



médicos de Badajoz

REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ - OCTUBRE 2011 - Nº 23



Dra. Jerónima Sayagués. Consejera de Salud

“La transparencia va a guiar toda mi acción de gobierno”

Páginas 18 y 19



IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Páginas 16 y 17



Entrevistas con Guillermo Solórzano y Manuel Escolano

Páginas 27 a 29



La Biblioteca, el Archivo y la Hemeroteca del icomBA

Páginas 30 a 32



Asociación Extremeña de Esclerosis Múltiple (Aexem)

Página 34

BECAS VI CONVOCATORIA 2011/12, FUNDACIÓN A.M.A.

AYUDA A LOS CURSOS DE PREPARACIÓN
INSCRIPCIÓN 13 OCT 2011 - 14 FEB 2012 **M.I.R.-F.I.R.-E.I.R.**

El apoyo que mereces



INSCRIPCIÓN Y BASES

www.amaseguros.com



Fundación A.M.A.



Páginas 16 y 17

IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos



Páginas 28 y 29

Entrevista con... D. Manuel Escolano



Páginas 18 y 19

En Portada Dra Jerónima Sayagués, consejera de Salud y Política Social



Páginas 30 a 32

Biblioteca Archivo y hemeroteca del IcomBA



Página 24

Opinion a Pie de Consulta "¿Qué opinas de la prescripción obligatoria por principio activo?"



Página 33

Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer Presidente D. Arsenio Hueros



Página 26

Actualidad Médica Docente Dr. Remigio Cordero. Formar médicos en Extremadura



Página 34

Actualidad Médica Docente Dr. Remigio Cordero. Formar médicos en Extremadura



Página 27

Entrevista con... Dr. Guillermo Solorzano Peck



Página 35

Bases del VII Concurso de Tarjetas de Navidad IcomBA 2011

Y además...

Carta del Presidente (pág. 5). Junta Directiva (págs. 6 a 11). OMC Carta de los partidos políticos (pág. 12). Colegiación Julio-Septiembre (pág. 13). Agenda de Formación (pág. 14). Actividades Colegiales Destacadas (pág. 15). Comisión Deontológica Habemus nuevo Código (págs. 20 y 21). Tribuna de Opinión Fco Buitrago (pág.22 y 23).

BUZÓN DE INICIATIVAS COLEGIALES



MÉDICOS DE BADAJOZ dispone de un Buzón de Iniciativas Colegiales a disposición de todos los colegiados, con el fin de servir de instrumento para canalizar sus sugerencias sobre cualquier aspecto relacionado con el Colegio de Médicos de Badajoz y la profesión médica. Esta nueva sección de la revista tiene una vocación de servicio al colegiado, al tiempo que aspira a convertirse en un elemento más que permita una mejor interrelación entre el Colegio y sus colegiados.

Para participar en esta sección, los colegiados pueden remitir sus correos, de una extensión no mayor de 20 líneas a doble espacio, a través del correo electrónico: medicosdebadajoz@hotmail.com

DESDE EL AÑO 1994 LA MÁS ALTA TECNOLOGÍA A SU SERVICIO

RESONANCIA MAGNÉTICA DE ALTO CAMPO 1,5 TESLA PHILIPS



- Todo tipo de exploraciones, normales y avanzadas.
- Tiempos mínimos en la realización de la exploración.

En C/ Eladio Salinero de los Santos , 6
(Entreplanta Hospital Clideba) **BADAJOS**
Tif. 924 25 55 90 - central@clinicassanmiguel.com

RESONANCIA MAGNÉTICA ABIERTA DE ALTO CAMPO PHILIPS PANORAMA HFO



- Única de estas características en Extremadura y quinta de España.
- Combina las prestaciones de una resonancia de alto campo con las posibilidades de una resonancia abierta.
- Especialmente indicada para pacientes con claustrofobia, obesos o niños sin necesidad de sedación.
- Todo tipo de exploraciones normales y avanzadas.
- Tiempos mínimos en la realización de la exploración.

En Avda. del Guadiana, 6 (Centro Badajoz Salud) **BADAJOS**
Tif. 924 22 11 64 central@clinicassanmiguel.com

CLÍNICA SAN MIGUEL ESTÁ CONCERTADA CON LAS PRINCIPALES COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y MUTUAS DE ACCIDENTES:

- Compañías de Seguros: Adelas, Allianz, Axa, Asisa, Caser, Dkv, Antares, Grupo Mapfre, Sanitas, Salus, Zurich, etc.
- Mutuas Accidentes de Trabajo: Asepeyo, Fraternidad, Fremap, Fimac, Ibermutuamur, Mc Mutual, Mutua Universal, Maz, Montañesa, Mutua de Futbolistas, etc.

TAMBIÉN OFRECEMOS NUESTROS SERVICIOS EN LOS CENTROS SAN MIGUEL DE:

CÁCERES: Ronda de San Francisco, 1. Tif. 927 24 00 89
CÁCERES: Avda. de la Universidad, s/n. Tif. 927 18 14 75
MÉRIDA: Avda. de la Constitución s/n. Tif. 924 37 42 00
ZAFRA: Ctra. de Los Santos, s/n (Clínica Zafra Salud). Tif. 924 55 14 63
ALMENDRALEJO: C/San Blas, 11. Tif. 924 66 73 23
DON BENITO: Avda. Alonso Martín, 23. Tif. 924 80 56 52
NAVALMORAL: C/Pablo Luengo, 23. Tif. 927 53 20 57
CORIA: C/La Vera, s/n. Polígono Los Rosales. Tif. 927 50 82 96



Dr. Pedro Hidalgo Fernández
 Presidente del icomBA
 presidente@colegiomedicobadajoz.org

DE LA NECESIDAD VIRTUD

Queridos colegas: menos mal que ha llegado una crisis económica, realmente crisis de los sistemas financieros, para empezar a hablar en serio de la financiación del sistema sanitario público.

Desde distintas entidades, profesionales y políticas, se ha asegurado que la deuda global sanitaria --que se ha venido parcheando en las Comunidades Autónomas-- asciende a unos doce mil millones de euros. Esta deuda es fruto de una financiación insuficiente y con partidas presupuestarias agregadas que no son finalistas para lo que se destinan, con el consiguiente agravio a su tesorería.

Estamos financiando un derecho constitucional y no una "alegre actividad ciudadana". Pero desde su inicio se ha reconocido un déficit presupuestario que se cifra en dos puntos del PIB por debajo de nuestro entorno europeo.

Valoramos nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) y presumimos de sus logros. Universalizamos la asistencia y queremos pasar de la calidad a la excelencia pero luego somos cicateros a la hora de diseñar los presupuestos.

Así lo reconocía el Consejo Interterritorial del SNS en su acuerdo nº 764 de fecha 18 de marzo de 2010, aprobando el documento sobre acciones y medidas para la sostenibilidad del SNS:

"El sistema sanitario español es uno de los que tienen mejores resultados en salud de entre los países desarrollados del mundo", y reconocía que "una falta de dotación financiera suficiente y estable podría llegar a poner en riesgo la calidad del sistema y la equidad en el acceso a los servicios, por lo que hay que evitar que las tensiones financieras que soporta el sistema puedan llegar a deteriorar su funcionamiento".

Se define la sostenibilidad como la cualidad que debe tener un proceso para mantenerse por sí mismo, sin ayuda exterior ni merma de los recursos.

Nuestro estado de bienestar se basa en el pilar sanitario-asistencial. Y los ciudadanos debemos saber lo que nos supone en euros mantenerlo y ampliarlo, y nuestros administradores serán los que prioricen. Porque no



es posible menor gasto para mantener --ya no digo aumentar-- la calidad e implementar una cartera de servicios. Tendremos que explicar que el gasto en sanidad es una inversión en vida.

Valoramos nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) y presumimos de sus logros. Universalizamos la asistencia y queremos pasar de la calidad a la excelencia pero luego somos cicateros a la hora de diseñar los presupuestos.

Pero para ello deberemos saber que queremos presupuestar y si tendremos los caudales necesario.

Ahora en esta nueva legislatura se debería lograr un pacto por la sanidad que evite las comparaciones del "¡y yo más!" y deje-

mos de jugar con "las cosas del comer" que no sólo asustan a los ciudadanos sino que generan desánimo en el sector.

Si deseamos seguir manteniendo un SNS que investigue, forme y atienda cada día mejor, debe ser atendido no desde el Ministerio de Sanidad, sino desde el Ministerio de Hacienda. Porque ni las medidas de ahorro ni las mejoras de gestión serán suficientes para resolver el problema de la escasa (deficitaria) financiación.

Si sabemos desde hace años que el camino que se recorría era difícil de seguir manteniendo (y encima se aumentaba) con esos presupuestos; si sabemos que el envejecimiento de nuestra población (bendito sea), el aumento de la demanda asistencial, la aparición de nuevas tecnologías, etc. conlleva un incremento de las prestaciones, ¡cómo no íbamos a saber que precisaríamos de presupuestos acordados!

La salud no tiene precio, pero tiene un coste. Ahora los más sesudos van diciendo la verdad que todos sabíamos para tratar de hacer de la necesidad virtud. ■

Junta Directiva



Dr. Jose Antonio Márquez Sánchez

Tesorero del icomBA
tesorero@colegiomedicobadajoz.org

Arenas movedizas

Estimados compañeros. En esta tribuna que nuestra revista brinda al titular de Tesorería, tenemos costumbre de desarrollar reflexiones sobre los asuntos económicos y financieros que gravitan en torno a nuestra Institución y, en ocasiones, a cuestiones que pueden afectarnos de, forma directa o indirecta, como profesionales cualificados y partícipes de la sociedad, como agentes sociales de cierta relevancia.

Tras la vuelta del verano, apenas somos capaces de recuperarnos de las enormes convulsiones que las estructuras económicas y, especialmente, financieras han sufrido en el pasado estío. En un agosto negro, el sistema financiero europeo ha estado a punto de sucumbir y sólo la intervención "in extremis" del regulador monetario común han permitido salvar una situación que se antoja será recurrente en el futuro.

Y esto nos afecta a todos. Basta echar un vistazo a la prensa diaria para percibir que esto es así. En el ámbito sanitario, que nos afecta más directamente, vemos como determinadas comunidades autónomas, mucho más potentes que la nuestra y que, en teoría, van a la vanguardia de la economía a nivel nacional, están desarrollando programas de ahorro que afectan a las prestaciones sanitarias y a los profesionales del ramo. Se me ocurre, en este punto, el recurso a un refrán, tan típico como tópico, que tiene que ver con barbas remojadas.

Creo que hemos de ser conscientes de que estamos en un terreno presidido por las arenas movedizas, nadie sabe qué va a pasar y, lo que está claro, es que habrá un antes y un después de estos tiempos y que vivimos un momento histórico equiparable, verbi gratia, a los acontecimientos que supusieron el final de la Edad Media.

A este respecto, entendemos que es importante considerar a corporaciones profesionales como nuestro Colegio, como elementos trascendentales en el desarrollo de las acciones de defensa de nuestras profesiones, bien entendido que todos hemos de estar preparados para asumir esfuerzos extraordinarios.

La situación continúa con altibajos, pero continuamente tensa. Sin embargo, la vida sigue, así que toca seguir pensando en, por ejemplo, los impuestos de este año. Como se acerca el fin de año y, aunque es previsible que haya un nuevo número de la revista antes de dicha fecha, podemos ir pensando ya en algunas medidas que pueden abaratar

Creo que hemos de ser conscientes de que estamos en un terreno presidido por las arenas movedizas, nadie sabe qué va a pasar y, lo que está claro, es que habrá un antes y un después de estos tiempos y que vivimos un momento histórico equiparable, verbi gratia, a los acontecimientos que supusieron el final de la Edad Media.

nuestra factura fiscal en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y que podemos acometer antes del cambio de año.

Entre otras medidas, fáciles de implementar, podemos acudir a:

- Los que deduzcan por vivienda habitual y tengan préstamos hipotecarios, agotar el límite de la deducción que se sitúa en 9.015 € por declaración y año. Los que

hayan pagado por hipoteca un importe menor, pueden solicitar una cancelación parcial. Pero ojo a las posibles comisiones por cancelación anticipada.

- Guardar los justificantes de las obras de reforma deducibles, tanto facturas, como pagos. Son deducibles las obras de mejora de eficiencia energética, higiene y salud, protección del medio ambiente, estanqueidad y accesibilidad del edificio, adaptación para personas mayores o discapacitadas o de acceso a telecomunicaciones.

- Para los que tengan sociedades, recurrir a la distribución de dividendos, pues existe una exención fiscal de hasta 1.500,00 € percibidos en tal concepto.

- Estudiar la posibilidad de compensar ganancias patrimoniales del ejercicio con pérdidas previsibles. Por ejemplo, vender acciones con pérdidas (y con futuro incierto) para compensar otras ganancias generadas en el ejercicio.

Existen varias posibilidades, siempre en función de las particularidades de cada sujeto pasivo. En Tesorería podemos ofrecer información al respecto para cualquier colegiado interesado en la materia.

En fin, que nos ha tocado hacer esta vez una intervención algo pesimista, o prudente, según se mire. Vendrán tiempos mejores. Estemos preparados, para lo bueno o para lo malo. ■





Dr. Manuel Fernández Chavero

Vocalía de Medicina Privada por Cuenta Ajena del icomBA
 medprivadaca@colegiomedicobadajoz.org

Vocalía de Medicina Privada por cuenta ajena

Estimados compañeros: Esta Vocalía había depositado en este número de la Revista Colegial una ilusión especial. Podría haber sido el inicio de una colaboración fructífera entre nuestro Colegio y una importante empresa de Servicios Sanitarios. Una serie de circunstancias, ajenas a la voluntad de las dos partes, ha ralentizado el proceso; pero la determinación de llevarlo a cabo es sólida y estamos en el convencimiento de que será una realidad en un futuro a corto plazo. Nuestro Presidente apoya, asesora y gestiona la idea lo que aun la convierte en un objetivo más alcanzable.

Próximamente se hará público el nuevo Concierto de MUFACE. Aunque aun no ha trascendido nada, todo parece indicar que existen indicios de que se han rebajado los ratios de profesionales y centros sanitarios que se exige que tengan las Compañías en cada territorio; todo ello como consecuencia de que el cálculo se hará teniendo en cuenta la población adscrita a MUFACE y no la población total como era hasta ahora.

A hilo del punto anterior se pudo leer en la prensa regional hace escasas fechas un artículo de opinión emitido por un compañero, artículo que ha sido recibido y publicado en la edición de este mismo número (páginas 22 y 23). El artículo en cuestión llevaba el título de "La Atención Primaria más necesaria que nunca". En un apartado del mismo se podía leer textualmente: "Incluso se mantienen los privilegios de quienes administran el sistema sanitario (los funcionarios) que escapan en mas del 90% del sistema publico a través de mutualidades (MUFACE, ISFAS, MUGEJU...)".

Creo que es obligación de esta Vocalía hacer, sin ánimos de polemizar, unas puntualizaciones a esta afirmación. Para ello os ruego que releáis el escrito de esta Vocalía en la Revista número 21 publicada el pasado mes de abril. En este escrito podía leerse:

"El Sector Privado representa el 27.5% del SNS. El gasto sanitario se eleva a 26.814 millones de euros. Asume un volumen importante de la atención sanitaria nacional: 25% de ingresos, 32% de intervenciones quirúrgicas, 40% de TAC, 60% de RMN. Existe un 21% de población con doble aseguramiento y el 87% de los funcionarios (MUFACE) elige cada año la Sanidad Privada lo que es signo de la calidad del sistema".

Todos lo datos anteriores, así como buena parte de la información aparecida en el mencionado escrito, fue por deferencia del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad). En ese mismo artículo también se especificaba que, gracias a la Sanidad Privada, se producía una descarga directa del gasto del sistema publico en 1550 euros / persona/ año.

Pues bien cuando los funcionarios, y por ende la MUFACE, con bastante menos dotación, consiguen la fidelidad, año tras año, del 90% de su colectivo solo nos puede llevar a tres conclusiones:

- La asistencia sanitaria que reciben es de calidad.
- La gestión de los recursos es de calidad

- Los médicos, cada cual en su nivel competencial, que formamos parte de esta opción sanitaria tenemos la misma formación, compromiso, lealtad y entrega que los del cualquier otra opción sanitaria.

Los funcionarios no escapan del Sistema Publico; entre otros motivos porque el Sistema Publico no es un campo de concentración. Los Funcionarios optan por el Sistema Mutual porque se sienten protegidos, bien atendidos y colmados en sus necesidades sanitarias y humanas. E incluso del 10-15% restante que optan por la Sanidad Publica muchas veces no lo hacen por mala asistencia, mala praxis o malas experiencias sino que lo hacen por ser portadores de enfermedades raras, subsidiarios de tratamientos muy específicos o circunstancias extraordinarias que les inducen a la Sanidad Pública y sus mayores recursos. Por este motivo, y otros muchos, esta Vocalía título el informe de la Revista 21 de la siguiente manera: "El Sistema somos todos: Medicina Pública/Concertada/ Privada".

El próximo día 21 de noviembre se celebrara en la sede del CGOMC la Reunión conjunta de Vocalías de Medicina Privada. Tan solo dispongo de uno de los puntos del día pues en estos momentos esta en fase de estructuración. Trataremos sobre la decisión de algunas Compañías de bajarnos los honorarios y los baremos. En la siguiente Revista os transmitiré toda la información disponible.

Recientemente se ha aprobado la fusión de las Vocalías de Medicina Privada y Atención Primaria. No dispongo de la fecha de su puesta en práctica. Solo puedo desear que la unión de ambas Vocalías (Privada por Cuenta Propia y Privada por Cuenta Ajena) sirva para mejorar y potenciar la Medicina Privada y, por supuesto, su presencia en la Sociedad y en los Colegios de Médicos; así como en sus relaciones con la Sanidad

Pública; pues es opinión de esta Vocalía que el mejor Sistema Sanitario posible es un Sistema Mixto presidido y caracterizado por la buena, generosa y respetuosa colaboración mútua.

Esta Vocalía engloba a muchos colectivos importantes y que tienen cosas importantes que decir: Médicos de Mutuas, de Clínicas Privadas, Clínicas de Diálisis, Servicios de Prevención y un largo etc. A todos os pido que deis ideas para nuestra formación, para reivindicar nuestras necesidades y para tantas y tantas cosas. Esta Vocalía tiene la obligación de vehicular todas esas inquietudes y el Colegio debe ser la casa donde se hagan realidad. La Sociedad Extremeña de Medicina del Trabajo ha dado un primer paso en este sentido. Usar el Colegio para su formación y para la formación social. Un debut exitoso, merito, sin duda, de sus componentes y sobretodo del trabajo y compromiso de su Presidente. Os animo a todos.

Por último quisiera terminar con una frase que resuma en pocas palabras la necesidad de ir todos (Medicina Pública/ Concertada/ Privada) en la misma dirección: La solidaridad no es un sentimiento superficial, es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común, es decir, el bien de todos y cada uno para que todos seamos realmente responsables de todos. (Juan Pablo II). ■

Los Funcionarios optan por el Sistema Mutual porque se sienten protegidos, bien atendidos y colmados en sus necesidades sanitarias y humanas.

"El Sistema somos todos: Medicina Pública/Concertada/ Privada".

Junta Directiva



Dr. Fernando Blas Tabla Hinojosa
Vocal de Médicos de Administraciones Públicas
medadmpublicas@colegiomedicobadajoz.org

Médico de vuelo

El ser humano es esa máquina perfecta capaz de adaptarse a cualquier medio. El afán de superación le ha llevado a explorar desde las profundidades marinas de Neptuno hasta las alturas de Ícaro.

El verdadero sueño del ser humano ha sido el poder volar como un pájaro. Desde los hermanos Wrihth hasta nuestros días, la aeronáutica ha evolucionado vertiginosamente. La humanidad ha sido capaz de llegar al enigmático espacio lunar. Sus retos no quedan ahí, la construcción de la nueva estación espacial, permitirá realizar el sueño de llegar al fascinante planeta rojo, que tantas películas e historias de marcianos nos ha proporcionado.

Ya lo visionaron los griegos en su mitología y Julio Verne con su inagotable mente prodigiosa para adelantarse a su tiempo.

Quizás, lo que no tuvieron en cuenta, que para conseguir el anhelado deseo, el volar ocasionaba modificaciones en el cuerpo humano que podían llevar hasta la muerte.

El medio aéreo tiene la peculiaridad de someter al cuerpo humano a un ambiente de hipobaría. También, la generación de aceleraciones en los tres planos provocará cambios fisiológicos y fisiopatológicos que causarán patologías al personal de vuelo (pilotos y tripulaciones aéreas). Aquí es donde, el médico de vuelo se involucra en realizar una medicina preventiva y asistencial.

A nivel de la Sanidad Militar la formación del médico de vuelo se realiza en el C.I.M.A. (Centro de Instrucción de Medicina Aeroespacial). Referente a nivel nacional e importante presencia a nivel internacional.

La actuación se realiza tanto a nivel psicológico, fisiológico y físico (Ley de Boyle-Mariotte, ley de Dalton, ley de difusión gaseosa, ley de Charles, ley de Henry).

En la aviación civil, los efectos físicos sobre el cuerpo humano son menos exigentes que en la aviación militar (incluyendo los aviones a reacción o cazas, los de transporte y los helicópteros). Cada uno tiene sus peculiaridades en cuanto a



efectos sobre el organismo, siendo los más exigentes los que se producen en los cazas.

En la Base Aérea de Talavera la Real (ALA-23), se encuentra la Escuela de Pilotos de Caza y Ataque del Ejército Español.

Las dos funciones primordiales serán la actuación preventiva (medicina preventiva) y la asistencial (medicina asistencial, que irá desde patología leve hasta las más graves, como un neumotórax o una enfermedad descompresiva). También realizamos la primera asistencia ante una catástrofe aérea en el aeropuerto civil.

Todos los pilotos de caza que tiene el Ejército del Aire se han formado en nuestra Base Aérea.

Se ponen todos los medios técnicos y humanos para que los alféreces alumnos realicen su formación con la máxima garantía y salgan lo mejor formado para rea-

lizar sus cometidos. Para ello es fundamental que estén en las mejores condiciones psicofísicas. Por lo que la función del médico de vuelo cobra máxima relevancia.

Las dos funciones primordiales serán la actuación preventiva (medicina preventiva) y la asistencial (medicina asistencial, que irá desde patología leve hasta las más graves, como un neumotórax o una enfermedad descompresiva). También realizamos la primera asistencia ante una catástrofe aérea en el aeropuerto civil.

Nuestro cometido es la asistencia al piloto de combate, pero también atendemos a

los controladores aéreos, tripulantes de vuelo, personal en tierra, así como a todo el personal civil que trabaja en las instalaciones de la Base Aérea.

Los alféreces alumnos, antes de comenzar el curso de caza y ataque pasan controles médicos periódicos en el C.I.M.A.,

así como entrenamiento en la cámara hipobárica, de desorientación, cámara de visión nocturna. Estos reconocimientos son imprescindibles para poder realizar el STANAG 3827 (Requerimientos mínimos para entrenamiento de las tripulaciones aéreas en ambiente de altas "G" sosteni-

Las patologías que más frecuentemente se observan son las ototubaritis barotraumáticas, favorecidas principalmente en la época de otoño-invierno por los catarros de vías respiratorias altas y la gripe, así como la presentación de barosinusitis.

das. Los STANAG son los acuerdos OTAN de normalización para el desarrollo de funciones de manera conjunta). Este entrenamiento en altas aceleraciones se realiza en la localidad de Königsbrück (Alemania), donde los futuros pilotos van acompañados por dos médicos de vuelo que van observando las evoluciones psicofísicas en la sala de los monitores de control (registro de ECG, presión arterial, ritmo respiratorio, etc).

Una vez superado el STANAG 3827 se vuelve a la Base Aérea de Talavera la Real donde comenzará el duro curso de formación del piloto de caza. Su duración es de un curso académico. En este periodo, nuestra función es la de mantenerlos en las mejores condiciones psicofísicas o la de recuperar lo antes posible su salud si les sobreviene cualquier patología.

Las patologías que más frecuentemente se observan son las ototubaritis barotraumáticas, favorecidas principalmente en la época de otoño-invierno por los catarros de vías respiratorias altas y la gripe, así como la presentación de barosinusitis. Otra patología frecuente son las contracturas musculares, principalmente a nivel de la columna cervical y lumbar, regiones que soportan varias veces el peso del piloto, desarrollando con el tiempo protusiones discales y hernias discales. Por ello, la preparación física es



un elemento imprescindible en todo piloto para minimizar los efectos que las altas aceleraciones causan en el cuerpo hu-

En la aviación civil, los efectos físicos sobre el cuerpo humano son menos exigentes que en la aviación militar (incluyendo los aviones a reacción o cazas...)

mano. También se realizan controles sobre la alimentación. Y se dan conferencias informativas de la fisiología y fisiopatología del vuelo.

Todo va encaminado a preparar el cuerpo humano para que soporte, en las mejores condiciones, los efectos de las aceleraciones, las radiaciones, las vibraciones, el ruido y la hipobaría. Puesto que los aviones de caza son máquinas casi perfectas que exigen un alto rendimiento de la persona que los pilota, para conseguir el mejor resultado, que no es otro que realizar la misión con éxito.

Mi agradecimiento a los médicos del C.I.M.A., que nos ayudan en nuestro trabajo del día a día aportándonos sus conocimientos, y a los pilotos de la Base Aérea de Talavera la Real por su colaboración con la Sección de Sanidad, y servir de estudio para conocer más en profundidad cómo se adapta y se comporta el cuerpo humano en unas condiciones diferentes a las habituales.

Mi admiración a todos los pilotos. ■



Dr. Juan José Torres Vázquez
Vocalía de Atención Primaria Rural del icomBA
medaprural@colegiomedicobadajoz.org



Primera conferencia de Atención Primaria

El foro de Atención Primaria, del que forman parte las principales sociedades científicas de la misma (SEMG, semFYC, SEMERGEN, AEPap y SEPEAP) junto con la Organización Médica Colegial y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos han celebrado el 13 de octubre la primera Conferencia de Atención primaria junto al Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas

Esta primera Conferencia de Atención Primaria, nace con la voluntad de ser un encuentro de carácter anual que reúna en el Ministerio de Sanidad a las administraciones sanitarias y a los profesionales para que sirva de cauce de reflexión conjunta sobre la situación y ámbitos de mejora de este primer nivel asistencial, así como de puesta en valor del papel de la Atención Primaria dentro del Sistema Nacional de Salud.

La asistencia de las administraciones tanto central como autonómicas a esta conferencia deberían otorgarle el peso suficiente para que sus conclusiones sean tenidas en cuenta por el gobierno que salga de las urnas el próximo 20 de noviembre.

Si bien es verdad que una de las fortalezas del sistema sanitario es la accesibilidad, ésta se está convirtiendo en una amenaza que puede ahogarnos por rebosamiento.

Los ejes sobre los que ha girado esta primera conferencia vienen marcados por los títulos de las tres mesas redondas que se celebraron: la primera " el papel de la

atención primaria en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud". La segunda " los profesionales de la medicina y de la enfermería en la atención primaria del siglo XXI" y la tercera " evolución y perspectivas de futuro de la estrategia AP 21".

Las conclusiones a las que se llegaron fueron las siguientes:

- Es necesario mantener este tipo de encuentros como el que nos ha reunido en esta 1ª conferencia de Atención Primaria, como instrumento que permita la conjunción de esfuerzos y opiniones que se traduzcan en el progresivo desarrollo de AP21 y de la Atención Primaria en su conjunto.

- Potenciar la Atención Primaria con una mejor redistribución del gasto para que progresivamente, en el plazo de 4-6 años, se alcance el objetivo de destinar el 25% del presupuesto total de sanidad para la Atención Primaria.

- Priorizar medidas tendentes a disminuir la carga burocrática a la que ahora los profesionales de Atención Primaria están obligados y de manera especial en la gestión de la incapacidad temporal.

- Planes de redistribución de tiempos en la jornada laboral que garanticen la formación continuada necesaria y la coordinación del trabajo en equipo.

- Aplicar cambios asistenciales, de manera que se otorgue a los profesionales de Atención Primaria un mayor acceso a las pruebas diagnósticas, medida que sin duda alguna dotaría al sistema de una mejora de su capacidad resolutoria, con un menor coste global para el mismo.

- Incrementar la capacidad de respuesta a la Atención Primaria, facilitando la coordinación y continuidad asistencial mediante un mayor acceso a la información clínica del paciente en su paso por el hospital.

- Redefinir los roles y competencias de los profesionales de la Atención Primaria.

- Potenciar el liderazgo del médico en la gestión del proceso asistencial.

- Dar más peso a la medicina de familia en los currículos de los grados universitarios de tal manera que la medicina de familia y comunitaria sea más conocida y más atractiva para los futuros profesionales. En el mismo sentido, se ha de fortalecer la formación especializada de pediatría en el ámbito de la Atención Primaria.

- Es necesario implicar a la población en la buena utilización de los Servicios Sanitarios. Los ciudadanos tienen que saber cómo, dónde y cuándo utilizar los Servicios de Salud.

- Dar el mayor impulso y compromiso político al desarrollo de AP21 con la implicación de las Administraciones Autonómicas y la Central.

- Llevar a cabo las reformas estructurales y organizativas necesarias para impulsar el papel clave de la Atención Primaria ante los nuevos escenarios sanitarios y sociales, debiendo liderar el abordaje efectivo y eficiente de la cronicidad y el envejecimiento.

Muchos de nosotros empezamos a cansarnos de oír lo importante que somos y lo bien que lo hacemos, mientras el presupuesto de la Atención Primaria se reduce año tras año, al igual que se reduce el prestigio de los médicos de familia, aumenta la frecuentación e incluso se incrementan las agresiones.

- Promover la investigación en salud, en Atención Primaria, como instrumento para identificar las mejores prácticas.

Estas conclusiones se extrajeron de las diecisiete intervenciones que hubo, sin contar las protocolarias. Fue una jornada densa en propuestas que lógicamente no todas caben en estas conclusiones. Sin embargo la que se repitió en todas las mesas y fue el hilo conductor de la mayoría de las intervenciones fue la de ampliar el presupuesto de la Atención Primaria al 25% del gasto sanitario, cifra que queda lejos

del 14% actual. Si queremos realmente que la Atención Primaria tenga el peso específico que le corresponde y fortalecer su capacidad resolutoria, máxime en épocas de crisis, es preciso dotarla de la financiación suficiente.

También queremos resaltar un aspecto, que no se recoge en el listado de conclusiones y que merece la pena reseñar. Se trata de la propuesta hecha desde la Confederación Estatal de Sindicatos

Médicos para crear un sistema de retribuciones que contemple el hecho diferencial de los médicos que acceden a la función pública tras diez años de formación respecto al resto de funcionarios que acceden con una formación de cuatro años. No es de recibo, que profesionales que acceden a la función pública tras diez años de formación, tengan los mismos niveles y conceptos retributivos que el resto de funcionarios que acceden a la función pública con una formación académica de la mitad de años.

Otro tema de interés que se abordó y merece la pena comentar, es el de la accesibilidad y la frecuentación que soportamos en atención primaria, pues diariamente se atiende a un millón de ciudadanos en los centros de salud de nuestro país, muchos de ellos con más de un motivo de consulta. Esta cifra no es normal. En ningún país de nuestro entorno se acude tanto al médico como aquí y no por ello tienen peor salud. Si bien es verdad que una de las fortalezas del sistema sanitario es la accesibilidad, ésta se está convirtiendo en una amenaza que puede ahogarnos por rebosamiento.

En definitiva, creemos que ha llegado el momento de aparcarse las loas y alabanzas a la Atención Primaria y ponerse manos a la obra. Muchos de nosotros empezamos a cansarnos de oír lo importante que somos y lo bien que lo hacemos, mientras el presupuesto de la Atención Primaria se reduce año tras año, al igual que se reduce el prestigio de los médicos de familia, aumenta la frecuentación e incluso se incrementan las agresiones. Esperemos que esta conferencia no se quede en una mera declaración de intenciones como tantas y tantas que se han hecho en los últimos años, porque como decía un amigo de juventud; "estamos harto de ser guapos y andar sin novia". ■





CARTA A LOS PARTIDOS POLÍTICOS

Madrid, 18 de octubre de 2011

Estimado señor:

Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos a la que represento, queremos contribuir a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, universal, equitativo y gratuito, que está sufriendo las consecuencias de la crisis económica, con la única medida de hacer recortes que afectan a la calidad asistencial de los pacientes.

La profesión médica, cuya principal lealtad es la que debe a su paciente, anteponiendo la salud de este ante cualquier otra conveniencia, considera que estos recortes no son admisibles, por lo que nos oponemos radicalmente a los mismos. La solución a la sostenibilidad de nuestro sistema de salud no puede radicar exclusivamente en esta medida.

Ante esta grave situación y con motivo de las próximas elecciones generales del 20 de noviembre a las que concurre su partido, les proponemos 5 medidas urgentes que ayudarían a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud para que las asuman en su programa electoral.

1. Alcanzar un pacto de Estado con la participación de todos los grupos políticos que, sobre la base de mantener un SNS universal, equitativo y gratuito, permita coordinar las políticas sanitarias de todas las CC.AA.
2. Decidir un modelo de financiación que evite generar deuda.
3. Buscar los medios para financiar la deuda sanitaria y establecer los mecanismos jurídicos, legales y penales, para evitar que, lo que ha ocurrido en la gestión de lo público, no vuelva a ocurrir.
4. Definir una cartera de servicios para todo el SNS, con las condiciones y garantías con las que se presten.
5. Cambiar el modelo retributivo de los profesionales y vincular buena parte del mismo en función de calidad y resultados.

Hay muchas más iniciativas que consideramos que serían eficaces para ayudar a la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad asistencial, pero todas pasan por asumir estas cinco propuestas.

Atentamente le saluda
Juan J. Rodríguez Sendín

Colegiación

Julio - Agosto - Septiembre

ALTAS JULIO

ALFONSINA F. Y. LANTIGUA TATEM | 06/06/06497
 DELGADO RASTROLLO ELENA | 06/06/06547
 CORBACHO CAMPOS ALMUDENA | 06/06/06548
 ZÚÑIGA PAVA GUSTAVO A. | 06/06/06549
 FERNÁNDEZ PRUDENCIO LUIS | 06/06/06550
 BRENES MIRANDA ALBIN | 06/06/06551
 ROCHA DÍAZ EDGARDO A. | 06/15/11206

BAJAS JULIO

POLO SIMÓN JAVIER • ESTUDIOS
 LEÓN LUCAS VERÓNICA • TRASLADO A CÁCERES
 SOLIS VÁZQUEZ RAQUEL • TRASLADO A MADRID
 POLANCO VALVERDE CARLOS E. • TRASLADO A CIUDAD REAL
 MURUBE JIMÉNEZ ADRIAN • TRASLADO AL EXTRANJERO

FALLECIMIENTOS JULIO

MORO MIGUEL CLEMENTE
 FAJARDO MORENO FLORENTINO
 PALMA ROBLES JUAN
 FERNÁNDEZ DURÁN JOSÉ MARÍA
 GARCÍA CASTRO M^a ÁNGELES

ALTAS AGOSTO

BENGLA PAULO LIMPO BRUNO RICARDO | 06/06/06552
 AMORES SOLANO JUAN ANTONIO | 06/37/06687
 RIVERA MERCADO ÁNGELA VERÓNICA | 06/06/06553
 MARÍN MARTÍN ALFONSO | 06/06/05887
 RODRÍGUES PACHECO RENATA | 06/06/06554
 BOTANA FERNÁNDEZ MARCOS | 06/33/10.634
 VILORIA VILLARREAL ROSA MARGARITA | 06/06/06555
 ARROYO DÍEZ FRANCISCO JAVIER | 06/10/02480
 BATISTA DE QUEIROZ RICARDO | 06/06/06556
 CARDONA TABORDA ALEXANDER | 06/06/06557
 MENESES DEL CASTILLO GUSTAVO A. | 06/06/06558
 LOZANO LONDOÑO JUAN CAMILO | 06/06/06559
 PEÑA PINEDA CARMEN ELISA | 06/06/06560
 CABELLO MOLINA ÁNGEL | 06/14/07403
 SALAS GÓMEZ ROCÍO | 06/06/06561

BAJAS AGOSTO

RODRIGUES PACHECO RENATA • TRASLADO A ORENSE
 ULLOA MELO LINETTE • TRASLADO A ALICANTE

ALTAS SEPTIEMBRE

PÉREZ ROMERO ANTONIO | 06/06/05423
 RODRÍGUEZ LARIOS JOSÉ RAMÓN | 06/10/03318

BAJAS SEPTIEMBRE

PÍRIZ CAMPOS M^a ESTHER • TRASLADO A SEVILLA
 AHMAD ALRASHDAN MOHAMMAD • TRASLADO A SU PAÍS
 PEÑA ESTEVÁ EDUARDO M. • TRASLADO A SU PAÍS
 ESPINOSA LARA NATALIA • TRASLADO A BARCELONA
 HIDALGO CUADRADO DIEGO ANTONIO • ESTUDIOS MIR
 DELGADO RASTROLLO ELENA • TRASLADO AL EXTRANJERO
 PELUFFO ZAMORA VANESSA • TRASLADO A SU PAÍS
 LANTIGUA TATEM ALFONSINA • ESTUDIOS MIR
 GODOY DOUEIDAR LEILA • TRASLADO A SU PAÍS
 MARTÍNEZ FERNÁNDEZ VÍCTOR MANUEL • CESE EJERCICIO

FALLECIMIENTOS SEPTIEMBRE

LÓPEZ BLANCO CARLOS



EL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE
 MÉDICOS DE BADAJOZ EXPRESA SU MÁS
 SENTIDO PÉSAME A LAS FAMILIAS Y
 AMIGOS DE LOS COLEGIADOS FALLECIDOS

Indugrafic, no solo papel...

INNOVA CON **INDUGRAFIC** ARTES GRAFICAS



e-books



impresión/grabación
 CD/DVD



videos



pen driver



webs

Polígono de Pealsa • (ctra. Madrid-Lisboa, km. 397) • 06009 Badajoz
 tel 924 240 700 • fax 924 253 326 • artesgraficas@indugrafic.com

www.indugrafic.com

Agenda de Formación



5 de noviembre de 2011: Se va a celebrar en el Aula Social del icomBA un Taller de Ecografía Eco Cardio-Vascular organizado por SEMERGEN y SOGAE.

10 y 11 de noviembre de 2011: Se celebra en el Complejo Cultural San Francisco de Cáceres el II Simposium Internacional "EPOC y tabaco: Actualización diagnóstico-terapéutica y perspectivas futuras"



11 y 12 de noviembre de 2011: En el Hotel Zurbarán de Badajoz se celebra el IX Congreso de la Sociedad Extremeña de Endocrinología y Nutrición.



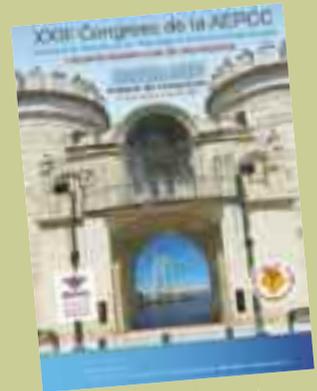
11 al 19 de noviembre de 2011: Se celebra por primera vez en África, en Dakar (Senegal) el I VIDEOMED Senegal, organizado con la colaboración de VIDEOMED España.



18 y 19 de noviembre de 2011: Se celebra en el Parador Nacional de Mérida la IX Reunión de la Sociedad Extremeña de Hipertensión arterial y Riesgo cardiovascular (SEXHTA). Inscripción y programa en www.sexhta.es



18 y 19 de noviembre de 2011: Se celebra en el Aula Social del icomBA el 2º Curso de la Asociación de Formación Médica Continuada de Extremadura, bajo el título "Claves en la redacción de artículos científicos"



24 al 26 de noviembre de 2011: se celebra en el Palacio de Congresos de Badajoz el XXIII Congreso nacional de la AEPCC (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia) y I Reunión Hispano-lusa de Colposcopia. Se celebra además de forma paralela el II Curso de Prevención en Cáncer de Cuello de Útero para Atención Primaria.



26 de noviembre de 2011: Se va a celebrar en el Aula Social del icomBA un Taller de Ecografía Pediátrica organizado por SEMERGEN y SOGAE.

28 de noviembre al 1 de diciembre de 2011: Se celebra en el Colegio de Médicos de Cáceres el 3º Curso de la Asociación de Formación Médica Continuada de Extremadura, bajo el título "Manejo inicial del paciente Politraumatizado en el medio extrahospitalario".

1 de diciembre de 2011: Se va a celebrar en el salón de actos del icomBA a las 17.00 horas el Seminario-Debate bajo el título "Guía Planificación anticipada de la asistencia médica: Historia de Valores; Instrucciones Previas; Decisiones de representación".

12 de diciembre de 2011: Se celebra en el CCMI Jesús Usón de Cáceres el 4º Curso de la Asociación de Formación Médica Continuada de Extremadura, bajo el título "Ventilación Mecánica".

"Curso Actívate, Aconseja Salud": Que realizará en diciembre la Fundación para la Formación de la OMC, en colaboración con el Consejo Superior de Deportes. Matriculo gratuita. Curso on-line: www.ffomc.org



Los días 11 y 12 de noviembre: Se celebra en el Hotel Husa Zurbarán de Badajoz el IX Congreso de la Sociedad Extremeña de Endocrinología y Nutrición.



24 DE SEPTIEMBRE DE 2011



El Presidente del icomBA saluda al Dr Barbacid en su visita a la localidad de Santa Marta. Foto por gentileza de Francisco López.

La Asociación Oncológica "Juan Víctor" de Santa Marta (Badajoz) organizó una conferencia impartida por el Dr. D. Mariano Barbacid bajo el título: "Últimos avances en la lucha contra el cáncer", a la que acudió en representación del icomBA el Sr. Presidente, Dr. D. Pedro Hidalgo. Posteriormente se inauguró un parque en la Urbanización Virgen de Guadalupe de Santa Marta de los Barros que llevará el nombre del prestigioso investigador.

Durante los **MESES DE OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE** se está celebrando, con importante participación, un curso de informática básica para médicos jubilados. Todos los lunes y miércoles en el aula social del icomBA .

Actividades Colegiales Destacadas

5 DE OCTUBRE DE 2011

Se celebró en el Salón de Actos del icomBA el Día Mundial de los Cuidados Paliativos. Para conmemorar ese día, tuvo lugar una Conferencia impartida por la Dra. Begoña Román Maestre, Doctora en Filosofía por la Universidad de Barcelona, bajo el título "CALIDAD DE VIDA Y DE MUERTE: REFLEXIONES ÉTICAS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS".

6 DE OCTUBRE DE 2011

La Asociación Extremeña de Medicina del Trabajo celebró una Jornada de actualización en Vacunas con la conferencia "VACUNAS: UN APRENDIZAJE CONTINUO" actuando como ponente el Prof. Dr. D. Carlos Quintas Fernández.

15 DE OCTUBRE DE 2011



La asociación Castellano-Manchega de Errores Innatos del Metabolismo ha entregado los III premios Metabólicos C-M del 2011. En un acto celebrado en la casa de la Cultura de Campo de Criptana, se le entregó a nuestro presidente el Dr. D. Pedro Hidalgo, el premio "Distinción Metabólico Manchego del 2011". Entregó el galardón el presidente del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real D. Ramón Garrido.

14 OCTUBRE DE 2011

Se celebró en la Facultad de Medicina de Badajoz el día de San Lucas, patrono de los médicos. Como en años previos se realizó un acto en el salón de grados de la Facultad al que asistió la Consejera de Salud y Política Social Dra. M^a. Jerónima Sayagués, el Rector de la UEX Dr. Segundo Píriz, al alcalde de Badajoz D. Miguel Celdrán, el decano Dr. Pedro Bureo y



el presidente del IcomBa Dr. Pedro Hidalgo. En el transcurso del mismo impartió una conferencia magistral el Dr. Enrique Moreno González sobre "Opciones para el trasplante de órganos abdominales en el 2012". El Dr. Enrique Moreno (Siruela, 1939), catedrático de Patología Quirúrgica y jefe del Servicio de Trasplantes de Órganos Abdominales del Hospital 12 de Octubre de Madrid, Premio Príncipe de Asturias de investigación científica y técnica (1999) es también Doctor Honoris Causa por la UEX y otras universidades nacionales y extranjeras y Medalla de Extremadura.

Se rindió un merecido homenaje por su jubilación a la Dra. Asunción Fernández González, profesora de Bioquímica Clínica, con una brillante y dilatada carrera docente unida siempre al aprecio de las muchas promociones de alumnos que por sus aulas han pasado.

Deseamos que el Día de San Lucas 2012 se pueda celebrar con el nuevo edificio de la Facultad de Medicina ya inaugurado.



Congresos

IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Del 9 al 11 de Mayo de 2012 tendrá lugar en Badajoz el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

El Presidente del Comité Organizador es el Dr. Rafael Mota Vargas, médico internista que en la última década ha dedicado todo el ejercicio de su profesión al desarrollo de los Cuidados Paliativos en nuestra Comunidad Autónoma de Extremadura.

Explíquenos brevemente qué son los Cuidados Paliativos

Los Cuidados Paliativos son una forma de atención que trata de proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada y/o terminal y a sus familiares una valoración y atención integral adaptada en cada momento a su situación, en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo su proceso evolutivo.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo fundamental aliviar el sufrimiento y mejorar, en lo posible, la calidad de vida de estos pacientes.

¿Qué tipo de pacientes se puede beneficiar de recibir Cuidados Paliativos?

Generalmente este tipo de atención va dirigido a pacientes con enfermedades oncológicas en fase avanzada, progresiva y escasa respuesta a tratamiento específico así como enfermedades crónicas avanzadas con limitación funcional severa no reversible, con alto nivel de sufrimiento y pronóstico de vida limitado.

Actualmente se aboga por iniciar la Atención Paliativa en las fases tempranas de ese tipo de enfermedades, debiendo ser la transición de los cuidados curativos a los cuidados paliativos de forma gradual, basándose en las necesidades individuales de la personas más que en un plazo concreto de supervivencia esperada.

Las necesidades de los pacientes con enfermedades en fase avanzada son múltiples, cambiantes y, en ocasiones, muy complejas, siendo para ello preciso la atención de un equipo multidisciplinar que pueda atender todas esas necesidades.

Asimismo, creemos que los cuidados paliativos deben de ser prestados por el sistema sanitario en su conjunto, englo-



bando tanto los niveles de atención primaria como hospitalaria y centros socio-sanitarios, sumando a éstos, equipos y unidades específicas de cuidados paliativos que den apoyo y respuesta para la solución de las situaciones más complejas.

Ha recibido numerosos premios durante este tiempo como, por ejemplo, el premio a un "Modelo de Excelencia en Cuidados Paliativos" otorgado por la "International Association for Hospice and Palliative Care" de Houston (EEUU)

¿Cómo se han desarrollado los Cuidados Paliativos en nuestra región?

En el año 2002 se crea el Programa Marco Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, fruto del consenso de numerosos profesionales de distintos ámbitos asistenciales y de las diferentes áreas de salud. A partir de ahí se crean

8 Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (uno por cada una de las 8 Áreas de salud), formados inicialmente por Médicos y Enfermeras y, a los que posteriormente se incorporaron Psicólogos.

Estos equipos actúan de soporte a otros profesionales de nuestro sistema de salud, ejerciendo su labor asistencial tanto a nivel domiciliario como hospitalario y en centros socio-sanitarios, siendo la **atención compartida** uno de los pilares esenciales del modelo extremeño de cuidados paliativos.

¿Por qué un Congreso Nacional de Cuidados Paliativos en Extremadura?

El Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura ha sido y es un modelo de referencia tanto a nivel Nacional como Internacional, especialmente en países Latinoamericanos, cumpliéndose durante el año 2012 los 10 años desde su puesta en marcha.

Ha recibido numerosos premios durante este tiempo como, por ejemplo, el premio a un "Modelo de Excelencia

en *Cuidados Paliativos*" otorgado por la "International Association for Hospice and Palliative Care" de Houston (EEUU) y el Premio de Calidad a la innovación por el Observatorio Regional de Cuidados Paliativos, otorgado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, entre otros.

Vendrán a Badajoz ponentes de prestigio internacional de EEUU, Canadá, Reino Unido, Italia, Argentina, Portugal y España.

Por ello, no es casualidad que sea Extremadura el lugar escogido por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos para la celebración de este Congreso.

¿Cuál es el lema del Congreso y por qué?

El lema del Congreso es "**Cuidados Paliativos: El Arte de Cuidar**", pues pensamos, que en el final de la vida, una de las partes más importantes de la vida de una persona, cuando cierra su biografía y cuando, generalmente, hay un elevado nivel de sufrimiento, hay que ser tremendamente exquisitos en el cuidado, tener una gran sensibilidad y realizar una atención muy cercana y humana. Y, realizar todo ello con un alto nivel de calidad científico-técnica y humana a la vez, desde luego, puede ser considerado un Arte.

También quería destacar el logotipo del Congreso, por su originalidad y representatividad del proceso del final de vida, en el que aparecen manos entrelazadas, que reflejan unión, cercanía, estar presente, familia, amistad...y como esa fusión de manos configuran una mariposa como reflejo de libertad y espíritu libre, como decía la Dra. Kübler-Ross "en su carta a un niño con cáncer:

" Y, cuando hayamos acabado con el trabajo en la tierra, podremos dejar nuestro cuerpo, que encierra nuestra alma, como el capullo de seda a la mariposa...y nos liberaremos del dolor y del miedo ...y seremos libres como una mariposa... y volveremos a nuestra casa... donde estaremos rodeados de todo el Amor que podamos llegar a imaginar".

¿Qué temas se van a tratar durante el Congreso?

Este Congreso se va a guiar, principalmente, por tres líneas vertebradoras.

En primer lugar, "**El abordaje de síntomas difíciles**", en la que pretendemos dar respuesta a las situaciones más complejas de nuestra tarea diaria.

En segundo lugar, nos centraremos en "**El reto del Paciente No Oncológico**". Creemos que es nuestra asignatura pendiente y, donde trataremos de dilucidar aspectos como cuales son los criterios de selección, factores pronósticos, necesidad de manejar tratamientos específicos así como dificultades de la atención compartida.

Por último centraremos nuestra atención en los "**Cuidadores Familiares**" pero también, como no, en los "**Profesionales porque ¿Quién cuida de nosotros?**"

También nuestro Congreso irá un poco más allá de la evidencia científica para dar cabida a las "**Terapias Complementarias**" que tanto beneficio suponen para nuestros pacientes y que dan sentido al arte de paliar el sufrimiento.

Para desarrollar toda esta temática vendrán a Badajoz ponentes de prestigio internacional de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Italia, Argentina, Portugal y España, entre otros.

¿A qué profesionales va principalmente dirigido?

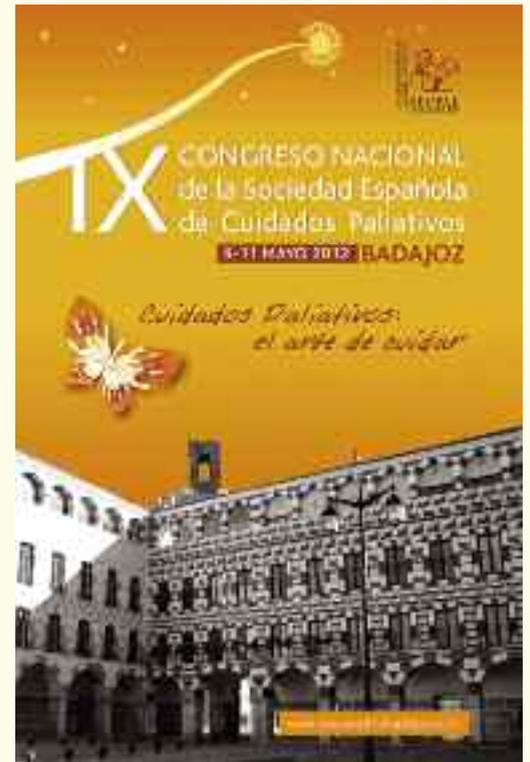
Fundamentalmente a todos aquellos profesionales que, de una u otra manera, están en contacto con pacientes con enfermedades avanzadas, crónicas evolutivas y/o en situación de terminalidad.

Por supuesto para Médicos de Atención Primaria, Médicos de Servicios Hospitalarios con alta prevalencia de enfermos terminales como Medicina Interna, Oncología Médica y Radioterápica, Geriátrica, Unidades del Dolor, Urgencias...y Médicos de Centros Socio-Sanitarios o Centros de Atención a la Dependencia.

Además, al tratarse de un Congreso Multidisciplinar, también está abierto a Enfermeras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Auxiliares de Enfermería y otras profesiones afines, Estudiantes Universitarios de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social, entre otros, habiéndose organizado, además, una jornada paralela dirigida al Voluntariado, quienes ejercen una labor encomiable con nuestros pacientes y familias.

¿Qué puede aportar una ciudad como Badajoz a la celebración de este evento?

Sobretudo cercanía y hospitalidad. Estamos seguros que la Ciudad, tanto las Administraciones Públicas, el sector privado y los pacenses en general se van a volcar para contribuir al éxito del



Congreso, donde esperamos a más de 1000 profesionales de España, Portugal y Países Latinoamericanos.

¿Cuales serían las fechas a recordar?

A nivel de presentación de trabajos científicos al Congreso la fecha límite es la del 31 de Diciembre de 2011, aunque seguro que ampliaremos ese plazo unos días para dar oportunidad a cuántos profesionales quieran aportar sus conocimientos, experiencias e investigaciones en este campo.

A nivel de cuotas de inscripción, hemos realizado tres tarifas dependiendo de las fechas de inscripción, a recordar: 31 de Diciembre tarifa promocional, hasta el 15 de Abril tarifa reducida y a partir de ahí y hasta el 9 de Mayo tarifa normal,

¿Cómo pueden encontrar más información?

Tenemos disponible una página web donde se puede encontrar toda la información referente al congreso así como enviar las comunicaciones e inscribirse al mismo. La dirección web es: www.secpal2012badajoz.com

Para terminar me gustaría agradecer al Colegio de Médicos de Badajoz su predisposición a colaborar con nosotros y contribuir a la difusión del congreso e invito a cuántos profesionales de nuestra región estén interesados en mejorar la atención al final de la vida de nuestros pacientes. Y, como decía la Dra. Cicely Saunders, la pionera del Movimiento de Cuidados Paliativos:

"Usted importa porque es Usted... y seguirá importando hasta el último momento de su vida. Nosotros, no sólo le ayudaremos a morir en paz, sino a VIVIR, hasta que muera". ■



Dra. Jerónima Sayagués Consejera de Salud y Política

Desde su conocimiento del Sistema Sanitario Público Extremeño ¿Qué fortalezas y debilidades "hereda" del anterior gobierno político?

El Sistema Nacional de Salud es el fruto del esfuerzo de muchas generaciones de españoles, ha conseguido ser uno de los mejores del mundo y el Sistema Extremeño de Salud forma parte del Nacional. Por tanto tiene muchas fortalezas.

Si quiere que le concrete alguna en especial le diré que los recursos de tecnología -como el número de TAC o de RMN por millón de habitantes-, así como el número de camas funcionantes por cien mil habitantes están por encima de la media nacional. La cualificación de los profesionales es también muy alta.

Como debilidades le diré que hemos heredado una excesiva estructura directiva y de mandos intermedios y una situación financiera delicada con un déficit de 200 millones de euros.

Con el histórico cambio de signo político en Extremadura se espera un nuevo estilo de gobernar ¿En que lo vamos a notar dentro de la Sanidad?

Ya se ha podido comprobar desde el primer día. Una política de austeridad, de recorte de gastos superfluos e innecesarios, de disminución de altos cargos y en el reforzamiento de la atención holística a las personas.

La economía parece dictar los destinos a corto plazo de nuestro estado de bienestar. Desde las filas políticas se dice que la Sanidad, junto a la Educación, no van a sufrir recortes. Pero lo cierto es que ya hemos sufrido algunos recortes en los salarios en el pasado año 2010 y a todos nos preocupa la situación futura ¿Tenemos una economía sanitaria autonómica suficientemente sana?

En Extremadura tenemos una situación económica nada buena, con una deuda de 2.600 millones de euros pero el Gobierno va a mantener las prestaciones de la sociedad del bienestar. Solo se recortará allí donde

no afecte a la calidad de las mismas y no olvidemos que para que exista calidad los profesionales deben estar satisfechos con el trabajo que realizan y con el reconocimiento que obtienen por el mismo.

Toneladas de medicamentos se tiran a la basura de forma controlada por el proyecto SIGRE. ¿De quién es la responsabilidad de esta ineficiencia de recursos? ¿Tenemos la solución a este problema?

La responsabilidad es de todos y esto hay que evitarlo con políticas de uso racional del medicamento, en las que vamos a profundizar. Sin duda la receta electrónica es de una gran ayuda en evitar prescripciones en dosis mayores de las necesarias y la dispensación en dosis unitarias sería también un gran paso en este sentido. Por otra parte, en esta legislatura realizaremos un Plan de Atención al Paciente Crónico que contemplará una dispensación más eficiente en cuanto al número de envases en este tipo de pacientes que, casi siempre, están también polimedicados.



és.
ca Social

Los profesionales venimos expresando la necesidad de una política sanitaria estable, basada en el consenso. ¿Nos podría adelantar algunas líneas de su propuesta básicas para un Pacto extremeño por la Sanidad?

Un pacto por la Sanidad tiene que comprender todos los aspectos esenciales de la misma. Se trata de que entre todos podamos asegurar la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, que tiene un déficit de más de 15.000 millones de euros.

El pacto extremeño que el Gobierno de Extremadura propone no parte de una agenda de temas cerrada, pero es imprescindible que aborde la financiación, la cartera de servicios, la política de recursos humanos la equidad en el acceso y las listas de espera, la gestión farmacéutica, la calidad, etc. Estamos a la espera de que los grupos políticos de la oposición nos hagan llegar su disponibilidad para el Pacto. Ojalá que se produzca y podamos llegar a un consenso, porque todos defendemos el Sistema Sanitario Públi-

co, que es, posiblemente, el máximo elemento de cohesión de nuestra sociedad.

España, y Extremadura en particular, se encuentra entre los pueblos europeos con unas mayores cifras de visitas médicas. Las consultas están masificadas de forma crónica en muchos centros sanitarios, con agendas médicas repletas en las que no caben más citas para una atención mínimamente digna. ¿Podría explicarnos qué medidas acompañan a su propuesta de "demora cero" para todos los pacientes que soliciten una cita en Atención Primaria y de reducción de listas de espera quirúrgicas?

Como ya expliqué en mi primera comparecencia parlamentaria la "demora cero" en Atención Primaria es para la consulta médica a demanda y para conseguirla hay que profundizar en el Plan para la desburocratización de las consultas. Todavía casi el 21% de las consultas son administrativas.

Y en cuanto a las listas de espera no hay que pensar solo en las quirúrgicas, también en las de consultas externas y pruebas diagnósticas. En estos momentos estamos procediendo a estudiar cual es la situación real de las listas, porque nos hemos encontrado unos sistemas de información que no son los que realmente deberían ser, y estamos depurándolos.

La libre elección de médico era una realidad jurídica en Atención Primaria desde el Decreto 15/2006, que desarrollaba este derecho ya recogido por la Ley de Salud de Extremadura (2001) ¿Qué novedades anuncia en este punto?

Efectivamente así es, pero limitando la libertad de los pacientes porque con la normativa actual solo se puede elegir en el Área de Salud a la que está adscrito el paciente.

Con nuestra propuesta se podrá elegir en cualquier parte de Extremadura y lo mismo ocurrirá con la Atención Especializada. En lo que respecta a esta última pretendemos que el médico de familia asesore en la elección, aunque sin limitar la posibilidad de que sea el propio paciente el que pueda elegir. En todo caso la implantación llevará su tiempo y previamente se publicarán indicadores de funcionamiento que puedan ser útiles para facilitar la elección. Previamente a llevarla a cabo tenemos que diseñar un sistema de reconocimiento para los profesionales que sean más elegidos y de evaluación continua del funcionamiento del derecho de libre elección.

La sostenibilidad de la calidad de nuestro sistema sanitario público ha sido sustentada por el personal sanitario, liderado por el compromiso social y la competencia clínica del médico. ¿Qué medidas contempla su Consejería para incentivar y fidelizar el trabajo y vocación de los médicos que han elegido Extremadura para ejercer su profesión?

Pretendemos rediseñar el concepto de la Productividad Variable que permita reconocer adecuadamente el esfuerzo y los resultados obtenidos. Como es lógico será pactado con los profesionales, con los médicos en el caso de los médicos, y su aprobación definitiva tiene que ser en la Mesa Sectorial.

La sanidad privada tiene una presencia escasa pero creciente en nuestra comunidad ¿Cuál va a ser su política con esta área?

La sanidad privada está jugando un papel creciente en todas las Comunidades Autónomas y la Consejería tiene competencias y responsabilidades sobre toda la Sanidad, no solo de la pública. Desde el inicio de la Sanidad Pública en España, desde el INP, han existido los conciertos con la Sanidad Privada, y juega en Extremadura un importante papel en las listas de espera. No me planteo ningún cambio en concreto.

Una mayor transparencia en la gestión ha sido uno de los aspectos reivindicados por la sociedad a los políticos ¿Cuál es su compromiso concreto en este aspecto?

La transparencia va a guiar toda mi acción de gobierno. Publicaremos trimestralmente el estado de las listas de espera y periódicamente daremos a conocer los principales indicadores de los centros sanitarios, incluidos los costes, y las encuestas de satisfacción.

Es nuestra intención que a cada paciente que reciba el alta en un hospital junto con su informe de alta se le entregue una "factura sombra" en la que se desglose cual ha sido el coste de su atención sanitaria, porque cada ciudadano tiene derecho a saber cómo empleamos lo que aporta con sus impuestos

Las convocatorias bianual de oposiciones y anual de concursos de traslados son vías fundamentales en la consolidación laboral y mejora de los profesionales recogidas en su programa electoral (propuesta nº 852) ¿Ratifica el compromiso público hecho con los profesionales médicos de todas las especialidades de tal periodicidad?

Lo ratifico. En cuanto esté resuelta la OPE actual instauraremos la periodicidad bianual de las convocatorias.

Ha expresado su interés por ofrecer participación y diálogo permanente a los interlocutores de la profesión médica, donde nos situamos sus representantes colegiales. En el programa electoral de gobierno del PP se señalaba un compromiso concreto (nº 856): "defenderemos la colegiación obligatoria". Algo similar sucedió en con la vuelta del PP en la comunidad de Galicia. ¿Cuándo avanzaremos en esta solución reguladora de la profesión médica garante para sociedad de Extremadura?

Soy partidario, el Partido Popular es partidario de la colegiación por las garantías que la misma proporciona a los ciudadanos. Ahora bien, ante todo defendemos el Partido Popular y yo misma, la existencia de un único Sistema Nacional de Salud, no diecisiete sistemas de salud. Esa es nuestra prioridad y por tanto la colegiación obligatoria debería serlo en todas las Comunidades. Por tanto, vamos a esperar un tiempo razonable para que exista una norma nacional igual para todos y, mientras tanto no vamos a modificar la situación actual, fundamentalmente por razones de seguridad jurídica. No es adecuado cambiar la norma en sentido contrario cada poco tiempo, crearía inseguridad jurídica para los médicos. ■



Dr. Mariano Casado Blanco

Presidente de la Comision Deontologica de IcomBA.
Vocal de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la O.M.C.

“HABEMUS” Nuevo Código de Deontología Médica

El pasado día 9 de julio se aprobó el nuevo Código de Deontología, de la Organización Médica Colegial de España que ha venido a sustituir al hasta entonces vigente del año 1999. Los motivos de esta nueva edición son muchos, pero sin lugar a dudas los cambios y evoluciones ocurridos a lo largo de esta década dentro de la medicina hacían obligado el emprender una actualización del mismo. Además para una materia de carácter ético y deontológico se hace imprescindible, necesario y hasta urgente el realizar una puesta al día.

En principio, la elaboración de un texto como éste genera muchas dificultades sobre todo sabiendo que ha servir como guía de conducta para tantos médicos y procurando mantener el respeto a dos principios elementales que hay que tener siempre presentes como son la libertad del médico y la autonomía del paciente. Por ello hay que procurar ser muy prudentes a la hora de su redacción y tratando de impregnarlo de una filosofía muy simple y es la que tiene presente el contemplar sólo aquellas conductas y situaciones que no lleguen a quebrantar la conciencia de ningún médico, ni violentar los fundamentos éticos que deben garantizar la convivencia entre los mismos, pues sabemos de la pluralidad de pensamiento, ideología..., existente dentro del colectivo médico.

La elaboración del Código de Deontología es una de las funciones que tiene asignada la Comisión Central de Deontología, la cual es básicamente una comisión técnica, formada por doce médicos que son elegidos democráticamente en elecciones libres que se celebran cada cuatro años.

De una forma esquemática la redacción del Código se inició a finales del año 2008 y hasta su finalización se han llegado a elaborar hasta 16 borradores, todos ellos extensa y profundamente debatidos y hasta discutidos. El texto finalmente elaborado fue remitido a todos los Colegios Oficiales de Médicos para su difusión, conocimiento y aportación de alegaciones. Como resultado de este trámite la Comisión Central de Deontología recibió hasta 372 enmiendas, muchas de las cuales se incorporaron al documento.

De esta forma se redactó un último texto el cual fue remitido de nuevo a todos los Colegios de Médicos, de donde se recibieron nuevas alegaciones que a su vez fueron valoradas y sometidas a votación, culminando el proceso el pasado 9 de julio en que la Asamblea General de la O.M.C., lo aprobó.

Si analizamos el Nuevo Código éste aparece estructurado en 21 capítulos y 66 artículos, 109 epígrafes, una disposición adicional y cinco disposiciones finales.

Se han introducido 5 nuevos capítulos (pruebas genéticas, dopaje deportivo, docencia médica, atención médica al final de la vida y objeción de conciencia).

De una forma genérica, el nuevo texto modifica el anterior en un tema tan importante y básico como es la relación médico-paciente para adaptarlo a las previsiones que contempla la denomi-

nada Ley de Autonomía del Paciente. También se han incluido y desarrollado tanto el contenido como el sentido que ha de tener el acto médico.

Otras novedades son la inclusión de temas candentes, actuales y de gran contenido ético como los referidos a las asociaciones profesionales, drogadicción, segunda opinión médica, prevención de la enfermedad, duración del acto médico, error médico, esterilización, interrupción voluntaria del embarazo, publicación de la investigación médica, sobre la investigación en embriones humanos, sobre la gestión clínica y compañías aseguradoras médicas, sobre los incentivos, sobre el intrusismo en el ámbito médico, sobre la relación médico-paciente no presen-

cial y sobre el trasplante facial, entre otros. Es cierto que tras su publicación, y como todos los colegiados sabrán o habrán

Me pregunto quien mejor que un médico para informar acerca de los riesgos, inconvenientes, peligros y demás cuestiones conlleva una práctica como es la del aborto o cualquier otra





oído o leído en diferentes medios, se han creado unas ciertas polémicas en torno a este Código donde determinados Colegios, colegiados y colectivos hablan de falta de transparencia así como de la falta de independencia, por parte de la Comisión Central de Deontología, en la elaboración del Código. Por ello me gustaría efectuar algunas aclaraciones al respecto.

A pesar de ello, en conjunto el Código ha tenido una gran acogida desde diferentes estamentos, instituciones, colectivos..., pero igualmente y como indicaba anteriormente ha habido críticas, en ocasiones importantes, sobre todo acerca de dos artículos concretos como son el 36.5 y el 55.3, los cuales y sin lugar a dudas se trata de artículos complejos tanto en su redacción como en su interpretación.

Se nos ha tachado de tolerar el aborto, a lo que tengo que indicar de una forma rotunda que es errónea esa apreciación. A este respecto el artículo 51.1 dice: "El ser humano es un fin en sí mismo, en todas las fases del ciclo biológico, desde la concepción hasta la muerte. El médico está obligado, en cualquiera de sus actuaciones, a salvaguardar la dignidad e integridad de las personas bajo sus cuidados". Y así mismo, el artículo 55.1 dice "El médico está al servicio de preservar la vida a él confiada, en cualquiera de sus estadios". Creo que de esta forma queda muy clara la posición del Código de respeto a la vida humana.

Una cosa es el aborto y otro bastante distinta y diferente es el planteamiento que hacemos de que un médico aunque esté en contra del aborto no puede negar información médica sobre el aborto. Como indicaba anteriormente, éste Código ha puesto especial cuidado en el respeto a la autonomía del

paciente, para cuyo ejercicio es imprescindible que el médico proporcione información adecuada, fidedigna y completa de forma que el paciente pueda tomar libremente sus decisiones. La información, recordemos, es un deber legal y deontológico ante el que no cabe la objeción de conciencia.

Me pregunto quien mejor que un médico para informar acerca de los riesgos, inconvenientes, peligros y demás cuestiones conlleva una práctica como es la del aborto o cualquier otra. El informar no implica actuación y para ello debemos recordar la obligación que tiene el médico de informar de todo y de forma conveniente, para que después sea el propio paciente quien decida la forma de actuar en uno u otro sentido.

La elaboración del Código de Deontología es una de las funciones que tiene asignada la Comisión Central de Deontología, la cual es básicamente una comisión técnica, formada por doce médicos que son elegidos democráticamente en elecciones libres que se celebran cada cuatro años.

De ahí que los problemas de conciencia que se argumentan por determinados médicos, no eximen a estos del deber de informar a los pacientes y por ello el Código establece que "no es conforme a la ética médica negar, ocultar o manipular información para influir en la decisión de la madre sobre la continuidad de su embarazo" (art. 55.3).

Con respecto a la otra cuestión polémica como es el tema de la sedación en la agonía, desde el punto de vista ético y por tanto deontológico hay que considerarla como una práctica médica correcta, por supuesto siempre que esta se lleve a cabo en situaciones concretas que el médico debe decidir, como son ante los síntomas refractarios, tratando así de obtener el bienestar del paciente. Y además entendemos que si esta se aplica correctamente no se hace necesario hablar del tan temido tema de la eutanasia, que por supuesto es rechazado de forma rotunda en nuestro Código.

Otro tema de interés, por el debate profesional e incluso social que genera, es la polémica reducción del gasto mediante el establecimiento de incentivos ligados a la prescripción. A esto indicamos que desde el punto de vista deontológico se consideran deontológicas estas prácticas siempre y cuando se cumplan dos premisas como son las salvaguarda de la calidad asistencial y el respeto a la libertad de prescripción.

Es básico que el médico deba disfrutar de la necesaria independencia para atender a los pacientes que se confían a sus cuidados y, en concreto, para elaborar sus diagnósticos y prescribir sus tratamientos. El compromiso ético del médico consiste en prestar a sus pacientes, y con el consentimiento de éstos, el mejor servicio de que sea capaz, tal como lo dicta la ética médica y el buen juicio clínico.

No se puede olvidar que existe un deber deontológico de prescribir con responsabilidad y moderación a la hora de prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad pero igualmente el médico no puede olvidar que

los recursos con que se pagan sus prescripciones no son suyos, sino del paciente o de las instituciones, públicas o privadas, que las toman a su cargo. El médico debe ser consciente de su compromiso a prescribir con racionalidad y buen sentido económico.

Mucho se ha hablado, comentado e incluso criticado el nuevo Código de Deontología. A este respecto y como todos sabemos para poder opinar hay que saber de lo que estamos hablando y creo que sin hacer una lectura completa y sosegada

del Código no se pueden hacer las afirmaciones que se están haciendo en muchos medios y por muchos sectores. De ahí que anime a que se lea el Código y que se establezcan foros de opinión en el Colegio para no solo una mejor comprensión del contenido del Código sino quizás para lo más importante como es su aplicación y cumplimiento. ■



Dr. Francisco Buitrago Ramírez
Médico de familia. Medalla al Mérito Colegial del icomBA

Atención Primaria de Salud ¡Más necesaria que nunca!

Este título que la Organización Mundial de la Salud eligió para su informe sobre análisis de los sistemas sanitarios en 2008, resulta plenamente vigente en la actual situación de crisis económica. La Atención Primaria de Salud (APS) y la Atención Especializada son los niveles asistenciales en que se organiza el sistema sanitario español, un sistema de salud descentralizado que ha sido considerado uno de los más eficientes de Europa. La APS pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en los centros de salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos generales/de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas, farmacéuticos, veterinarios y fisioterapeutas. La APS constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, siendo sus elementos esenciales la accesibilidad (que no debería estar limitada por razones de sexo, ni edad, ni por razones técnicas y burocráticas, ni geográficas, horarias ni económicas), la longitudinalidad (atendiendo los diferentes problemas de salud de los pacientes), la integralidad en el proceso asistencial, el hábil manejo de la incertidumbre, la polivalencia de sus profesionales y la capa-



cidad anticipatoria, trabajando por la prevención cuaternaria que limita los efectos perniciosos de la propia intervención sanitaria.

El desarrollo de la APS se ha estancado en los últimos años en los que no ha recibido ni financiación suficiente ni apoyos políticos, y en los que tampoco se han facilitado los cambios organizativos.

La reforma del modelo sanitario español y en particular de la APS ha reportado claros beneficios como la mejora de las infraestructuras sanitarias

y la accesibilidad, el aumento de la satisfacción de los ciudadanos, la mejora en la prescripción farmacéutica o los cambios en los patrones de morbimortalidad. Estos resultados se logran a pesar de que España presenta uno de los menores gastos en sanidad (8,5% del PIB), con un 54% del gasto sanitario público dedicado a atención especializada (hospitalaria y ambulatoria) y sólo un 15,7% a la APS.

Sin embargo, el desarrollo de la APS se ha estancado en

los últimos años en los que no ha recibido ni financiación suficiente ni apoyos políticos, y en los que tampoco se han facilitado los cambios organizativos o la adopción de las competencias clínicas necesarias para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población (16,5% de la población española supera los 65 años), el incremento de las demandas, la fascinación por la tecnología, la burocracia o la medicalización de la vida cotidiana, con una población cada día más dependiente de los servicios sanitarios.

Los problemas que obstaculizan el desarrollo de la APS son de diversa índole y están plenamente identificados. En el ámbito profesional es notoria la baja autoestima y des-

motivación laboral, fundamentalmente de los médicos, al haberse perdido gran parte de los contenidos y funciones que inicialmente se asignaron a la APS. Un dato revelador, por ejemplo, es que la opción de formación en medicina familiar y comunitaria ocupe lugares muy bajos en las pruebas selectivas de médicos especialistas, además de ser testimonial su presencia en la Universidad.

La distribución asimétrica de cargas laborales en detrimento del médico, con una indefinición en las funciones de otros roles profesionales, explica, al menos parcialmente, el deterioro en el compromiso profesional, siendo cada vez más frecuentes los centros instalados en una cultura de la queja, con relajación en el cumplimiento de horarios, en la participación en tareas de formación continuada, en la consideración de la visita domiciliaria como problema a evitar, en la inflexibilidad en las agendas o en la aparición de listas de espera para acudir a la consulta del médico y de la enfermera. La informatización, por ejemplo, permite que el médico pueda citar directamente al paciente para una nueva revisión, para una consulta especializada o para la renovación de la receta elec-

trónica sin pasar por los servicios administrativos. La asunción de estas tareas supone descarga en beneficio del paciente y de los auxiliares administrativos, por ejemplo, pero no redundan en la creación de nuevas plazas de médico o la asignación de un menor número de pacientes.

La carrera profesional se ha caracterizado por una estrategia de café para todos, progresando en los niveles en función prácticamente del tiempo trabajado (como si de nuevos trienios se tratase). Las innovaciones tecnológicas más importantes han sido la informatización de la historia clínica y la receta electrónica, pero el modelo de historia clínica electrónica resulta poco funcional, por no citar la incompatibilidad de estas dos aplicaciones informáticas entre las diferentes comunidades autónomas, de manera que ninguna sirve fuera de Extremadura.

En cuanto a los ciudadanos y usuarios de la sanidad pública se les tiende interesadamen-

te a culpabilizar del deterioro del sistema sanitario, de la frustración que viven muchos de sus profesionales y del incremento del gasto sanitario. Se recurre para ello al incremento insaciable de la deman-

tos carentes de las necesarias funciones y nombramientos que priman la fidelidad en lugar de la competencia, por no citar aspectos de coordinación estatal como la persistencia todavía de distintos calendarios de vacunaciones en las comunidades autónomas.

La clase política, en general, no está comprometida con la APS. Nuestros políticos no suelen tener médico de cabecera pues acuden directamente a los especialistas o a los hospitales con alta tecnología. La desafección que sienten por la APS las clases dirigentes, los funcionarios y los políticos contribuyen al

descrédito de la misma. Incluso se mantienen los privilegios de quienes administran el sistema sanitario (los funcionarios), que escapan en más del 90% del sistema público a través de mutualidades (MUFACE, ISFAS, MUGEJU...). El presupuesto anual asignado a la APS se mantiene estable, cuando debiera alcanzar el 25% del total del gasto sanitario.

El reto que debe plantearse la APS es cómo hacer frente a los cambios sociales, a las expectativas asistenciales de los ciudadanos y a la presencia de comorbilidad crónica en las poblaciones. La APS debiera ser también eje coordinador de los servicios sociales complementarios de los sanitarios, lo que conlleva resultados positivos en la mejora del estado funcional de los pacientes ancianos, descenso en las tasas de institucionalización y ahorro de costes.

Para todo ello se necesita de voluntad política y se precisa de la figura de un médico general/de familia con autonomía, autoridad y responsabilidad, polivalente, capacitado para controlar científicamente y serenamente la incertidumbre, reconocido social y profesionalmente, y efectivo en la coordinación de los servicios sanitarios y sociales que precisan los pacientes. ■

La reforma del modelo sanitario español y en particular de la APS ha reportado claros beneficios como la mejora de las infraestructuras sanitarias y la accesibilidad, el aumento de la satisfacción de los ciudadanos, la mejora en la prescripción farmacéutica o los cambios en los patrones de morbimortalidad.

da asistencial, a la medicalización de la vida diaria o al envejecimiento poblacional. Este último es un proceso demográfico demasiado lento y gradual como para explicar las elevadas tasas de crecimiento del gasto sanitario registradas en los últimos años en los países de nuestro entorno. Y en los dos primeros componentes el papel de la población es escaso y más bien de víctima que de responsable.

Casi iguales argumentos podrían darse para explicar el fracaso de la vertiente comunitaria de la APS en nuestro país. Bien es cierto que se puso un énfasis excesivo en los consejos de salud como mecanismo de participación. Pero ni los consejos de salud ni otras formas de participación han sido promocionadas desde el ámbito político.

Las estructuras de la Administración y Gestión sanitaria suelen carecer de liderazgo para desarrollar mecanismos de planificación estratégica, existiendo una atomización de la gestión, que convierte en realidad el "aquí hay más jefes que indios". La descentralización del sistema sanitario, con sus innegables beneficios, ha traído, entre otras perversiones, proliferación de cargos de dirección intermedios, estamen-



Opinión a pie de consulta

Inauguramos esta nueva sección con la que pretendemos acercar en cada número de la revista la opinión de nuestros "colegados de a pie" -no necesariamente ocupantes de cargos ni portavocías mas allá del conocimiento, la experiencia y la opinión libre personal- sobre un tema de actualidad. En esta ocasión les hemos preguntado a nuestros compañeros:

¿Qué opinas de la prescripción obligatoria por principio activo?

Con la crisis económica, la reducción del gasto farmacéutico se ha convertido en una de los objetivos más perentorios de la política sanitaria de nuestro SNS.

Entre las medidas propuestas por el Ministerio y aprobadas en el Consejo Interterritorial el pasado mes de julio se encuentra la obligatoriedad para los médicos de realizar la prescripción de los tratamientos por principio activo en lugar de la marca comercial (Real Decreto Ley 9/2011), medida que se ha anunciado que se va a llevar a la práctica a partir del mes de noviembre. Con esta medida se pretende que sea obligatoria la dis-

pensación del medicamento más barato de cada principio activo.

Algunas voces médicas críticas señalan que siempre se actúa sobre los precios de los fármacos y no sobre la demanda. También se denuncian contradicciones como que la Agencia Española de Medicamentos (AEMPS) autorice la comercialización de medicamentos y el Ministerio de Sanidad decida el precio y cuáles deben ser financiados por fondos públicos mientras que las autoridades autonómicas proponen luego objetivos e incentivos para que muchos de estos fármacos no se prescriban. Y los comités de evaluación de nuevos medicamen-

tos de las respectivas Comunidades Autónomas, incluida Extremadura, afirman y difunden a través de sus boletines terapéuticos que muchos de estos medicamentos aprobados NO suponen un avance terapéutico relevante y aconsejan continuar utilizando los tratamientos disponibles.

Por otro lado sigue sin solucionarse el tema básico de la bioapariencia o isoapariencia de las presentaciones comercializadas intercambiables que eviten las confusiones a los pacientes. Los medicamentos no pueden ser considerados exclusivamente productos de consumo sino una necesidad básica para la salud de la población



DR. IGNACIO D. SALGUERO BODES. Médico de Urgencias.

Es necesario tener presente que la prescripción de un medicamento forma parte de la relación terapéutica entre el médico y el paciente, por consiguiente, la modificación de esta prescripción por una persona distinta es éticamente inaceptable, ya que la responsabilidad en la atención del paciente corresponde en última instancia al médico tratante. En consecuencia, la elección y selección del medicamento no debe ser nunca modificada; el profesional decide bajo su criterio el fármaco a prescribir conociendo bioequivalencias, alternativas, en base a sus conocimientos y experiencias, pero lo que se pone en juego es una relación directa entre médico y paciente, y nadie más.



DRA. MARÍA JOSÉ LUQUE CALDERÓN. Médico Internista. Hospital Siberia-Serena. Talarrubias.

Me parece muy buena idea siempre y cuando se nos asegure que las diferencias entre los fármacos originales y las EFG carecen de relevancia clínica. Esto lo tenemos asegurado desde 1996 a través de la Ley de Protección de Patentes y mediante la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios. Muchos países desarrollados han tomado esta medida hace años: Reino Unido, Estados Unidos, Holanda, Alemania... y continúan en esta línea. En España hasta ahora el número de EFG era bajo y además la imagen difundida de medicamentos de peor calidad ha limitado muchísimo su uso. Los argumentos que se esgrimen en su contra creo que tienen escasa justificación y se pueden solucionar con los medios a nuestro alcance.



DR. GERMÁN GARCÍA DE VINUESA. Neumólogo. Hospital de Mérida.

La prescripción de un medicamento forma parte de la relación terapéutica y sólo puede ser efectuada por el médico y, por consiguiente, la modificación de esta prescripción por una persona distinta es éticamente inaceptable. El uso alternativo de un medicamento genérico no puede ser realizado sin la intervención del médico, pues podrían derivarse responsabilidades éticas y jurídicas para éste en caso de situaciones indeseadas. Jamás puede esta decisión quedar entregada a las estrategias comerciales o de otro tipo. Debe ser el médico, el que vele porque los estudios igualdad y de bioequivalencia estén realizados de acuerdo con las normas internacionales, en centros debidamente acreditados.



DRA. CRISTINA TEJERA PÉREZ. Médico Residente de Endocrinología.

El problema de recetar por principio activo es que no todos los fármacos son iguales. Los fármacos genéricos, por ley, tiene que ser bioequivalentes, es decir demostrar una misma actividad cuyo margen mayor sea del 20%. Esto no supone ningún problema para fármacos con amplia ventana terapéutica pero sí para aquellos con estrecho rango como preparados de ACH, hormona tiroidea, nuevos antidiabéticos orales, etc. Eso va a suponer un problema para el control del paciente porque estos fármacos necesitan un ajuste fino, por intervenir sobre procesos fisiológicos muy complejos.

DR. FERNANDO MUÑOZ DÍAZ. Facultativo Especialista de Área en Medicina Interna. *Hospital de Llerena*

En principio puede ser una medida atractiva, obviando la cantidad abrumadora de marcas que actualmente nos bombardean para cada molécula y trasladando esa responsabilidad a la Administración o al farmacéutico que se encargan de dispensar y buscar la presentación más barata. Se simplifica así la actividad facultativa y se evitan las presiones comerciales. Además en época de decadencia económica, los recortes son necesarios pero siempre que se hagan con responsabilidad y sin perder calidad. La Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios define como EFG a aquella que tiene la misma composición cualitativa y cuantitativa en principio activo y precisa demostrar su bioequivalencia con el original mediante estudios de bio-disponibilidad. Por tanto, no hay razón alguna, en cuanto a seguridad y calidad, para no apoyar la medida.



DRA. NOELIA APARICIO MARTÍN-ROMO. Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

"La prescripción por principio activo puede dar lugar a confusiones sobre todo en aquellos paciente mayores con tratamientos crónicos ya que tanto el formato como en ocasiones la forma de presentación del mismo principio activo no es la misma, con ello pueden producirse errores en la posología y disminución de la adherencia terapéutica. Creo que es el facultativo quien debe decidir si prescribe principio activo o no, en función de las necesidades y características de cada paciente".



DR. ANDRÉS GASPAR HERNÁNDEZ. Médico de Familia.

Estoy en desacuerdo por diversos motivos. En primer lugar, por considerarla una imposición en contra de la libertad de prescripción y otorgar el derecho a entregar el medicamento que el farmacéutico quiera, según se lo bonifique farmaindustria. Opino que irá en detrimento de la calidad del producto, que disminuirá para abaratar costos y dejar un margen para primar al farmacéutico (3 lotes x 2, etc.). También originará confusión en los ancianos que en distintas ocasiones recibirán productos con distinto envase y color con lo que ello puede acarrear.



DRA. INMACULADA DE LAMO MANSILLA. Médico Mir de Medicina Familiar.

La prescripción por principio activo tiene ventajas sanitarias y científicas pero también prácticas. Ayuda a identificar y dispensar el fármaco adecuadamente, ya que estos medicamentos aparecen de este modo en guías clínicas y publicaciones. Por otra parte facilita que los pacientes se familiaricen con ellos. Por eso garantiza un uso más seguro que evita equivocaciones con los distintos nombres comerciales. Además es una opción eficiente que permite reducir el gasto farmacéutico. Por todo esto, constituye una buena práctica profesional.



DR. JOSÉ BARQUERO ROMERO. Médico Internista. *Hospital Tierra de Barros. Almendralejo.*

No apoyo esta medida. Entiendo que de lo que se trata en realidad es de que carece de trascendencia lo que el paciente acabe tomando siempre que lleve el principio activo que hemos elegido para su tratamiento. No estoy de acuerdo. En mi práctica habitual tengo unas presentaciones comerciales con las que trabajo ya que me ayudan en la asignación persona-problema-principio activo. Desde un punto de vista asistencial, las ventajas de la prescripción obligatoria por principio activo no son suficientes para modificar mi práctica profesional. Estoy dispuesto a escuchar más argumentos, pero mientras tanto, manifiesto mi deseo de que se respete lo que ha venido siendo mi derecho a prescribir libremente. Creo que respetar este derecho garantiza una atención sanitaria de mayor calidad.



DR. JESÚS HERNÁNDEZ LÓPEZ. Médico de Familia. *Guareña.*

No debería haber ninguna polémica ante el uso de una u otras presentaciones comerciales, salvo la económica. Una definición de ética venía a decir algo así como que "Existe una serie de espacios comunes en nuestra sociedad que, sin coartar la libertad individual, la limitan, en tanto que son responsabilidad de todos (parques, calles, servicios públicos...) y esa responsabilidad exige un acuerdo de mínimos para su mantenimiento". Desde ese punto de vista sería ético el uso de genéricos. La posible controversia científica de la prescripción por principio activo está en que si no podemos controlar que EFG le van a dar a nuestro paciente, las posibles alergias, las intolerancias al gluten, etc. derivadas de esos excipientes no las podremos controlar. Y eso sí que es responsabilidad nuestra.



DR. EMILIO SALGUERO CHAVES. Médico de Familia. *Badajoz.*

Desde un punto de vista teórico, la prescripción por principio activo (PA) es la ideal. Por el nombre de su PA "nos presentan" a los fármacos en la universidad y así se hace referencia a ellos en las publicaciones científicas, en diferentes idiomas. Sin embargo, en mi práctica médica de los últimos años, he observado numerosos casos de comportamientos muy diferentes, al cambiar a otro medicamento con el mismo PA en una misma persona, unas veces en su eficacia terapéutica, otras en los efectos adversos derivados de su uso. Además, la diferente apariencia también ha inducido a doble toma en algunos de mis pacientes. En este contexto, me resulta obvio que no se dan las condiciones para prescribir por PA y por ello me opongo mientras estas diferencias persistan.





Dr. Remigio Cordero Torres
Jefe de Estudios de los Médicos MIR

Formar médicos en Extremadura

“**N**uestro sistema sanitario debe garantizar formación postgraduada a todos los licenciados en Medicina. La mayoría de ellos debería recibir en nuestra propia Comunidad una parte sustancial de esa formación, que podría ser completada con estancias en otros centros. Es fundamental aumentar la capacidad docente de los centros para conseguir satisfacer la demanda de asistencia especializada y dinamizar la actividad de hospitales y centros de atención primaria” La Sanidad en Extremadura 1979-1989. ADSP de Badajoz y AES de Cáceres. Colección Montano.1989.

En 1979, la primera promoción de médicos finalizaba su formación en la Facultad de Badajoz. Extremadura era, en ese momento, la Comunidad Autónoma con menos médicos formándose como especialistas (124 médicos en formación por millón de habitantes) en fuerte contraste con Navarra que encabezaba el ranking (662 médicos en formación por millón de habitantes). También era la última comunidad en densidad de internistas, obstetras-ginecólogos y especialistas de servicios centrales. Gracias a Castilla-La Mancha ocupábamos el penúltimo lugar en número de especialistas quirúrgicos, pediatras y psiquiatras.

Durante toda la década de los 80 y la primera mitad de los 90 el número de plazas de residentes que se ofertaban anualmente en Extremadura estaba alrededor de 50, menos de la mitad del número de licenciados en la Facultad de Medicina, una relación similar a la que se producía



en toda España y que hacía que la mayoría de los licenciados no pudieran acceder a la formación de postgrado. Esta formación a partir de 1995 se haría imprescindible para ejercer en el Sistema Sanitario Público. Ese mismo año, las movilizaciones de los estudiantes de Medicina con el lema de 6=0 forzaron a los Ministerios de Sanidad y Educación a convocar la denominada “cumbre de postgrado” con participación de Facultades de Medicina, estudiantes, sindicatos, sociedades científicas y organizaciones profesionales. Se alcanzó el compromiso de ofertar a partir de ese año un número

Es a partir de las transferencias sanitarias en 2002 cuando se produce un sustancial aumento en el número de plazas de residentes de primer año , pasando de las 111 plazas convocadas en 2002 a las 163 de 2011.

de plazas MIR un 10-15% superior al de licenciados en las Facultades para hacer posible la absorción progresiva de la bolsa de médicos sin postgrado creada en los 15 años previos. En Extremadura a partir de 1995 se aumenta lentamente el número de residentes en formación.

Es a partir de las transferencias sanita-

rias en 2002 cuando se produce un sustancial aumento en el número de plazas de residentes de primer año , pasando de las 111 plazas convocadas en 2002 a las 163 de 2011. El esfuerzo de muchos Servicios asistenciales en conseguir la acreditación docente hace que Extremadura se sitúe en la media española en plazas de R1 y pueda completarse la formación en 35 especialidades médicas. Este incremento en el número de especialistas en formación empieza a garantizar que hospitales y centros de salud cuenten con los profesionales suficientes para dar respuesta a los problemas de salud de la población.

En Extremadura más de 600 médicos se están formando como especialistas. Más del 85% de ellos proceden de nuestra Facultad. Un porcentaje similar están satisfechos con la decisión que tomaron en su día de formarse en nuestra Comunidad y muestran su preferencia por quedarse a ejercer en ella como especialistas. En cada servicio hospitalario y en cada centro de salud aumenta cada año el porcentaje de profesionales que han completado toda su formación en Extremadura. No debe sorprendernos que estén dispuestos a colaborar en la tarea de lograr una formación médica de grado y postgrado de la máxima calidad que implique a todos los profesionales del sistema sanitario. ■

“El cirujano no debe perder nunca la humanidad”



DR. GUILLERMO SOLÓRZANO PECK

Jefe del Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático



¿Desde el 2 de febrero de 2007, cuando hizo el primer trasplante hepático en el Infanta Cristina, cómo ha evolucionado el servicio?

Cuando se hace el primer trasplante hepático en Extremadura, y recalco esto pues siempre pensé que el programa pertenecía a Extremadura y pensando en sus gentes, me vine con ilusión a desarrollar y poner en marcha dos cosas. Primero un Servicio de Cirugía especializado en las afecciones del Hígado, Páncreas y Vías Biliares y en segundo lugar un Programa de Trasplante Hepático. Para ello ha sido necesario ilusionar y comprometer a muchísimas personas de los múltiples Servicios del Hospital, no solo de Badajoz sino que también se hizo participar a otros hospitales y servicios de Extremadura.

Yo creo que ha evolucionado de forma positiva. Se ha creado una forma de trabajar donde se trató de prescindir de las individualidades y prevaleció la visión de conjunto. Todo ello no ha sido fácil pero la perseverancia, el rigor y cierto grado de carácter ha dado su fruto.

¿Cuáles son los retos futuros de su servicio?

Creo que 5 años escasos es un tiempo relativamente corto para desarrollar todos mis propósitos o proyectos. Había que marcar o establecer prioridades y así fue como tuvimos que volcarnos en la faceta asistencial hoy creo que dicha premisa se cumple. Se intervienen más de 60 hígados al año, 70 páncreas y unas 30 vías biliares complicadas y este año probablemente superaremos los 20 trasplantes de hígado. Queda mucho por hacer, ya que el aspecto asistencial es algo que crece día a día y por otro lado no he tenido tiempo para desarrollar un programa de investigación animal o clínico. No es que no se haga pero no está desarrollado; cada vez hay que participar más en los distintos foros científicos comprometiéndose con la investigación, aportando datos de calidad con lo que hacemos y así muchos aspectos que se necesita seguir prestándole atención y tiempo.

¿Podría hablarse de trasplantes de “donante vivo” en el Infanta Cristina en un futuro cercano?

En cuanto al Trasplante de vivo relacionado es cierto que fue uno de mis propósitos al ver que teníamos cierta esca-

Legó en el 2006 desde Córdoba, como si de un “fichaje” se tratara, para poner en marcha un servicio que hasta entonces no había en Extremadura. Vino con la vitola de ser uno de los más destacados en su especialidad, y poco a poco ha ido formando equipo hasta la actualidad. Cargado de humanidad, amable y muy cortés en el trato, este hondureño nos abrió las puertas de su casa para hablar con Médicos de Badajoz sobre su servicio y conocerle un poco mejor.

sed de donantes procedente de cadáver, pero la coordinación de donación está empezando a dar sus frutos y quizás por este motivo ha dejado de ser prioritario el trasplante de vivo relacionado. Por otro lado esta modalidad de trasplante implica un grado de altísima especialización quirúrgica y médica que a su vez lleva consigo aspectos ético legales que no veo en la frontera inmediata.

En el ámbito profesional y personal, ¿qué le ha aportado su estancia en Extremadura?

Siempre son positivas las estancias; me ha permitido conocer y compartir experiencias diferentes. Quizás podría decir mucho sobre mis vivencias personales en esta tierra, pero no es el caso, solo quiero decir que guardaré recuerdos muy agradables y más de alguna amistad me llevare conmigo. Cuando uno ha elegido un oficio o una profesión por vocación el desempeño de la misma a pesar de los años no deja de hacerle sentir respeto, devoción y una gran responsabilidad a la hora de practicarla. Y si bien es cierto que para el cirujano el quirófano es lo que se decía antes “el santo santo rum”, el lugar sagrado, creo que no es del todo cierto que la vida de un cirujano es mucho más rica en conocimientos. La cirugía de hoy no solo exige tener conocimientos anatómicos, técnicos o fisiológicos. Hoy en día el cirujano tiene que ser médico antes que cirujano y se le exige conocimientos de inmunología, ciencias básicas, fisiopatología o radiología. Tiene que desenvolverse con soltura en los aspectos de la medicina moderna que se avecina, es decir, la ingeniería médica, la nano medicina, la genética, etcétera.

Y por último, el cirujano tal y como yo lo veo, no debe perder jamás la humanidad, cualidad que le acercara a sus pacientes pudiendo comprender y compartir las miserias humanas. Y esto es lo que hace digno al cirujano. ■

“La coordinación nacional en Salud Pública es escasa e informal, pero necesaria”



MANUEL ESCOLANO PUIG

Director General de Investigación y Salud Pública de Valencia

El pasado 25 de octubre recibíamos en la sede del Colegio la visita del Dr. Manuel Escolano, quien se acercó hasta Extremadura para disertar sobre el modelo sanitario valenciano y sus sinergias y aplicaciones en nuestra región.

Tanto que se habla en la actualidad de recortes en la administración, ¿entiende que pueden llevarse a cabo en materias tan importantes como la salud pública?

En la situación actual sí que entiendo los recortes ya que esta crisis nos afecta a todos y cambia el contexto en el que nos encontramos. Ante un momento económico expansivo procede crear e invertir y en un momento como el actual procede racionalizar, asentar y maximizar los recursos existentes. Dicho esto, hay que pensar que en los últimos años se ha construido una potente y cercana red asistencial, centros sanitarios tanto en atención primaria como especializada y por distintos motivos debemos establecer y priorizar políticas en lo referente a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. El disponer de sistemas de vi-

gilancia de la salud modernos y un uso adecuado de las tecnologías robustece el sistema sanitario público. Con esto, y contesto, entiendo que debemos ajustarnos en Salud Pública como todo el mundo, y considerando el esfuerzo que durante estos años se ha realizado en el ámbito asistencial y atendiendo a la importancia de la prevención, promoción y vigilancia de la salud, puede y debe ser un buen momento para la Salud Pública.

Desde su amplia experiencia en la gestión pública, ¿dónde cree que deberían poner el acento los sistemas sanitarios españoles en materia de salud pública?

En pocas palabras, las prioridades considero que deben encaminarse a mantener lo que se ha hecho bien como es el caso de los programas de vacuna-

ción o los programas de prevención de cáncer de mama, por poner dos buenos ejemplos. Mejorar sustancialmente en lo referente a protección de la salud, especialmente en lo referente a protección del entorno (sanidad ambiental) y evolucionar en la sistemática del control oficial en materia de seguridad alimentaria. Esto puede ser, más o menos, inmediato o fácil. Los grandes retos, en los que podemos conseguir que la organización de Salud Pública sea de máxima utilidad tanto para la Administración sanitaria como para la población, es en lo referente a la información y cómo ésta debe influir en la toma de decisiones de los gestores, de los clínicos y de los equipos de salud. En estos momentos, estamos finalizando con carácter de exhaustividad la cartera de servicios de salud pública en la Comunidad Valenciana donde detallamos y definimos con un alto nivel de concreción todas las actividades de prevención, promoción, protección, vigilancia e investigación. Tenemos un soporte tecnológico que nos va a permitir conocer esta información a tiempo real, lo que supondrá disponer para el conjunto de agentes que intervienen en la salud de las poblaciones de un instrumento que permita conocer qué se hace, quien lo hace, y qué se debe de hacer o mejorar. Este instrumento permite a Salud Pública una interlocución con el nivel asistencial, ayuntamientos y otras entidades necesarias para conseguir o elevar la necesaria implicación. Otro proyecto es el Sistema de Información en Salud Pública de la Comunidad Valenciana. Esto es como un gran repositorio de información tanto sanitaria como otra que no es estrictamente sanitaria pero que afecta a la salud de la población. Con esta información, diseñada para el más fácil entendimiento de los destinatarios de la misma va a permitir conocer desigualdades de la población, morbilidad y mortalidad de los distintos Departamentos de Salud así como los determinantes. Esto, bien hecho, debe provocar acciones de mejora, bien expresado en políticas, bien y lo que es muy importante dotando de información a los profesionales, a los equipos de salud para saber como está la población que atienden en su territorio.



En su comunidad están en el ecuador del II Plan de Salud de Comunitat Valenciana 2010-2013. ¿Cómo se está desarrollando?

El Plan de Salud se está desarrollando correctamente. Es el tercer Plan de Salud que hemos trabajado y ya hay una experiencia en ello. Al respecto poner de manifiesto la importancia que tiene el componente de participación de población y profesionales, tanto en la elaboración, seguimiento y evaluación.

¿Cómo valora la comunicación y coordinación entre comunidades autónomas en materia de salud pública?

Considero que esta coordinación es muy escasa, informal y del todo necesaria. En los primeros borradores de la Ley General de Salud Pública (nacional) que acaba de publicarse aparecía un Capítulo específico sobre cooperación entre Comunidades autónomas. En el texto definitivo ha desaparecido. Considero que hay muchos esfuerzos tecno-

lógicos, como programas y planes que se están planteando por las 17 Comunidades Autónomas cuando las necesidades son las mismas. Es un claro ejemplo de ineficiencia del conjunto del sistema nacional de salud. Aquí el liderazgo debe de corresponder al Ministerio y, en este sentido, poco se ha hecho.

Próximos a las campañas de vacunación contra la gripe, ¿qué nivel de aceptación está teniendo en los últimos años en su comunidad estas campañas?

En general, en España, tenemos unas coberturas no muy altas de gripe. Aquí es necesario insistir en el papel tan importante de los profesionales sanitarios. Se vacunan muy poco, no llega al 30% de los profesionales, y esto a su vez, condiciona que no se alcancen coberturas de vacunación que alcanzamos con otras vacunas. No debemos de estar explicando bien la importancia de la vacunación de gripe ya que los resul-

tados, a nivel nacional, son los que son. Debemos conseguir una mayor implicación tanto de la Industria como de los profesionales sanitarios.

También nos gustaría saber qué está aportando el Centro Superior de Investigación en Salud de su comunidad

Considero que ha sido un gran acierto. En Salud Pública, a diferencia de lo que sucede en la asistencia sanitaria, la investigación residía en el ámbito universitario, alejada de la gestión de la salud pública. Con la creación de este centro hemos integrado la investigación en la gestión de los servicios de Salud Pública. De forma muy genérica, los investigadores se benefician ya que tienen más fácil el acceso a elementos de valor en investigación como puede ser la información o las muestras biológicas (el CSISP se constituye como gestor de la red de biobancos de la Comunidad Valenciana) y el profesional se beneficia en disponer de posibles soluciones o buscarlas para problemas de conocimiento que pueden mejorar su gestión. Ejemplos que podríamos poner es la secuenciación del genoma de la legionela que nos explica mejor el comportamiento de los brotes, el disponer de un área de investigación de vacunas, liderando proyectos a nivel europeo en vacunas tan importantes y necesarias como es el caso de la vacuna del meningococo B (estamos liderando este ensayo a nivel europeo) y otros muchos ejemplos. Por lo tanto, la aportación nos permite mayor conocimiento, mayor estímulo y un mejor posicionamiento de salud pública por una mejora de los servicios que presta. ■



Manuel Escolano, Director de Salud Pública de Valencia, Pedro Hidalgo, y Juan Luis Cordero, Director General de Salud Pública de Extremadura.

La Biblioteca, el Archivo y la Hemeroteca del icomBA, un futuro muy presente

LAURA ÁLVEZ BARRAGÁN. *Diplomada en Biblioteconomía*

M^a JOSÉ TENA MATEOS. *Licenciada en Documentación.*

En un mundo globalizado que cambia rápidamente, el estar permanentemente informado se ha convertido en una necesidad apremiante. Estar “al día” de la información permite, tanto a la persona individual como a las organizaciones, ser competitivas y tomar mejores decisiones.

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz (icomBA) se ha embarcado en la gran aventura que supone poner al día sus fondos documentales, implantando recientemente un nuevo sistema de gestión de información (SGI). El icomBA, en colaboración con la Facultad de

Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Extremadura, han sentado las bases sobre las que se están erigiendo sus dos Bibliotecas (de fondos antiguos y actuales), una gran Hemeroteca (con publicaciones periódicas que van desde 1926 hasta la actualidad) y un extenso Archivo Histórico.

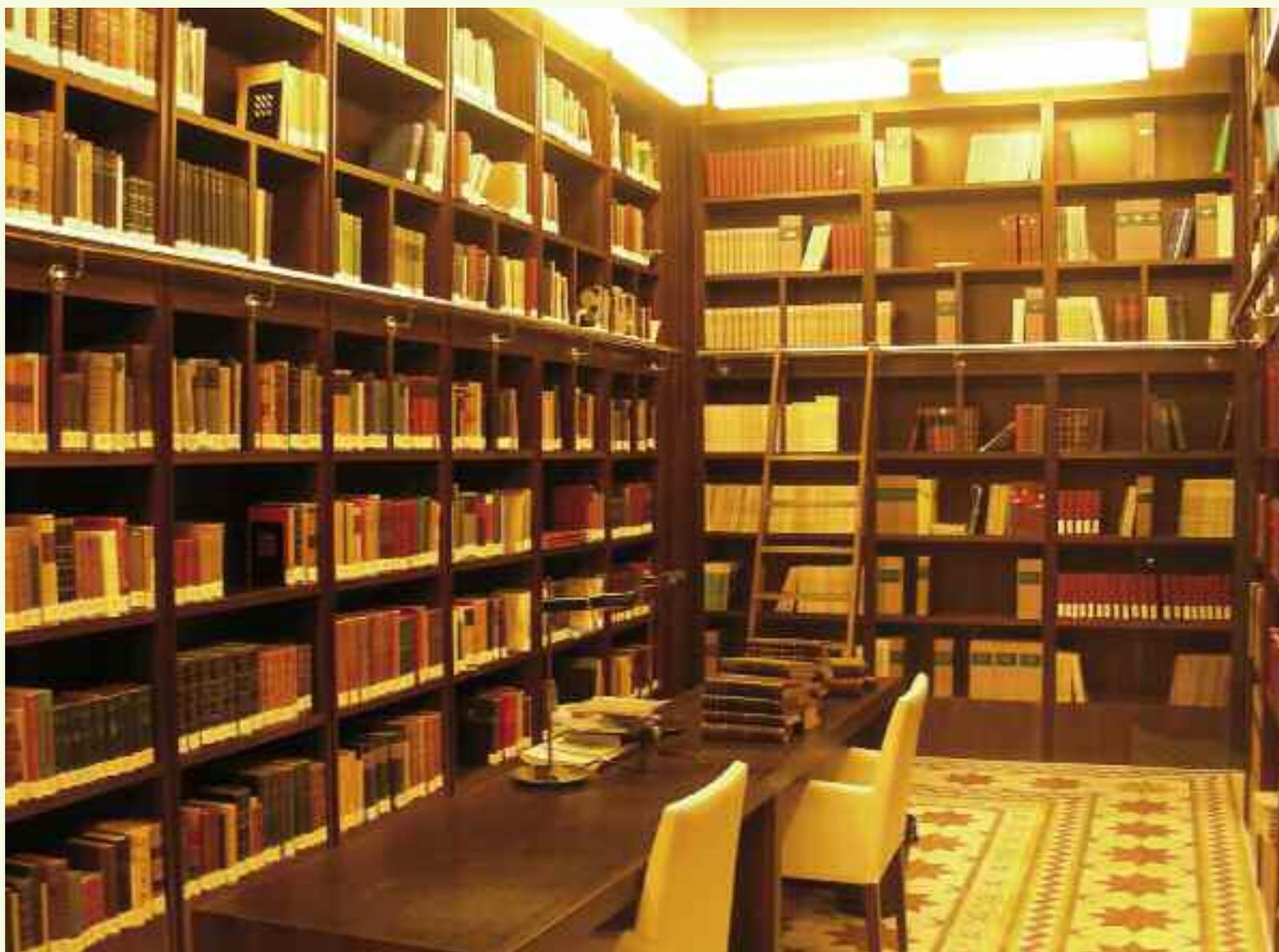
Las tareas del proyecto comenzaron en diciembre del pasado año 2010. Cuando las dos documentalistas encargadas de realizar las labores de gestión llegamos a la nave del polígono industrial en la que se encontraba la mayoría de los fondos, nos asaltaron dos sensaciones: la primera, que teníamos mucho trabajo por

delante; y la segunda, unas ganas inmensas de “remangarnos” y empezar a escurriñar aquellas montañas de documentos que se escondían a lo largo y ancho de los casi 400 m² del recinto.

De manera resumida podemos decir, que una vez adquirido el material, las tareas básicas que se realizan en un sistema de gestión bibliotecario (SGB) se dividen en dos grandes grupos, las tareas de clasificación y las de difusión.

Hemos de destacar en particular la Biblioteca de documentos antiguos, por ser para nosotras y seguro lo será también para los usuarios, un tesoro que sale a la luz después de largo tiempo en la sombra.

Una vez separados los distintos materiales documentales que se encontraban mezclados (monografías y revistas antiguas y actuales, archivo histórico y



corriente, material audiovisual, etc.) en la nave, se fue llevando el material al Colegio, comenzando con aquel que compondría la Biblioteca de Documentos Antiguos, que está compuesta por monografías hasta 1969 y publicaciones periódicas hasta 1990, y en la que podemos encontrar curiosos ejemplares que datan desde 1813, y cuyo fondo está formado por 590 monografías y 152 títulos de revistas.

El icomBA se ha embarcado en la gran aventura que supone poner al día sus fondos documentales, implantando recientemente un nuevo sistema de gestión de información (SGI). Se están erigiendo sus dos Bibliotecas una gran Hemeroteca y un extenso Archivo Histórico

Debenos decir aquí, que ya existían libros de registros de un antiguo intento de controlar la ingente cantidad de material del que disponía el Colegio, registros que recogían una vaga descripción de cada ejemplar, pero que no resultaban de gran utilidad en el nuevo planteamiento de modelo bibliotecario que se había proyectado. Por ello, se decidió empezar desde cero y volver a registrar aquellos, además de un gran número de ejemplares nuevos, que no habían sido tratados con anterioridad, pero esta vez se haría de forma automatizada, dejando atrás la forma tradicional de registro.

Gracias a las labores de catalogación del material antiguo, podemos contar hasta 54 libros que datan del siglo XIX, entre los que podemos destacar el título más antiguo, "Introducción Metódica del Doctor David Macbride a la Teoría y Práctica de la Medicina" de 1813. Las principales temáticas científicas son Pediatría y Tuberculosis, especialmente la pulmonar.

Entre los libros que van desde principios del s. XX hasta 1969 podemos destacar, a modo de ejemplo, la tesis original



Laura Alvez Barragán.



María José Tena Mateos.



del Dr. D. Aurelio Rapado Pozas "Estudio de la Pneumoconiosis" fechada en 1933, escrita a máquina, y que incluye fotografías, radiografías, grabados y anotaciones a manos del autor. Un curioso ejemplar.

Gran parte del material que forma esta particular Biblioteca han sido generosas donaciones de grandes doctores como D. Juan Enríquez; D. Enrique Balen Bejarano, que además ha donado un gran número de ejemplares que pertenecieron a su padre, el Dr. D. Balen García; D. Francisco Cartagena González de Bulne, entre otros muchos, a los que hacemos aquí mención

especial por la cantidad de libros interesantes que han legado a esta biblioteca.

Para todos los ejemplares, ya fueran monografías pretéritas o actuales, se ha llevado a cabo una catalogación pormenorizada de cada volumen. Los libros están ordenados según la CDU (Clasificación Decimal Universal) que es un sistema de clasificación del conocimiento que nace de la necesidad de ordenar y clasificar las obras en las bibliotecas, por lo que cada libro colocado en la estantería aparecerá con su correspondiente tejuelo, que es aquella pegatina en la que se puede leer la signatura que constituye un código alfanumérico que identifica y localiza un ejemplar.

Un colegiado podrá ver desde cualquier lugar del mundo, a través del OPAC de la Biblioteca, disponible en la web oficial del Colegio, el fondo del que hasta ahora hemos hablado aquí.

Biblioteca del ICOMBA



En cuanto a la hemeroteca de fondo antiguo, que como indicábamos arriba cuenta con más de 150 títulos de revistas, ordenadas alfabéticamente, entre las que podemos destacar el Boletín de la Unión Sanitaria de Badajoz, publicación que editaban conjuntamente, a

tratar el primer número publicado, que data de julio de 1950 y que incorpora fotografías (especialmente dramáticas en algunos casos) que reflejan la sociedad de una España de posguerra.

Aquellos días en los que trabajábamos con textos antiguos, y hemos de recono-

blemente absorbentes, de los que son un gran ejemplo los números de esta revista, que además encontramos desgajados, encontrando artículos que pertenecían a un mismo número en diferentes carpetas y que unimos con paciencia para devolverlos a su estado primitivo.

En la actualidad, se trabaja en los últimos ejemplares que forman la Biblioteca de documentos modernos, y que ya cuenta con más de 1400 títulos diferentes que incluye además de material librario, material audiovisual como videocasetes, Dvds, y diapositivas. En los próximos días, pasaremos a trabajar en la Hemeroteca de publicaciones periódicas actuales.

En pocas semanas, un colegiado podrá ver desde cualquier lugar del mundo, a través del OPAC (catálogo público automatizado y disponible en línea) de la Biblioteca, disponible en la web oficial del Colegio, el fondo del que hasta ahora hemos hablado aquí.

En definitiva, podemos decir que el nuevo Servicio de Gestión de Información del Colegio de Médicos en breve podrá ofrecer de forma exclusiva a sus colegiados: la consulta a través del catálogo en línea del material documental disponible, la consulta en sala de todo el material librario y audiovisual descrito y un servicio de préstamo de aquel material librario que date a partir de 1970.

Además, las documentalistas estaremos encantadas de ofrecerles ayuda para asesorar al usuario y localizar cualquier información documental que necesiten, se encuentre o no en la sede del Colegio.

Esperamos incorporar una web propia del Servicio de Información, en la que se incluyen novedades, noticias, eventos, etc. Además de un Servicio de Difusión selectiva de la Información, a través del cual los usuarios puedan recibir novedades de temas de interés que hayan seleccionado previamente. También se espera incorporar un servicio de préstamo interbibliotecario a través del cual se pueda solicitar documentos localizados en otras bibliotecas especializadas en ciencias de la salud.

Una segunda fase del proyecto estudia digitalizar todos los fondos, con lo que conseguiríamos un modelo de biblioteca adaptado al siglo XXI, un ideal que constituiría la Biblioteca Virtual del Colegio de Médicos de Badajoz, pero esto forma parte del futuro, y si bien Nietzsche decía que "solamente aquel que construye el futuro tiene derecho juzgar el pasado", nosotros por ahora, "solamente podemos construir el presente y cuando éste sea pasado, podremos juzgar el futuro". Cuando así ocurra, se lo contaremos. ■

Gracias a las labores de catalogación del material antiguo, podemos contar hasta 54 libros que datan del siglo XIX, entre los que podemos destacar el título más antiguo, "Introducción Metódica del Doctor David Macbride a la Teoría y Práctica de la Medicina" de 1813. Las principales temáticas científicas son Pediatría y Tuberculosis, especialmente la pulmonar.

principios del s. XX, los Colegios de Médicos, Farmacéuticos y de Practicantes y Matrona. Otra revista realmente curiosa de la hemeroteca antigua es "Archivos de Pediatría" editada por Esmon, en la que podemos encon-

cer, aún hoy con los más modernos, resulta difícil no dedicarle más de los 10 minutos de rigor (propios de las tareas de gestión documental) a muchos ejemplares que captan nuestra atención por curiosos, interesantes, bellos o simple e irremedia-

Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias



ARSENIO HUEROS IGLESIAS.
Presidente de la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias.

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Extremadura cumple este año 15 años de existencia. 15 años de lucha y de apoyo a los familiares y enfermos de esta enfermedad neurodegenerativa desde sus modestos inicios hasta la actualidad, en la que cuentan con un Centro de Día. Sin embargo los logros no les impiden continuar con sus esfuerzos y ya están trabajando en un nuevo proyecto de Centro de Día que permita más y mejores servicios a los enfermos de Alzheimer. En Médicos de Badajoz hemos charlado con su presidente, Arsenio Hueros, quien ha celebrado estos 15 años con su nombramiento como responsable nacional de las asociaciones de enfermos de Alzheimer.

Después de 15 años como AFAEX. ¿Qué balance puede hacer de este tiempo de andadura?

Comenzamos un grupo de familiares que nos uníamos para buscar juntos respuestas a una enfermedad que ni conocíamos ni entendíamos pero que ya estaba haciéndose notar en nuestras casas con toda su crudeza. No se sabía mucho sobre ella y era desconocida para la gran mayoría de la población.

Para poder reunirnos conseguimos un pequeño cuarto en Badajoz que habilitamos como oficina. La atendía un "objeto de conciencia" en las horas del día en que no podíamos estar los familiares. Ahora contamos con unos locales de oficinas y un Centro de Día en los que atendemos a un buen número de afectados entre enfermos y familiares.

Pero hay que continuar. Hemos dado un paso importante pero nos queda mucho camino que recorrer.

¿Cuáles son las necesidades prioritarias en la actualidad para su asociación?

Sin duda alguna necesitamos apoyo. Todas las asociaciones necesitan y merecen ayuda pues ejercen una labor que, en general, originan un bien social (salud, ocio, cultura,...) que las administraciones públicas debieran proveer en una u otra forma y, en su defecto, lo hacemos nosotros.

En el caso de nuestra Asociación, para poder alcanzar sus fines, que se pueden resumir en la mejora de la vida de los afectados por la enfermedad de Alzheimer, el bien que hace viene motivado porque desde las instituciones públicas implicadas en los problemas de salud y de bienestar social llega de forma insuficiente o no llega. Esto, a nivel general.

Si particularizamos, las necesidades pasan por la financiación de programas de atención a los afectados y la creación de recursos y, entre ellos: Unidades de Memoria, Centros de Día específicos y Residencias también específicas donde esta enfermedad sea tratada como corresponde a las características especiales que conlleva.

Hemos solicitado reiteradamente a nuestro Ayuntamiento terrenos para un nuevo Centro de Día y estamos a la espera de alguna respuesta que nos permita seguir las gestiones.

Hay que tener en cuenta que en una población que estimamos de 2.000 personas afectadas por el Alzheimer en Badajoz ciudad no están atendidas como deben más de 100. La necesidad es patente y los familiares son los que están sufriendo la enfermedad.

¿Cómo se valora desde AFAEX la atención que reciben los enfermos de Alzheimer en Extremadura?

No estamos contentos. Hay muchos afectados y son pocos los que tienen una atención integral y esto redundará en un coste importante para las familias tanto en lo económico como en la calidad de vida.

La crisis actual ha venido a agravar nuestros problemas y nos alerta mucho la situación, porque hay mucho en juego. Son personas que sufren.

¿Y los familiares de los enfermos, cómo son tratados desde el sistema sanitario?

No reciben atenciones distintas de las que reciben otros familiares pero para nosotros eso es una dificultad. Llevar al médico a una persona con Alzheimer tiene sus problemas, ya que mantenerlos en la sala de espera no resulta fácil y cuando se les practica alguna prueba necesitan algún familiar con ellos para que no se desorienten más de lo que están y permitan a los sanitarios actuar.

Llevamos ya mucho tiempo solicitando una tarjeta sanitaria especial, que ya existe en otras autonomías, con la que mucho de los problemas apuntados se evitarían al considerar que paciente y cuidador son inseparables en estas circunstancias y beneficia a todos: sanitarios, pacientes y cuidadores.

Recientemente fue elegido presidente de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer (CEAFA). En el ámbito nacional, ¿cuál es la máxima preocupación en la actualidad?

Son varias. Entre ellas podemos citar el cumplimiento de la llamada Ley de la Dependencia (que lleva mucho retraso) y su mejora en cuanto a los recursos previstos y que

no son suficientes para las personas con Alzheimer. Hay muchas personas esperando a ser valoradas o a recibir la valoración que es necesaria para poder recibir el recurso que se necesita y que con mucha frecuencia es una prestación económica a pesar de contemplarla la ley como una excepción.

Otra es la elaboración de un Plan Nacional de Alzheimer que nosotros preferimos llamar Política de Estado para el Alzheimer y que recogería las bases para una atención especializada para los afectados por esta enfermedad y sus familias. Y, finalmente, la atención por parte de la Administración a las Asociaciones que son las proveedoras de recursos más importantes en nuestro país y las que están abordando el problema de la manera más eficaz y técnica.

Llevamos ya mucho tiempo solicitando una tarjeta sanitaria especial, que ya existe en otras autonomías, con la que mucho de los problemas apuntados se evitarían al considerar que paciente y cuidador son inseparables.

Desde su nuevo cargo, ¿observa diferencias de tratamiento hacia los enfermos de Alzheimer entre los distintos sistemas sanitarios?

Es una de nuestras preocupaciones. Sabemos que no es lo mismo ser atendido en una comunidad que en otras. Según esta percepción vemos que hay enfermos de primera, de segunda o de tercera. Las diferencias son muy acusadas e injustas.

Se habla en los últimos tiempos de avances científicos para luchar contra el Alzheimer. ¿Cómo lo ven los familiares de los enfermos?

Creo que lo perciben con una mezcla de escepticismo y de esperanza. Su escepticismo está motivado porque es raro el día en el que no nos desayunamos con alguna noticia que nos habla de "algún" descubrimiento que promete "algún" avance en "alguna" faceta de la enfermedad de Alzheimer e, invariablemente, vemos en el correr del tiempo que son pequeños pasos o se quedan en la propia noticia.

Con esperanza, porque estamos necesitados de una solución y esto sólo se puede conseguir con un esfuerzo investigador que se tiene que impulsar con mayores dotaciones desde la Administración del Estado para acabar con esta lacra de nuestro tiempo. ■

Asociaciones de Pacientes



Asociación Extremeña de Esclerosis Múltiple (AEXEM)

DATOS DE LA SOCIEDAD

Sedes: Badajoz, Cáceres, Mérida y Don Benito
 Año de fundación: 1996
 N° de socios actuales: 300
 Pagina web: www.aexem.org

DATOS DEL PRESIDENTE

Nombre: Pedro A. Ruiz Pulido



La Asociación Extremeña de Esclerosis Múltiple (AEXEM) se fundó en el año 1996 ¿Cuál ha sido su evolución desde entonces?

Juan Manuel Rodríguez Tabares, un día del año 1995, contempló cómo dos enfermos de Esclerosis Múltiple recogían firmas

AEXEM pretende dinamizar el tejido social, sensibilizando y creando redes de ayuda, generando iniciativas sociales y la cooperación con estamentos públicos y privados

en la calle para conseguir un mayor conocimiento y reconocimiento de la enfermedad. Rodríguez Tabares acababa de cono-

cer el diagnóstico de esclerosis múltiple realizado a un familiar suyo. Este contacto fue el origen de lo que hoy es AEXEM, fundada en enero de 1996.

La idea que ha llevado generalmente a las personas que iniciaran la andadura de organizarse, ha sido la de querer participar y hacer partícipes a la sociedad extremeña de un problema, una situación que se encontraba descubierta en cuanto a necesidades y en cuanto a las satisfacciones de éstas.

La idea que ha llevado generalmente a las personas que iniciaran la andadura de organizarse, ha sido la de querer participar y hacer partícipes a la sociedad extremeña de un problema, una situación que se encontraba descubierta en cuanto a necesidades y en cuanto a las satisfacciones de éstas.

Esta Asociación nace en Extremadura, con la intención de dar respuesta a las necesidades planteadas por afectad@s de EM y sus familiares; de informar siendo mediadora, de facilitar la accesibilidad aportando alternativas vivenciales, promover la participación y la responsabilidad de la comunidad para hacer, a l@s soci@s afectad@s, pasar de ser un nuevo cliente a ser un ciudadano más y acompañar la reinserción.

Actualmente cuales son las principales inquietudes de la asociación y los próximos proyectos.

AEXEM pretende dinamizar el tejido social, sensibilizando y creando redes de ayuda, generando iniciativas sociales y la cooperación con estamentos públicos y privados, buscando la promoción de las personas afectadas de EM y de sus familiares, estimulando la autoorganización en torno a sus necesidades contando con sus recursos, en definitiva, transformando el entorno en la medida de lo posible para mejorar su calidad de vida.

Ahora, como meta más inmediata y dada la situación económica provocada por la crisis global en la que estamos inmersos, pretendemos conseguir que AEXEM siga como hasta ahora, prestando servicios a los socios afectados. Meta que en la actualidad está pasando por serias dificultades, debido a la situación descrita anteriormente.

Las actividades que organizan son solo para los pacientes con EM o también son enfocadas a los familiares.

Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, van dirigidos a los pacientes con EM. En cambio, los servicios de apoyo psicológico están dirigidos también a los familiares más cercanos de los afectados. En las actividades que se organizan, como asambleas, comidas de convivencia, etc., participan tanto afectados como familiares.

¿Cómo valoran la atención, tanto sanitaria como social, que recibe el enfermo de EM?

El ámbito sanitario extremeño dispone de excelentes profesionales dentro del marco de atención médica multidisciplinar que afecta al afectado de EM (neurología, rehabilitación, urología, etc.).

La Ley de Dependencia ¿está respondiendo a sus expectativas?

En el sentido de la lentitud de los trámites relacionados con esta Ley, actualmente no cubre adecuadamente las expectativas de los que hemos solicitado ser incluidos en ella.

¿Qué puede aportar este Colegio de Médicos de Badajoz a los enfermos de EM?

Promover a sus pacientes afectados de EM el conocimiento de la existencia de AEXEM y animarles a que se pongan en contacto con nosotros, pues esto nos ayudará a que nuestra asociación siga creciendo y funcionando.

Les estaríamos muy agradecidos si, en la medida de sus posibilidades, trasladaran esta misma idea al Colegio de Médicos de Cáceres.

Sin duda que lo haremos encantados. Muchas gracias ■



VII CONCURSO para el diseño de la TARJETA DE NAVIDAD 2011 del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz

B A S E S

1. Se convoca concurso de pintura y diseño gráfico, en todas las modalidades, para los hij@s de los médicos colegiados en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz.
2. La obra ganadora del concurso, servirá como base para el diseño de la tarjeta de navidad del año 2011, que será enviada a todos los colegiados como felicitación de la Corporación.
3. La edad de participación deberá estar comprendida entre los 5 y los 14 años, cumplidos antes del 30 de noviembre de 2011.
4. La presentación será en papel, tamaño DIN-A4, indistintamente en horizontal o vertical, sin especificar calidades.
5. Solo se podrá presentar un dibujo por participante. A los premios no podrán acceder los hijos de los miembros de la actual Junta Directiva.
6. Tema único: NAVIDAD.
7. Los trabajos deberán ser inéditos y por tanto no premiados anteriormente.
8. Se concederá un primer premio, un segundo premio y accésit.
9. La entrega de los trabajos se hará en las oficinas de este Colegio, sita en avda. de Colon nº 21, 2º planta, aceptando aquellos envíos que lleguen por mensajería o correos dentro del plazo de presentación de originales.
10. El plazo de recepción será hasta las 19:00 horas del viernes día 18 de noviembre de 2011.
11. En la parte posterior del trabajo, se pondrá un título o lema que deberá figurar también en un sobre cerrado que se adjunte donde aparecerán los datos siguientes:
Nombre del autor.
Fecha de nacimiento.
Nombre y número del Colegiad@.
Dirección postal, email y números de teléfonos de contacto.
12. El Jurado estará compuesto por miembros de la Comisión Permanente del icomBA.
13. El Jurado dictaminará el ganador del VII Concurso de Tarjeta de Navidad en la semana del 21 de noviembre al 27 de noviembre. El fallo del jurado tendrá carácter irrevocable.
14. Todos los trabajos presentados quedaran expuestos en el Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz hasta el 8 de enero del 2012.
15. Los premios se entregarán el día 29 de diciembre de 2011 a las 19:00 horas en la sede del Colegio Oficial de Médicos en Badajoz
16. Las obras presentadas y premiadas quedaran como propiedad del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz.

*En Badajoz,
a 5 de octubre de dos mil once.*

**Queremos COMUNICARNOS CON TODOS
nuestros colegiados
y teneros puntualmente informados**

**MÁNDANOS TU DIRECCIÓN EMAIL ACTUALIZADA A:
info@colegiomedicobadajoz.org**

AHORA TAMBIÉN PUEDES SEGUIRNOS EN:

**Web oficial: www.combadajoz.com
Facebook y Twitter**



Q5

LO MÁS IMPORTANTE
ES LO QUE LE HEMOS QUITADO.

Nuevo Audi A6 con Estructura Híbrida de Aluminio. Más ligero. Más avanzado.

Para avanzar hacia el futuro, cuanto más ligero, mejor. Con esa idea nace el nuevo Audi A6, un automóvil con una estructura que combina aluminio y acero para proporcionar mayor rigidez y ligereza. Y a menor peso, menor consumo de combustible. A menor peso, más agilidad deportiva y prestaciones. El resultado es que todo lo que hemos perdido en peso, lo hemos ganado en tecnología: Internet con conectividad Wi-fi, faros en tecnología Led, MMI® touch y sistemas de asistencia de conducción activa. Información Audi: 902 45 45 75. www.audi.es/efi

Audi A6 de 177 a 300 CV (130 a 220 kW). Emisión CO₂ (g/km): de 129 a 190.
Consumo medio (l/100 km): de 4,9 a 8,2.



Centrowagen

Ctra. Madrid-Lisboa, km 399
06008 Badajoz
Tel. 924 20 74 75

Av. Reina Sofía, 28
06800 Mérida
Tel. 924 38 70 09

Av. Vegas Altas, 99
06400 Don Benito
Tel. 924 81 06 28

A la vanguardia de la técnica

