat, i, quan ha obtingut l'absolució, demana ser reparat en els danys morals que ha patit.

Com passa moltes vegades, dos es barallen i rep un tercer. Aquesta vegada, podem dir que ha acabat perjudicat un professional sanitari, que va deixar a una banda l'honradesa per posar al davant una voluntat complaent amb els desigs de la pacient. Podem dir que no es tracta pas d'un tercer totalment innocent, perquè, en lliurar l'informe, va deixar de banda les més elementals normes de la bona fe.

Dr. J. Corbella i Duch
Advocat

Síndrome de ojo seco



ciones y meibomitis crónicas o agudas, lo que dificulta el flujo del menisco lagrimal. Con frecuencia hay espuma y la presencia de burbujas en los casos de blefaritis. Es importante también descartar pingüeculas o pterigión, ectropión o entropión y trastornos exoftálmicos.

Pruebas diagnósticas

Test de Shirmer: consiste en la colocación en el fondo de saco conjuntival de una fina tira de papel y, ante ese cuerpo extraño, ver la capacidad de producción de lágrima de esa persona.

Schirmer I: sin anestesia, patológico si es inferior a 10 mm después de 5 minutos.

Schirmer II: con anestesia, patológico si es inferior a 5 mm después de 5 minutos.

BUT: el estudio del tiempo de ruptura de lágrima teñida con fluoresceína. Ha de ser mayor a 10 segundos con el paciente sin parpadear.

Tinción: la fluoresceína tiñe aquellas zonas desprovistas de epitelio corneal y el Rosa de Bengala que tiñe aquellas zonas de conjuntiva o de córnea que no presentan la capa mucosa de la lágrima.

Osmolaridad de la lágrima: es una prueba que nos da información directa sobre los mecanismos patogénicos del ojo seco con un valor de corte de 316 mOsm.

Citología de impresión conjuntival: da información sobre el estado del epitelio conjuntival y de las células calcificiformes.

Tratamiento

Eliminar factores agravantes: todos los factores que incrementan la evaporación, como la exposición al viento sin gafas de sol o a ambientes con humedad, deben ser evitados.

Lágrima artificial: las diferencias de las lágrimas vienen dadas por varios factores, como la composición en electrolitos, osmolaridad, osmolalidad y viscosidad que van a dar las diferencias en cuanto al tiempo de permanencia, interferencia con la visión y la eficacia.

Tratamiento antiinflamatorio: dependiendo de la causa, puede ser útil. Corticosteroides, ciclosporina A (reduce la expresión de marcadores de inflamación en la conjuntiva)

El ojo seco es una de las patologías más frecuentes que nos encontramos en la consulta de oftalmología. Se calcula que hasta un 33% de las personas que consultan lo hacen por este motivo, aunque se manifiesta con gravedad en un porcentaje mucho menor. Se podría definir el síndrome de ojo seco como un grupo heterogéneo de enfermedades en las que la película lagrimal, bien sea por alteraciones cualitativas o cuantitativas, no consigue mantener una adecuada homeostasis de la superficie ocular. Esta enfer-

medad se ve acompañada de un aumento de la osmolaridad de la película lagrimal y de inflamación de la superficie ocular. La película lagrimal está compuesta por tres capas: Capa lipídica: la más externa, responsable de suavizar la superficie, reducir la evaporación de lágrimas y lubricar el roce palpebral. Producida principalmente por las glándulas de Meibomio. Capa acuosa: implicada en la nutrición, hidratación y defensa de la córnea. Producida por la glándula lagrimal principal y las

glándulas accesorias. Capa mucínica: ayuda a que el ojo se mantenga húmedo, adhiriendo las lágrimas o capa acuosa al ojo. Producida por las células calcificiformes. Se puede clasificar en ojo seco evaporativo y en ojo seco por falta de secreción acuosa (lacrimodeficiente):

Sintomatología

Es una enfermedad que puede cursar de manera asintomática para el paciente.

Los síntomas más frecuentes incluyen la sensación de cuerpo extraño, "arenilla en los ojos", sequedad ocular, fluctuación de la visión que se recupera con el parpadeo, epifora, ardor, prurito leve y fotofobia. Una de las características típicas del síndrome de ojo seco es su fluctuación a lo largo del día y su variación ambiental.

Hallazgos exploratorios

- Aumento de la frecuencia del parpadeo y en algunos casos blefarospasmo.

- Restregamiento repetitivo de los ojos o necesidad de tocarlos con frecuencia.
- Congestión conjuntival frecuente y periquerática, inflamación palpebral.
- En la córnea deben buscarse epitelio-patías caracterizadas por opacidades, alteraciones del epitelio, pannus subepiteliales, erosiones del epitelio, queratitis punctata, sobre todo en la mitad inferior, y filamentos mucosos/epiteliales adheridos a la córnea.
- Los márgenes palpebrales pueden aparecer irregulares (tilosis) por inflama-

o tetraciclinas (aparte del efecto antibiótico, presentan propiedades antiinflamatorias y antiangiogénicas, por lo que se usan en la rosácea ocular y la blefaritis posterior crónica). Suero autólogo vs. Plasma Rico en Factores de Crecimiento (PRGF): en casos severos. Tratamiento quirúrgico: oclusión canalicular (técnicas reversibles e irreversibles), tarsorrafia.

Dr. Diego Castanera Gratacós
Servicio de Oftalmología del HUAUV

Incapacitat Laboral

Assegurança de Renda per Baixa + Renda Invalidesa

Perquè els metges també necessitem que ens cuidin

Mutual Mèdica li assegura la seva tranquil·litat amb una renda mensual en totes aquestes situacions fins als **70 anys**.

Malaltia,
accident,
intervenció quirúrgica,
complicacions
durant la gestació
i invalidesa

Hospitalització

Permís
de paternitat

Renda mensual
fins als 70 anys
en el cas que
s'esdevingui una
incapacitat permanent
i absoluta

Permís
per risc durant
l'embaràs

Permís
de maternitat

I a més amb una desgravació fiscal de fins al 100% en l'IRPF



MutualMèdica

la mutualitat dels metges