

BUTLLETÍ MEDIC

Col·legi Oficial
de Metges de Lleida



Número 126 · Març del 2018

El COMLL compra una parcel·la de 1.300 m² per a la nova seu



**Insígnia
d'Or de la
Professió
al Dr. Joan
Viñas**



**XVI Premi a la
Solidaritat en
l'Àmbit Sanitari
del COMLL a la
Fundació Arrels**



Perquè tens moltes raons per assegurar la teva vida

- ✓ **En cas de defunció** cobreix la hipoteca i permet que la teva família mantingui els seus plans de futur.
- ✓ **En cas d'invalidesa** et permet complementar la pensió.
- ✓ **En cas d'incapacitat professional** l'assegurança et proporciona uns ingressos.

120.000 €
de cobertura
per només
94,20 €/any*

* Primes anuals en funció de l'edat i de les cobertures contractades.

Exemple calculat, entre les ofertes asseguradores del mercat, per a un assegurat/ada de 35 anys amb 120.000€ de capital de defunció per qualsevol causa. MEDICORASSE treballa amb les companyies més solvents del mercat per oferir-te la millor protecció a tu i els teus.

Informa't ara

Rambla d'Aragó, 14, Pral.
Lleida

900 10 47 22 @ medicorasse@med.es

Cuidar el metge

Tenir cura de la salut dels ciutadans és la tasca més important i la raó de ser dels professionals de la salut. Per tant, cuidar el cuidador ha de ser un dels objectius prioritaris dels gestors responsables de la sanitat catalana i lleidatana en particular. Les seves declaracions segueixen aquesta premissa, però, malauradament, els fets demostren que aquest "tenir cura dels metges" encara és insuficient.

La poca planificació davant l'epidèmia de l'habitual grip anual s'ha agreujat enguany per la seva virulència i per la limitada cobertura vacunal dels grups de risc. Fa set mesos, les notícies de l'epidèmia a Austràlia ja parlaven de morts i de la gravetat de la malaltia, i tothom sabia que aquí passaria el mateix. ¿Per què a Lleida els equips d'atenció primària només s'han reforçat amb uns pocs voluntaris i no s'ha ampliat l'horari del CUAP, com s'ha fet en altres ciutats de Catalunya?

Es donarà la resposta que es repeteix any rere any: "És que no hi ha metges." Però, ¿com volen que hi hagi metges si s'ofereixen contractes de curta durada quan en altres llocs de Catalunya i de l'Aragó es fan contractes més llargs i d'interinitats? I plou sobre mullat, perquè aquesta problemàtica afecta una atenció primària dotada amb recursos escassos i amb molts professionals que pateixen *burn out*.

No deixem que la mala experiència d'aquest hivern es quedi només en un toc d'atenció. La seva anàlisi hauria de convertir-se en una oportunitat de millora. Una oportunitat que haurien de tenir en compte tots els responsables de la sanitat pública a Lleida.



ÍNDEX

- 4-5** El COMLL compra una finca de 1.300 m² per a la nova seu
- 6** Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari del COMLL a la Fundació Arrels
- 7** El Col·legi de Metges de Lleida patrocina l'IRBLleida
- 9** Insignia d'Or de la professió al Dr. Joan Viñas Propera Jornada Pràctica sobre Patologia Oftalmològica
- 10** Taller del Dr. José Luis Almudí sobre valoració de la professió
- 14** Prop de 240 professionals en el Seminari d'Innovació en Atenció Primària
- 14** Finalitzat el curs d'Actualització en Psiquiatria
- 15-25** Debat sobre la feminització de la professió
- 26** "Certificar la defunció", article del Dr. Jesús Gasque
- 27** Parlem d'implants i dents en un sol dia

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

Josep M. Greoles Solé
María Irigoyen Ontiñano
Íñigo Lorente Doria
Jordi Melé Olivé
Vincenzo Palavicino
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Rosa Pérez Pérez
Josep Pifarré Paredero

Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santefé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas
Director:
Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
ÀGORA Comunicació,
Assessoria i Mediació, SL
Correcció: Torsitrad
Publicitat: Col·legi Oficial
de Metges de Lleida
Fotomecànica:
Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL

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



Finca situada al número 41 de l'avinguda Alcalde Rovira Roure de Lleida

El Col·legi de Metges de Lleida compra una finca de 1.300 m² per a la futura seu col·legial

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha adquirit un edifici situat en una parcel·la de 1.300 m² per traslladar-hi la seu col·legial. L'immoble, que ara com ara té dues plantes, està situat al número 41 de l'avinguda Alcalde Rovira Roure de la capital lleidatana.

La compra, aprovada per l'assemblea de col·legiats del mes d'octubre, es va formalitzar a finals de gener per un import total de 600.000 €. La búsqueda d'una nova seu era un punt del programa electoral de l'actual Junta. Des de l'inici del mandat, la direcció del COMLL cercava una ubicació estratègica de fàcil accés i pròxima als hospitals Arnau de Vilanova i Santa Maria, on treballen centenars de metges, i a la Facultat de Medicina de Lleida. Finalment, aquest propòsit s'ha materialitzat amb la compra de la finca, que actualment està llogada al restaurant Lola.

Canvi estratègic

De fet, el COMLL fa un canvi estratègic en la seva actuació per respondre a les característiques i necessitats actuals de la col·legiació. L'aposta per una nova seu obeeix a la voluntat de dotar els

La inversió comporta una reorientació estratègica dels serveis oferts a la col·legiació

metges i les metgesses d'un nou escenari i punt de trobada adequat a la realitat de la professió del segle XXI (precarització, feminització de la professió i pluralitat de procedència geogràfica i de cultures dels col·legiats, entre d'altres).

El COMLL aposta per un col·legi més proper i proactiu amb les necessitats dels afiliats amb una oferta de serveis de qualitat, eficients i útils. Per això, ja ha començat l'ampliació de la cartera de serveis als col·legiats amb el nou servei d'assessorament i tramitació laboral i, properament, posarà en marxa el servei d'assessoria informàtica i tecnològica.

La dedicació que exigeix l'exercici de la medicina deixa poc temps als professionals per ocupar-se d'altres assumptes importants que no es poden deixar



de banda, segons la Junta. Per aquest motiu, la finalitat del COMLL és oferir als col·legiats bons i suficients serveis, que els mereixin confiança i que els resolguin altres qüestions de la seva vida. D'aquesta manera, podran dedicar-se a l'exercici professional sense interferències.

Pla funcional participatiu

La Junta de Govern encarregarà un pla funcional per determinar les necessitats i les possibilitats de la nova ubicació. Per tal de prendre les decisions finals, el COMLL obrirà un fòrum de debat a la seva pàgina web perquè els col·legiats hi participin aportant idees i plantejant les seves demandes. La Junta preveu que el pla estigui enllestit en sis mesos i sol·licitar, posteriorment, les corresponents autoritzacions i efectuar les obres.

La venda o lloguer de les instal·lacions col·legials de rambla d'Aragó s'utilitzarà per finançar l'adquisició i les obres de la nova seu. Un dels principals problemes que planteja la ubicació actual és la manca d'aparcament disponible, així com dificultats per adequar-la a les noves tecnologies i limitacions arquitect-



tòniques i de l'aforament que requereix un col·legi que supera els 1.800 afiliats.

Assessoria i tramitació laboral

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha posat en marxa el nou servei d'informació, assessorament i tramitació laboral i de seguretat social per als col·legiats i les col·legiades. El servei, que ja funciona des de l'1 de gener d'enguany, ofereix:

Gestió del personal

Laboral: estudi, redacció i tramitació de contractes, rebuts oficials i transferències bancàries, ofertes d'ocupació, tramitació d'expedients de regulació d'ocupació, de prestacions d'atur i d'incapacitat, càlculs dels costos d'increment de plantilla i assegurances obligatòries establertes en els convenis col·lectius, entre d'altres.

Seguretat Social: afiliacions, altes i

baixes dels treballadors, liquidació de cotitzacions, estudi de les bonificacions dels contractes, accidents de treball i malalties, certificats de la vida laboral, estudis de jubilació, invalidesa i viduïtat.

IRPF i altres retencions: aplicació i revisió del percentatge, confecció i tramitació dels models 111 i 190 i certificats de retribucions anuals.

Recursos humans: disseny de la política d'empresa, criteris salarials i establiment de salaris, formació dels treballadors, acció social i creació de la borsa de treball de l'empresa.

Altres gestions:

- Altes i baixes del cens fiscal
- Estudis dels costos salarials i de Seguretat Social
- Fitxa tècnica de costos per treballador
- Elaboració de recursos i escrits a organismes
- Seguiment i resposta, si escau, a les inspeccions de treball

Els col·legiats que desitgin utilitzar el servei d'assessorament laboral poden demanar cita prèvia a martavidal@comll.cat.

Marta Vidal és l'advocada del COMLL que presta aquest servei.

XVI Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari del COMLL a la Fundació Arrels/Sant Ignasi

La Junta de Govern del Col·legi de Metges del Lleida, constituïda en jurat, ha atorgat el XVI Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari del COMLL a la Fundació Arrels/Sant Ignasi de Lloiola, una entitat sense ànim de lucre fundada l'any 1994 a Lleida. Aquesta fundació acull i acompanya persones sense sostre perquè recuperin la seva dignitat i la seva vida. El premi està dotat amb 6.000 € i es lliurarà a principis d'abril.

La Fundació Arrels/Sant Ignasi desenvolupa diversos programes socials. L'any 2017 va acollir 1.326 persones, en va atendre 3.987 i va acompanyar el procés de 500 més. Un total de 863 usuaris estaven empadronats a Lleida i 626 no tenien llar.

Entre els programes de la fundació, figura la seva tasca en salut. Aquesta àrea d'acompanyament individualitzat es coordina amb els agents de salut. Així s'aprofiten millor els recursos dels diferents centres i entitats, com Psiquiatria de l'Hospital Universitari de Santa Maria, el CAS, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, els CAP, l'Associació Antisida, la Fundació Salut i Comunitat, Agrupa't, Salut Mental de Ponent, Sant Joan de Déu, Projecte PSI Social i Casal de la Dona.

Altres programes

La Fundació disposa d'altres programes per atendre de manera integral les persones. Són els següents:

Centre Obert: per a persones que



La Fundació Arrels ha posat en marxa un servei de reinserció

Està dotat amb 6.000 € i es lliurarà a principis d'abril

volen descansar del carrer. Ofereix atenció social, sala d'estar, rober, bugaderia, dutes i perruqueria.

Servei d'Aliments: per a persones que necessiten un suport alimentari bàsic. És una mena de supermercat en el qual hom pot triar entre diversos aliments.

Reducció de Dany: per a persones que volen evitar els riscos del consum. Aquest servei sociosanitari ofereix intercanvi de xeringues, sales de venopunció

i inhalació assistides i un espai sanitari on es realitzen diverses proves i cures a les persones que no poden accedir al circuit normalitzat.

Reinserció: per a persones que desitgen recuperar-se, formar-se i viure de forma normalitzada en societat.

Acompanyament: per a persones que han tingut problemes d'addicció, tot i tenir les necessitats bàsiques mínimament cobertes.

Unitat Dependent: per a dones empresonades que cerquen refer la seva vida.

Arrels/Sant Ignasi desenvolupa, a més, un seguit de projectes de forma transversal que donen servei als diversos programes (hort ecològic, Club dels Diumenges, habitatge i suport legal, entre d'altres).



Els nens i les famílies assistents al lliurament de premis

Lliurament dels premis del Concurs de Dibuixos de Nadales del COMLL 2017

Edgar Melé Sala, de 3 anys, va guanyar el primer premi del Concurs de Dibuixos de Nadales del COMLL 2017. Gaspar Arenas Moles, d'11 anys, va aconseguir el segon, i Carla Prats Vicandi, d'11 anys, el tercer. Un total de 46 nens i nenes, familiars dels col·legiats, van participar en el concurs.

El Col·legi de Metges de Lleida va lliurar els premis als guanyadors el 20

de desembre en una festa infantil celebrada a la seu col·legial. Així mateix, tots els infants que van presentar els seus dibuixos nadalencs van rebre un obsequi.

El dibuix d'Edgar Melé va il·lustrar la felicitació de Nadal del COMLL, que també va reproduir en un format més petit els de Gaspar Arenas i Carla Prats.



El guanyador, Edgar Melé

El COMLL patrocina la Jornada Jesús Montoliu de l'IRBLleida

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida va patrocinar la Jornada Jesús Montoliu de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida). El COMLL és una de les entitats que col·laboren amb l'Institut en la promoció de la recerca a la demarcació de Lleida des de fa sis anys. El passat mes de desembre va aportar 1.050 € per contribuir a l'organització de l'esmentada jornada.

La Jornada Jesús Montoliu és una trobada anual organitzada pels investigadors predoctorals de l'IRBLleida. Els dies 11 i 12 de desembre, la bioquímica i biòloga molecular Àngela Nieto va protagonitzar la jornada. Nieto compagina, actualment, el càrrec de directora de la Unitat de Neurobiologia del Desenvolupament de l'Institut de Neurociències (CSIC-UMH) d'Alacant amb altres tasques en diverses associacions i comitès.



D'esquerra a dreta, el Dr. Francesc Purroy, vocal de la Junta de Govern del COMLL; la Dra. Elvira Fernández, directora de l'IRBLleida, i Josep M. Bosch, responsable de Promoció de l'IRBLleida



Servei d'aliments per a persones que necessiten suport alimentari



Un usuari del Centre Obert

Acords de la Junta de Govern del Col·legi de Metges de Lleida

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les darreres sessions i fins al 25 de gener, ha acordat i tractat, entre d'altres, els assumptes següents:

- Proclamar guanyador del concurs de felicitacions de Nadal 2017 el dibuix presentat per Edgar Melé Sala, de 3 anys; segon, Gaspar Arenas Moles, d'11 anys, i tercera, Carla Prat Vicandi, d'11 anys.
- Assistència d'una representació del Col·legi al I Congrés Nacional de l'Exercici Privat de la Medicina, celebrat a Sevilla el 9 i 10 de novembre passat, en què es van tractar assumptes del col·lectiu i es va posar de manifest la problemàtica de l'exercici privat.
- Nomenar el Dr. Mario Sirat representant de la Junta de Govern al Consell Aranés de Benestar e Salut.
- Posar en marxa, a partir del dia 1

de gener de 2018, el servei d'informació, assessorament i tramitació laboral i de Seguretat Social a la seu col·legial com a ampliació dels serveis col·legials existents.

- Preveure el pròxim funcionament d'una assessoria informàtica al Col·legi.
- Informació sobre l'homenatge, el passat 29 de novembre, del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya al Dr. Joan Viñas Salas a la seu del COM de Barcelona, acte al qual va assistir una àmplia representació del COMLL.
- Convocar un concurs de serveis de comunicació del Col·legi.
- Patrocinar la VII Jornada Extraordinària Jesús Montoliu, que es va celebrar els dies 11 i 12 de desembre. Aquest patrocini forma part de la col·laboració econòmica del COMLL amb l'Institut de Recerca Biomèdica

de Lleida.

- Col·laborar econòmicament amb el 15è Festival de Videofthalmologia, organitzat per l'Institut Lleida d'Oftalmologia, que tindrà lloc el 4 de maig de 2018.

- Informació sobre els treballs de creació d'una nova pàgina web col·legial, que s'ha previst que sigui operativa al mes de febrer de 2018.

- Atorgar el XVI Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari del COMLL al projecte solidari presentat per Fundació Arrels/Sant Ignasi (vegeu la notícia en aquest mateix BUTLLETÍ MÈDIC).

- Transformar en indefinits els contractes laborals de Marta Vidal Ximenes i Sergi Sisó Ribes, després d'haver finalitzat el període de prova.

- Informació sobre l'inici dels treballs de revisió dels estatuts del Col·legi de Metges de Lleida.

- Congelar les quotes col·legials per a l'exercici 2018. Es cobrarà de forma separada la quota col·legial i l'aportació a la Fundació para la Protecció Social de la OMC.

- Informació sobre la signatura, el 22 de gener, de l'escriptura de compra-venda, davant notari, de l'immoble de l'avinguda Rovira Roure número 41 de Lleida, una vegada s'ha disposat de tots els informes.

El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya lliura la Insígnia d'Or de la Professió al Dr. Joan Viñas

El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (COM) va lliurar el 27 de novembre la Insígnia d'Or de la Professió al Dr. Joan Viñas pel seu servei als valors del professionalisme mèdic i de l'ètica. Aquest és el reconeixement més alt que atorga el Consell.

El president del Col·legi de Metges de Barcelona, Jaume Padrós, va llegir l'acta de lliurament en un emotiu acte d'homenatge al qual van assistir la família del Dr. Viñas i companys de professió del COMLL. L'acte va sorprendre el Dr. Viñas, ja que desconeixia la concessió.

Joan Viñas ha estat mereixedor d'aquest guardó per la seva excel·lència en la pràctica clínica, acadèmica i docent en l'àmbit de la cirurgia, segons l'acta de concessió. L'acta reconeix, així mateix, el caràcter afable, integrador i dialogant que ha afavorit l'entesa en totes les institucions en què ha participat el Dr. Viñas.

Viñas va néixer a Mataró, però la seva activitat professional s'ha desenvolupat a Lleida. Ha estat degà de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida



Lliurament de la Insígnia d'Or del COM al Dr. Joan Viñas

(UdL) del 1995 al 2001; rector de la UdL (2003-2011) i, des del 2013, dirigeix l'àrea de Cirurgia de la facultat. És autor de més de 350 publicacions científiques i ha dirigit dotze tesis doctorals.

Des del 1977, el Dr. Viñas és el cap de Cirurgia General de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), on també

havia dirigit l'àrea d'Urgències i el departament de Qualitat. També a l'HUAV ha presidit el Comitè Ètic Assistencial i el Comitè Ètic de Recerca Clínica.

Joan Viñas és, des del 2013, president de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i membre numerari de l'Institut d'Estudis Catalans des del 2010.

Moviment col·legial de novembre i desembre de 2017 i gener de 2018

El COMLL ha registrat 9 altes durant els mesos de novembre i desembre de 2017 i gener de 2018: Iñigo Guisasaola Gorrochategui, Roberto Pérez Guinaldo, Wladimir Antonio Moreira Duerto, Roberto Rodrigo Cáceres, Honey Adela Pérez Calderón, Jesús Alfonso Lemus Navarro, María Molina Gómez, Patricia Belén Álvarez García i Patricia Antón Laluz.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 20 baixes en aquests tres mesos. Entre les baixes del mes de desembre, figura la defunció del Dr. Venancio Leivar Cámara.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats/des honorífics els doctors Josep Ullés Fons, Manuel Cervera del Pino, Serafín González Falcó, Josep Ramon Estadella Serrat i Miguel Peso Barajas. Total col·legiats el 31/01/2018: 1.815

Estadística de metges i metgesses col·legiats a Lleida

L'estadística dels professionals col·legiats al COMLL el 31 de desembre de 2017 és la següent:

Nombre de metges col·legiats en anys anteriors	en anys anteriors		
	TOTAL	HOMES	DONES
2013	1.721	889	832
2014	1.736	897	857
2015	1.747	874	873
2016	1.787	889	898

Nombre de metges col·legiats segons l'edat	segons l'edat		
Menors de 35 anys	290	77	213
De 35 a 44 anys	336	112	224
De 45 a 54 anys	393	161	232
De 55 a 64 anys	528	317	211
De 65 a 79 anys	117	97	20
De 70 anys i més	151	132	19
Total	1.815	896	919

Nombre de professionals col·legiats segons la situació laboral	segons la situació laboral		
No jubilats	1.602	725	877
Jubilats	213	171	42
Total	1.815	896	919

Asamblea y comida de Navidad de los médicos jubilados en el parador El Roser

La asamblea anual de la Sección de Médicos Jubilados del COMLL se celebró el 21 de diciembre, presidida por el Dr. Alberto Lorda Rosinach; el Dr. Juan Antonio de Luna y Riera, secretario; la Dra. Rosa del Agua López, tesorera, y los vocales Dra. Aurora López Gil y Dr. J. Carlos Jiménez Blasco. Durante la reunión, que se celebró en el parador nacional El Roser de Lleida, se expusieron las actividades lúdicas y culturales realizadas y las propuestas para el año 2018.

A continuació, tuvo lugar la tradicional comida de Navidad, que contó con 65 comensales. En representación de la Junta de Gobierno del Col·legi de Metges de Lleida, acudíu su secretaria, la Dra. María Irigoyen Otiñano. Durante la comida, se realizó un brindis para felicitar las fiestas navideñas y el año 2018, y se obsequió a las asistentes. La jornada discurrió con gran cordialidad y los comensales elogiaron el desenvolvimiento y el lugar elegido para realizar el acto.



Imatges del sopar dels jubilats al parador El Roser



El COMLL organitza la Jornada Pràctica de Patologia Oftalmològica

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida organitza la Jornada Pràctica de Patologia Oftalmològica, que tindrà lloc el 29 de març, de les 8.45 a les 14.45 hores, a la seu col·legial. El Consell Català de la Formació Continuada de Professions Sanitàries acredita la jornada amb 0,7 crèdits.

Programa

8.45 h: Presentació
9.00 h: *Patologia superfície ocular i parpelles*, a càrrec del Dr. Valentín Huerva, facultatiu del Servei d'Oftalmologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) i professor associat a la Facultat de Medicina de Lleida.
Tot seguit, la Dra. Isabel Caral, metgessa resident d'Oftalmologia a l'HUAV, presentarà casos clínics.

10.00 h: *Glaucoma i uveïtis anterior*, que desenvoluparà la Dra. M. Jesús Muniesa, facultativa del Servei d'Oftalmologia de l'HUAV.

Seguidament, la Dra. Sandra Martínez Somolinos, resident d'Oftalmologia a l'HUAV, exposarà casos clínics.

11.00 h: *Patologia traumàtica*, de la qual informará el Dr. Ramon Espinet, facultatiu del Servei d'Oftalmologia de l'HUAV.

Després, la Dra. Cristina Pont Vives, resident d'Oftalmologia a l'HUAV, presentarà casos clínics.

12.30 h: *Patologia macular*, a càrrec de la Dra. Fátima Sánchez Aparicio, facultativa del Servei d'Oftalmologia de l'HUAV.

A continuació, el Dr. Diego Castanera, resident d'Oftalmologia de l'HUAV, exposarà casos clínics.

13.30 h: *Patologia retinal i nervi òptic*, que desenvoluparà la Dra. Carmen Jurjo, cap del Servei d'Oftalmologia de l'HUAV.

Darrere, el Dr. Magi Vilaltella mostrarà casos clínics.

Entre les 14.30 i les 14.45 hores s'obrirà un torn de paraules per plantejar dubtes i comentaris.

Per participar en l'activitat, cal inscriure-s'hi prèviament a la secretaria del COMLL. La jornada es transmetrà també via *streaming*.



La Dra. María Irigoyen i el Dr. José Luis Almodí

La validació periòdica, un compromís social amb els pacients

La validació periòdica col·legial (VPC) és un "compromís social amb els pacients", segons el Dr. José Luis Almodí, secretari del Col·legi Oficial de Metges de Valladolid. El Dr. Almodí va impartir un taller el 6 de febrer sobre aquest tema a la seu dels col·legiats de Lleida.

El ponent va recordar que una directiva de la Unió Europea estableix la VPC, que, de moment, és voluntària, però que properament serà obligatòria per als professionals en exercici assistencial. Europa segueix, en aquest cas, el model establert en països anglosaxons com Anglaterra i els Estats Units.

La VPC acredita que metges i metgesses reuneixen uns estàndards mínims per exercir la seva professió, que, a més, estan avalats per estructures professionals (col·legis), encara que la responsabilitat correspon inicialment al Ministeri de Sanitat. El Dr. Almodí va dir que "ètica i professionalisme es constitueixen com un pressupost bàsic necessari per a l'exercici

Taller impartit pel Dr. José Luis Almodí, del COM de Valladolid

de la professió mèdica, per la qual cosa, sense la seva concurrència, no hi entra en el desenvolupament professional".

Tràmits de la VPC

La validació és un procés que els col·legis de metges proposen i faciliten a la col·legiació. Aquesta credencial acredita durant sis anys la preparació i la formació dels professionals. El procés es realitza mitjançant aplicacions informàtiques accessibles des de les webs dels col·legis i des de la web de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC).

Els col·legiats han d'aportar la documentació següent:

- Un certificat emès pel seu col·legi sobre la seva bona praxi
 - Un certificat del metge de família o de la Unitat de Salut Laboral que avaluï la seva capacitat funcional
 - Un certificat de l'empresa on treballa
 - De manera voluntària, el FMC/PPC
- La certificació positiva de la validació té caràcter públic i queda registrada al col·legi de metges i a l'OMC.

Les primeres experiències

L'OMC va aprovar el 2015 iniciar el camí, fins ara voluntari, de la VPC. El Col·legi Oficial de Metges de Valladolid va protagonitzar la primera experiència pilot i el van seguir altres entitats professionals. Per exemple, el 98,59% dels col·legiats d'Àvila han fet el procés de validació, i Andalusia és la primera comunitat en el rànquing de la VPC. Els col·legis catalans encara no han començat la implantació del procés.

El Dr. Almodí va considerar que la validació professional s'ha d'acceptar amb la mateixa normalitat amb què es fa la renovació del carnet de conduir o es passa la ITV del cotxe. A l'ensens, va afirmar que la VPC "serà, tard o d'hora, obligatòria i rutinària". A més, va destacar la gratuïtat d'aquesta certificació.

Després de la intervenció del ponent, es va obrir un debat entre les persones assistents al taller. Per primera vegada, l'activitat es va oferir via *streaming* a tots els col·legis de metges d'Espanya.

Vuitanta professionals al Curs de Diabetis, Nutrició i Endocrí

Coincidint amb el Dia Mundial de la Diabetis, es va dur a terme la segona edició del Curs de Diabetis, Nutrició i Endocrí de les Terres de Lleida, amb la presència de més de 80 professionals. La trobada va tenir lloc, el 14 de novembre al matí, al parador del Roser de Lleida.

En una primera part, els ponents van exposar temes tan pràctics com el peu diabètic, la comunicació amb el pacient i l'experiència aportada per les més de 250 cirurgies bariàtriques que s'han fet a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Seguidament, es van presentar les 10 comunicacions acceptades al curs, de les quals cal destacar l'elevat nivell que presentaven, que va quedar demostrat pel gran debat de tots els punts entre els assistents, que valoraven els estudis realitzats en els diferents equips i l'aplicabilitat dels resultats obtinguts en el dia a dia de les consultes. A continuació, es van tocar temes diversos, com el treball en una unitat de lípids, indicacions i posologia de la vitamina D o la prescripció d'una dieta en diabetis.

Durant la trobada, es van presentar els resultats provisionals obtinguts en el projecte de recerca premiat en la primera edició sobre la validació del perímetre del coll per valorar l'obesitat. També es va parlar de la manera d'elaborar una guia en diabetis.

Abans de cloure la jornada, es va

lliurar el premi al millor treball de recerca 2017, que va ser per a *Determinació de l'eficiència de l'hemoglobina glicosilada capil·lar vs. l'hemoglobina glicosilada venosa*, desenvolupat pels professionals de l'EAP Bordeta-Magraners. Així mateix, es va entregar el premi a la millor comunicació a *Compleixen el tractament farmacològic els pacients diabètics?*, de l'EAP Eixample. A tots plegats, moltes felicitats.

Després d'un breu descans, sense canviar de localització i durant la tarda, es van celebrar les ja consolidades V Jornades del Pacient Diabètic Obès, en què es va repetir l'aforament màxim de la sala, amb més de 80 assistents que van poder aprendre i debatre sobre temes d'actualitat a la consulta del metge de família, com ara en què ens hem de fixar en el risc cardiovascular del pacient diabètic tipus 2, l'esmentat risc en fàrmacs d'aparició més recent, els anàlegs de la GLP1 o la detecció i el tractament de les hipoglicèmies en una consulta de Primària.

Com a punt final a un intens dia en què es va parlar i treballar molt sobre diferents patologies endocrinològiques, la Seu Vella es va il·luminar de color blau en solidaritat amb els malalts que pateixen aquestes patologies.

Dr. Antonieta Vidal Tolosa
Metgessa de Família



Intervenció de Sandra Castro sobre la detecció de l'autisme

El Curs d'Actualització en Pediatria, amb 58 metges i metgesses inscrits

Un total de 58 professionals participen en el Curs d'Actualització en Pediatria que organitza el COMLL. L'activitat formativa, que se celebra a la seu col·legial, va començar l'1 de febrer i s'acaba el 22 de març.

Les últimes ponències del curs són les següents:

15 de març: *Com ens podem ajudar les xarxes socials en la salut i cria dels nens?*, que desenvoluparà la Dra. M. José Mas, responsable de l'Àrea de Neuropediatria de la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla de Tarragona.

22 de març: *Arítmies i lectura pràctica de l'ECG*, a càrrec del Dr. Ferran Ros, especialista en Cardiologia Pediàtrica de l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron i del Royal Brompton Hospital de Londres.

XV JORNADA D'IMMUNITZACIONS DE L'ÀMBIT LLEIDA

Lleida aconsegueix un 37% en vacunació antigripal d'embarassades davant del 22% de Catalunya

Lleida ha aconseguit una cobertura del 37% en la vacunació antigripal de l'embarassada davant del 22% assolit a Catalunya. Aquesta dada es va facilitar durant la inauguració de la 15a edició de la Jornada d'Immunitzacions, que es va celebrar el 26 de gener a l'Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut de Lleida. L'organització va anar a càrrec dels serveis d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut, l'Agència de Salut Pública de Catalunya i l'Associació Espanyola de Vacunologia.

El Dr. Joan Guix, secretari de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya; el Dr. Pere Godoy, cap del servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Lleida i Alt Pirineu i Aran, i Montserrat Farran, directora adjunta d'Atenció Primària de la Gerència Territorial de Lleida, van inaugurar la jornada.

La intervenció del Dr. Fernando Moraga, pediatre i vicepresident de l'Associació Espanyola de Vacunologia, va tenir com a títol *Avenços de la vacunologia al segle XXI, quinze anys actualitzant-nos a Lleida*. El Dr. Moraga va informar que els calendaris sistemàtics han passat de cobrir 7 malalties immunoprevenibles l'any 1980 a cobrir-ne 14 l'any 2018. Va ressaltar que el calendari sistemàtic aprovat l'any 2008 inclou la vacunació de l'adult amb la visió de la necessitat de vacunació durant tota la vida. Pel que fa a la vacunació de l'embarassada, està inclosa en el calendari del 2016. El ponent va recor-

El calendari aprovat el 2018 inclou la vacunació d'adults durant tota la vida

dar també que aquest any se celebra el centenari de la grip espanyola.

La Dra. Magda Campins, cap de servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia de la Vall Hebron, va impartir la conferència *Vacunació de la dona en l'edat fèrtil i l'embaràs*. Va destacar que la gestació s'associa a un risc més elevat de complicacions d'algunes infeccions immunoprevenibles, ja que disminueix la immunitat cel·lular, i que la vacunació durant la gestació redueix la morbiditat en la mare i en el nadó durant els primers 6 mesos de vida.

Les vacunes indicades són:

- La vacuna antigripal, que és una vacuna eficaç i segura en qualsevol moment de l'embaràs

- La vacunació contra la tos ferina (dTpa) entre les setmanes 27 i 36 de gestació, que és la millor estratègia disponible actualment per a la prevenció de la tos ferina en lactants de menys de 3 mesos

La Dra. Campins va afirmar que el Consell del Professional Sanitari (metges, infermeres i llevadores, entre d'altres) és el factor més important per tenir altes cobertures de vacunació.

La Dra. Glòria Mirada, de l'Agència de Salut Pública de Catalunya a Lleida, va comentar els resultats preliminars de l'estudi *Errors en la vacunació: percepció, coneixements i actituds*. L'estudi, realitzat a les regions sanitàries de Lleida, Alt Pirineu i Camp de Tarragona, té l'objectiu d'obtenir informació per planificar un programa de formació amb la finalitat de reduir la incidència i l'impacte dels errors en la vacunació.

Montserrat Canals, responsable del servei Gestió Integral de Vacunacions de l'ICS Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre, va presentar l'estudi *Els adolescents estan correctament immunitzats davant el xarampió?*, l'objectiu del qual és determinar l'estat de vacunació dels adolescents nascuts el 1999 i atesos a les ABS de l'ICS a Tarragona.

En les conclusions, va destacar que la cobertura amb 2 dosis de vacuna de la població estudiada és inferior al 95% i susceptible de millora.

La vacunació amb immunosupressió: tractaments biològics i vacunes és el tema que va presentar el Dr. Lluís Urbiztondo, cap del servei de Medicina Preventiva de l'Agència de Salut Pública de Catalunya. El ponent va exposar que, entre els fàrmacs que produeixen immunosupressió, hi ha tractaments biològics i no biològics, però no tots els tractaments biològics donen immunosupressió.

En la classificació de principis actius per grups ATC, trobem el Grup L, agents antineoplàstics i immunomoduladors; el subgrup L01, agents antine-



Membres de la taula que van inaugurar la Jornada d'Immunitzacions

oplàstics, i el subgrup L04, immunosupressors. Hi ha un nombre creixent de pacients amb tractaments biològics i immunosupressors, els quals tenen un poderós impacte clínic en la gestió d'un ampli ventall de malalties.

El Dr. Urbiztondo va recordar els immunosupressors com la quimioteràpia contra el càncer, la immunosupressió per als trasplantaments (TOS i TPH) i fàrmacs immunomoduladors per al tractament de malalties autoimmunes (lupus eritematos sistèmic, esclerosi múltiple, malaltia inflammatòria intestinal, artritis reumatoide i psoriasis, entre altres malalties inflammatòries). Algunes malalties poden tenir més risc d'infeccions, però una part molt important del risc d'infecció és degut al tractament.

Segons aquest ponent, hi ha recomanacions específiques per a la vacunació en els malalts amb immunosupressió:

- Les vacunes atenuades s'han d'administrar almenys un mes abans d'iniciar el tractament, tot i que el període varia segons el tractament. Un cop iniciat, està contraindicat administrar-ne.

- Les vacunes inactivades són segures i es poden administrar també durant el tractament, encara que tenen millor resposta si s'administren quan la immunitat encara es conserva. I estan especialment indicades, a més de les vacunes sistemàtiques inactivades, la vacuna antipneumocòccica, la vacuna antigripal i la vacuna contra l'hepatitis B.

Els pacients tractats amb eculizumab (Soliris®) requereixen vacunació específica, com a mínim 2 setmanes abans d'iniciar el tractament, contra el meningococ dels serogrupos A, C, Y i W, contra el meningococ del serogrup B, contra l'*Haemophilus influenzae* tipus b, contra el pneumococ i contra l'hepatitis B i l'antigripal.

Pepi Estany, adjunta a la direcció de l'ABS Artesa de Segre i referent de vacunes de l'Àmbit Lleida i Alt Pirineu, va presentar *La vacunació amb immunosupressió: protocol específic de vacunació a Lleida* i va explicar la proposta de protocolització de la vacunació entre AP i atenció hospitalària.

Estany va dir que cal posar especial èmfasi en la revisió de la vacunació

i de la immunitat ja adquirida i en el seguiment de les pautes vacunals, així com en la vacunació dels convivents i dels professionals sanitaris que atenen aquest grup de pacients.

La Dra. Eva Borràs, farmacèutica de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, va desenvolupar el tema *Vacunes antimeningocòcciques: quina, quan i per què*. Segons aquesta doctora, la malaltia meningocòccica invasiva es presenta com a meningitis o septicèmia. Hi ha 12 grups capsulars del bacteri meningococ i es disposa de vacunes per als grups A, B, C, W i Y.

La Dra. Borràs va assegurar que hi ha molts factors que són clau en el moment de dir quina és la millor política vacunal contra la malaltia meningocòccica invasiva, com la incidència i la severitat de la malaltia, les característiques de la vacuna (eficàcia, efectivitat, seguretat), l'impacte en la transmissió (portadors, immunitat de grup...) i la durada de la immunitat. Actualment es disposa de 3 vacunes, una de les quals és sistemàtica i les altres es recomanen a persones d'elevat risc.

La ponent va manifestar que el programa de vacunació sistemàtica contra el meningococ C n'ha disminuït el nombre de casos en un 75%. Tot i això, cal seguir monitoritzant les vacunes i la malaltia per tal d'adaptar les estratègies de prevenció primària i de control.

Per tancar la jornada, es va fer una nova edició del taller *Buscant resposta a les preguntes freqüents*, que va comptar amb una bona participació del públic assistent que omplia l'Aula Magna.

La Dra. Carmen Cabezas, subdirectora general de Promoció de la Salut de la Generalitat de Catalunya, i el Dr. Fernando Moraga van cloure la jornada.

Glòria Mirada i Pepi Estany
Comitè Organitzador

PAIMM
Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addicció 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>



Professionals que van participar en la 15a edició de la Jornada d'Immunitzacions

Finalitzat el Curs d'Actualització en Psiquiatria

El van seguir 45 persones presencialment i via "streaming"

Un total de 45 persones s'han inscrit en el Curs d'Actualització en Psiquiatria organitzat pel Col·legi Oficial de Metges de Lleida, que es va iniciar el 9 de gener i va finalitzar el 27 de febrer. L'activitat es va seguir presencialment i via *streaming*.

El curs va abordar diferents temes, com l'encefalitis autoimmune, la recuperació funcional en el trastorn mental sever, l'autòpsia psicològica, la depressió, el maltractament infantil relacionat amb el trastorn mental i el comportament suïcida i els marcadors de la conducta suïcida, entre d'altres.

Professional experts d'universitats de Nova York, Madrid, Nimes, Girona, Sabadell, Saragossa, el País Basc i Lleida van ser els ponents del curs. El Consell Català de Formació Continuada de Professions Sanitàries va acreditar l'activitat amb 3 crèdits.



Primera sessió del curs a càrrec del Dr. Brieua



La Dra. Irigoyen i el Dr. Giner

Celebrat a Lleida el Seminari d'Innovació en Atenció Primària (SIAP) sobre "Cures i salut: cultura, gènere, professió, societat i valors"

Un total de 236 professionals (165 dones i 71 homes) van participar a Lleida, el 10 i l'11 de novembre, en el Seminari d'Innovació en Atenció Primària (SIAP): *Cures i salut: cultura, gènere, professió, societat i valors*. Entre els inscrits, 77 van seguir el SIAP de forma virtual.

La majoria dels assistents van ser metges i residents de medicina familiar i comunitària, infermeres, residents d'infermeria familiar i comunitària, treballadors socials, educadors socials, pediatres, psiquiatres, psicòlegs, estudiants de nutrició, psicologia i infermeria, metges del camp de la gestió, una ginecòloga, un reumatòleg, una sociòloga i politòloga, un resident de salut pública, una professora de secundària, una mediatadora cultural, una filòloga, una antropòloga i una cuidadora, que representava l'Associació de Cuidadors Familiars de Barcelona. Hi va haver participació virtual des del Brasil, Xile, Cuba, l'Equador, França, Luxemburg, el Perú, Portugal, la República Dominicana i Suïssa.

Cal destacar les magnífiques intervencions dels ponents locals, la Dra. Maria Planes i Maite Trepas, directora de l'asso-

ciació Alba de Tàrraga, que van exposar la seva experiència de treball amb persones amb discapacitats; la Dra. Montse Esquerda, que va parlar sobre les cures i la recerca; el Dr. Jorge Soler, que va tractar la qüestió de les cures i la política, i el Dr. Eduard Peñascol, que va parlar de les cures als estudiants i residents.

Els SIAP són activitats sense cap mena de participació de la indústria; els ponents no cobren i tampoc no hi ha quotes d'inscripció. Per aquest motiu, cal destacar la col·laboració del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (Secció Col·legial de Metges de Família del COMLL), la Universitat de Lleida (UdL) i el Lleida Convention Bureau. Gràcies a aquestes col·laboracions va ser possible la celebració del SIAP a Lleida. També van col·laborar amb l'Equipo CESCA la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) i l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC).

Els SIAP es fan des del 2005 i el de Lleida ha estat el número 34. Són activitats sense ànim de lucre amb l'objectiu de promoure la millora de la pràctica clínica a l'Atenció Primària (AP), tant pel que fa al

coneixement clínic com a formes d'organització del treball diari. En anteriors SIAP s'han tractat qüestions com l'equitat en la consulta, la incertesa en la clínica, els errors clínics, les vacunes, les consultes sagrades, les múltiples visions en la pràctica clínica, la longitudinalitat i l'AP forta.

Durant els tres mesos previs a la trobada presencial hi ha un debat virtual al voltant del material elaborat pels ponents, que posteriorment es distribueix. Aquesta activitat virtual permet la participació de professionals i estudiants de diferents països.

Els SIAP estan oberts a tothom i a totes les professions sanitàries, però predominen les residents i metgesses de família i les estudiants de medicina com a reflex d'una professió feminitzada. El mateix passa en el cas de les cures: parlar de cures en l'assistència sanitària és parlar en femení, raó per la qual solen ser una activitat invisible. Malgrat això, cuidar és essencial per a la vida, i perquè aquesta sigui digna de ser viscuda. Ens cuidem, cuidem i ens cuiden, un cercle virtuós que comporta pau i benestar social.

Moltes gràcies a tots els assistents i participants.

L'equip organitzador (Gemma Amat, Marc Casañas, Francisco Cegri, Gisela Galindo, Juan Gervas, Esther Limón, Jordi Mestres, Aina Perelló, Mercedes Pérez-Fernández i Beatriz Satué).

DEBAT

Evolució i efectes de la feminització de la medicina

Al número 69 del *BUTLLETÍ MÈDIC* (2008) vam tractar la feminització de la professió mèdica, que ha passat de ser una professió eminentment masculina a ser-ne una d'eminentment femenina. Analitzàvem les causes i els reptes que calia afrontar i les conseqüències.

Què ha passat, en aquests nou anys? En aquest debat pretenem analitzar el resultat d'aquest fet, els aspectes positius, els aspectes menys positius —si és que n'hi ha—, les adaptacions que hi ha hagut i les que no s'han produït però que són necessàries. I proposar algunes possibles línies d'acció per al futur, ara que ja tenim a prop el segon quart del segle XXI. Cada vegada es jubilen més metges homes i entren a la pràctica mèdica més metgesses.

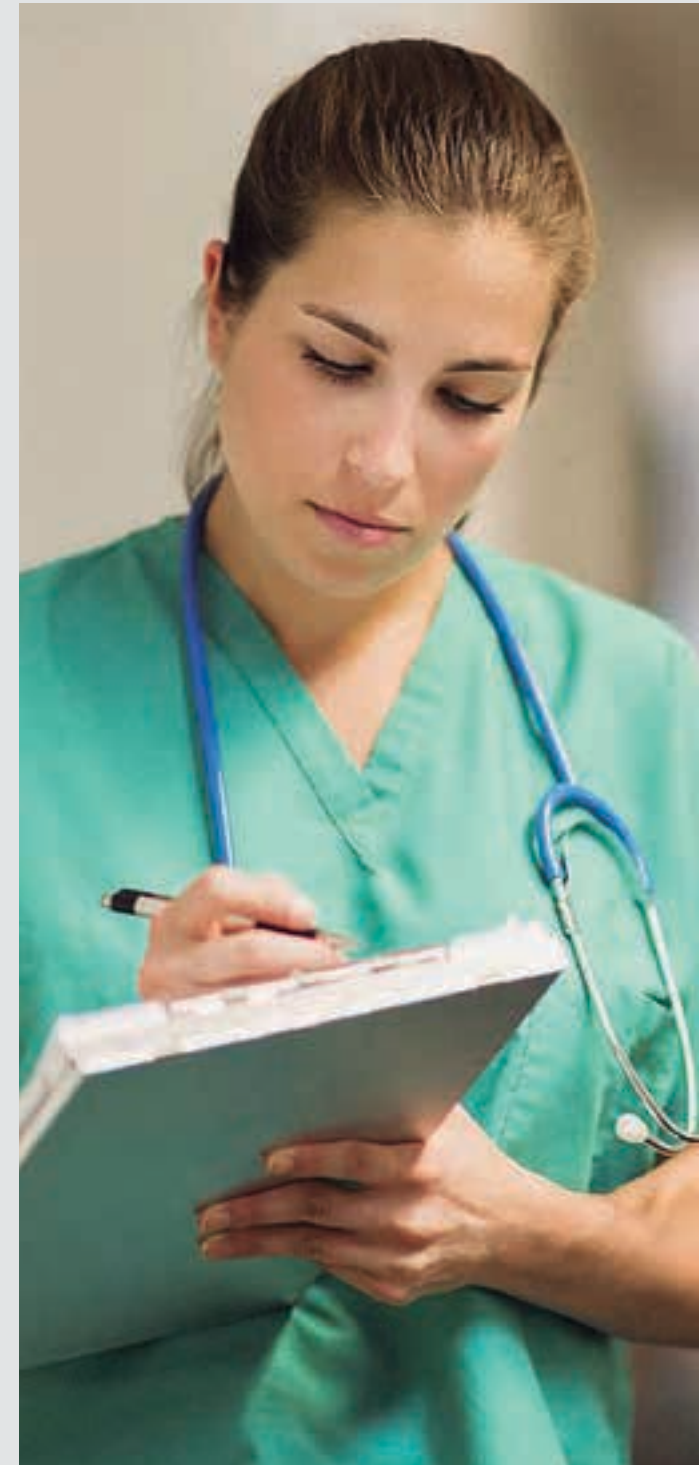
A les facultats de medicina, el nombre d'estudiants homes és minoritari: ronda el 20%. I això passa de manera sostinguda des de fa molts anys. Per tant, l'especialització, la residència, és també majoritàriament femenina. En el sistema públic i concertat, les places les estan ocupant metgesses especialistes. Aquest fet es dona en totes les especialitats, tot i que algunes són menys sol·licitades per les dones, com, per exemple, la urologia, l'ortopèdia i la traumatologia. Això no obstant, cada vegada hi ha més dones que trien aquestes especialitats, encara avui més masculines.

Què ha variat en la pràctica mèdica en aquests anys de pràctica majoritàriament femenina de la professió?

S'han adaptat els contractes laborals perquè sigui més fàcil la conciliació laboral i familiar per donar facilitats a l'embaràs i l'al·letament dels fills?

S'han adaptat els contractes laborals, en el sistema públic i concertat i en les empreses, perquè sigui més fàcil la conciliació de la vida laboral i familiar, per donar facilitats per a l'embaràs i l'al·letament dels fills? Horaris flexibles, facilitats de reducció horària...? Seguim amb guàrdies de 24 hores seguides. No seria, aquest fet, una oportunitat per racionalitzar les guàrdies, fent uns horaris més racionals i humanitzats? La conciliació de la vida laboral i familiar ha de beneficiar també els homes per a un desenvolupament harmònic de la família i l'educació dels fills i per trencar així cultures masculines.

Els salaris en la medicina pública i en empreses, en la concertada, són baixos en relació amb els països europeus. La feminització de la professió ha facilitat aquest descens? És, aquest, un aspecte negatiu? Si és un segon sou que entra a casa, pot acceptar-se que sigui més baix? Fan menys medicina privada les dones. Tenen menys pluriocupació. La medicina



DEBAT

comporta una dedicació de tot el dia: preparació, congressos de formació, estudi; si, a més, és acadèmica, més recerca, més docència i més dedicació als càrrecs de gestió combinats. Queda clar que és gairebé impossible fer-ho tot en 40 hores a la setmana en un matí i dedicar la resta del dia a la família i a altres activitats fora de la medicina.

Es pot conciliar bé amb la família i tenir cura dels fills? Hi ha el mateix interès en homes i dones? La maternitat s'ha retardat molts anys, fins a límits de tenir mares que fa 20 anys es consideraven massa grans, amb perill per al part i els nadons. Però la carrera professional de les dones ha de tenir les mateixes oportunitats que la dels homes. S'ha evolucionat, en això, en aquests darrers anys? S'ha facilitat que les dones deixin un temps la professió per dedicar-se a la maternitat sense haver perdut posicions en tornar-hi?

Davant aquesta disminució dràstica de l'entrada d'homes en els estudis de medicina i en l'exercici de la medicina, davant el fet que quedin gairebé en una posició marginal en la lluita per la igualtat d'oportunitats, cal fer ara una discriminació positiva a favor dels homes per aconseguir la igualtat? O, com que l'exercici de la medicina, com el de la infermeria, consisteix a tenir cura dels altres, disposició més arrelada en la condició femenina, ja va bé que els homes hi siguin residuals? Havent-hi una immensa majoria de dones, l'exercici de la medicina no hauria de passar de ser paternalista a ser maternalista, i no neutre, basat en una falsa igualtat entre el malalt, que, per definició, té menys força i facultats, i el metge? No ens hem d'implicar els metges a aconsellar el malalt i a proposar-li el que considerem bo, sense por de ser titllats de paternalistes? Ha canviat, això, en els darrers anys, o seguim igual o fins i tot ha empitjorat la implicació personal del metge en el malalt concret, sense tenir-ne cura, no infantilitzant-lo però abandonant-lo, en canvi, per una falsa igualtat, quan és el dèbil?

L'atenció i la cura dels malalts és una activitat que, clàssicament, ha estat duta a terme més per les dones. Sembla que, en els aspectes emocionals, cal una sensibilitat femenina, cosa que no vol dir que els homes no la tinguin, que hem d'aprendre i aplicar. L'ètica de la cura, més sensible al sofriment dels malalts, podria haver estat influenciada per la feminització? Ha arribat a les guies clíniques aquest vernís o toc femení que humanitza més la relació metge-malalt? Se segueixen, potser encara, fent sols des del punt de vista purament científicotècnic? Les qualitats més femenines de sentit de la cura, atenció i acompanyament al malalt, ja han produït canvis en la pràctica mèdica? Quins? Per exemple, el punt de vista del malalt no acostuma ser valorat en els comitès de tumors, integrats, la majoria, per més dones que homes. No caldria canviar-ho i que deixessin de ser comitès tècnics que només estudien el millor per disminuir o curar el tumor i que no tenen en compte qui és l'amo



del tumor, la seva biografia i com vol viure? No poden, aquests interessos del malalt, canviar el protocol, les prioritats?

En els darrers anys, els drets del malalt —el fet de posar el malalt en el centre del sistema, fer-lo participar en la presa de decisions, cobrir les seves necessitats emocionals, etc.— s'estan valorant més; s'han assolit algunes fites i s'han consolidat alguns drets. Hi ha influït, en això, la feminització de la professió? Hi ha més meticulositat i finesa en el tracte amb el malalt, o més aviat és la medicina defensiva la que és present?

Els comandaments són, en canvi, majoritàriament masculins. Les infermeres, col·lectiu clàssicament molt feminitzat, sovint escullen homes com a presidents dels seus col·legis professionals. El president del Consell General d'Infermeria d'Espanya és un home des de fa molts anys; a Lleida, el president del Col·legi d'Infermeria

ha estat un home durant bastants anys. El degà de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida és un home escollit per una majoria absoluta de dones. L'escala de valors de les dones és diferent de la dels homes?

Les dones tenen un sistema de lideratge diferent del dels homes, més col·laboratiu?

Són menys *yuppies*, tenen menys ganes de manar col·lectius? Si no ambicionen tant manar, si valoren en la vida altres activitats que no els val la pena sacrificar per escalar posicions i aconseguir un càrrec de comandament, podria ser que per això hi ha menys dones en càrrecs de directius? Per tant, el sostre de vidre, és voluntari o forçós? O hi ha de les dues coses? Cal una forta discriminació positiva a favor de l'ascens de les dones a càrrecs de

Cal una forta discriminació positiva a favor de l'ascens de les dones a càrrecs de comandament per posar valors femenins als governs?

comandament per posar valors femenins als governs de la sanitat i dels serveis sanitaris? En el món actual, en què la immensa majoria dels comandaments són masculins, sabem que no va bé, que hi ha molt sofriment, moltes injustícies. Decidir sobre condicionants masculins ens porta a guerres, sofriments, deixar morir persones a la Mediterrània, no acceptar refugiats, etc. Variaria, això, si la majoria de líders europeus fossin dones més sensibles al sofriment humà?

Les dones en llocs de poder, directives, han abandonat la seva feminitat i han adquirit característiques dels homes per arribar-hi, per mantenir-s'hi? Hi ha dones que es masculinitzen fins i tot en els moviments feministes més radicals? En medicina, s'està al marge d'aquesta desviació?

Ara que hi ha tantes metgesses, podem de veritat dir que la medicina s'ha feminitzat? O potser els canvis en l'exercici de la medicina

que s'han produït a favor del malalt (consentiment informat, etc.) són producte també dels homes —de fet, els governants que els han introduït són homes— i no tenen res a veure amb la feminització de la professió? Cal un canvi radical de l'exercici de la medicina, una veritable feminització de la relació metge-malalt, sobretot en una època de ràpida tecnificació de la medicina? Hem avançat, en aquest sentit?

Hi ha actualment un nombre de professionals mèdics que pateixen *burn-out*. La feminització de la professió, ho hauria de millorar-ho, això? O en aquests anys no ho ha fet, tenint en compte que, segons una enquesta del 2007, les metgesses de família estaven més cremades que els homes? El fet que hi hagi moltes més dones metgesses, podria ser un punt dèbil que augmenta la vulnerabilitat?

Els valors dels metges, s'han de revisar? Els

col·legis de metges van actualitzant els codis de deontologia. Cal feminitzar-los més? S'ha notat la influència femenina en els darrers codis aprovats fa un any?

Aquestes i altres preguntes haurien de contestar els ponents, amb el fil comú de respondre: en què s'ha notat la feminització de la medicina?

Dr. Joan Viñas

Valors que ha aportat la feminització de la professió

La presència de dones en el món de la medicina és un fenomen que ha anat creixent de forma progressiva i, per tant, ha influït en molts aspectes tant del vessant assistencial com de l'organitzatiu i de gestió de la professió.

Actualment, en l'àmbit de l'Atenció Primària de Lleida, el 59,5% dels professionals facultatius som dones, i en el cas dels residents, el 78,9%. Malgrat aquesta presència del gènere femení en l'àmbit de la medicina, com en la majoria d'empreses, els llocs de lideratge no segueixen la mateixa proporció, encara que la tendència que els ocupin dones també va en augment. Per exemple, en els càrrecs gerents de l'Institut Català de la Salut, les dones, actualment, només són el 30%.

Què crec que hem aportat les dones a les nostres institucions? I a la gestió sanitària?

La pregunta la respondria pensant en les primeres dones que van accedir a aquests llocs de treball, en què, sota unes directrius patriarcal i deixant totalment de banda la conciliació familiar, es premiava les hores de dedicació a la feina i no l'efectivitat, tot plegat en un entorn jeràrquic representat pel metge/home i la infermera/dona.

La progressiva feminització de la nostra professió ha comportat que parlar de conciliació familiar sigui habitual (també ha comportat un nombre més elevat de reduccions de jornada laboral quan no s'aconsegueix). La millora dels drets laborals fa que existeixin les baixes per maternitat i paternitat i les reduccions de jornada per a ambdós progenitors. No obstant això, aquesta reducció, en més d'un 90% dels casos, és sol·licitada per les mares metgesses. Passa el mateix en les tasques de la llar, en què la càrrega, majoritàriament, recau sobre la dona, independentment de si treballa o no, i l'home és qui ajuda i/o col·labora. És en aquest fet on està el problema, i mentre no aconseguim el canvi en aquesta línia, les dones no tindrem les mateixes oportunitats que els homes, ni en el món sanitari, ni en la recerca ni en la gestió.

Cal treballar en la feminització del món sanitari, adaptar els recursos a aquest objectiu, adaptar les plantilles dels professionals i els horaris fent-los més flexibles, perquè el pacient rebi les mateixes atencions sense que es vegi afectada la vida personal del professional.

No vull fer apologia de la feminització ni del feminisme en la medicina. Em nego a pensar que la sensibilitat, l'empatia i el consens són valors femenins i que els nostres metges (homes) estan mancats d'aquests atributs. Pel que fa a la visió del pacient, potser veu la figura femenina més pròxima, més empàtica..., però, em pregunto: quan un metge i una metgessa van a parlar alhora amb el pacient, en qui veu la figura del facultatiu? En un alt percentatge de probabilitats, en l'home. I la dona, metgessa, s'associa a una tasca o un rol diferents; és a qui potser després confiarà altres aspectes que no ha confiat a l'home, metge.



El canvi que hem de fer és seguir treballant en els àmbits social i educatiu, sense discriminacions per raó de gènere, i, tal com va dir Simone Veil, primera dona presidenta del Parlament Europeu, ministra de Sanitat i membre del Consell Constitucional de França: “La meva reivindicació, com a dona, és que es tingui en compte la meva diferència, que no estigui obligada a adaptar-me als models masculins.”

Dra. Núria Nadal i Braqué

Valors que ha aportat la feminització de la professió

Està clar que, quan entrem a les aules dels graus de Ciències de la Salut, el primer que observem és la gran quantitat de dones que hi ha. De fet, als que hi entrem cada dia ja no ens sorprèn, perquè ens hem habituat a veure més dones que homes a les classes. Fa uns quants anys, unes determinades carreres de salut semblaven estar destinades a les dones i les altres, als homes.

Tanmateix, la societat ha evolucionat i ja fa temps que veiem una predominança general de les dones pràcticament a tots els graus relacionats amb la salut. Per exemple, a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida en els darrers anys els percentatges de homes-dones en el Grau en Medicina es troba al voltant del 30 i el 70%, respectivament. S'ha comprovat que des de fa deu anys aquesta proporció és manté sense variacions gaire importants. Respecte a la proporció homes-dones en el nombre de graduats, els percentatges varien lleugerament entre el 25 i el 75%, respectivament. Per tant, la impressió que ofereixen aquestes dades és que probablement aquesta proporció es mantindrà en el futur proper.

La presència d'una majoria de dones a les aules no és un fet característic de la nostra facultat, sinó un fenomen mundial. Quan la gent em pregunta quina és la meva opinió sobre aquesta qüestió i quines són les causes que hi influeixen, no sóc capaç de tenir una resposta clara i concreta. Segurament no només hi ha un motiu pel qual es matriculen més dones que homes al grau, sinó que probablement les causes són múltiples i es fa molt difícil saber quina hi té més pes. D'una banda, sembla com si les noies obtinguessin notes més altes durant el batxillerat i la selectivitat, i això faria que passessin al davant a l'hora de triar la carrera que volen cursar. També podria ser que entre els nois hi hagi menys vocacions per estudiar Medicina, tot i que per tenir la certesa sobre aquesta hipòtesi s'haurien de fer estudis més profunds.

De tota manera, i en resposta a la pregunta de quins són els valors que ha aportat la feminització de la professió, la meva contesta és que són els valors generals que aporten les dones a qualsevol professió que exerceixen o a qualsevol empresa on treballin. Aquests valors inclouen uns sentiments i un afecte que poden



contribuir a humanitzar el nostre entorn. Per tant, la feminització relacionada amb la humanització pondera positivament en la balança de la professionalitat.

Un cop acabada la carrera, vaig anar a fer uns domicilis. Uns dies després, la senyora d'un pacient em va explicar el que el seu marit li havia dit: “Ha vingut una noieteta que diu que es metge...”. D'això ja fa molts anys, i en aquell moment vaig pensar que amb el temps això canviaria, i segurament així ha estat, però probablement encara hi ha entorns determinats on aquest tipus de comentaris se segueixen repetint. La professió s'ha feminitzat i la societat així ho hauria d'entendre.

A la Facultat de Medicina de la UdL el percentatge d'homes i dones es troba al voltant del 30 i el 70%, respectivament

A la Conferència de Degans de Facultats de Medicina d'Espanya, de les 40 facultats, només 3 estan dirigides per dones, i de les 7 facultats de Medicina de Catalunya, una. Queda clar, doncs, que a les aules hi tenim més dones, es graduen més dones i, per lògica, accedeixen als llocs de treball més dones; tanmateix, en els llocs de gestió predominen els homes. Aquest hauria de ser el nou repte per arribar a la igualtat, i així veuríem també quins són els valors que aporten les dones en els llocs de gestió de la salut.

No sempre es fàcil compaginar la vida personal i la professional en l'exercici de les professions, i tampoc ho és quan s'ocupen càrrecs de gestió, però els valors de les dones relacionats amb l'ordre i la capacitat d'organització són crucials per poder tirar endavant aquests pro-

jectes. Per sort, la dona ha entrat al món de la medicina per quedar-s'hi, i un dels valors més exemplars que aporta és l'esperit de superació per saber fer valer els seus drets.

Dra. Rosa M. Soler Tatché
Degana. Facultat de Medicina
Universitat de Lleida

¿Y ahora qué? ¿Hay más mujeres directivas en la profesión médica?

Ahora que en nuestras aulas de la Facultad de Medicina tenemos, aproximadamente, un 70-80% de mujeres, ¿podríamos decir que este



dato se refleja también en los órganos de gestión, dirección y liderazgo de nuestra profesión?

Revisando los artículos que aparecen en anteriores ediciones del BUTLLETÍ MÈDIC de los años 2008 y 2012, que ya trataron el tema de la feminización en medicina, podemos hacer válido lo ya aportado y pensar que todavía estamos en el viaje que supone alcanzar niveles de igualdad ante el desafío de la feminización en la medicina.

22 En los últimos años, hay una tendencia cre-

ciente en la ocupación por parte de las mujeres de cargos de responsabilidad, sobre todo cargos intermedios y, de manera puntual, de alta responsabilidad. Hay mujeres que dirigen centros de investigación, son decanas de las facultades de Medicina, jefes de servicio en los hospitales o bien ostentan cargos directivos en organizaciones sanitarias. Pero estas experiencias no son las más frecuentes, sino que muchas veces son remarcadas como puntuales, y el que una mujer ocupe un puesto de esta categoría todavía es comunicado como un gran

éxito diferenciador.

Una cuestión relevante es la representación de las mujeres en las corporaciones colegiales médicas. En los últimos años, la situación no ha cubierto la expectativa que parecía haberse instaurado con la llegada del siglo XXI, aquel que tan repetidamente se ha denominado el “siglo de las mujeres”. No hay una representación femenina colegial acorde con la académica, con la frecuencia mayoritaria de las mujeres en nuestras aulas. En los últimos cinco años no

se ha apreciado mayor número de mujeres en las juntas de los Colegios de Médicos, y mucho menos en los órganos de máxima representación colegial. El análisis de este hecho ha llevado, incluso, a plantearse estudios donde debatir por qué las mujeres no alcanzan estos puestos de liderazgo en el ámbito colegial. Algo es cierto: a mayor responsabilidad, menor representación femenina.

La limitación del acceso de mujeres a altos puestos de representación o liderazgo ha sido ampliamente descrita. A lo ya conocido como “techo de cristal”, o como “techo de cemento”, se añade el “síndrome del impostor”, aquel que se da cuando las mujeres, en entornos muy masculinos, pueden tener la sensación de no estar nunca a la altura, de no ser suficientemente buenas, capaces o competentes y, por tanto, percibirse como una “impostora”. Para vencer estas limitaciones se nos dice que tengamos mayor autoconfianza y decisión, que nuestra autoexigencia no acabe siendo más una barrera que una garantía de pleno éxito. Y que mejoremos la autopercepción que tenemos de nuestras capacidades.

Sin embargo, en la profesión médica nadie puede discutir las habilidades duras, o *hard skills*, de las mujeres, formadas científicamente de manera excelente, acostumbradas a tener las mejores calificaciones académicas, tanto para el acceso al grado médico como en fases posteriores de la formación. Si bien estas habilidades se adquieren y se mejoran con el tiempo, muchas de las *soft skills*, o habilidades blandas, como la empatía, sociabilidad, facilidad de comunicación, escucha activa, trabajo en equipo, adaptación al cambio y capacidad para resolver problemas son una parte reconocible del desarrollo femenino en el ejercicio de la medicina.

Por tanto, aunque no estemos todavía en la situación igualitaria y deseable en cuanto a la representatividad y liderazgo de las mujeres en nuestras organizaciones médicas, se debe instaurar y fomentar que la diversidad en los equipos de trabajo siempre resulta más enriquecedora y más productiva, que las mujeres dirigimos nuestro liderazgo de manera más colaborativa, fomentando, además, la compatibilidad con la vida personal.

Para acabar, transcribo una frase de Carlota Gómez de la Hoz, directora de comunicación de Bayer Iberia: “Se trata sobre todo de buscar líderes en vez de jefes. Líderes con otro tipo de perspectivas, experiencias, habilidades como puedan ser la colaboración o la inteligencia emocional, donde las mujeres tienen mucho que aportar. Se busca el talento, el perfil con capacidad de liderazgo.”

Las mujeres en la profesión médica deseamos no ser meras espectadoras de los futuros retos, sino actrices activas y competitivas en un marco profesional complementario y compartido.

Dra. Rosa María Pérez Pérez
Médico Forense

Ex presidenta del COMLL 23

La feminització

El 2008 vaig tenir l'oportunitat de col·laborar amb el BUTLLETÍ MÈDIC sobre la meua perspectiva de la feminització de la medicina. Han passat gairebé deu anys i algunes de les prediccions que fèiem entre tots els companys que vam participar en aquell article s'han complert, però en d'altres, malauradament, no ha estat així.

Aleshores era un estudiant de medicina sobtat per la gran presència de noies que estudiaven en tots els cursos. No semblava que la tendència canviés i imaginava que la seva incorporació progressiva al món mèdic laboral seria un canvi important. Però així com en altres carreres s'ha anat igualant, en el món de la medicina segueix havent-hi un nombre elevat de futures metges: tots els anys de la facultat.

Actualment, amb la visió de docent a la facultat, segueixo veient que són majoria les noies a les classes de medicina. En un treball que vam publicar el 2016, vam intentar avaluar si aquesta feminització podia tenir impacte en el grau d'empatia dels futurs metges i en el seu desenvolupament moral. En aquest estudi, liderat per la Dra. Esquerda, vam detectar que la feminització de la professió, i sobretot de l'etapa formativa, generava un concepte que fins llavors s'havia treballat poc: l'estrès empàtic.

No hi vam trobar diferències quant a empatia entre els estudiants, però sí que vam objectivar que les estudiants de medicina patien més estrès en empatitzar amb els malalts, i això suposa sofriment i una base per patir *burnout* al llarg de la seva carrera professional. El 2008 em plantejava si, al marge de la incorporació de professores a les aules de la facultat, hi hauria canvis en els òrgans directius. I en el món acadèmic, sí que hem vist que se n'ha produït algun. Ja fa anys que el deganat de la Facultat de Medicina està en mans de la Dra. Rosa Soler. I el principal institut d'investigació de Lleida (IRBLleida) té la Dra. Elvira Fernández com a directora des fa un parell d'anys.

Veient en perspectiva aquests deu anys, i després de compartir moltes hores de feina i moltes guàrdies, puc dir que la feminització ha tingut, malauradament, poc impacte en el dia a dia de la pràctica mèdica i en el món laboral.

El 2008, creia que la progressiva incorporació de metgesses a l'Atenció Primària i especialitzada suposaria un canvi en el model organitzatiu, en la gestió, en la distribució de tasques..., però, dissortadament, no ha estat així. La formació com a resident s'acaba prop dels 30 anys, i fins ara moltes companyes es converteixen en mares durant aquesta etapa amb el condicionant d'allargar la seva etapa formativa.

Durant aquests temps de crisi econòmica i social, l'obtenció del títol d'especialista no garanteix una feina, ni molt menys una estabilitat laboral. Molts cops és difícil poder compatibilitzar jornades laborals llargues, guàrdies i desenvolupament professional amb la realització personal. Probablement perquè, tot i que cada cop hi hagi una major presència de dones en els òrgans directius, queda molt per fer.



Encara ara la maternitat suposa un trasbals per a molts centres d'Atenció Primària i alguns serveis hospitalaris. Si analitzem també els diferents serveis hospitalaris i d'Atenció Primària, veiem que no hi hagut un canvi significatiu els últims anys. A l'Atenció Primària, la direcció de la Regió Sanitària de Lleida ha estat en mans femenines els últims anys, i així segueix. Tot i això, als serveis hospitalaris, en l'actualitat, només 3 dones són caps de servei dels 20 professionals que hi ha a l'hospital Arnau de Vilanova de Lleida.

I per això en aquest escrit sobre quins valors

ha aportat la feminització de la professió, jo crec que ha aportat el valor de l'esforç i el treball.

I amb aquestes línies vull retre el meu petit reconeixement a totes les companyes i amigues que cada dia treballen i s'esforcen per fer la seva feina amb professionalitat. Per a mi són un exemple de tenacitat i valor, perquè s'ha demostrat que ho tenen més difícil només pel fet de ser dones, i, perquè malgrat les dificultats i la feineda que suposa compatibilitzar una vida familiar i professional, segueixen tractant amb un somriure els seus pacients, perquè assumeixen moltes vegades que el seu desenvolupament

professional ha d'esperar. No tinc cap dubte que la nostra generació aconseguirem trencar el sostre de vidre.

En una professió feminitzada, és feina de tots i totes fer un model millor, centrat en el pacient, però que alhora cuidi els seus professionals. No podem tenir metges i metgesses satisfets si han de triar entre un desenvolupament personal o laboral. Només així farem una professió més justa i millor per als nostres pacients.

Dr. Oriol Yuguero Torres
Servei d'Urgències

Hospital Universitari Arnau de Vilanova Lleida 25

¿Quién firma el certificado de defunción?



El certificado médico de defunción es un documento que acredita la muerte de una persona y permite la inscripción de esa muerte en el Registro Civil y, en consecuencia, obtener la correspondiente licencia o permiso para su inhumación. Como el propio nombre indica, el certificado es un documento médico, por lo tanto es el médico el que tiene que emitirlo. Al mismo tiempo es un derecho del paciente y yo diría que de sus familiares. Es la última actuación médica ante un paciente, la última ayuda que le podemos dar como médicos.

Aunque son los médicos quienes están obligados a certificar la defunción, lo cierto es que muchas muertes naturales son judicializadas con todas las repercusiones que ello conlleva. Judicializar una muerte es poner en marcha una investigación de un presunto delito. Por tanto, se comienza una investigación criminal. De este modo, las actuaciones que se realicen irán encaminadas a esclarecer las circunstancias del hecho comunicado al juzgado de guardia y no a otro fin.

Para empezar, la familia que se encuentra ante un trance tan amargo sufrirá una serie de perjuicios. Las fuerzas de seguridad se presentan en su

domicilio o en el lugar en que se haya producido el óbito. Estas realizan las comprobaciones que consideren necesarias (buscar indicios en la habitación o por todo el domicilio, preguntar a los presentes por diferentes detalles del suceso, etc.).

Las fuerzas de seguridad pondrán el hecho en conocimiento del juzgado de guardia correspondiente. El juez de guardia contactará con el médico forense de guardia y decidirán, con los datos de que dispongan, si conviene que se personen en el lugar de los hechos juez y médico forense, junto con el letrado de la Administración de Justicia (antes secretarios judiciales) o bien si es preferible que se persone el médico forense y, una vez en el lugar, reconsidere si resulta necesario que la presencia del resto de la comisión judicial.

Todo ello implica un tiempo durante el cual los miembros de las fuerzas de seguridad siguen ocupando el domicilio y la familia no puede acercarse al difunto (se te acaba de morir un familiar, padre, hermano, hijo...). Cuando el médico forense (solo o acompañado por el juez de guardia y el letrado de la Administración de Justicia) llega al lugar, obtiene

la información necesaria y procede a la exploración del cadáver buscando signos ciertos de muerte y la presencia de otros signos que puedan orientar la fecha de la muerte y, si no la causa, al menos el tipo de muerte (violenta, natural,...). Cuando el médico forense acaba su tarea, se procede a retirar el cadáver que, sin que pueda la familia velarlo ni acompañarlo, es trasladado al Instituto de Medicina Legal que proceda para la práctica de la autopsia judicial.

Habitualmente, la autopsia se realiza al día siguiente de haber tenido conocimiento de la muerte y la inhumación se podrá realizar cuando el juez dé el permiso para ello (normalmente cuando el médico forense le dice que ya no es necesario retener el cadáver para realizar más estudios). Con todo ello se ha conseguido separar el cadáver de la familia durante 48 horas y retrasar la inhumación como mínimo 24 horas más de lo habitual, que pueden ser más.

Otras repercusiones de judicializar una muerte

Al practicar la autopsia judicial, habitualmente una vez realizada la explora-

ción macroscópica reglada, se obtienen las muestras que se considere necesario para que en el laboratorio se realicen pruebas toxicológicas, histopatológicas u otras que se estime conveniente (no olvidemos que estamos ante una investigación judicial). Por eso, a veces pueden no entenderse las actuaciones que se van realizando desde un punto de vista estrictamente clínico.

Como decía una vez realizada la exploración macroscópica externa e interna del cadáver y obtenidas las muestras, se emite un informe describiendo las maniobras realizadas y los hallazgos obtenidos, con los que se llega a unas conclusiones que serán provisionales hasta que se disponga de los resultados de los análisis solicitados. Estos resultados pueden tardar semanas en llegar y hasta que no se disponga de ellos no puede emitirse el informe definitivo.

Pues bien, la mayoría de los seguros de vida y otras gestiones administrativas y económicas no pueden realizarse hasta que se dispone del informe definitivo de autopsia. Ello supone que no se cobrarán seguros de vida, que habrá que seguir pagando la hipoteca del

difunto si no queremos que nos quiten el inmueble, etc.

Por tanto, al margen de que el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial, en su artículo 36, diga de manera sencilla pero absolutamente explícita que “aunque el médico que haya tenido la mayor carga asistencial sobre el paciente es el que tiene la mayor responsabilidad ética de cumplimentar el certificado de defunción(...), no es deontológicamente aceptable rehuir el compromiso de certificarla cuando se produce si se ha presenciado la misma, se conoce al paciente o se tiene a disposición la historia clínica”.

Al margen de que el art. 274 del Reglamento del Registro Civil establezca que “el facultativo que haya asistido al difunto en su última enfermedad o cualquier otro que reconozca el cadáver enviará inmediatamente al Registro parte de defunción en el que (...) constará (...) su causa (...)”.

Al margen de que el art. 343 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece que “en los sumarios a los que se refiere el artículo 340 (muerte violenta o sospechosa de criminalidad), “aun cuando por la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, se procederá a la autopsia del cadáver por los médicos forenses, o en su caso por los que el juez designe”. De lo cual se desprende que las no violentas o no sospechosas de criminalidad son certificadas y que la autopsia judicial forma parte de una investigación criminal. Se realiza por orden judicial y ni la familia del difunto ni nadie puede oponerse a su realización.

Resulta no solo legal, no solo deontológicamente obligatorio, sino, en último término, simplemente humanitario asumir la certificación de las defunciones por muerte natural.

En esta, con frecuencia para muchos compañeros inquietante actividad de extender un certificado de defunción, hay que tener en cuenta la diferencia entre una muerte natural y una muerte violenta o sospechosa de criminalidad.

La muerte natural es de origen interno, una enfermedad. La muerte violenta tiene un origen externo y la muerte sospechosa de criminalidad es aquella que, aún siendo natural, presenta dudas. Como sería el caso de la muerte súbita en la que no existe violencia exterior pero que se produce de manera rápida e inesperada en una persona *a priori* sana.

En caso de no tener conocimiento cierto y concreto, ¿cómo llegamos a la causa de la muerte? Hemos de entender que en toda muerte intervienen una serie de factores o causas de diverso tipo biológico, sanitario, social, incluso económico. Por tanto, *sensu stricto* no podemos decir una causa de muerte como absoluta y única. Al diagnóstico de la causa de la muerte, el médico ha de llegar mediante los datos de que dispon-

ga. Es decir, la causa de la muerte será aquella más lógica desde el punto de vista médico en base a los datos conocidos. Si se pretendiera tener un conocimiento exacto y concreto de la causa de todas las muertes, la legislación exigiría la autopsia de todas ellas.

Evidentemente, será necesario reconocer el cadáver y comprobar que se ha producido la muerte, así como descartar signos que indiquen una muerte violenta. Una erosión no es indicativa de que se haya podido producir una muerte violenta. Esta actuación forma parte del ejercicio médico.

¿Cuál será la responsabilidad de los médicos en este ámbito? No existirá responsabilidad de ningún tipo si existe un error de diagnóstico de la causa de la muerte siempre que se haya realizado siguiendo la Lex Artis, es decir, siguiendo el razonamiento médico lógico en base a los datos de que se dispone y ante la ausencia de signos de muerte violenta.

Únicamente podría haber responsabilidad penal si hubiera dolo o negligencia por parte del facultativo, es decir, si el error se debe a no haber seguido el razonamiento médico lógico o a una intención de manipular la realidad con algún fin. Sí que podría haber responsabilidad disciplinaria colegial si se niega a cumplimentar el certificado sin que existan causas objetivas y motivadas para ello. Existiría también una infracción leve, grave o muy grave, según el caso, para los facultativos que presten sus servicios en el ámbito del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. En los casos de judicialización de una muerte natural, la familia podría reclamar por vía jurisdiccional civil por los perjuicios morales y económicos surgidos.

Por otra parte, no es banal el perjuicio que la judicialización de una muerte natural ejerce sobre el funcionamiento, ya de por sí lento y farragoso, de la justicia, aumentando la carga laboral y contribuyendo a los retrasos y mal uso de los medios judiciales.

Por tanto:
¿Quién firma el certificado de defunción?

- La persona obligada es un médico
- Es obligación de los médicos cumplimentar los certificados de defunción
- ¿Qué requisitos deben cumplirse?
- Que diagnostique la muerte
- Que disponga de datos para llegar a una conclusión sobre el tipo y causa de la misma
- Se debe descartar la presencia de signos externos de causa violenta de la muerte
- Se debe hacer constar la causa de muerte que en base a los datos de que se dispone y siguiendo el razonamiento médico sea más lógica

Dr. Jesús Gasque López
Subdirector del IMLCF

Els metges de família han de dedicar el 30% de la seva jornada laboral a tasques burocràtiques

La Junta Directiva de la CAMFiC va publicar el juny del 2008 el document *Propostes d'eliminació d'activitats burocràtiques no pròpies del metge de família en la consulta diària*, que recollia els vint punts on es podien eliminar tasques burocràtiques. Aquest document va servir de base en les negociacions amb el CatSalut que, després de 20 mesos, van culminar amb la publicació al DOG de dues instruccions de compliment obligat per als diferents serveis sanitaris i en la Guia informativa per a l'usuari dels Centres d'Atenció Primària (CAP).

Aquests documents es poden veure a la pàgina web de la CAMFiC: www.camfic.org, "Desburocratització de les consultes de Medicina de Família".

1. Instrucció 6/2009: emissió d'informes de l'estat de salut i certificats de salut.

2. Instrucció 7/2009: criteris i actuacions de millora de coordinació i continuïtat assistencial, accessibilitat i resolució i millora de la continuïtat dels tractaments farmacològics entre Atenció Primària (AP) i especialitzada. La instrucció, en resum, regula les relacions entre els dos nivells assistencials.

3. Guia informativa per a l'usuari: una veritable cartera de serveis de l'AP que explica a l'usuari què s'hi fa, què es pot demanar i què no es pot demanar als centres d'AP.

El mes de gener del 2010 es va iniciar l'aplicació de les mesures de desburocratització seguint el contingut de les dues instruccions i es va fer una campanya informativa des del CatSalut i la CAMFiC a tot l'àmbit sanitari: centres hospitalaris, gerències, DAPS, CAP de l'ICS i de la XHUP, col·legis de metges, sindicats, etc, amb més o menys intensitat, segons els gestors territorials, i clarament insuficient en molts dels territoris. Després de set anys, el seguiment als centres d'AP ha estat irregular, perquè es depenia més d'accions individuals que d'una acció conjunta del col·lectiu dels MF.

Caldria revifar el tema, recordar i exigir l'aplicació de les mesures de desburocratització sense excepcions al nostre territori, que pateix la manca de pressupostos adients per cobrir les necessitats de l'AP com a conseqüència directa de la supressió de les gerències de primària i la creació de la

Caldria recordar i exigir l'aplicació de les mesures de desburocratització

Per exemple, la falta d'assistència a l'escola l'han de certificar els pares o tutors

gerència única, que s'ha caracteritzat —amb l'excusa de la crisi— per descapitalitzar l'Atenció Primària i dedicar una part important dels seus recursos a la gestió hospitalària. En són exemples la desaparició de la radiologia d'AP, l'absència d'aportació econòmica a la Unitat de Recerca d'AP, la gestió externa de la informàtica amb dependència de l'hospital i les dificultats d'accés des d'AP, la manca de suport en planificació familiar, la disminució del pressupost de formació, inclosa la Unitat Docent, i la dificultat de gestió dels recursos humans per la llunyania del gerent hospitalari, entre d'altres.

Recordatori de les mesures de desburocratització, de la Instrucció 7/2009, a la pràctica

1. Els metges d'atenció hospitalària o d'urgències poden derivar directament a altres metges d'atenció especialitzada. En cas d'absència d'ordre de derivació, el mateix informe d'urgències ha de servir per fer la programació de visita especialitzada i no cal passar per la consulta del metge de família.

2. Les visites successives de l'atenció hospitalària s'han de programar des del centre o servei on es generen.

3. Les proves complementàries i els volants de transport sanitari sol·licitats pels metges de l'hospital es programen directament al mateix hospital o al centre on s'han generat.

4. Les peticions analítiques i ECG dels preoperatoris han de ser generades a l'hospital i derivades per a pro-

gramació a l'Àrea Administrativa dels CAP, no a les consultes del metge de família, i amb el temps suficient per no col·lapsar els centres de primària.

5. La durada dels volants de derivació és d'un any. El metge de família no acceptarà la petició de nous volants de derivació quan el pacient no s'ha presentat a la consulta especialitzada, i es tasca del servei de programació hospitalari tornar a citar el pacient quan aquest ho sol·liciti.

6. El metge de família ha de disposar de la informació de les llistes d'espera de l'atenció especialitzada. En el cas de Lleida, encara ho estem esperant, i han passat set anys.

7. Els metges de família no tenen l'obligació de prescriure una medicació si no hi estan d'acord, encara que l'hagi indicat un altre professional del sistema públic de salut.

8. Si el metge de l'hospital o d'urgències prescriu un nou medicament, l'ha d'introduir a la recepta electrònica o donar una recepta mèdica oficial del CatSalut.

9. L'informe o el certificat de salut el poden emetre els metges de família i els metges especialistes hospitalaris.

10. El metge de família no té l'obligació d'informar o certificar sobre l'aptitud per a la realització d'activitats esportives, de lleure o professionals (oposicions, demanar subvencions, etc.).

11. Els justificants de presència al CAP es poden donar a la Unitat d'Atenció a l'Usuari (GIS) dels mateixos CAP i a les consultes mèdiques, d'infermeria i treballadora social.

12. La falta d'assistència a l'escola l'han de justificar els pares o tutors. No ho fa el metge de família.

13. Els pacients d'Atenció Domiciliària que no es poden desplaçar del domicili han de sol·licitar el certificat de vida (per gestions oficials o bancàries) al Registre Civil. Des dels CAP, els metges de família, les infermeres o la treballadora social poden expedir un justificant de seguiment de pla terapèutic.

Temes pendents

1. Que els metges de família apliquin i exigeixin el compliment de les mesures de desburocratització.

2. Informatitzar les receptes de MUFACE.

3. Unificar i informatitzar els diferents documents de Benestar Social, ICASS, INSERSO, Ajuntaments, etc, per sol·licitar prestacions sanitàries o socials.

4. Negociar amb les conselleries d'Ensenyament i Governació perquè es deixin de demanar tants certificats innecessaris per incorporar-se a treballar o fer una oposició.

Dr. Josep Maria Sagrera Mis
Metge de família
Exvicepresident CAMFiC

Col·locar implants i dents en un sol dia. Publicitat enganyosa?

Una de les característiques de la nostra societat és la necessitat d'una resposta ràpida, quasi immediata, als nostres problemes. La urgència forma part del nostre *modus operandi*.

L'odontologia com a ciència contemporània també ha evolucionat cap a aquest concepte. En l'àmbit de la implantologia/prostodòncia, s'han realitzat molts avenços destinats a millorar l'eficiència de la rehabilitació sobre implants i se'ns han donat eines per poder satisfer les necessitats dels nostres pacients. Una d'aquestes eines és la possibilitat de col·locar implants i fer una rehabilitació protètica (dents) el mateix dia.

Ara bé, tothom sap que, actualment, dins de l'odontologia o, més ben dit, dins d'un tipus d'odontologia, hi ha una competència ferotge, amb un bombardeig incessant de publicitat que, moltes vegades, solament conté mitges veritats.

En aquest article intentarem descriure quines són les condicions que s'han de donar perquè puguem parlar de dents en un sol dia o, dit d'una altra manera, de rehabilitació immediata d'implants.

Antecedents

Durant molts anys s'han seguit les recomanacions de Branemark, que aconsella la implantació en dues fases (2-stage surgical procedure)^{1,2}, una fase de cicatrització exempta de càrrega de sis mesos en el maxil·lar i una de tres mesos en la mandíbula, com a condició bàsica per aconseguir una bona osteointegració. Aquesta recomanació es basava en els coneixements de la traumatologia i l'ortopèdia, és a dir, en la *restitutio ad integrum* de les fractures òssies i la seva immobilització durant la fase de regeneració.

L'ortopèdia ha evolucionat extraordinàriament des d'aquells temps en què es col·locaven cargols per aconseguir la immobilització^{3,5}, igual que la implantologia.

Ara, l'especialista pot escollir entre diferents protocols de càrrega dels implants⁶.

Càrrega oclusiva diferida o per fases: quan la pròtesi sobre implants es carrega i té contacte oclusiu amb l'antagonista després de 3 mesos de la inserció dels implants.

Càrrega oclusiva precoç: és aquella càrrega funcional que es produeix en el període que transcorre des de les dues primeres setmanes fins al cap de 3 mesos de la inserció dels implants.

Tothom sap que actualment dins d'un tipus d'odontologia hi ha una competència ferotge

Moltes vegades, hi ha un bombardeig incessant de publicitat que solament conté mitges veritats

Funció immediata: quan es produeix dins de les 48 hores següents a la inserció de l'implant o els implants.

Restauració immediata no funcional: descriu una pròtesi sobre implants sense càrrega oclusiva directa en les dues primeres setmanes des de la col·locació d'implants en pacients parcialment edèntuls.

Restauració precoç no funcional: descriu una pròtesi sobre implants sense càrrega oclusiva directa col·locada entre les dues primeres setmanes i els tres mesos en pacients parcialment edèntuls.

Càrrega immediata

Els coneixements actuals deixen clar quines són les condicions prèvies que s'han de donar per aconseguir l'èxit en els tractaments amb implants de càrrega

ga immediata.

Hi ha tres factors decisius per a l'èxit de la càrrega immediata d'implants⁷:

- La qualitat òssia
- L'estabilitat primària
- L'absència de micromoviments durant la fase de cicatrització.

QUALITAT ÒSSIA

La quantitat i la qualitat d'os esponjós i cortical difereixen en les diferents regions mandibulars i maxil·lars, però també depenen de qüestions genètiques, canvis en la vellesa, modificacions condicionades per la pèrdua de peces dentals, etc⁸.

Tan important són la densitat i l'estructura trabecular com la cel·lularitat de l'os que alberga els implants.

Els implants inserits en la regió anterior de la mandíbula (interforaminal) mostren un bon pronòstic⁹⁻¹⁰, ja que corresponen a una zona on habitualment hi ha bona disponibilitat òssia i os de qualitat tipus 1-2.

La càrrega immediata en la regió posterior de la mandíbula pot presentar més problemes⁹⁻¹⁰ a causa de:

- Escassa qualitat/quantitat d'os
- Més esforços produïts pel centre masticatori
- Més incidència de periimplantitis en aquesta regió

Les taxes d'èxit registrades en el maxil·lar són inferiors a les registrades en la mandíbula⁹⁻¹⁰. Per tal de reduir la càrrega de cada un dels implants i aconseguir compensar la manca de qualitat de l'os, s'hauria d'optar per un nombre més gran d'implants al maxil·lar.

ESTABILITAT PRIMÀRIA

L'estabilitat de l'implant després de la inserció és el factor d'èxit més important per a l'osteointegració¹¹. L'estabilitat primària dels implants ve determinada inicialment per la densitat òssia, l'estructura trabecular de l'os, la tècnica quirúrgica, el nombre i el disseny dels

Taula 1: Classificació proposada per Norton i Gamble segons rangs quantitius que han de ser aplicats a la qualitat subjectiva segons Lekholm i Zarb (1985).

A Norton MR, Gamble C. Bone classification: an objective scale of bone density using the computerized tomography scan. Clin Oral Implants Res. 2001 Feb;12(1):79-84

QUALITAT (LAKHOLM Y ZARB)	UH (NORTON Y GAMBLE)	REGIÓ D'INTERÈS
Tipus 1	>+850 UH	Mandíbula anterior
Tipus 2/3	+500 y 850 UH	Mandíbula posterior/ Maxil·lar anterior
Tipus 4	0-500 UH	Maxil·lar posterior
Tipus 4*	<0 UH	Tuberositat

implants utilitzats (els implants roscats de cos cònic i superfície rugosa són els més indicats) i la seva distribució en l'arcada dentària.

Posteriorment és afavorida per un correcte disseny oclusiu que controli les càrregues masticatòries, l'absència d'extensions i la unió rígida de tots els implants mitjançant la pròtesi provisional.

Quantificació de l'estabilitat primària

L'avaluació de la càrrega immediata requereix un mètode quantitatiu per mesurar l'estabilitat de l'implant. L'objectivació intraoperatòria de l'estabilitat de l'implant és crucial per a la presa de decisions respecte a la càrrega immediata. Des d'un punt de vista pràctic, hi ha diverses tècniques que permeten aproximar-se a l'estabilitat clínica de l'implant prèvia a la seva càrrega, encara que, actualment, no n'hi ha cap que hagi estat formalment acceptada com a referència.

Johansson i Strid¹² van desenvolupar el mesurament del parell de talls durant la preparació de l'osteotomia a baixes revolucions (OsseoCare; Nobel Biocare, Göteborg, Suècia), que permet avaluar la resistència que ofereix l'os que s'ha de treballar de la peça de mà. Expressa la densitat òssia en funció de l'energia requerida per tallar per unitat del volum ossi. Així, una densitat òssia baixa necessitaria menys de 30 Ncm per a la col·locació de l'implant; la densitat òssia mitjana oscil·la entre 30 i 40 Ncm, i la densitat alta supera els 40 Ncm. Per carregar implants de forma immediata, es recomana un parell d'insercions comprès entre 35 i 45 Ncm.

L'anàlisi de la freqüència de ressonància (Osstell; Integration Diagnostics, Göteborg, Suècia) és un mètode no invasiu desenvolupat pel Dr. Neal Meredith¹³ per quantificar l'estabilitat de l'implant analitzant la interfase os-titani. En aquest cas, un transductor elèctric emet una petita ona de vibració sobre un material piezoceràmic col·lat a l'implant i un receptor recull les variacions en la freqüència que pateix aquesta ona. Mesura la freqüència de ressonància en un rang que va de 3.500 a 8.500 Hz. Aquests valors han estat traslladats a un índex més manejable, que varia entre 0 i 100, l'ISQ (Implant Stability Quotient). Queda per establir quins valors serien recomanables per a la càrrega immediata. Es postula que valors compresos entre 60 i 80, amb estabilitat antirotacional, serien adequats per a aquesta tècnica.

ELS MICROMOVIMENTS

Els micromoviments desplacen l'implant per la superfície de l'os i obren espais. Durant la fase de cicatrització, els micromoviments dels implants de fins a 100 micres interfereixen en l'osteointegració^{14,15}.

Les forces exercides sobre la superestructura (additaments per sobre de l'implant) poden transferir-se, o es transfereixen, sobre l'implant i, en casos determinats, desencadenen micromoviments d'intensitat i efectes diversos depenent de:

- L'estabilitat de l'implant
- La qualitat de l'os circumdant
- La mida (longitud i diàmetre), forma (cilíndrica, cònica) i material de l'implant¹⁶.
- La longitud del braç (relació entre l'alçada de la construcció de la superestructura i la longitud de l'implant) i els efectes derivats (lleis de la palanca)
- La desviació del punt d'atac de força pel que fa a l'eix de l'implant (efecte palanca)

Els micromoviments poden evitar-se amb una bona retenció mecànica i estabilitat primària. El protocol clàssic d'inserció (*two-stage protocol*) evita aquest problema perquè la superestructura s'incorpora un cop ha conclòs l'osteointegració.

Cal mostrar especial interès per la distribució dels implants en l'arcada de pacients edèntuls, optimitzant el repartiment de forces i reduint la influència de les extensions i els contactes allunyats de l'eix axial de l'implant. La restauració provisional es fabrica amb material acrílic després d'haver ferulitzat tots els implants, quan és possible, i d'haver-ne millorat l'estabilitat biomecànica (repartiment de forces).

És important que aquesta pròtesi no sigui retirada durant el procés d'osteointegració, abans de 6 setmanes. Si algun implant presents signes d'infecció, ha de ser tractat de forma conservadora, si és possible.

Distingim dos entorns oclusius de forma genèrica: les arcades totalment edèntules i les absències parcials o unitàries.

La pròtesi fixa provisional en arcades totalment edèntules ha de tenir una distribució adient, però limitada, de contactes en relació centrada o màxima intercuspidadió, i s'han d'eliminar els contactes excursius de la restauració i els contactes a la regió molar quan sigui possible¹⁷. També tenen un paper important les recomanacions dietètiques postoperatòries (es recomana dieta tova durant 6 setmanes) i el tipus de dentició oponent.

En les restauracions provisionals parcials o unitàries s'han d'evitar els contactes protusius, laterals excursius i les prematuritats.

Els implants unitaris encara sense càrrega oclusiva poden estar subjectes a càrregues laterals secundàries a la proximitat del bol alimentari. L'habilitat del prostodontòleg per distribuir la càrrega entre dents naturals i pròtesis sobre implants és fonamental. Tot i així, generalment no es recomana la càrrega immediata en implants unitaris, atès que els implants poden carregar-se amb corones provisionals fora de l'àrea d'oclusió, és a dir, una restauració immediata no funcional.

D'acord amb els estudis revisats, tot apunta que la càrrega immediata d'implants no hauria de presentar complicacions ni restriccions diferents de les dels procediments clàssics quan les malalties i els hàbits dels pacients són els mateixos.

Riscos de la càrrega oclusiva immediata¹⁸

La càrrega oclusiva immediata amb els implants dentals ofereix diversos avantatges. Els pilars dels implants es col·loquen en el moment de la cirurgia o en la cita de remoció de les sutures, cosa que elimina la segona cirurgia. El pacient s'estalvia dolor i el dentista, temps i material. El pacient no ha de portar una pròtesi amovible durant el temps de curació. La pròtesi amovible pot carregar de manera inadvertida sobre els implants i provocar una pèrdua d'os i fracàs. Quan es realitza

el procediment en dues fases, els implants són independents durant la curació. Quan es carreguen immediatament, els implants es ferulitzen durant l'osteointegració, cosa que és millor des d'un punt de vista biomecànic.

Ara bé, el principal inconvenient de la càrrega immediata és el risc de fallada de l'implant o de pèrdua òssia crestal. El fracàs per sobrecàrrega de l'implant va associat a la pèrdua òssia al voltant de l'implant, la qual, si afecta la placa cortical lateral, es tradueix en una cirur-

gia d'extracció de l'implant i regeneració òssia, cosa que comporta un augment del nombre de visites al dentista, del temps necessari per finalitzar la rehabilitació protètica (possiblement, durant aquest període, el pacient haurà de portar una pròtesi amovible) i de la insatisfacció del pacient, així com una disminució del marge econòmic del dentista.

A part, en la tècnica de càrrega immediata per a pacients totalment edèntuls se solen inserir més implants per augmentar l'estabilitat i la repartició de forces, cosa que augmenta els costos i redueix l'acceptació del pacient.

Conclusions

Els implants de càrrega immediata són una tècnica previsible, tot i que complexa, ja que requereixen una bona planificació implantològica i protètica i la correcta selecció i col·laboració del pacient. Aquesta tècnica permet als odontòlegs rehabilitar un espai edèntul en un breu lapse de temps. Encara que, malgrat el que assegurin molts anuncis i campanyes de màrqueting, no és una opció vàlida per a tots els casos.

Per tant, i intentant respondre la pregunta que ens plantejàvem en realitzar aquest article, cal dir que la publicitat que assegura que és possible obtenir amb èxit dents en un sol dia és veraç i falsa alhora, ja que, com en la majoria de casos en el camp de la medicina, existeixen moltes excepcions i hi intervenen molts factors, alguns dels quals impossibles de controlar per nosaltres mateixos.

Dr. Joan Carrera
Dr. Daniel Denia

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Randow K, Ericsson I, Nilner K, Petersson A, Glantz PO. (1999) Immediate functional loading of Brånemark dental implants. An 18-month clinical follow-up study. Clin Oral Implants Res 10:8-15.
- 2 Brånemark PI. (1983) Osseointegration and its experimental background. J Prosthet Dent 50:399-410.
- 3 Schatzker J, Horne JG, Sumner-Smith G. (1975) The effect of movement on the holding power of screws in bone. Clin Orthop Relat Res (Jahrgang einfügen):257-262.
- 4 Unthoff HK. (1973) Mechanical factors influencing the holding power of screws in compact bone. J Bone Joint Surg Br 55:633-639.
- 5 Unthoff HK, Germain JP. (1977) The reversal of tissue differentiation around screws. Clin Orthop Relat Res (Jahrgang einfügen):248-252.
- 6 Misch CE, Wang HL, Misch CM et al: Rationale for the application of immediate load in implant dentistry. I. Implant Dent 13:207-215, 2004

- 7 Romanos GE. (2004) Present status of immediate loading of oral implants. J Oral Implantol 30:189-197.
- 8 Kloss FR, Gassner R. (2006) Bone and aging: effects on the maxillofacial skeleton. Exp Gerontol 41:123-129.
- 9 Lekholm U, Zarb GA. (1985) Chapter 12: Patient Selection and Preparation. In: Brånemark PI, Zarb G, Albrektsson T (ed). Tissue-Integrated Prostheses: Osseointegration in Clinical Dentistry. Chicago: Quintessence Publ, 199-209.
- 10 Misch CE. (1990) Density of bone: effect on treatment plans, surgical approach, healing, and progressive bone loading. Int J Oral Implantol 6:23-31.
- 11 Albrektsson T, Brånemark PI, Hansson HA, Lindstrom J. Osseointegrated titanium implants. Requirements for ensuring a long-lasting, direct bone-to-implant anchorage in man. Acta Orthop Scand 1981;52:155-70.
- 12 Johansson B, Strid KG. Assessment of bone quality from cutting resistance during implant surgery. Int J Oral Maxillofac Implants 1994;6:164-171.
- 13 Meredith N, Alleyne D, Cawley P.

- Quantitative determination of the stability of the implant-tissue interface using resonance frequency analysis. Clin Oral Implants Res 1996;7:261-7.
- 14 Brunski JB. (1991) Influence of biomechanical factors at the bone-biomaterial interface. In: (Autor einfügen). Mechanical Effects on Interfacial Biology. (Herausgabeort und Verlag einfügen), 391-405.
 - 15 Brunski JB. (1992) Biomechanical factors affecting the bone-dental implant interface. Clin Mater 10:153-201.
 - 16 Brunski JB. (1992) Biomechanical factors affecting the bone-dental implant interface. Clin Mater 10:153-201.
 - 17 Wolfinger GJ, Balshi TJ, Rangert B. Immediate functional loading of Branemark system implants in edentulous mandibles: clinical report of the results of developmental and simplified protocols. Int J Oral Maxillofac Implants 2003;18:250-7.
 - 18 Misch CE. Implantología Contemporánea. Edit. Elsevier. Tercera Edición. Madrid - España 2009, 1(3)



Si és vostè
metge, som la
seva mutualitat

A Mutual Mèdica **l'ajudem a estalviar**
perquè en el futur pugui mantenir el
nivell d'ingressos de la seva vida
en actiu.

 MutualMedica  @MutualMedica

www.mutualmedica.com
info@mutualmedica.com · 901 215 216



MutualMèdica

la mutualitat dels metges